

Université de Montréal

L'étude observationnelle de l'intimité en lien avec la sexualité des couples : le rôle du  
contexte de capitalisation, de l'attachement et des symptômes dépressifs.

Par :  
Myriam Bosisio

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 recherche et intervention option psychologie clinique

Avril 2022

© Myriam Bosisio, 2022

Université de Montréal  
Département de psychologie, Faculté des Arts et des Sciences

---

*Cette thèse intitulée*

**L'étude observationnelle de l'intimité en lien avec la sexualité des couples : le rôle  
du contexte de capitalisation, de l'attachement et des symptômes dépressifs.**

*Présentée par*

**Myriam Bosisio**

*A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes*

**Dre Katherine Péloquin**

Présidente-rapporteur

**Dre Sophie Bergeron**

Directrice de recherche

**Dre Geneviève Mageau**

Membre du jury

**Dre Alison Paradis**

Examinatrice externe

## Résumé

L'objectif général de la thèse était d'examiner sous des angles différents, mais complémentaires, le concept de l'intimité en utilisant une méthodologie observationnelle (en laboratoire) et auto-rapportée auprès de deux populations distinctes : des couples de la population générale et des couples cliniques, aux prises avec la douleur génito-pelvienne chez la femme. Plus précisément, l'objectif de la première étude était d'examiner les associations entre les réponses auto-rapportées, perçues et observées aux tentatives de capitalisation et la satisfaction, la détresse et la fonction sexuelle chez 151 couples cohabitant ayant participé à une discussion filmée. Les participants ont également rempli des questionnaires auto-rapportés portant sur leurs réponses et celles de leur partenaire lors de la discussion, ainsi que sur leur bien-être sexuel. Basé sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM), les résultats ont montré que des niveaux plus élevés de réponses actives-constructives (enthousiasme / élaboration) auto-rapportées chez une personne et perçues par son partenaire étaient associés à une plus grande satisfaction sexuelle chez celle-ci. En outre, plus une personne percevait des réponses passives-constructives (silencieux, mais intéressé) de la part de son partenaire, moins ce dernier rapportait de satisfaction sexuelle et plus une personne rapportait avoir émis et perçu des réponses passives-destructives (manque d'intérêt / centré sur soi) plus cette personne rapportait de détresse sexuelle. Enfin, des niveaux plus élevés de réponses actives-destructrices observés (minimise / nie la nature positive de l'événement) étaient associés à une moins bonne fonction sexuelle, tandis que chez les femmes, ils étaient associés à moins de satisfaction sexuelle. Ces résultats contribuent aux écrits soulignant l'importance de l'intimité pour le bien-être sexuel dans les relations à long terme.

Connaissant le rôle important de l'intimité pour le bien-être relationnel et sexuel des couples de la population générale, il est essentiel d'examiner ce qui constitue des obstacles à l'intimité, en particulier chez les couples aux prises avec des dysfonctions sexuelles, chez lesquels l'intimité et le bien-être sexuel sont menacés. Ainsi, l'objectif du deuxième article de la thèse était d'examiner les associations entre les symptômes dépressifs, l'insécurité d'attachement et les réponses empathiques perçues et observées chez 50 couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne. Les participants ont pris part à une discussion filmée et ont rempli des questionnaires auto-rapportés portant sur la présence de symptômes dépressifs, leurs insécurités d'attachement et leur perception des réponses de leur partenaire. Basé sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM), les résultats indiquent que plus les femmes et les partenaires ont rapporté des symptômes dépressifs et d'anxiété d'abandon, moins ils ont perçu l'autre comme ayant été empathique pendant la discussion. Plus les partenaires rapportaient de symptômes dépressifs, moins les deux membres du couple ont émis des réponses empathiques telles qu'observées par des observateurs externes. Cibler les symptômes dépressifs et l'insécurité d'attachement en thérapie de couple pourrait favoriser les réponses empathiques au sein des couples aux prises avec la douleur génito-pelvienne. Les implications et contributions cliniques, théoriques et méthodologiques ainsi que les limites de la thèse sont discutées.

Mots-clés : Réponses aux tentatives de capitalisation ; Bien-être sexuel ; Détresse sexuelle ; Satisfaction sexuelle ; Fonction sexuelle ; Symptômes dépressifs ; Attachement ; Douleur génito-pelvienne ; Intimité ; Réponses empathiques.

## **Abstract**

The general objective of this thesis was to examine, from different but complementary angles, the concept of intimacy using an observational (laboratory) and self-reported methodology with two distinct populations: community couples and clinical couples dealing with genito-pelvic pain in women. More specifically, the aim of the first study was to examine the associations between self-reported, perceived, and observed responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, sexual distress, and sexual function in 151 cohabiting couples who participated in a filmed discussion in the laboratory. Participants also completed self-reported questionnaires pertaining to their responsiveness and that of their partner during the discussion, as well as their sexual well-being. Based on the Actor-Partner Interdependence Model, results indicated that one's higher levels of self-reported and partner-perceived active-constructive responses (enthusiasm/elaboration) during the discussion were associated with one's own greater sexual satisfaction. Higher levels of perceived passive-constructive responses (quiet but interested) from one's partner were associated with one's own lower sexual satisfaction, and one's higher levels of self-reported and perceived passive-destructive responses (lack of interest/self-focus) were associated with one's own greater sexual distress. Finally, higher levels of observed active-destructive responses (undermines/denies the positive nature of the event) were associated with one's own lower sexual function, while in women, they were associated with their lower sexual satisfaction. The findings contribute to a growing body of literature underscoring the importance of intimacy for sexual well-being in long-term relationships.

Knowing the important role of intimacy for the relational and sexual well-being of community couples, it is essential to examine what constitutes barriers to intimacy, especially among couples struggling with sexual dysfunction, in which both intimacy and sexual well-being are threatened. Therefore, the aim of the second study was to examine the associations between depressive symptoms, attachment, and perceived and observed partner responsiveness in 50 couples coping with genito-pelvic pain. Participants took part in a videotaped discussion and completed self-reported measures of depressive symptoms, attachment, and perceived partner responsiveness. Based on the Actor-Partner Interdependence Model, results indicated that when women and partners reported greater depressive symptoms and anxious attachment, they perceived each other as being less responsive. When partners experienced greater depressive symptoms, women and partners were rated by a trained observer as being less responsive to each other. Targeting depressive symptoms and relationship insecurity in couple therapy could increase responsiveness in couples coping with genito-pelvic pain. The clinical, theoretical and methodological implications and contributions, as well as the limitations of the thesis, are discussed.

Keywords : Responses to capitalization attempts; Sexual well-being; Sexual distress; Sexual satisfaction; Sexual function; Depressive symptoms; Attachment; Genito-pelvic pain; Intimacy; Partner responsiveness.

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>9</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>10</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>11</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>12</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>15</b>
<b>Article 1</b> .....	<b>45</b>
<i>Will You Be Happy for Me? Associations between Self-Reported, Perceived, and Observed Responses to Positive Events and Sexual Well-Being in Cohabiting Couples.</i>	
<b>Article 2</b> .....	<b>88</b>
<i>Are Depressive Symptoms and Attachment Styles Associated with Observed and Perceived Partner Responsiveness in Couples Coping with Genito-Pelvic Pain?</i>	
<b>Discussion Générale</b> .....	<b>130</b>
<b>Références citées dans l'introduction et la discussion générale</b> .....	<b>161</b>
<b>ANNEXE A</b> .....	<b>194</b>
<i>Mesure globale de la satisfaction sexuelle (GMSEX)</i>	
<b>ANNEXE B</b> .....	<b>195</b>
<i>Échelle de détresse sexuelle (FSDS)</i>	
<b>ANNEXE C</b> .....	<b>196</b>
<i>Mesures de la fonction sexuelle</i>	
<b>ANNEXE D</b> .....	<b>204</b>
<i>Mesure post-discussion- Article 1 : Réponses perçues aux tentatives de capitalisation</i>	
<b>ANNEXE E</b> .....	<b>206</b>

	<i>Mesure post-discussion- Article 1 : Réponses auto-rapportées aux tentatives de capitalisation</i>	
<b>ANNEXE F</b>	.....	<b>208</b>
	<i>Manuel de codification des réponses aux tentatives de capitalisation</i>	
<b>ANNEXE G</b>	.....	<b>211</b>
	<i>Système de codification de la réponse empathique lors de la discussion portant sur l'impact de la VP</i>	
<b>ANNEXE H</b>	.....	<b>216</b>
	<i>Mesure post-discussion – Article 2 : Intimité relationnelle</i>	
<b>ANNEXE I</b>	.....	<b>217</b>
	<i>Questionnaire sur les expériences amoureuses</i>	
<b>ANNEXE J</b>	.....	<b>220</b>
	<i>Inventaire de dépression de Beck- II</i>	



## Liste des tableaux

### ARTICLE 1

**Table 1.....p.84**

*Descriptive Statistics and Correlations among Perceived, Self-Reported, and Observed Responses to Capitalization Attempts and Sexual Satisfaction, Sexual Distress, and Sexual Function*

### ARTICLE 2

**Table 1.....p.127**

*Correlations among key study variables for women with PVD and their partners.*

## Liste des figures

### INTRODUCTION

<b>Figure 1</b> .....	<b>p.17</b>
<i>Interpersonal Process Model of Intimacy (IPMI- Reis et Shaver, 1988)</i>	

### ARTICLE 1

<b>Figure 1</b> .....	<b>p.85</b>
<i>Associations between perceived responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, distress, and function of both partners, after controlling for relationship length.</i>	

<b>Figure 2</b> .....	<b>p.86</b>
<i>Associations between self-reported responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, distress, and function of both partners, after controlling for relationship length.</i>	

<b>Figure 3</b> .....	<b>p.87</b>
<i>Associations between observed responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, distress, and function of both partners, after controlling for relationship length.</i>	

### ARTICLE 2

<b>Figure 1</b> .....	<b>p.128</b>
<i>Associations between depressive symptoms and perceived and observed responsiveness of women with PVD and their partners after controlling for couple's annual income.</i>	

<b>Figure 2</b> .....	<b>p.129</b>
<i>Associations between anxious and avoidant attachment style and, perceived and observed responsiveness of women with PVD and their partners after controlling for couple's annual income.</i>	

### DISCUSSION

<b>Figure 1</b> .....	<b>p.145</b>
<i>Interpersonal Emotion Regulation Model appliqué à la douleur génito-pelvienne chez la femme (Rosen et Bergeron, 2019)</i>	

## **Liste des abréviations**

**APIM** : Actor-Partner Interdependence Model

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**VP** : Vestibulodynie Provoquée

**PVD** : Provoked Vestibulodynia

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual

**GMSEX** : Global Measure of Sexual Satisfaction

**FSDS-R** : Female Sexual Distress Scale-Revised

**IIEF** : International Index of Erectile Function

**FSFI** : Female Sexual Function Index

**PRCA** : Perceived Responses to Capitalization Attempts Scale

**AC** : Active-Constructive

**PC** : Passive-Constructive

**AD** : Active-Destructive

**PD** : Passive-Destructive

**PPR** : Perceived Partner Responsiveness

**OR** : Observed Responsiveness

**ERCS** : Empathic Response Card-Sort

**ECL** : Experiences in Close Relationships Scale

## Remerciements

Ce parcours doctoral n'est pas des plus simples et faciles, rempli d'embûches et d'inconnus, les gens qui en font partie deviennent des repères inestimables. Je tiens à les remercier.

J'ai eu la chance d'être dirigée par Dre Sophie Bergeron, une directrice qui sait conjuguer humanité et rigueur, qui est soutenante, accueillante, disponible et à l'écoute. Elle m'a permis de pousser plus loin mes réflexions cliniques, théoriques et méthodologiques et a mis de l'avant mes besoins en termes de supervision et d'autonomie. Ce fut réellement un privilège de pouvoir apprendre et grandir auprès d'elle. Merci pour tout Sophie et sache que, dans mon cœur, je resterai toujours un peu ton étudiante.

Merci aux assistantes de recherche, Mariane Aumais, Belinda Mokri, Maïna Leroux et Brendra Ramos pour le recrutement et le suivi des participants, ainsi que pour avoir eu assez de dévouement pour sacrifier plusieurs soirs et fins de semaine dans le but de conduire les séances observationnelles. Merci également à Marianne Emond et Zoé Benoît pour la codification des vidéos. Vous avez su rendre les séances de supervision des plus agréables et j'ai été choyée de pouvoir travailler à vos côtés. Je tiens à remercier également Mylène Desrosiers pour son travail essentiel et précieux en tant que coordonnatrice de recherche.

Un merci tout spécial à Marie-Pier Vaillancourt-Morel qui, de part bonté de cœur et générosité, a accepté de contribuer aux analyses statistiques de cette présente thèse. Tes connaissances, ton expertise et tes talents de pédagogue m'ont été des plus précieux.

Je tiens à remercier Dre Natalie O. Rosen, directrice du Laboratoire du couple et de la santé sexuelle de l'Université Dalhousie, Justin Dubé, candidat au Ph.D., ainsi que les assistantes de recherche qui ont travaillé sur le projet à Halifax. Mettre sur pied un tel projet sur deux sites différents demande de la patience, de la rigueur, de la coordination et, plus que tout autre chose, de la bienveillance. Merci à toute l'équipe.

Merci à chacun des couples qui a participé à nos études, sans qui la recherche ne pourrait exister. Merci de votre confiance et de votre engagement.

Je remercie le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH), la Faculté des études supérieures et postdoctorales, le Fonds de recherche du Québec- Société et culture (FRQSC), ainsi que ma directrice de recherche, Sophie Bergeron, pour votre appui financier. Ceci m'a permis de me consacrer entièrement à mon doctorat.

À toutes mes amies rencontrées dans le cadre des stages cliniques et au sein du laboratoire, merci de votre soutien, de votre écoute, pour les moments de rires et de pleurs, qui ont fait de ce parcours un parcours mémorable, rempli d'humanité.

Merci à mes superviseurs cliniques, Joaquin Poundja, Eveline Gagnon, Sophie Bergeron et Carmen Quintana qui m'ont permis de tomber encore plus en amour avec la profession.

Un merci tout spécial à ma famille qui a pris la peine de souligner chaque étape et qui, malgré parfois la complexité de mes explications, a toujours voulu comprendre où j'en étais dans mon parcours. Merci à mes parents, c'est difficile de trouver les mots considérant tout l'appui que vous m'avez offert. Je sais que je ne pourrai jamais tout vous

remettre ce que vous m'avez donné, mais sachez que je suis des plus reconnaissantes. Je n'aurai pas pu accomplir ce rêve sans vous.

Merci à ma belle-famille qui a été témoin de mon parcours depuis le début. Merci de votre compréhension et de vos encouragements dans les moments où mon doctorat a pris beaucoup de place dans ma vie.

Finalement, je tiens à remercier mon conjoint Marc-Antoine pour sa présence, sa constance et son calme à travers les hauts et les bas de ce parcours. Merci de ta patience face à tous les sacrifices que ce parcours a exigé et de m'avoir fait confiance. Tu as su me faire voir et profiter du moment présent et, à la fois, me faire entrevoir les prochaines étapes de nos vies, ce qui m'a encouragé à persévérer. Tu as su rendre chaque journée plus belle, je ne te remercierai jamais assez.

## Introduction

Intimacy stubbornly resists simple definition. Ephemeral and often elusive in daily life, it becomes even more so as the object of intellectual analysis. But if the concept of intimacy is blurry and indistinct, our longings for it are powerful, at times overwhelming. The pleasures of intimacy are so deeply satisfying, its failure so painful, its vicissitudes so central to the concerns of couples who seek therapy together, that it demands an effort to wrestle conceptually and clinically with its ambiguity (Karpel, 1999, p. 84).

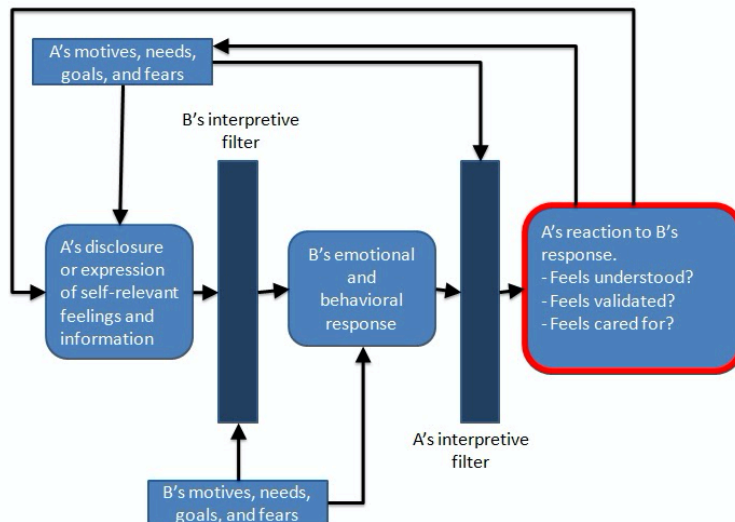
La présente thèse porte sur l'étude de l'intimité en lien avec la sexualité des couples. L'intimité est un concept abondamment utilisé tant en recherche qu'en pratique clinique, mais ses définitions et conceptualisations varient. Malgré le défi d'élaborer un tel construit, plusieurs auteurs, théoriciens et chercheurs ont tenté, à travers l'histoire, de définir et d'opérationnaliser l'intimité. Parmi les plus anciens écrits portant sur l'intimité, Erickson (1950, 1968) la définit comme la fusion de deux identités, et Sullivan (1953), comme étant une situation à deux qui permet de valider toutes les composantes de sa valeur personnelle. Un peu plus tard, Sternberg (1986) insiste sur le rôle crucial de l'intimité au sein des relations amoureuses, l'identifiant comme un sentiment de connexion, de lien et de proximité entre les partenaires. Ensuite s'en sont suivis des définitions plutôt semblables, mettant l'accent sur le sentiment de proximité (p. ex., Helgeson et al., 1987; Hendrick et Hendrick, 1983; Sexton et Sexton, 1982; Tolstedt et Stokes, 1983). Cependant, le sentiment de proximité est peu précis et ne permet pas d'opérationnaliser le concept de l'intimité (Baumeister et Bratslavsky, 1999). D'autres auteurs ont mis l'accent sur le caractère interactionnel de l'intimité : un sentiment de proximité à travers un échange entre deux personnes (Laurenceau et al., 2004; Laurenceau et Kleinman, 2006). En effet, certains ont misé sur les comportements non verbaux (p. ex., Argyle et Dean, 1965; Patterson, 1976), d'autres sur l'importance du

dévoilement (communication de pensées et d'émotions personnelles au partenaire ; p. ex., Derlega et al, 1993; Patterson, 1976), et d'autres sur la réponse des partenaires (comportements verbaux et non verbaux qui répondent aux besoins, aux actions, aux paroles ou aux souhaits du partenaire ; p. ex., Miller et Berg, 1984). L'intimité a aussi été conceptualisée par certains comme un processus, et par d'autres, comme un état (Duck et Sants, 1983). À travers ces différentes conceptualisations, il existe un modèle qui intègre l'ensemble de ces perspectives en tenant compte des aspects individuels, relationnels et interactifs de l'intimité et qui offre des lignes directrices pour opérationnaliser le concept. Il s'agit du *Interpersonal Process Model of Intimacy* (Reis et Shaver, 1988), qui est le modèle le plus reconnu et validé empiriquement (Laurenceau et al., 1998; Laurenceau et al., 2004) et celui qui sera donc utilisé dans la présente thèse (**Erreur ! Nous n'avons pas trouvé la source du renvoi.**).

Selon ce modèle, l'intimité dans un couple renvoie à une proximité émotionnelle qui découlerait d'un processus interactif et dynamique qui se déploie dans le temps, moment par moment, entre deux partenaires. Ce processus inclut deux composantes, soit le dévoilement de soi et la réponse empathique. En effet, l'intimité se manifeste, d'une part, par la divulgation verbale et non verbale de faits personnels, de pensées et d'émotions (dévoilement) et, d'autre part, par l'impression subjective que le partenaire a su répondre avec compréhension, validation et soutien (réponse empathique). Selon cette conceptualisation, le dévoilement de désirs personnels, des fantasmes, des angoisses et des émotions serait plus important pour le développement de l'intimité que le dévoilement de simples faits. Ceci dit, Reis et al. (2004), ont spécifié que la composante de la réponse empathique occupe un rôle plus central et important dans le



**Figure 1.** Interpersonal Process Model of Intimacy (IPMI- Reis et Shaver, 1988)



développement de l'intimité comparativement à la composante du dévoilement. Cette dernière fournit plutôt une opportunité pour le partenaire de montrer son soutien, sa validation et sa compréhension du monde interne de l'autre et ainsi renforcer un sentiment de confiance interpersonnelle et favoriser un lien solide (Reis et Shaver, 1988). Ainsi, une réponse adéquate peut favoriser le sentiment de connexion et de proximité affective, tandis qu'une réponse inadéquate et invalidante peut, au contraire, éloigner les partenaires l'un de l'autre (Reis et al., 2004), et ce, peu importe le dévoilement du partenaire. Par exemple, une personne peut oser se dévoiler à son partenaire, se montrer authentique et vulnérable, mais recevoir en retour une réponse qui n'est pas empathique ni sensible. Ainsi, la personne ne se sentira pas plus près de son partenaire malgré le fait de s'être dévoilée. En d'autres mots, l'intimité au sein d'un couple renvoie à un processus interactif au cours duquel les deux partenaires se sentent mutuellement empathiques l'un envers l'autre, c'est-à-dire, sensibles aux objectifs, valeurs, dispositions et besoins

importants de l'autre personne. Il est effectivement important que les deux membres du couple puissent recevoir des réponses empathiques et ajustées de la part de leur partenaire, afin de favoriser l'intimité au sein du couple au fil du temps (Reis et al., 2004; Reis et Clark, 2013).

### **Le rôle de l'intimité chez les couples de la population générale**

**L'intimité et le bien-être sexuel.** Aucun consensus n'est établi quant à la définition précise du bien-être sexuel, mais la majorité des chercheurs le décrit comme renvoyant à une perspective multidimensionnelle de la sexualité qui va au-delà de la simple absence de difficultés sexuelles (p. ex., Mitchell et al., 2021; Muise et al., 2010; Syme et al., 2019). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS; 2022) a d'ailleurs élargi le concept de la santé sexuelle en y incluant le bien-être. En effet, elle définit la santé sexuelle comme étant bien plus que la simple absence de dysfonctions sexuelles ou de maladies, mais plutôt comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité. L'OMS définit la sexualité comme une multitude d'expériences vécues à travers, par exemple, les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les comportements et les relations. De façon plus spécifique, plusieurs travaux empiriques récents ont inclus la fonction sexuelle (p. ex., fonction érectile/lubrification, fonction orgasmique, désir sexuel), la détresse sexuelle (préoccupations ou détresse en lien avec la vie sexuelle) et la satisfaction sexuelle (impression subjective générale d'une vie sexuelle positive, satisfaisante, précieuse et agréable) comme mesures du bien-être sexuel (Böthe et al., 2021; Rosen et al., 2019; Schwenck et al., 2020).

Au fil du temps, la plupart des couples connaissent une baisse de leur bien-être sexuel (Impett et al., 2008; Murray et Milhausen, 2012; Quinn-Nilas, 2020). Cette baisse est préoccupante étant donné que le bien-être sexuel des couples est associé à une plus grande satisfaction relationnelle et de vie, à une stabilité relationnelle et à la santé psychologique et physique (Acevedo et Aron, 2009; Mark, 2012; Regan, 2000). À l'inverse, vivre un problème sexuel entraîne souvent un conflit relationnel et de la détresse (Metz et Epstein, 2002; Rosen et al., 2017, 2019). Cependant, ce n'est que récemment que des études ont commencé à examiner les facteurs interpersonnels protecteurs du bien-être sexuel des couples. Parmi celles-ci, l'intimité a été identifiée comme un facteur protecteur important dans le bien-être sexuel des couples de la population générale. En effet, des études utilisant des devis expérimentaux, longitudinaux et à journaux quotidiens ont montré que l'intimité est associée à davantage de désir sexuel, de fantasmes sexuels concernant le partenaire, d'activités sexuelles et de satisfaction sexuelle (Mizrahi et al., 2018; Murray et Milhausen, 2012; Rubin et Campbell, 2012; van Lankveld et al., 2018). Par exemple, Birnbaum et al. (2016) ont mené une étude auprès de 153 couples, dans laquelle ils ont manipulé de manière expérimentale la réponse des partenaires suite à un dévoilement d'événement négatif. Les participants qui ont reçu une réponse empathique et validante ont rapporté davantage de désir sexuel que les participants ayant reçu une réponse non empathique, et ce, davantage chez les femmes. D'autres études dyadiques à journaux quotidiens ont montré que, dans une même journée, plus les femmes rapportaient de proximité affective envers le partenaire, plus elles rapportaient de désir sexuel (Dewitte et Mayer, 2018) et qu'une plus grande perception de comportements positifs de la part du partenaire dans la journée

(offrir du soutien, montrer de l'intérêt, être disponible) était associée à une plus grande fréquence d'activités sexuelles cette même journée ou le jour suivant chez les deux partenaires (Dewitte et al., 2015). Une autre étude menée auprès de 100 couples a trouvé que de percevoir son partenaire comme étant empathique était associé à une plus grande fréquence de fantasmes sexuels comprenant le partenaire et ce, autant chez les femmes que chez les hommes (Mizrahi et al., 2018). Finalement, deux études transversales menées auprès de grands échantillons d'hommes ont démontré que plus les hommes rapportaient un degré élevé d'intimité dans leur couple, plus ils rapportaient de satisfaction sexuelle et de désir sexuel, et moins ils rapportaient de difficultés sexuelles (Štulhofer et al., 2013, 2014). Ainsi, les études à ce jour montrent l'importance de l'intimité pour le bien-être sexuel des couples de la population générale. Cependant, parmi ces études, certaines n'ont pas fondé leur mesure d'intimité sur la conceptualisation grandement validée de Reis et Shaver (1988) et n'avaient pas de fondement théorique. De plus, la majorité (à l'exception de l'étude de Birnbaum et al., 2016) a utilisé une mesure auto-rapportée – souvent rétrospective – de l'intimité. Ceci est problématique considérant que ce type de mesure peut entraîner des biais importants, tels que la désirabilité sociale (p. ex., vouloir donner une image positive de son partenaire), un biais de rappel (p. ex., avoir tendance à percevoir positivement ou négativement son partenaire de manière générale) et/ou un biais causé par une mauvaise compréhension des questions ou des échelles de mesure. De plus, les résultats d'une étude dyadique de Collins et Feeney (2000) suggèrent que l'intimité peut être traduite par des comportements spécifiques observables et ne se résume donc pas à une pure construction de la subjectivité des participants. De plus, toutes les études ont été menées auprès de

couples exclusivement hétérosexuels, alors que plusieurs différences ont été répertoriées en termes de fonction sexuelle, de satisfaction sexuelle et de fréquence d'activités sexuelles selon le type de couple (p. ex., couples de même sexe/genre v.s. couples mixtes; Blair et al., 2018; Blair et Pukall, 2014). Ainsi, afin de pallier aux lacunes dans les écrits actuels, il serait important d'examiner les liens entre l'intimité observée et le bien-être sexuel dans un échantillon de couples diversifiés.

**L'intimité et la différenciation.** Outre les études montrant une association positive entre l'intimité et le bien-être sexuel, certains écrits cliniques et théoriques soutiennent qu'une trop grande proximité émotionnelle, jusqu'à la fusion émotionnelle, nuirait à la sexualité des couples (p. ex., Sims et Meana, 2010). Des relations de couple fusionnées ou peu différenciées, dans lesquelles les partenaires auraient un manque d'autonomie individuelle et un grand besoin de validation de l'autre partenaire, seraient propices aux difficultés sexuelles (Perel, 2007; Schnarch, 2009). Ainsi, le *Sexual Crucible Model* suggère plutôt que la véritable intimité inclue la différenciation (c.-à-d., la capacité de se percevoir comme différent et distinct au sein de la relation), ce qui favoriserait la vie sexuelle des couples. En effet, ce modèle suggère qu'une vie sexuelle satisfaisante est maintenue via la capacité d'encourager l'individualité du partenaire, tout en restant intimement lié (Schnarch, 2009). Afin de maintenir le bien-être sexuel chez les couples, il serait donc important que chacun des partenaires ait la capacité de maintenir une identité personnelle entière et authentique, à reconnaître l'autre comme étant différent de soi, tout en étant dans une relation intime et profonde (Perel, 2007; Schnarch, 2009). Cette capacité permettrait au couple, d'une part, d'établir l'espace nécessaire pour désirer se rapprocher de l'autre (Perel, 2007) et, d'autre part, de tolérer les émotions de

vulnérabilité et d'insécurité inhérentes à l'expérience du plaisir sexuel (Schnarch, 2009; Kuten, 1976). Perel (2007) ajoute que chaque partenaire doit sentir qu'il peut être apprécié au sein de sa propre individualité, apportant de la nouveauté et de la vitalité dans le couple, qui seraient nécessaires au maintien du plaisir et de la satisfaction sexuelle.

Par contre, ces théories ont reçu peu d'appuis empiriques. Parmi le peu d'études publiées à ce sujet, une étude transversale menée auprès de 236 femmes australiennes a montré que l'incapacité à maintenir un sens de soi distinct en présence d'autres personnes était le prédicteur le plus important de problèmes sexuels (l'étude incluait les agressions sexuels, la détresse psychologique et l'attachement amoureux insécure comme autres prédicteurs potentiels; Burri, 2014). Bien qu'instructive, cette étude ne s'est pas centrée sur la capacité de maintenir un sens de soi distinct spécifiquement dans le contexte d'une relation de couple. Dans une autre étude conduite auprès d'individus en couple, la différenciation de soi était associée à davantage de satisfaction sexuelle via une meilleure satisfaction vis-à-vis la communication entourant la sexualité (Timm et Keiley, 2011). Il est possible que la différenciation de soi puisse permettre aux individus de mieux réguler les émotions difficiles entourant les discussions sur la sexualité, menant ainsi à davantage de satisfaction sexuelle (Timm et Keiley, 2011). Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude qualitative conduite auprès d'individus en couple, montrant que la différenciation de soi était associée à davantage de désir sexuel (Ferreira et al., 2014). Il est également pertinent d'examiner les écrits portant sur l'expansion de soi (c.-à-d., l'extension du sens de soi via des activités nouvelles, excitantes et diversifiées) pour souligner l'importance de la nouveauté et de la vitalité pour le bien-être sexuel des couples. Par exemple, dans une étude transversale menée auprès de 97 femmes

diagnostiquées avec un faible désir sexuel et leur partenaire, davantage d'expansion de soi avec le partenaire était associée à une plus grande satisfaction sexuelle pour les deux membres du couple, un désir sexuel plus élevé chez les femmes et moins de détresse sexuelle chez les partenaires (Raposo et al., 2020). Une autre étude, utilisant un devis dyadique à journaux quotidiens auprès de couples de la population générale, a montré que davantage d'expansion de soi qui n'incluait pas le partenaire (p. ex., l'apprentissage d'une nouvelle habileté au travail, une nouvelle activité de bénévolat) était associée à davantage de passion sexuelle. Cependant, un niveau chronique élevé d'expansion de soi en dehors de la relation, d'une manière qui n'était pas partagée avec le partenaire amoureux, était associé à moins d'intimité et, en retour, moins de passion sexuelle (Carswell et al., 2021). Ces résultats soutiennent l'idée selon laquelle ce sont, à la fois, les sentiments de séparation et de connexion qui sont importants pour le bien-être sexuel (Kuten, 1976; Perel, 2007; Schnarch, 2009). Des études qualitatives appuient également cette idée. En effet, dans une étude qualitative auprès de 32 couples de longue date, la majorité (25 couples) a identifié l'autonomie (p. ex., projets personnels n'incluant pas le partenaire, reconnaissance du partenaire en tant que personne distincte) comme étant le facteur contribuant le plus au désir sexuel envers le partenaire. De plus, parmi ces 25 couples, 17 d'entre eux ont également identifié le partage d'émotions comme contribuant à leur désir sexuel (Ferreira et al., 2014). Une autre étude qualitative, auprès de femmes mariées ayant une baisse de désir sexuel, a révélé qu'une des principales raisons expliquant le déclin du désir était la familiarité, y compris un manque d'individuation (Sims et Meana, 2010).

**L'intimité dans un contexte de capitalisation.** Il existe un contexte relationnel dans lequel la capacité d'encourager l'individualité du partenaire, tout en restant intimement connecté, serait bien représentée. Il s'agit du contexte de *réponses aux tentatives de capitalisation*. La capitalisation est le fait de dévoiler un événement positif personnel à une autre personne dans le but d'en retirer un bénéfice supplémentaire (Gable et al., 2006; Langston, 1994). Par exemple, un événement positif peut être une bonne note académique, une conversation avec un ami d'enfance ou une promotion au travail. En effet, capitaliser sur des événements positifs (partager de bonnes nouvelles) a été lié à davantage d'affect positif et de bien-être indépendamment des événements positifs eux-mêmes (Gable et al., 2004). Cependant, cet effet dépend de la réaction de la personne avec qui les événements sont partagés. La plupart du temps, il s'agit de proches, comme le partenaire amoureux (Gable et al., 2006). Les réactions du partenaire suite au dévoilement d'un événement personnel positif (qui n'inclut pas le partenaire) ont été classées en quatre types basés sur la conceptualisation de l'intimité de Reis et Shaver (1988) : la réponse active-constructive (p. ex., démontrer de l'enthousiasme et favoriser l'élaboration de l'événement), passive-constructive (p. ex., être plutôt silencieux, mais tout de même attentif et intéressé), active-destructive (p. ex., minimiser l'événement et trouver des aspects négatifs à l'événement) et passive-destructive (p. ex., manifester un manque d'intérêt en ignorant l'événement; Gable, 2004). Seule la réponse active-constructive est considérée comme empathique et serait une opportunité d'émettre et de recevoir de la compréhension, de la validation et du soutien, renforçant ainsi l'intimité du couple et, à la fois, d'émettre et de recevoir de la reconnaissance et de l'acceptation de l'individualité et l'autonomie de chacun (Gable et al., 2006; Hadden et al., 2015; Reis et



al., 2010). Dans des études utilisant des mesures auto-rapportées et observationnelles auprès de couples de la population générale (court-terme et long-terme), il a été démontré que de percevoir son partenaire comme ayant manifesté des réponses actives-constructives suite au dévoilement d'un événement positif était associé à plusieurs bienfaits relationnels et individuels (p. ex., une plus grande satisfaction conjugale, davantage d'engagement et d'émotions positives, ainsi que moins de ruptures amoureuses et d'anxiété ; Gable et al., 2004; Kashdan et al., 2013; Monfort et al., 2014). De plus, une étude transversale de Pagani et al., (2020), menée auprès de 169 couples hétérosexuels, a trouvé un effet partenaire, c'est-à-dire que plus l'homme avait perçu sa partenaire comme ayant démontré des réponses actives-constructives, plus celle-ci rapportait de satisfaction conjugale. À l'opposé, percevoir son partenaire comme ayant manifesté des réponses passives-constructives, actives-destructives ou passives-destructives a été associé, chez la personne elle-même, à moins d'engagement, de satisfaction conjugale au quotidien et d'émotions positives (Donato et al., 2014; Gable et al., 2004). La majorité de ces études n'a pas trouvé de différences de genre, mais quelques-unes suggèrent que la perception des réponses aux tentatives de capitalisation serait plus fortement liée à des variables relationnelles chez la femme (p. ex., Pagani et al., 2020). Par ailleurs, il est également à noter que la plupart des études n'ont pas examiné la perception des participants de leurs propres réponses dans un contexte de capitalisation, bien que des études récentes démontrent que le fait d'émettre des réponses actives-constructives était également associé à des bénéfices individuels et relationnels (Hershenberg et al., 2016; Kashdan et al., 2013; Monfort et al., 2014). Finalement, la majorité des études à ce jour n'a pas utilisé une méthodologie observationnelle qui aurait permis de capter, à la fois, la

perception des participants de leurs propres réponses et des réponses de leur partenaire avec peu de biais de rappel, ainsi que d'obtenir une perspective provenant de personnes indépendantes, grâce à des observateurs externes qui sont d'ailleurs moins sensibles à l'influence possible de la désirabilité sociale.

Bien que les réponses aux tentatives de capitalisation soient liées à un plus grand bien-être relationnel, une seule étude a examiné les liens entre les réponses aux tentatives de capitalisation et la sexualité, soit le désir sexuel, chez les couples (Birnbaum et al., 2016). Il s'agit d'une étude utilisant un devis transversal, observationnel et auto-rapporté, menée auprès de 178 couples israéliens hétérosexuels. Les résultats indiquent que, pour les femmes, les réponses empathiques du partenaire, observées par des observateurs externes dans un contexte de capitalisation, étaient associées positivement à leur désir sexuel. Pour les hommes et les femmes, les réponses empathiques du partenaire, telles que perçues, étaient associées positivement à leur désir sexuel. Par contre, cette étude comporte plusieurs limites empêchant de tirer certaines conclusions. En effet, en plus d'utiliser un devis transversal, cette étude a été menée auprès de jeunes couples qui, majoritairement, ne cohabitaient pas, les rendant moins susceptibles d'éprouver de faibles degrés de désir sexuel (Birnbaum, 2018). Ceci peut être expliqué par le phénomène « d'habituation » qui fait référence à une diminution de la réponse émotionnelle ou physique qui accompagne une exposition prolongée à un stimulus. Dans le contexte des relations amoureuses, l'exposition à long terme à un partenaire peut affecter le désir sexuel (Call et al., 1995; Meuwissen et Over, 1990). D'ailleurs, selon des études transversales chez des couples de la population générale, plus le couple est engagé (p. ex., fréquentation, cohabitation, mariage), moins les deux partenaires rapportent d'« amour

passionné », dans lequel il y a un haut niveau de désir sexuel (Hatfield et Sprecher, 1986; Sprecher et Regan, 1998). Pour continuer, le désir sexuel auto-rapporté n'était mesuré que par un seul item non validé, les analyses n'ont pas inclus les effets partenaires (c.-à-d., l'effet de la variable indépendante d'un partenaire sur la variable dépendante de l'autre partenaire) et la méthode de cotation des réponses empathiques observées était adaptée à un contexte de dévoilement négatif et non à un contexte de dévoilement positif. En effet, les auteurs ont utilisé une mesure générale d'intimité (p. ex., des comportements qui signalent compréhension, validation et soutien). Pourtant, les réactions dites empathiques face au dévoilement d'un événement négatif ne le seront pas nécessairement face au dévoilement d'un événement positif. Par exemple, un simple hochement de tête peut être considéré empathique face au dévoilement d'un événement négatif, alors que ce même comportement ne sera pas considéré comme tel face au dévoilement d'un événement positif (Gable et al., 2012). Ainsi, il n'existe à ce jour aucune démonstration empirique de la relation entre les différents types de réponses aux tentatives de capitalisation et le bien-être sexuel chez les couples de la population générale.

### **L'intimité chez les couples issus de populations cliniques : douleur génito-pelvienne**

**La vestibulodynie provoquée (VP).** Par ailleurs, bien que l'intimité joue un rôle important dans le bien-être relationnel et sexuel des couples de la population générale, il est d'autant plus important et peut même constituer un véritable facteur de protection chez les couples aux prises avec une dysfonction sexuelle chez lesquels, à la fois, le bien-être individuel, sexuel et relationnel sont menacés (Bois et al., 2013, 2016; Metz et Epstein, 2002; Rosen et Bergeron, 2019; Rosen et al., 2017, 2019). Il est donc primordial d'examiner ce qui constitue des obstacles à l'intimité chez ces couples, d'autant plus

qu'ils sont susceptibles de rapporter des difficultés psychologiques (p. ex., symptômes dépressifs et anxieux) pouvant possiblement interférer avec le processus d'intimité (p. ex., Maillé et al., 2015; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003; Pazmany et al., 2014).

Une des dysfonctions sexuelles les plus prévalentes chez les femmes préménopausées est le trouble de douleur génito-pelvienne et/ou trouble de la pénétration, l'une des dysfonctions sexuelles chez la femme identifiée dans le DSM-V (Pukall et al., 2016). La cause la plus fréquente de douleur génito-pelvienne est la vestibulodynie provoquée (VP) (Harlow et al., 2014), définie comme une douleur récurrente aiguë lorsqu'une pression est appliquée dans la région du vestibule vulvaire (i.e. l'entrée du vagin), survenant principalement durant les rapports sexuels ou parfois durant des activités non-sexuelles (p. ex., un examen gynécologique, l'insertion d'un tampon ; Bergeron et al., 2015). La VP est présente chez 8 à 12% des femmes de la population générale (Harlow et al., 2014) avec une incidence neuf fois plus élevée chez les femmes âgées entre 20 et 29 ans comparativement aux femmes âgées entre 50 et 60 ans, selon une enquête populationnelle menée en Suède (Danielsson et al., 2003). Cependant, les estimations de la prévalence selon le groupe d'âge tendent à varier d'une étude à une autre, dépendamment des critères utilisés (Bergeron et al., 2020). Par exemple, une étude britannique, menée auprès de plus de 6000 femmes actives sexuellement âgées de 16 à 74 ans, a démontré que la prévalence de la douleur pendant les rapports sexuels était la plus élevée chez les femmes âgées entre 16 et 24 ans (9,5 %) et celles âgées entre 55 et 64 ans (10,4 %; Mitchell et al., 2013). Le fait que cette étude ait inclus exclusivement des femmes actives sexuellement pourrait expliquer la prévalence plus

élevée chez les femmes ménopausées, par rapport à ce qui est rapporté dans d'autres études (Bergeron et al., 2020).

La VP affecte la sphère individuelle et relationnelle. En effet, les femmes qui en souffrent rapportent généralement des symptômes d'anxiété et/ou de dépression, une faible estime personnelle et des préoccupations en lien avec l'image corporelle qui peuvent résulter en une détresse psychologique importante (Maillé et al., 2015; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003). D'ailleurs, elles ressentent souvent de la culpabilité et une peur de perdre ou de décevoir leur partenaire en raison de la douleur (Ayling et Ussher, 2008; Elmerstig et al., 2008; Sheppard et al., 2008). La VP affecte également le partenaire qui rapporte généralement davantage de symptômes dépressifs comparativement à ceux qui ne sont pas en couple avec une femme qui souffre de VP (Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003). De plus, bien que la satisfaction conjugale demeure généralement dans les normes (Smith et Pukall, 2011), il semble tout de même que les femmes souffrant de VP rapportent une moins bonne satisfaction conjugale comparativement aux femmes n'ayant pas de douleur génito-pelvienne (Masheb et al., 2002).

Cette douleur occasionne des répercussions importantes sur le bien-être sexuel des couples. En effet, les femmes souffrant de VP rapportent davantage d'anxiété liée à leur sexualité (p. ex., une peur ou une anxiété d'avoir des relations sexuelles dues à l'anticipation de la douleur; Desrochers et al., 2009), ainsi qu'un désir sexuel, une excitation sexuelle et une satisfaction sexuelle plus faibles que les femmes sans douleur (Cherner et Reissing, 2013; Farmer et Meston, 2007), tandis que leur partenaire rapporte une moins grande satisfaction sexuelle et davantage de difficultés sexuelles que les

partenaires qui sont en couple avec une femme ne souffrant pas de VP

(Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003; Smith et Pukall, 2014).

### **Le rôle de l'intimité chez les couples aux prises avec la douleur chronique**

L'étiologie exacte de la VP n'est pas encore bien connue. Plusieurs trajectoires marquées par l'influence de facteurs biomédicaux, psychologiques et interpersonnels, mèneraient au développement de la VP (voir Bergeron et al., 2020; Wesselmann et al., 2014). Ainsi, la VP serait une douleur d'origine multifactorielle. Les recherches récentes montrent que les facteurs interpersonnels, comme l'intimité, jouent un rôle important dans l'expérience de la douleur, dont la VP (Bois et al., 2013, 2016; Rosen et Bergeron, 2019).

En effet, l'intimité est reconnue pour favoriser le bien-être relationnel et sexuel des couples qui font face à des problèmes de santé et de douleur chronique (Bois et al., 2013, 2016; Cano et Williams, 2010; Manne et Badr, 2010). Chez les couples dont un des membres souffre de douleur chronique, le fait de percevoir son partenaire comme étant empathique a été associé à davantage de satisfaction relationnelle, moins de symptômes dépressifs, ainsi que moins d'émotions négatives et de catastrophisme (c.-à-d., une attitude mentale exagérée face à la douleur ou l'anticipation de la douleur qui comprend une tendance à la rumination, à l'amplification et à un sentiment d'impuissance - Fekete et al., 2007; Holtzman et DeLongis, 2007; Sullivan et al., 1995). Des études dyadiques observationnelles rapportent des résultats similaires. En effet, les réponses empathiques observées en laboratoire ont été associées à moins d'émotions négatives et de détresse, ainsi qu'à un meilleur ajustement relationnel chez les couples dont un des partenaires souffre de douleur chronique ou de cancer (Edlund et al., 2015; Manne et al., 2004;

Porter et al., 2009). À l'opposé, se sentir invalidé et non considéré par son partenaire était associé à davantage d'impuissance, de catastrophisme, de détresse, d'anxiété et de difficultés dans les activités quotidiennes chez des individus souffrant de douleur chronique (Cano et al., 2012; Wernicke et al., 2017). En somme, ces résultats soulignent l'importance des réponses empathiques (intimité) chez les couples souffrant d'un problème de douleur ou de santé chronique, comme elles sont associées à des bienfaits relationnels et individuels.

### **Le rôle de l'intimité chez les couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne**

L'intimité serait d'autant plus importante chez les couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne, telle que la VP, considérant que la douleur survient principalement dans un contexte intime et relationnel (Bergeron et al., 2021). Quelques études ont examiné le rôle de l'intimité au sein de couples dont la femme souffre de VP. Une étude transversale a exploré les liens entre l'intimité et différentes variables sexuelles chez 91 femmes souffrant de VP et leur partenaire. Leurs résultats ont révélé que les femmes qui rapportaient davantage d'intimité pendant et/ou immédiatement après une activité sexuelle rapportaient également une meilleure satisfaction sexuelle, fonction sexuelle et un meilleur sentiment d'auto-efficacité en lien avec leur douleur. En outre, les résultats révèlent que plus les femmes rapportaient d'intimité en général dans leur relation de couple, plus elles rapportaient une bonne fonction sexuelle (Bois et al., 2013). Une autre étude menée auprès de la même population clinique a montré des résultats similaires en utilisant une méthodologie observationnelle et des questionnaires auto-rapportés. Les résultats révèlent que des

niveaux plus élevés de réponses empathiques, observés en laboratoire lors d'une discussion filmée, et perçus des femmes et de leur partenaire tel que rapporté immédiatement après la discussion, étaient associés à leur propre satisfaction sexuelle et à celle de leur partenaire. De plus, des niveaux plus élevés de réponses empathiques observés des femmes et de leur partenaire étaient associés à moins de détresse sexuelle chez chacun, tandis que des niveaux plus élevés de réponses empathiques observés chez les femmes étaient associés à moins de détresse sexuelle chez leur partenaire (Bois et al., 2016). Une autre étude utilisant le même échantillon a trouvé que les réponses empathiques observées chez la femme étaient associées à davantage de qualité de vie chez celle-ci et à un meilleur ajustement relationnel (p. ex., avoir l'impression que la relation se porte bien, avoir confiance en la stabilité de la relation, se confier à son partenaire) chez les deux membres du couple (Rosen et al., 2016). Une étude plus récente menée auprès de 160 couples dont la femme souffre de VP, utilisant un devis à journaux quotidiens, souligne d'autant plus l'importance de l'intimité pour ces couples. En effet, les auteurs ont trouvé qu'une plus grande perception des réponses empathiques de son partenaire de manière générale, ainsi que de manière quotidienne était associée à une meilleure fonction sexuelle et satisfaction sexuelle au quotidien chez les deux partenaires (Bergeron et al., 2021). Au-delà des études quantitatives, une étude qualitative menée auprès de 428 femmes souffrant de douleur génito-pelvienne a révélé que plus de 65 % des femmes de l'échantillon mentionnaient que d'avoir un partenaire compréhensif était le facteur qui contribuait le plus à leur capacité à réguler leurs émotions en lien avec la douleur (Gordon et al., 2003). En résumé, ces études mettent en lumière l'effet protecteur



de l'intimité sur la sphère sexuelle et relationnelle des couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne.

### **Les obstacles à l'intimité chez les femmes souffrant de VP et leur partenaire**

Tel qu'évoqué précédemment, les couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne sont plus susceptibles de rapporter de la détresse psychologique, ainsi qu'une plus faible communication sexuelle (p. ex., Maillé et al., 2015; Meana et Binik, 2022; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003; Pazmany et al., 2014). Il est donc important de considérer, parmi les difficultés fréquemment rapportées chez cette population, lesquelles sont les plus susceptibles d'interférer avec le processus d'intimité, qui est identifié comme un facteur de protection potentiel pour ces couples. Des études récentes suggèrent que l'insécurité d'attachement et les symptômes dépressifs peuvent agir en tant que « filtre perceptuel » qui affecterait, à la fois, la perception de soi et des autres dans les interactions sociales et la capacité à répondre de manière empathique (p. ex., Beshai et al., 2015; Calvo et al., 2014; Cusi et al., 2011; Derntl et al., 2012; Dykas et Cassidy, 2011; Fowler et al., 2011; Gilbert et al., 2011; Harding et al., 2015; Hoffmann et al., 2016; Joormann et Gotlib, 2006; Mikulincer et Shaver, 2005; Mikulincer et al., 2005). Or, les symptômes dépressifs sont fréquemment rapportés chez les couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne (Iglesias-Rios et al., 2015; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003) et les femmes seraient plus susceptibles de se sentir coupable et avoir peur de perdre leur partenaire en raison de la douleur (Ayling & Ussher, 2008; Sheppard et al., 2008), en plus de rapporter davantage d'insécurités d'attachement (Granot et al., 2010). De plus, les insécurités d'attachement, à la fois des femmes ayant la VP et de leur partenaire, sont associées à plus de douleur chez la femme selon une étude longitudinale

(Charbonneau-Lefebvre et al., 2019) et une fonction sexuelle et satisfaction sexuelle plus faibles chez les deux membres du couple (Charbonneau-Lefebvre et al., 2021; Leclerc et al., 2015). Qui plus est, les insécurités d'attachement sont associées à une moins bonne réponse au traitement (médical et thérapie cognitivo-comportementale) chez les femmes ayant la VP, selon un essai clinique randomisé récent (Charbonneau-Lefebvre et al., 2022). Pourtant, aucune étude à ce jour n'a examiné si l'insécurité d'attachement et les symptômes dépressifs sont associés à l'intimité, spécifiquement chez les couples dont la femme souffre de VP.

### **L'attachement : définition**

En premier lieu, il est important de bien définir ce qu'est l'attachement. Selon la théorie de Bowlby (1969), un individu, dès le tout début de son développement, va forger des représentations internes concernant la disponibilité et la réceptivité de ses figures d'attachement principales. Ces représentations internes vont ensuite guider les attentes envers soi et les autres dans les relations ultérieures, et ce, tout au long de la vie de l'individu. Ces représentations développées dans l'enfance sont relativement stables dans le temps (Bowlby, 2005; Mikulincer et Shaver, 2016) et donc se déploieraient dans les relations amoureuses adultes (Mikulincer et Shaver, 2016). Les chercheurs dans le domaine de l'attachement ont d'abord défini quatre styles d'attachement (c.-à-d., sécure, préoccupé, détaché et craintif) qui découlent de deux dimensions sous-jacentes : l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité (p. ex., Bartholomew et Horowitz, 1991; Brennan et al., 1998). Une personne qui rapporte davantage d'anxiété d'abandon porte une représentation interne de soi comme non méritante des soins et de l'amour de son partenaire, qui en résulte par une peur de l'abandon. Cette peur entraîne des

comportements qui visent à restaurer un sentiment de sécurité interne, tels que par exemple, l'exagération de la détresse et des demandes constantes de réassurance qui peuvent être perçues comme intrusives par le partenaire. Une personne qui rapporte davantage d'évitement de l'intimité porte une représentation interne des autres comme étant non fiables, non dignes de confiance et/ou non disponibles, ce qui résulte en une peur de l'intimité. Ainsi, afin de restaurer un sentiment interne de sécurité, cette personne va avoir tendance à se distancer de son partenaire et dépendre davantage d'elle-même, ce qui est susceptible d'entraîner un faible niveau d'engagement émotionnel et d'intimité entre les partenaires (Bartholomew et Horowitz, 1991). Ainsi, les quatre styles d'attachement peuvent être conceptualisés en termes de ces deux dimensions. Par exemple, les individus ayant un style d'attachement sécure rapportent peu d'insécurités d'attachement (faible anxiété d'abandon et faible évitement de l'intimité). Ces personnes portent plutôt une représentation interne de soi comme étant digne d'amour et de soin et une représentation interne des autres comme étant dignes de confiance, fiables et disponibles (Collins et Read, 1990; Hazan et Shaver, 1987). Cette personne va donc d'emblée avoir une propension à penser que les individus dans son environnement sont bienveillants et sécurisants, et se référer à ceux-ci lorsqu'elle fait face à des obstacles dans sa vie quotidienne. De leur côté, les individus ayant un style d'attachement préoccupé rapportent davantage d'anxiété d'abandon et très peu d'évitement de l'intimité; les individus ayant un style d'attachement détaché rapportent davantage d'évitement de l'intimité et très peu d'anxiété d'abandon et, finalement, les individus ayant un attachement craintif rapportent, à la fois, des niveaux plus élevés d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité (Bartholomew et Horowitz, 1991). Les premières

recherches sur l'attachement des adultes ont majoritairement conceptualisé et opérationnalisé l'attachement d'un point de vue catégoriel, c'est-à-dire qu'un individu pouvait être classifié selon l'un des quatre styles d'attachement. Hors, les auteurs d'études plus récentes privilégient plutôt une approche dimensionnelle de l'attachement, suggérant qu'il serait plus représentatif et nuancé de mesurer de manière continue les dimensions d'insécurité d'attachement (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité; Fraley et al., 2015; Fraley et Waller, 1998), un individu pouvant ainsi rapporter, à la fois, des scores élevés ou faibles sur les deux dimensions. Ainsi, seules ces deux dimensions seront mesurées et utilisées dans la présente thèse.

### **Associations entre l'insécurité d'attachement et la perception des réponses empathiques**

Plusieurs études empiriques menées auprès de populations cliniques, ainsi qu'auprès de la population générale, révèlent que l'insécurité d'attachement peut influencer la manière dont un individu va interpréter et percevoir les stimuli sociaux (Dykas et Cassidy, 2011; Harding et al., 2015; Mikulincer et Shaver, 2005; Milan et al., 2017; Pegman et al., 2011). Par exemple, Fraley et ses collègues en 2006 ont mené une étude dans laquelle les participants devaient visionner des vidéos montrant des visages changeant graduellement d'expressions faciales (allant de neutre à expressif et d'expressif à neutre). Ils ont trouvé que les individus rapportant davantage d'anxiété d'abandon identifiaient plus rapidement un changement d'émotion de neutre à expressif, et ce peu importe l'émotion (joie, colère, tristesse), suggérant une hypervigilance aux signaux émotionnels des autres. Ce résultat concorde avec une recension des écrits qui présente des appuis empiriques récents utilisant la neuro-imagerie. Cette recension pointe

vers les hypothèses suivantes : chez les personnes ayant un attachement plus sécure (rapportant moins d'anxiété d'abandon et moins d'évitement de l'intimité), le circuit neuronal de « la récompense » est plus susceptible d'être activé lorsqu'en interaction avec des personnes significatives, tandis que pour une personne rapportant davantage d'anxiété d'abandon, les interactions sociales peuvent être source d'activation du circuit plus primaire de « fuite ou combat » associé à la peur, ce qui accentuerait l'hypervigilance aux signaux émotionnels. Chez ceux rapportant davantage d'évitement de l'intimité, une relative désactivation/suppression des circuits de « récompense » ou de « peur » est plutôt observée. (Vrticka et Vuilleumier, 2012). Des études observationnelles et auto-rapportées ont également été menées au sein d'échantillons de couples de la population générale, suggérant que les individus rapportant un niveau plus élevé d'attachement insécure (c.-à-d., anxieux ou évitant) avaient tendance à avoir une perception altérée de leurs propres réponses empathiques et de celles de leur partenaire comparativement à ce qui était observé par des observateurs externes ou à ce que leur partenaire rapportait (Rodriguez et al., 2019; Shallcross et al., 2011). En effet, les résultats de l'étude de Shallcross et al. (2011), ont montré que (1) les individus rapportant davantage d'évitement de l'intimité ont perçu leur partenaire comme étant moins empathiques comparativement à ce que les observateurs externes ont observé et (2) les individus rapportant davantage d'anxiété d'abandon se sont perçus eux-mêmes comme ayant été moins empathique comparativement à ce qui a été observé par des observateurs externes. Une autre étude a trouvé que les personnes rapportant davantage d'évitement de l'intimité avaient tendance à percevoir leur partenaire comme étant moins empathique et que les individus rapportant davantage d'anxiété d'abandon avaient tendance à se

percevoir plus empathique que ce que leur partenaire rapportait (Rodriguez et al., 2019). Au sein des populations cliniques, il a été démontré que les patientes atteintes du cancer du sein rapportant davantage un attachement sécure rapportaient une meilleure alliance thérapeutique et se sentaient encore plus soutenues et comprises par leur professionnel de la santé (p. ex., infirmières, médecins) comparativement aux femmes rapportant davantage d'insécurité d'attachement (Harding et al., 2015; Pegman et al., 2011).

### **Associations entre l'insécurité d'attachement et l'émission des réponses empathiques**

Au-delà du lien entre l'insécurité d'attachement et la manière de percevoir les réponses empathiques, l'insécurité d'attachement seraient aussi reliés à la capacité à répondre de manière empathique. Tandis que l'attachement plus sécure favoriserait des comportements et des émotions de soins et de bienveillance envers les autres, l'attachement plus insécure pourrait, au contraire, constituer un obstacle à démontrer soutien, validation et compréhension (Calvo et al., 2014; Feeney et Collins, 2001; Mikulincer et al., 2005; Shallcross et al., 2011). En effet, par peur de perdre le partenaire, les personnes rapportant davantage d'anxiété d'abandon peuvent être trop soucieuses d'être utiles et compatissantes, et ainsi être trop impliquées en adoptant des comportements intrusifs, compulsifs et/ou contrôlants (Mikulincer et al., 2005). À l'opposé, les personnes rapportant davantage d'évitement de l'intimité peuvent plutôt se sentir inconfortables et ne pas réagir face aux émotions d'autrui, par peur de la proximité affective, et ainsi prendre une distance par rapport aux autres (Feeney et Collins, 2001; Gilbert et al., 2011). Une étude observationnelle de Collins et Feeney (2000) menée auprès de 93 jeunes couples dont un des partenaires devait dévoiler un problème

personnel à l'autre, montre que ceux rapportant un attachement davantage anxieux avaient tendance à être moins empathiques, à offrir moins de soutien concret et davantage de comportements négatifs (p. ex., le blâme, l'invalidation), tandis que ceux rapportant un attachement davantage évitant avaient tendance à peu se dévoiler sur le plan affectif (p. ex., ne montrer que subtilement ses émotions), ce qui est susceptible de faire obstacle à l'obtention de réponses empathiques de la part du partenaire. Une autre étude dyadique observationnelle, cette fois dans le contexte d'un dévoilement d'événement positif, a trouvé que l'attachement évitant était associé à moins de réponses empathiques observées (Shallcross et al., 2011).

Ainsi, l'ensemble de ces études appuie l'idée que l'insécurité d'attachement peut constituer un obstacle à l'intimité, comme il est associé à la manière de percevoir et d'émettre des réponses empathiques. Cependant, les études portant sur les associations entre l'insécurité d'attachement et l'intimité ont été menées principalement auprès d'individus ou de couples de la population générale, limitant ainsi les connaissances sur les couples provenant de populations cliniques, tels que ceux confrontés à la douleur génito-pelvienne.

### **Associations entre les symptômes dépressifs et la perception des réponses empathiques**

Un autre facteur peut également influencer la manière dont un individu va interpréter et percevoir les stimuli sociaux, notamment les réponses des partenaires. Il s'agit des symptômes dépressifs (p. ex., Beshai et al., 2015; Fowler et al., 2011; Joormann et Gotlib, 2006; Mattern et al., 2015; Moritz et Roberts, 2017; Moser et al., 2012). En accord avec la théorie cognitive de Beck (Beck, 1967; Beck, 1979), les

résultats d'une méta-analyse (Peckham et al., 2010) ont indiqué que les individus dépressifs avaient un biais attentionnel significativement plus important envers les informations négatives que les individus non-dépressifs. Ce résultat a été corroboré par une étude récente qui a révélé que les participants qui rapportaient davantage de symptômes dépressifs percevaient moins d'émotions positives face à des états émotionnels ambigus, ce qui suggère que les symptômes dépressifs peuvent entraîner une perception moindre des signaux sociaux positifs (Sanchez et al., 2017). Quelques études dyadiques, menées auprès de couples dont un des membres présentait des douleurs musculo-squelettiques ou un cancer, ont trouvé, à l'aide de mesures auto-rapportées, que plus les patients rapportaient de symptômes dépressifs, plus ils percevaient des réponses négatives à la douleur de la part de leur partenaire (p. ex., réactions de colère ou d'hostilité; Badr et Milbury, 2011; Pence et al., 2006), alors que les partenaires des patients dépressifs et non-dépressifs ne différaient pas quant à leur perception de leurs propres réponses (Cano et al., 2004).

### **Associations entre les symptômes dépressifs et l'émission des réponses empathiques**

De plus, plusieurs études ont montré que les symptômes dépressifs peuvent interférer avec la capacité empathique. Hoffmann et al. (2016) ont découvert que les patients souffrant de dépression majeure utilisaient davantage de biais égocentriques et, par conséquent, étaient moins capables de se détacher de leur propre état émotionnel et de ressentir avec empathie l'état émotionnel des autres. Des études ont également indiqué que la gravité des symptômes chez les patients souffrant de dépression majeure était associée à moins de réponses affectives et empathiques envers les autres et moins de considération pour les différences de perspectives (Cusi et al., 2011; Derntl et al., 2012).



Ces conclusions sont également partagées par une recension systématique des écrits qui a trouvé que les symptômes dépressifs étaient associés à des niveaux plus élevés de stress empathique (c.-à-d., être envahi par les émotions de l'autre causant du stress et une envie de se retirer de la situation) et de difficultés cognitives liées à l'empathie (c.-à-d., prise de perspective, mentalisation), et ce, surtout chez les femmes (Schreiter et al., 2013). Dans une étude menée par Cao et al., (2017), face à la détresse des autres, les personnes d'humeur triste étaient plus susceptibles de se sentir en détresse et d'utiliser des comportements non-aidants (p. ex., retrait social et évitement) comparativement aux personnes d'humeur neutre. Des études dyadiques observationnelles et quotidiennes ont été menées auprès de couples de la population générale et ont trouvé que les symptômes dépressifs diminuaient l'empathie en altérant la capacité à percevoir avec exactitude les émotions et les pensées du partenaire, surtout des émotions négatives et ce, davantage chez les femmes (Gadassi et al., 2011; Papp et al., 2010). Finalement, une étude dyadique menée auprès de 191 femmes souffrant de cancer du sein et leur partenaire montre que plus les partenaires rapportaient de symptômes dépressifs, plus ils rapportaient de réponses négatives face à la douleur comparativement aux partenaires rapportant moins de symptômes dépressifs (Badr et Milbury, 2011).

L'ensemble de ces études suggère que les symptômes dépressifs et l'insécurité d'attachement peuvent constituer un obstacle à l'intimité, via une moins bonne capacité à percevoir et à émettre des réponses empathiques, étant la composante la plus centrale de l'intimité (Reis et al., 2004). Cependant, alors que l'intimité est une construction interpersonnelle, la plupart de ces études ont été menées auprès d'échantillons d'individus, ont utilisé des mesures auto-rapportées et n'ont pas fondé leur mesure de l'intimité sur un

modèle théorique validé, tel que celui de Reis et Shaver (1988). De plus, on ne sait pas comment ces résultats se traduisent chez les couples confrontés à la douleur génito-pelvienne. En effet, aucune étude à ce jour n'a examiné si l'insécurité d'attachement et les symptômes dépressifs sont associés à l'intimité, soit à la manière de percevoir et d'émettre des réponses empathiques, chez les couples dont la femme souffre de VP. Connaissant le rôle crucial de l'intimité et la prévalence de symptômes dépressifs et d'insécurités d'attachement chez cette population clinique (Bois et al., 2013, 2016; Rosen et al., 2016), étudier le rôle de ces facteurs dans l'établissement de l'intimité chez ces couples pourrait contribuer à améliorer leur bien-être relationnel et sexuel dans ce contexte difficile.

### **Objectifs et hypothèses de la thèse**

L'objectif général de la présente thèse était d'examiner sous des angles différents, mais complémentaires, le concept de l'intimité en utilisant une méthodologie observationnelle (en laboratoire) et auto-rapportée auprès de deux populations distinctes : des couples de la population générale et des couples cliniques, aux prises avec la douleur génito-pelvienne chez la femme.

Étant donné qu'il n'existe à ce jour aucune démonstration empirique de la relation entre les différents types de réponses aux tentatives de capitalisation et le bien-être sexuel chez les couples de la population générale, l'objectif du premier article de thèse était d'examiner les associations entre les réponses perçues, auto-rapportées et observées aux tentatives de capitalisation et le bien-être sexuel (c.-à-d., la satisfaction sexuelle, la détresse sexuelle et la fonction sexuelle) au sein d'un échantillon de couples diversifiés de la population générale. Considérant que le bien-être sexuel diminue avec le temps

(Impett et al., 2008; Murray et Milhausen, 2012; Quinn-Nilas, 2020), nous avons ajouté la durée de la relation de couple en tant que co-variable. De plus, étant donné quelques études qui suggèrent des différences de genre (p. ex., Pagani et al., 2020), nous avons ajouté une modération par le genre. Il était attendu que les réponses actives-constructives perçues, auto-rapportées et observées d'une personne soient positivement associées à sa propre satisfaction sexuelle et fonction sexuelle et à celles de son partenaire, et négativement associées à sa propre détresse sexuelle et à celle de son partenaire. Il était également attendu que les réponses passives-constructives, actives-destructives et passives-destructives perçues, auto-rapportées et observées d'une personne soient négativement liées à sa propre satisfaction sexuelle et fonction sexuelle et à celles de son partenaire, et positivement associées à sa propre détresse sexuelle et à celle de son partenaire. Compte tenu de la rareté des études portant sur les réponses aux tentatives de capitalisation et la sexualité, les effets de genre ont été examinés de manière exploratoire. Cet article a été publié dans *Journal of Social and Personal Relationships* (Bosisio, M., Rosen, N.O., Dubé, J., Vaillancourt-Morel, M.-P., Daspe, M.-È. et Bergeron, S. (2022). Will You Be Happy for Me? Associations between Self-Reported, Perceived, and Observed Responses to Positive Events and Sexual Well-Being in Cohabiting Couples. *Journal of Social and Personal Relationships*.

<https://doi.org/10.1177/02654075221080581>

Étant donné qu'aucune étude à ce jour n'a examiné si l'insécurité d'attachement et les symptômes dépressifs sont associés à l'intimité, soit à la manière de percevoir et d'émettre des réponses empathiques, chez les couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne, l'objectif du deuxième article de thèse visait à examiner les

associations entre les symptômes dépressifs, l'insécurité d'attachement et les réponses empathiques perçues et observées chez les couples dont la femme souffre de VP. Il était attendu qu'un niveau plus élevé de symptômes dépressifs et d'insécurités d'attachement (c.-à-d., évitant et anxieux) chez les femmes et leur partenaire soit associé à moins de réponses empathiques perçues et observées chez les deux membres du couple. Cet article a été publié dans *The Journal of Sex Research* (Bosisio, M., Pâquet, M., Bois, K., Rosen, N.O. et Bergeron, S. (2020). Are depressive symptoms and attachment styles associated with observed and perceived partner responsiveness in couples coping with genito-pelvic pain? *Journal of Sex Research*, 57(4), 534-544.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1610691>

Ces deux articles de thèse constituent des apports complémentaires dans le domaine de l'intimité et de la sexualité, en investiguant (1) l'importance de l'intimité et de la différenciation pour le bien-être sexuel des couples de la population générale, ainsi que (2) les facteurs pouvant constituer des obstacles à l'intimité pour les couples souffrant de douleurs génito-pelviennes.

## Article 1

Will You Be Happy for Me? Associations between Self-Reported, Perceived, and Observed Responses to Positive Events and Sexual Well-Being in Cohabiting Couples.

Bosisio, M., Rosen, N.O., Dubé, J., Vaillancourt-Morel, M.-P., Daspe, M.-È. et Bergeron, S. (2022). Will You Be Happy for Me? Associations between Self-Reported, Perceived, and Observed Responses to Positive Events and Sexual Well-Being in Cohabiting Couples. *Journal of Social and Personal Relationships*.

<https://doi.org/10.1177/02654075221080581>

© SAGE

This article may not exactly replicate the version published in the SAGE journal.

It is not the copy of record

Running head: RESPONSES IN A POSITIVE CONTEXT AND SEXUALITY

TITLE:

Will You Be Happy for Me? Associations between Self-Reported, Perceived, and Observed Responses to Positive Events and Sexual Well-Being in Cohabiting Couples

AUTHORS :

Myriam Bosisio, B.Sc.<sup>1</sup>, Natalie O. Rosen, Ph.D.<sup>2</sup>, Justin Dubé, B.Sc.<sup>2</sup>, Marie-Pier Vaillancourt-Morel, Ph.D.<sup>3</sup>, Marie-Ève Daspe, Ph.D.<sup>1</sup>, and Sophie Bergeron, Ph.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>2</sup>Departments of Psychology and Neuroscience, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada.

<sup>3</sup>Department of Psychology, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada

CONTACT INFORMATION OF CORRESPONDING AUTHOR:

Myriam Bosisio, Université de Montréal, C. P. 6128 succursale Centre-Ville, Montreal, Quebec, Canada, H3C 3J7. Tel.: +1 514 343-6111 (37428).

[myriam.bosisio@umontreal.ca](mailto:myriam.bosisio@umontreal.ca)

ACKNOWLEDGEMENTS:

This study was supported by a grant from the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) to Sophie Bergeron. The results of this manuscript were presented as a poster at the 46th Annual Meeting of the International Academy of Sex Research in 2021.

## **Abstract**

Whereas greater levels of intimacy have been shown to promote couples' sexual well-being, recent theories suggest that satisfying sex is maintained via the capacity to encourage the partner's individuality, while remaining intimately connected. Responses to capitalization attempts (i.e., the disclosure of a positive personal event) provide an opportunity to strengthen both the couple's intimacy and each partner's autonomy. Although responses to capitalization attempts are linked to couples' greater relationship adjustment, very little is known about their relation to couples' sexual well-being. The aim of this study was to examine the associations between self-reported, perceived, and observed responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, sexual distress, and sexual function in 151 cohabiting couples who participated in a filmed discussion in the laboratory. They also completed self-report questionnaires pertaining to their responsiveness and to that of the partner during the discussion, as well as their sexual well-being. Results indicated that one's higher levels of self-reported and partner-perceived active-constructive responses (enthusiasm/elaboration) during the discussion were associated with one's own greater sexual satisfaction. Higher levels of perceived passive-constructive responses (quiet but interested) from one's partner were associated with one's own lower sexual satisfaction, and one's higher levels of self-reported and perceived passive-destructive responses (lack of interest/self-focus) were associated with one's own greater sexual distress. Finally, higher levels of observed active-destructive responses (undermines/denies the positive nature of the event) were associated with one's own lower sexual function, while in women, they were associated with their lower sexual

satisfaction. Findings contribute to a growing body of literature underscoring the importance of intimacy for sexual well-being in long-term relationships.

## **Introduction**

Couples' sexual well-being tends to decline over time (Gunst et al., 2017; Quinn-Nilas, 2020). This is concerning, given that the quality of a couple's sexuality is associated with several individual and relational benefits (Acevedo & Aron, 2009; Joel et al., 2020). There is growing interest in identifying positive interpersonal correlates of couples' sexual well-being (e.g., Muise et al., 2016), although most studies to date involved retrospective self-reports (e.g., Dewitte & Mayer, 2018; Štulhofer et al., 2014). Among those, intimacy (i.e., emotional closeness or feeling understood, validated, and cared for by the partner following self-disclosure; Reis & Shaver, 1988) has received extensive empirical support (e.g., Bois et al., 2016; Rubin & Campbell, 2012). However, some argue that too much emotional closeness, to a point of emotional fusion, hinders the quality of couples' sexuality (e.g., Sims & Meana, 2010). The *Sexual Crucible Model* suggests that true intimacy includes differentiation (i.e., the ability to see oneself as separate and distinct within the relationship), which is thought to promote couples' sexual well-being (Schnarch, 2009). Responses to capitalization attempts, in which there is a disclosure of a positive personal event that does not involve the partner, would be an opportunity to demonstrate that ability to acknowledge the partner's individuality, while remaining intimately connected (Gable et al., 2006; Hadden et al., 2015; Reis et al., 2010). Measuring moment-to-moment responses to capitalization attempts in a laboratory setting could provide crucial answers concerning the role of intimacy in couples' sexual



well-being. The aim of this study was to examine the associations between self-reported, perceived, and observed responses to capitalization attempts in the laboratory and sexual satisfaction, sexual distress, and sexual function in cohabiting couples.

### **Decline in Sexual Well-Being**

Over time, most couples experience a decline in their sexual well-being, including sexual function and satisfaction (Impett et al., 2008; Murray & Milhausen, 2012; Quinn-Nilas, 2020). A seven-year longitudinal study using two time points found that women reported lower desire, arousal, lubrication, and satisfaction at Time 2 compared with Time 1 (Gunst et al., 2017). Schmiedeberg and Schröder (2016) showed that there was a steady decline in sexual satisfaction over a three-year period (three time points) among individuals in committed relationships. This result is in line with those of two eight-wave longitudinal studies spanning the first four–five years of 207 marriages, showing that sexual frequency and sexual satisfaction declined over that period for newlyweds couples (McNulty et al., 2016). Although these studies were conducted almost exclusively among heterosexual individuals or couples, Blumstein and Schwartz (1983)'s study suggests similar declines in sexual frequency among gay and lesbian couples.

This decline is concerning given that couples' sexual well-being is associated with greater relationship and life satisfaction, relationship stability, and psychological and physical health (Acevedo & Aron, 2009; Mark, 2012; Regan, 2000). Conversely, experiencing a sexual problem commonly leads to relational conflict and distress (Metz & Epstein, 2002; Rosen et al., 2019; Rosen et al., 2017). However, only recently have studies begun to focus on protective interpersonal factors for couples' sexual well-being.

Intimacy figures prominently among the theory-driven protective factors examined to date.

### **Intimacy and Sexual Well-being**

According to the *Interpersonal Process Model of Intimacy* (Reis & Shaver, 1988), intimacy refers to an emotional closeness in which partners both feel understood, validated, and cared for following self-disclosure. Intimacy is associated with greater sexual satisfaction and function, and less sexual distress for the self and the partner in couples coping with pain during sexual activities, according to dyadic observational and daily diary studies (Bergeron et al., 2021; Bois et al., 2016). In experimental, longitudinal and daily diary studies among community couples, intimacy was associated with greater sexual desire, frequency, and satisfaction (Dewitte & Mayer, 2018; Mizrahi et al., 2018; Rubin & Campbell, 2012). Among those studies, a handful found that intimacy was more strongly associated with women's sexuality than men's (e.g., Birnbaum et al., 2016; Dewitte & Mayer, 2018). In addition, two cross-sectional studies conducted among men indicated that when they reported higher levels of intimacy with their partner, they also reported higher sexual satisfaction, desire, and lower levels of sexual difficulties (Štulhofer et al., 2014; Štulhofer et al., 2013). Thus, findings to date suggest that greater intimacy is associated with greater sexual well-being and less sexual difficulties in both clinical and community couples. However, not all studies used theory-driven measures of intimacy and most used retrospective self-reports (see Bois et al., 2016, for an exception), which may lead to recall biases. Importantly, results from a couple observation study suggest that intimacy can be translated into specific observable behaviors (Collins &

Feeney, 2000). Hence, observational designs offer a unique opportunity to study moment-to-moment intimacy processes that cannot be captured through self-report measures.

### **Intimacy and Differentiation**

Despite the evidence supporting a positive association between intimacy and sexual well-being, authors suggest that too much emotional proximity (e.g., to a point of being emotionally merged or poorly differentiated) could be harmful for sexual well-being (Perel, 2007; Schnarch, 2009). The *Sexual Crucible Model* suggests that true intimacy derives from each partner's capacity to maintain a personal identity and recognize the other as being different from the self, while simultaneously feeling connected to each other (Schnarch, 2009). This ability would allow the couple to establish the necessary space to bring novelty and vitality to their union and tolerate the vulnerability and insecurity inherent to sexual pleasure, thereby fostering sexual well-being (Kuten, 1976; Perel, 2007; Schnarch, 2009). However, these theories have received little support to date. Results from cross-sectional, self-report studies conducted among individuals suggest that the inability to maintain a sense of self in the presence of intimate others was the strongest predictor of sexual problems (Burri et al., 2014) and that differentiation of the self was associated with greater sexual satisfaction and desire (Timm & Keiley, 2011; Ferreira et al., 2014). The literature on self-expansion (i.e., expanding one's sense of self through novel, exciting, and broadening activities) is also noteworthy in that it underlines the importance of novelty and vitality for couples' sexual well-being. In a cross-sectional, self-report study among women diagnosed with low sexual desire and their partners, higher levels of self-expansion activities with the partner were associated with greater sexual satisfaction for both partners, higher desire for

women, and lower sexual distress for partners (Raposo et al., 2020). A dyadic daily diary study among community couples showed that within-person increases in daily personal self-expansion (without the partner) were associated with greater sexual passion.

However, experiencing chronically high levels of personal self-expansion in ways that were not shared with a romantic partner was associated with poorer intimacy, and in turn, less sexual passion (Carswell et al., 2021). These results support the idea that both the feelings of individuality and togetherness are important for sexual well-being (Schnarch, 2009).

### **Responses to Capitalization Attempts**

How romantic partners respond to capitalization attempts offers the potential for couples to encourage the partner's individuality, while feeling connected to each other. Capitalization attempts refer to the process of disclosing a positive event to someone to gain additional benefits from it (Gable et al., 2006; Langston, 1994). For example, a positive event can be getting a good grade, talking to a childhood friend, or getting a promotion at work. Indeed, capitalizing on positive events (sharing good news) has been linked to increases in positive affect and well-being independently of the positive events themselves (Gable et al., 2004). However, this effect depends on the responses of the person with whom the events are shared. Most of the time, these are loved ones, such as the romantic partner (Gable et al., 2006). Researchers have identified four types of responses following the disclosure of a positive event: active–constructive (e.g., enthusiasm and elaboration), passive–constructive (e.g., quiet but attentive and interested), active–destructive (e.g., undermines the event or denies its positive nature), and passive–destructive (e.g., lack of interest and self-focus; Gable et al., 2004). When

sharing a positive event that does not include the partner (e.g., receiving a positive evaluation at work), the partner's active–constructive response is the only one considered responsive. This response provides an opportunity to obtain and convey understanding and validation while recognizing and accepting the partner's individuality, thereby strengthening the couple's intimacy (Gable et al., 2006; Hadden et al., 2015; Reis et al., 2010). In self-report and observational studies among community couples, a person's greater perception of their partner's active-constructive responses was associated with several positive relational and individual outcomes for that person (e.g., greater relationship satisfaction and positive emotions; Gable et al., 2004; Kashdan et al., 2013; Monfort et al., 2014) and their partner (Pagani et al., 2020). Conversely, a person's greater perception of their partner's passive-constructive, active-destructive, and passive-destructive responses was negatively correlated with that person's commitment, daily satisfaction, and positive emotions (Donato et al., 2014; Gable et al., 2004). The majority of those studies found no gender differences, but a few suggest that perceived responses to capitalization attempts are more strongly associated with women's relationship outcomes (e.g., Pagani et al., 2020). Most studies did not examine participants' perception of their own responses in a context of capitalization, even though recent studies demonstrate that emitting active-constructive responses was also associated with individual and relational benefits (Kashdan et al., 2013; Hershenberg et al., 2016; Monfort et al., 2014). Also, most did not adopt observational designs, which allow for the measurement of participants' own and their partner's responses, with minimal retrospective bias and using objective external observer ratings.

Only one study examined associations between responses to capitalization attempts and sexuality using a cross-sectional, observational, and self-report design among 178 heterosexual couples (Birnbaum et al., 2016). Results showed that, for women, their partner's responsiveness following the disclosure of a positive event, as observed by external coders, was positively associated with their own sexual desire. For both men and women, their perception of their partner's responsiveness was positively associated with their own sexual desire. Although novel, this study involved young couples, most of whom did not live together (i.e., may not experience declines in sexual well-being), focused on sexual desire exclusively, and did not assess partner effects (e.g., the association between a person's responsiveness and their partner's sexual desire). Lastly, the self-report questionnaires and observational method were not adapted to the disclosure of positive events. Instead, a general measure of partner responsiveness (e.g., behaviors that signal understanding, validation, and caring) was used. Yet, the reactions that are thought to be responsive following the disclosure of a negative event are not necessarily the same as those following the disclosure of a positive event. For example, a simple nod might be considered responsive in a negative disclosure context, whereas the same nod might be considered dismissive in a positive disclosure context (Gable et al., 2012). Thus, the failure to adapt the measure to the specific context can limit the conclusions that can be drawn concerning responses to capitalization attempts and sexual well-being.

### **Current Study**

The current study aimed to examine associations between one's perception of their own and their partner's responses as well as observed responses (assessed by

external coders) to capitalization attempts in the laboratory, and sexual well-being (i.e., sexual satisfaction, distress, and function) in an inclusive sample of same- and mixed-gender cohabiting couples. Given changes in couples' sexual well-being over time (e.g., Gunst et al., 2017; McNulty et al., 2016), relationship length was included as a covariate. We expected that a person's greater perception of their own and their partner's active-constructive responses, as well as greater active-constructive responses observed in that person, would be associated with the person and their partner's greater sexual satisfaction and function, and lower sexual distress. We also expected that a person's greater perception of their own and their partner's passive-constructive, active-destructive and passive-destructive responses, as well as greater passive-constructive, active-destructive and passive-destructive responses observed in that person, would be associated with their own and their partner's lower sexual satisfaction and function, and greater sexual distress.

## **Method**

### **Participants**

A convenience sample of 151 couples was recruited through advertisements on social media and websites (e.g., blogs, Facebook), university listservs, flyers displayed in public places and by word of mouth. In addition, couples who already participated in previous studies led by our research team and who consented to be recontacted for future research were invited to participate. Recruitment was conducted in two Canadian cities between May 2019 and January 2020.

Interested couples were screened for eligibility using a structured telephone interview. The inclusion criteria were the following: (a) be in a monogamous relationship and cohabiting for at least one year, (b) understand written and spoken French or English,

(c) be at least 18 years old and (d) have already been sexually active at one time in their life (not specific to their current relationship). The exclusion criteria were as follows: (a) presence of a self-reported major medical or psychiatric problem, (b) pregnancy, breastfeeding, or parents of a child of less than one year, (c) medication or drugs that alter sexuality significantly, and (d) currently being treated specifically for sexual problems or considering starting this type of treatment during the study. Of the 570 couples who contacted us to participate in the study, 304 (53.3%) declined to participate and 108 (18.9%) were ineligible after screening. Of the 158 eligible couples, four (2.5%) failed two out of three attention-testing questions in the baseline survey and three (1.9%) did not complete the baseline survey and thus, were not invited to participate in the laboratory session. The final sample included 151 couples (302 participants). Among those, 145 (48%) identified as cis men, 150 (49.7%) identified as cis women, and 7 (2.3%) identified as non-binary, queer, or gender fluid. Thus, the sample included eight (5.3%) women-women couples, seven (4.6%) men-men couples, 129 (85.4%) women-men couples, and seven (4.6%) couples that included one partner who identified as non-binary, queer, or gender fluid.

Participants were aged between 18 and 63 years old ( $M = 31.92$ ,  $SD = 9.06$ ,  $Median = 30.00$ ). On average, participants had 16.30 years of education ( $SD = 2.76$ ) and 19.5% of the sample reported being full-time students and 3% part-time students. The relationship length ranged from one to 37 years ( $M = 6.52$ ,  $SD = 6.07$ ). Most participants reported an annual income under \$59,999 (77.8%,  $n = 235$ ), 12.3% reported an annual income between \$60,000 and \$79,000 ( $n = 37$ ) and 9.9% reported an annual income over \$80,000 ( $n = 30$ ). Almost half of the sample indicated that their cultural identity was



English Canadian (47.7%,  $n = 144$ ), 37.7% identified as French Canadian ( $n = 114$ ), 5.3% as Western European ( $n = 16$ ), and 9.3% as other cultural identities ( $n = 28$ ; First Nations, American, Eastern European, Australian, Middle Eastern, Latin American/South American, Caribbean). Regarding sexual orientation, 69.2% identified as heterosexual ( $n = 209$ ), 8.3% as lesbian or gay ( $n = 25$ ), 7.0% as heteroflexible ( $n = 21$ ), 7.9% as bisexual ( $n = 24$ ), 0.7% as homoflexible ( $n = 2$ ), 1.7% as queer ( $n = 5$ ), 3.0% as pansexual ( $n = 9$ ), 0.7% as asexual ( $n = 2$ ), 0.7% selected the “other” option (demisexual; gray-asexual biromantic ( $n = 2$ ), 0.7% were questioning their sexual orientation ( $n = 2$ ), and 0.3% did not want to answer ( $n = 1$ ). As for relationship status, 45 (30.0%) couples were married, and 106 (70.0%) were common-law partners.

### **Procedure**

All 151 couples attended a two-hour laboratory session to participate in filmed discussions. One week before their appointment, each partner received a secure link by email hosted by Qualtrics Research Suite, where they provided informed written consent and completed self-report measures assessing sociodemographic characteristics as well as sexual satisfaction, distress, and function. All procedures were approved by both university’s Institutional Review Boards. Each couple received a compensation of CAN \$20 in Amazon gift card for the baseline survey and CAN \$100 for the laboratory session.

During the laboratory session, each member of the couple was invited to disclose a positive personal event (big or small) that neither had involved, nor had been shared with the partner and that had occurred in the past month.

The discussion task lasted eight minutes and members of each couple took turns

being a speaker for four minutes and a listener for four minutes alternately. Immediately after this discussion, each partner completed self-report questionnaires assessing their experience, including the importance (significance) of the event they disclosed on a scale of 1 (*not very important*) to 6 (*extremely important*;  $M = 4.00$ ,  $SD = 1.29$ ) and the representativeness of the discussion they just had compared to a typical discussion that they would have at home on a scale of 0 (*not at all*) to 5 (*extremely*;  $M = 4.09$ ,  $SD = 0.67$ ). On average, participants perceived their discussion to be realistic and based on a significant positive event. Trained observers later coded the videotapes of this discussion (see coding procedure below). This discussion task was based on past standardized couple observation studies (e.g., Bois et al., 2016, Gable et al., 2006; Kashdan et al., 2013). The data and syntaxes can be obtained at:

[https://osf.io/29rjh/?view\\_only=36229505849547bd9059c2fec5faa768](https://osf.io/29rjh/?view_only=36229505849547bd9059c2fec5faa768).

## **Baseline Measures**

**Sexual Satisfaction.** To assess partners' satisfaction with their current sexual relationship, we used the Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX; Lawrence & Byers, 2010). Participants were asked to describe their sexuality overall in the last six months by rating five 7-point bipolar scales: "good-bad", "pleasant-unpleasant", "positive-negative", "satisfying-unsatisfying", "valuable-worthless". Scores range from 5 to 35, with higher scores indicating greater sexual satisfaction. Lawrence and Byers (2010) demonstrated excellent psychometric properties for this measure. The internal consistency in the present sample was excellent ( $\alpha = .92$ ).

**Sexual Distress.** Participants reported on their sexual distress using the Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R; Derogatis et al., 2002), also validated in men

(Santos-Iglesias et al., 2018). This 13-item scale assesses how often a sexual problem has bothered them or caused them distress over the previous month (e.g., “How often did you feel stressed about sex?”). Items are answered on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 (*never*) to 4 (*always*). Scores range from 0 to 52, with higher score indicating greater sexual distress. The revised Female Sexual Distress Scale has good psychometric properties (Derogatis et al., 2002) and the internal consistency in the present sample was excellent ( $\alpha = .93$ ).

**Sexual Function.** Participants were asked to choose between completing the “male-bodied” or the “female-bodied” measure of sexual function. For the male-bodied measure, the International Index of Erectile Function (IIEF; Rosen et al., 1997) was used. This measure of 15 items assesses five domains: erectile function, orgasmic function, sexual desire, intercourse satisfaction, and overall satisfaction. Participants answered on a 5-point Likert-type scale, with higher scores indicating greater sexual function. This measure has good psychometric properties (Rosen et al., 1997) and its internal consistency in the present sample was good ( $\alpha = 0.79$ ). For the female-bodied measure, the Female Sexual Function Index (FSFI; Rosen et al., 2000) was used. This measure of 19 items assesses six domains: sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. Participants answered on a 5-point Likert-type scale, with higher scores indicating greater sexual function. Rosen et al. (1997) demonstrated good psychometric properties for this measure and its internal consistency in the present sample was excellent ( $\alpha = 0.92$ ). To be able to interpret scores in the same way for all participants, total scores of the FSFI were rescaled. We transformed the original FSFI score to an adjusted FSFI score that had a comparable range to the IIEFF through this formula: [ $\chi -$

2) x (75/34)] (Corsini-Munt et al., 2017). Thus, total scores range from 15 to 75, with higher scores indicating greater sexual function. For the FSFI and IIEF, items of participants who had no sexual activity in the last four weeks were recoded as ‘missing’ to avoid skewing the score towards dysfunction (Meyer-Bahlburg & Dolezal, 2007).

### **Post-Discussion Measures**

**Perceived Partner Responses.** To assess participants’ perception of their partner’s responses during the discussion, the 12-item Perceived Responses to Capitalization Attempts Scale (PRCA; Gable et al., 2004) was used. This measure assesses the four types of responses with three items each: active-constructive (e.g., “I got the sense that my partner was even more happy and excited than I am”), passive-constructive (e.g., “My partner is usually silently supportive of the good things that occur to me”), active-destructive (e.g., “My partner found a problem with it”), and passive-destructive (e.g., “My partner seemed disinterested”). Each item is based on a 7-point Likert scale ranging from 1 (*not at all true*) to 7 (*very true*). The score for each subscale varies from 1 to 7 with higher scores indicating greater responses from the subscale. This measure has good psychometric properties (Gable et al., 2004; Gable et al., 2006; Gable et al., 2012) and the internal consistency in the present sample was acceptable for each subscale (active-constructive:  $\alpha = .72$ ; passive-constructive:  $\alpha = .72$ ; active-destructive:  $\alpha = .70$ ; passive-destructive:  $\alpha = .85$ )

**Self-Reported Responses.** In order to assess participants’ own self-report of their responses during the discussion, the Perceived Responses to Capitalization Attempts Scale (PRCA; Gable et al., 2004- 12 items) was adapted by changing pronouns in each item. For example, the item “My partner found a problem with it” was modified to “I found a problem with it”. This measure assesses the four types of responses with the

same scale as described above. Internal consistency in the present sample was acceptable for each subscale (active-constructive:  $\alpha = .69$ ; passive-constructive:  $\alpha = .81$ ; active-destructive:  $\alpha = .76$ ; passive-destructive:  $\alpha = .77$ ).

### **Observed Responses**

Partners' responses during the discussion were rated independently by two trained coders based on the *Interpersonal Process Model of Intimacy* (Reis & Shaver, 1988), adapted to the capitalization context (Gable et al., 2004; Kashdan et al., 2013). Coders received descriptions of the four types of partner responses to sharing of positive events developed by Kashdan et al. (2013). They received the instructions to watch the videos at least twice and not to rate two partners of the same couple one after the other in order to reduce possible bias. Coders rated the degree to which the partner's responses matched each of the four types of responses using a 6-point Likert scale (0 = *absolutely no match* to 5 = *very good match*; Kashdan et al., 2013). Inter-rater reliability, estimated through intraclass correlations (ICC), was excellent for each subscale (active-constructive: ICC = .90 (95% CI .87 to .92); passive-constructive: ICC = .94 (95% CI .93 to .95); active-destructive: ICC = .88 (95% CI .84 to .90); passive-destructive: ICC = .86 (95% CI .82 to .89)). We averaged the two coders' ratings to obtain a total score for each subscale.

### **Data Analytic Strategy**

Descriptive and bivariate correlation analyses were performed using SPSS 26.0. The hypotheses were tested using Mplus 8.0 (Muthén & Muthén, 1998-2017). Associations between responses (i.e., perceived, self-reported, observed) and sexual outcomes (i.e., sexual satisfaction, sexual distress, and sexual function) were examined using path analysis within an actor-partner interdependence model (APIM; Kenny et al., 2006). APIM analyses account for the interdependence of dyadic data and examine

simultaneously both actor effects (e.g., the association between a person's active-constructive responses and their own sexual satisfaction) and partner effects (e.g., the association between a person's active-constructive responses and their partner's sexual satisfaction). Dyads were considered as indistinguishable as this sample includes both same- and mixed-gender couples, precluding using sex/gender as the distinguishing variable. Thus, each member of the couple was randomly assigned to "partner 1" and "partner 2" and all parameters were constrained to be equal between partners (i.e., variances, actor effects, partner effects, means, and intercepts; West, 2013). Three APIMs were tested; one model for perceived partner responses, one for self-reported responses, and one for observed responses. All three sexual outcomes were entered simultaneously as dependent variables and relationship length was included as a covariate in each model. To examine gender differences in the associations between responses (perceived, self-reported, observed) and sexual outcomes, the interactions between a person's responses and their own gender (men = -0.50, women = 0.50) were added to the models. Only when interactions with gender were tested, non-binary, queer, or gender fluid individuals were excluded due to the small sample size ( $n = 7$ ). When an interaction term was significant, simple slope tests were used to report the associations for women and men. All analyses were performed with the maximum likelihood parameter estimates with robust standard errors and chi-square test (MLR) and missing data were handled using Full Information Maximum Likelihood (FIML; Muthén & Muthén, 1998-2017). Commonly used goodness-of-fit indices were used to evaluate models (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2015; Schermelleh-Engel et al., 2003): comparative fit index (CFI;  $\geq .90$  acceptable;  $\geq .95$  good), root mean square error of approximation with its 90% confidence interval

(RMSEA;  $\leq .08$  adequate;  $\leq .06$  good), and standardized root mean square residual (SRMR;  $\leq .10$  adequate;  $\leq .08$  good).

## Results

### Descriptive Statistics

Means ( $M$ ), standard deviations ( $SD$ ), and correlations between the study variables are presented in Table 1.

### Associations between Perceived Partner Responses and Sexual Outcomes

Firstly, we examined the associations between perceived partner responses and sexual satisfaction, distress, and function controlling for relationship length. Results are presented in Figure 1 and showed that a person's greater perception of their partner's active-constructive responses was associated with their partner's greater sexual satisfaction. A person's greater perception of their partner's passive-constructive responses was associated with their partner's lower sexual satisfaction. Finally, a person's greater perception of their partner's passive-destructive responses was associated with that person's greater sexual distress. This model provided good fit indices:  $\chi^2(63) = 62.65, p = .489$ ; RMSEA = .00, 90% CI [.00, .05]; CFI = 1.00; SRMR = .09, and explained 11.2% of the variance in sexual satisfaction, 5.2% of the variance in sexual distress, and 3.4% of the variance in sexual function. We then added the interactions between one's perception of their partner's responses and one's own gender (men = -0.50, women = 0.50;  $n = 144$ ) to examine if the actor and partner effects were significantly different between men and women. All interactions were nonsignificant; thus, all associations were similar between women and men.

### Associations between Self-Reported Responses and Sexual Outcomes

Secondly, we examined the associations between self-reported responses and sexual satisfaction, distress, and function controlling for relationship length. Results are presented in Figure 2 and showed that a person's reported greater active-constructive responses were associated with their own greater sexual satisfaction. A person's reported greater passive-destructive responses were associated with their own greater sexual distress. This model provided good fit indices:  $\chi^2(63) = 64.37, p = .429$ ; RMSEA = .01, 90% CI = [.00, .05]; CFI = 1.00; SRMR = .09, and explained 10.0% of the variance in sexual satisfaction, 7.3% of the variance in sexual distress, and 2.5% of the variance in sexual function. We then added the interactions between a person's self-reported responses and one's own gender (men = -0.50, women = 0.50;  $n = 144$ ). The association between a person's active-constructive responses and their partner's sexual function was significantly different between women and men as the interaction term was significant,  $b(SE) = 0.52(0.24), p = .032$ ; 95% CI = [0.05, 1.00];  $\beta = .15$ . However, the simple slope test indicated that the association was nonsignificant in both women,  $b(SE) = 0.05(0.46), p = .919$ ; 95% CI = [-0.86, 0.95];  $\beta = .05$  and men,  $b(SE) = -0.48(0.53), p = .364$ ; 95% CI = [-1.51, 0.55];  $\beta = -.10$ . No other gender differences were found.

### **Associations between Observed Responses and Sexual Outcomes**

Finally, we examined the associations between observed responses and sexual satisfaction, distress, and function controlling for relationship length. As presented in Figure 3, results showed that a person's greater active-destructive responses, as observed by external coders, were associated with that person's lower sexual function. This model provided good fit indices:  $\chi^2(63) = 92.70, p = .009$ ; RMSEA = .06, 90% CI [.03, .08]; CFI = 0.91; SRMR = .09, and explained 7.8% of the variance in sexual function, 5.7% of



the variance in sexual distress, and 4.7% of the variance in sexual satisfaction. We then added the interactions between participants' observed responses and their own gender (men = -0.50, women = 0.50;  $n = 144$ ). The association between a person's active-destructive responses, as observed, and their own sexual satisfaction was significantly different between women and men as the interaction term was significant,  $b(SE) = -2.55(0.85)$ ,  $p = .003$ ; 95% CI = [-4.22, -0.88];  $\beta = -.13$ . The simple slope test indicated that women's active-destructive responses, as observed, were related to their own lower sexual satisfaction,  $b(SE) = -2.04(0.81)$ ,  $p = .012$ ; 95% CI = [-3.64, -0.45];  $\beta = -.13$ , whereas in men, this association was non-significant,  $b(SE) = 0.51(0.86)$ ,  $p = .556$ ; 95% CI = [-1.18, 2.20];  $\beta = -.01$ . No other gender differences were found.

### **Discussion**

This dyadic study examined associations between perceived, self-reported, and observed responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, distress, and function in same- and mixed-gender cohabiting couples. Results indicated that higher levels of self-reported and partner-perceived active-constructive responses during the discussion were associated with one's own greater sexual satisfaction. Conversely, higher levels of perceived passive-constructive responses from one's partner were associated with one's own lower sexual satisfaction, and higher levels of self-reported and perceived passive-destructive responses were associated with greater sexual distress. Finally, higher levels of observed active-destructive responses were associated with one's own lower sexual function, and in women, with their lower sexual satisfaction. Findings support the *Sexual Crucible Model* (Schnarch, 2009) as active-constructive responses were linked to

greater sexual well-being, whereas passive-constructive, passive-destructive, and active-destructive responses were associated with poorer sexual outcomes.

### **Active-constructive responses**

Consistent with our hypothesis, findings indicated that the more a person self-reported as having demonstrated enthusiasm and genuine interest in their partner's positive event, and the more the partner perceived it as such, the greater this person's reported sexual satisfaction. Being able to be responsive to the partner in that particular context is a demonstration of the capacity to encourage their individuality, while remaining intimately connected (Gable et al., 2006; Hadden et al., 2015; Reis et al., 2010), considering that the partner is disclosing a positive event outside the relationship. Thus, results support the *Sexual Crucible Model* (Schnarch, 2009), according to which intimacy is central to creating a satisfying sexual and romantic relationship and is defined as the ability to join two opposing drives: individuality and togetherness. Recognizing the other as different from oneself involves tolerating feelings of vulnerability, which are at the heart of facilitating closeness between partners and inherent to satisfying sexuality (Schnarch, 2009). In contrast to our hypothesis, active-constructive responses were not associated with less sexual distress and function. However, it should be noted that sexual satisfaction is not the same as the simple absence of sexual difficulties or sexual distress, as it refers to a general subjective impression of a positive and satisfying sex life (Rosen & Bachmann, 2008). Indeed, studies increasingly show that positive contexts have unique predictive value in assessing positive outcomes, above and beyond negative factors (Graber et al., 2011).

### **Passive-Constructive Responses**

As expected, participants' greater perception that their partner had been quiet and silently supportive but attentive and/or interested during the discussion was associated with their partner's lower levels of sexual satisfaction. This result supports the *Sexual Crucible Model* and also underlines that behaviors associated with positive outcomes in times of distress are not necessarily adaptive following the disclosure of a positive event (Donato et al., 2014; Gable et al., 2004). It is possible that a person who does not show much enthusiasm and does not actively encourage their partner to elaborate on their positive event, but still shows some interest and attention toward it, might tolerate the partner's individuality, but not particularly cherish and promote it. Consequently, although this type of response is not associated with sexual distress or sexual function, the results suggest that simply tolerating a partner's individuality may not, in and of itself, be associated with a satisfying sexuality. Both partners might tolerate that each has a life outside of the relationship, but be less likely to share those personal experiences with each other. This might limit the possibility of introducing vitality and novelty into the relationship and of seeing the other in a new light. In turn, this limitation might alter the possibility to deepen the level of intimacy, resulting in less sexual satisfaction (Kuten, 1976; Schnarch, 2009).

### **Active-Destructive Responses**

When a person was observed by external coders as undermining and/or denying the positive nature of the event, that person reported lower sexual function. Also, when women were observed by external coders as undermining and/or denying the positive nature of the event, they reported lower levels of sexual satisfaction. These results are consistent with our hypothesis. Indeed, a person who emits active-destructive responses

might have a harder time accepting their partner's individuality (Gable et al., 2006; Hadden et al., 2015; Reis et al., 2010). In fact, the context of capitalization attempts in which partners are asked to disclose a positive event that did not include the partner is unique as it exposes the notion of separation between the partners: the other exists and is experiencing positive events outside of the relationship. When differentiation is not acquired in a couple, this context could be threatening for partners as they are confronted with their separateness, and they might actively try to dismiss the event and the partner's enthusiasm towards it. As the *Sexual Crucible Model* posits, when there is no differentiation between partners, they are in a state of emotional fusion, which could hinder sexual well-being (Perel, 2007; Schnarch, 2009). This result is in line with that of Burri and colleagues (2014) who found that the inability to maintain a sense of self in the presence of intimate others was the strongest predictor of sexual problems in a sample of women. Findings are also consistent with those of a qualitative study in which married women reported that one of the main reasons for their decreased desire was lack of individuation (Sims & Meana, 2010). However, active-destructive responses were not associated with sexual satisfaction in men. Although contrary to our hypothesis, this result coheres with research that suggests women's sexuality is more strongly influenced by relational factors relative to men's (Basson, 2002; Peplau, 2003). However, only the observed active-destructive responses (not perceived or self-reported) were related to sexual outcomes. The difficulty for individuals to perceive themselves and their partners as having emitted active-destructive responses, possibly to protect their positive self- and partner-illusions (Conley et al, 2009; Luo & Snider, 2009), might explain this finding.

From a methodological standpoint, the study coders' grid assessed subtler non-verbal behaviors compared to the perceived and self-reported questionnaires.

Moreover, it is relevant to wonder why the only independent variable associated with sexual function is the observation of active-destructive responses. It should be noted that the sexual function questionnaire primarily measured the frequency or level of difficulty of each area of sexual function; it is therefore closer to behaviors than the two other outcomes, sexual satisfaction and sexual distress, which are more focused on the emotional aspects of sexuality. Thus, the assessment of sexual function as well as the assessment of the observed active-destructive responses by external coders are two rather "objective" measures, which could possibly explain why an association emerged only for these two variables.

### **Passive-Destructive Responses**

Consistent with our hypotheses, the more a person perceived themselves or their partner as uninterested and self-focused following the disclosure of a positive event, the more this person reported sexual distress. This is the only type of response associated with sexual distress and, when perceived and not only emitted, associated with a sexual outcome. Passive-destructive responses refer to a complete indifference, a "nonresponse" to the event. Pagani et al. (2020) showed that passive-destructive responses were associated with less emotional closeness compared to the active-destructive and passive-constructive responses. This type of response can be seen as the opposite of emotional fusion, that is, emotional detachment (Perel, 2007). Passive-destructive responses can be likened to the stage of romantic disengagement, characterized by an indifference towards the partner, lack of positive emotions, but also few displays of negative emotions. This

stage is often associated with less intimacy and trust, and a greater likelihood of relationship break up and dissatisfaction (Abbasi & Alghamdi, 2017). Yet, too much distance between partners to a point of feeling disconnected emotionally can be harmful to couples' sexual well-being (Perel, 2007; Schnarch, 2009). This is also consistent with studies demonstrating high correlations between dissatisfaction with the relationship and sexuality-related negative affect (Blumenstock & Papp, 2017; McNulty et al., 2016).

The overall pattern of results, whereby self-reported responses were more strongly associated with participants' sexual outcomes than perceived ones, suggests that perceiving a partner's responses to capitalization attempts is less important to one's own sexuality than emitting such responses toward the partner, i.e., being able (or not) to acknowledge and promote the partner's individuality. These results are novel, considering that in the study of intimacy in general as well as in the context of capitalization attempts, the emphasis is often placed on the perception of partner responses (e.g., perceived partner responsiveness; Gable et al., 2006; Pagani et al., 2020). Indeed, most studies did not examine participants' perception of their own responses and most did not use an observational design. Thus, results of this study underline the importance for future studies to include the assessment of one's own responses toward the partner.

Moreover, it should be noted that we found only one partner effect, contrary to our hypotheses. This is consistent however with the meta-analysis using machine learning across 43 dyadic longitudinal datasets from 29 laboratories, which found that actor effects predicted two to four times more variance in relationship quality than partner effects (Joel et al., 2020).

## **Strengths and Limitations**

This study has some limitations. First, the cross-sectional design precludes any conclusion concerning the directionality of associations. Future research should examine sexual well-being using a longitudinal design to assess directionality, and to investigate how responses to capitalization attempts predict different trajectories of couples' sexual well-being over time (Leonhardt et al., 2021). However, results are consistent with theoretical-clinical models (Perel, 2007; Schnarch, 2009; Kuten, 1976). Furthermore, a recent daily diary study examining associations between intimacy and sexual satisfaction, pain, and sexual function in couples coping with genitopelvic pain, statistically tested directionality between intimacy and sexuality. The results showed that it was indeed intimacy that predicted sexuality outcomes (Bergeron et al., 2021). Second, the discussion taking place in the laboratory might have limited ecological validity, although on average participants perceived their discussion to be realistic. Third, the sample lacked ethnic diversity and we did not ask participants if they had any disabilities. Moreover, it should be noted that sexuality is multidetermined and even though this study shows that responses to capitalization attempts are linked with couples' sexuality, the explained variance for each sexual outcome remains low; several other variables could potentially explain variations in couples' sexual well-being. However, it is notable that partners' responses in one very specific in-lab interaction relate to their sexual well-being. In addition, since couples' average age was in the early thirties, participants reported, on average, relatively low levels of sexual difficulties and distress, and the means and standard deviations of self-reported, perceived, and observed active-destructive and passive-destructive responses were quite low (see Table 1). Thus, the limited variance in

those variables might explain certain non-significant associations. Future research should study longer-term couples to better identify factors associated with sexual difficulties. Despite these limitations, this study was the first to our knowledge to investigate associations between responses to capitalization attempts and couples' sexual well-being. One of its major strengths was the use of external coders as well as self-report questionnaires completed immediately following the discussion. This method allowed us to measure participants' perception of both their own and their partner's responses with minimal retrospective bias and greater objectivity. Finally, this study was conducted among cohabiting couples and included participants of all sexual orientations and gender identities.

### **Conclusions and Implications**

Findings showed that the responses following the disclosure of a positive event were associated with various facets of couples' sexual well-being, independent of relationship length. Overall, results support the *Sexual Crucible Model* (Schnarch, 2009), as active-constructive responses were associated with greater sexual well-being, and the other responses, with poorer sexual well-being. Since the findings were not consistent across sexual outcomes, they reinforce the idea that sexual satisfaction, distress, and function are distinct constructs and underline the multidimensional aspect of sexual well-being.



## References

- Abbasi, I. S., & Alghamdi, N. G. (2017). Polarized couples in therapy: Recognizing indifference as the opposite of love. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(1), 40-48. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113596>
- Acevedo, B. P., & Aron, A. (2009). Does a long-term relationship kill romantic love? *Review of General Psychology*, 13(1), 59-65. <https://doi.org/10.1037/a0014226>
- Basson, R. (2002). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/009262302317250963>
- Bergeron, S., Pâquet, M., Steben, M., & Rosen, N. O. (2021). Perceived partner responsiveness is associated with sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. *Journal of Family Psychology*, 35(5), 628-638. <https://doi.org/10.1037/fam0000829>
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mizrahi, M., Kanat-Maymon, Y., Sass, O., & Granovski-Milner, C. (2016). Intimately connected: The importance of partner responsiveness for experiencing sexual desire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(4), 530-546. <http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000069>
- Blumenstock, S. M., & Papp, L. M. (2017). Sexual distress and marital quality of newlyweds: An investigation of sociodemographic moderators. *Family Relations*, 66(5), 794-808. <https://doi.org/10.1111/fare.12285>
- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1983). *American couples: Money, work and sex*. William Morrow.
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., Mayrand, M.-H., Brassard, A., & Sadikaj, G. (2016). Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodinia couples:

- An observational study. *Health Psychology*, 35(6), 531-540.  
<https://doi.org/10.1037/hea0000289>
- Burri, A., Schweitzer, R., & O'Brien, J. (2014). Correlates of female sexual functioning: Adult attachment and differentiation of self. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2188-2195. <https://doi.org/10.1111/jsm.12561>
- Carswell, K. L., Muise, A., Harasymchuk, C., Horne, R. M., Visserman, M. L., & Impett, E. A. (2021). Growing desire or growing apart? Consequences of personal self-expansion for romantic passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 121(2), 354-377. <https://doi.org/10.1037/pspi0000357>
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>
- Conley, T. D., Roesch, S. C., Peplau, L. A., & Gold, M. S. (2009). A test of positive illusions versus shared reality models of relationship satisfaction among gay, lesbian, and heterosexual couples. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(6), 1417-1431. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00488.x>
- Corsini-Munt, S., Bergeron, S., Rosen, N. O., Beaulieu, N., & Steben, M. (2017). A dyadic perspective on childhood maltreatment for women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with pain and sexual and psychosocial functioning. *The Journal of Sex Research*, 54(3), 308-318.  
[10.1080/00224499.2016.1158229](https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1158229)
- 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. <https://doi.org/10.1080/00926230290001448>
- Dewitte, M., & Mayer, A. (2018). Exploring the link between daily relationship quality, sexual desire, and sexual activity in couples. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1675-1686. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1175-1>
- Donato, S., Pagani, A., Parise, M., Bertoni, A., & Iafrate, R. (2014). The capitalization process in stable couple relationships: Intrapersonal and interpersonal benefits. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 140, 207-211. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.411>
- Ferreira, L. C., Narciso, I., Novo, R. F., & Pereira, C. R. (2014). Predicting couple satisfaction: The role of differentiation of self, sexual desire and intimacy in heterosexual individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(4), 390-404. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.957498>
- Gable, S. L., Gonzaga, G. C., & Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 904. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.904>
- Gable, S. L., Gosnell, C. L., Maisel, N. C., & Strachman, A. (2012). Safely testing the alarm: Close others' responses to personal positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(6), 963. <https://doi.org/10.1037/a0029488>
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when

- things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 228.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.2.228>
- Graber, E. C., Laurenceau, J. P., Miga, E., Chango, J., & Coan, J. (2011). Conflict and love: Predicting newlywed marital outcomes from two interaction contexts. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 541-550. <https://doi.org/10.1037/a0024507>
- Gunst, A., Ventus, D., Kärnä, A., Salo, P., & Jern, P. (2017). Female sexual function varies over time and is dependent on partner-specific factors: A population-based longitudinal analysis of six sexual function domains. *Psychological Medicine*, 47(2), 341-352. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002488>
- Hadden, B. W., Rodriguez, L. M., Knee, C. R., & Porter, B. (2015). Relationship autonomy and support provision in romantic relationships. *Motivation and Emotion*, 39(3), 359-373. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9455-9>
- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Baddeley, J., & Libet, J. (2016). Capitalization in distressed couples: A pilot study and outline for future research. *Personal Relationships*, 23(4), 684-697. <https://doi.org/10.1111/pere.12154>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.  
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Impett, E. A., Strachman, A., Finkel, E. J., & Gable, S. L. (2008). Maintaining sexual

- desire in intimate relationships: The importance of approach goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 808-823. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.5.808>
- Joel, S., Eastwick, P. W., Allison, C. J., Arriaga, X. B., Baker, Z. G., Bar-Kalifa, E., Bergeron, S., Birnbaum, G. E., Brock, R. L., Brumbaugh, C. C., Carmichael, C. C., Chen, S., Clarke, J., Cobb, R. J., Coolson, M. K., Davis, J., de Jong, D. C., Debrot, A., DeHaas, E. C., ... & Wolf, S. (2020). Machine learning uncovers the most robust self-report predictors of relationship quality across 43 longitudinal couples studies. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(32), 19061-19071. <https://doi.org/10.1073/pnas.1917036117>
- Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Farmer, A. S., Adams, L. M., & McKnight, P. E. (2013). Failure to capitalize on sharing good news with romantic partners: Exploring positivity deficits of socially anxious people with self-reports, partner-reports, and behavioral observations. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 656-668. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.006>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., Cook, W. L., & Simpson, J. (2006). *Dyadic data analysis (Methodology in the social sciences)*. Guilford Press.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kuten, J. (1976). Anger, sexuality, and the growth of the ego. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2(4), 289-296. <https://doi.org/10.1080/00926237608405335>

- Langston, C. A. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events: Expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1112-1125. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1112>
- Lawrance, K., & Byers, S. E. (2010). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, & R. Bauserman (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (2nd ed., pp. 514–519). Sage.
- Leonhardt, N. D., Willoughby, B. J., Dyer, W. J., Neppl, T. K., & Lorenz, F. O. (2021). One line of sexual decline? Growth mixture modeling for midlife sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 50(6), 2641-2665. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01978-x>
- Luo, S., & Snider, A. G. (2009). Accuracy and biases in newlyweds' perceptions of each other: Not mutually exclusive but mutually beneficial. *Psychological Science*, 20(11), 1332-1339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02449.x>
- Mark, K. P. (2012). The relative impact of individual sexual desire and couple desire discrepancy on satisfaction in heterosexual couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(2), 133-146. <https://doi.org/10.1080/14681994.2012.678825>
- McNulty, J. K., Wenner, C. A., & Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85-97. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0444-6>
- Metz, M. E., & Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(2), 139-164. <https://doi.org/10.1080/00926230252851889>

- Meyer-Bahlburg, H. F., & Dolezal, C. (2007). The Female Sexual Function Index: A methodological critique and suggestions for improvement. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(3), 217-224. <https://doi.org/10.1080/00926230701267852>
- Mizrahi, M., Kanat-Maymon, Y., & Birnbaum, G. E. (2018). You haven't been on my mind lately: Partner responsiveness mediates the link between attachment insecurity and sexual fantasies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(4), 440-459. <https://doi.org/10.1177%2F0265407517743083>
- Monfort, S. S., Kaczmarek, L. D., Kashdan, T. B., Drajkowski, D., Kosakowski, M., Guzik, P., Krauze, T., & Gracanin, A. (2014). Capitalizing on the success of romantic partners: A laboratory investigation on subjective, facial, and physiological emotional processing. *Personality and Individual Differences*, 68, 149-153. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.028>
- Muise, A., Kim, J. J., McNulty, J. K., & Impett, E. A. (2016). The positive implications of sex for relationships. In C. R. Knee, & H. T. Reis (Eds.), *Positive approaches to optimal relationship development*. Cambridge University Press.
- Murray, S. H., & Milhausen, R. R. (2012). Sexual desire and relationship duration in young men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 28-40. [10.1080/0092623X.2011.569637](https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569637)
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2017). *Mplus user's guide* (8th ed.). Muthén & Muthén.
- Pagani, A. F., Parise, M., Donato, S., Gable, S. L., & Schoebi, D. (2020). If you shared

- my happiness, you are part of me: Capitalization and the experience of couple identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46(2), 258-269.  
<https://doi.org/10.1177/0146167219854449>
- Peplau, L. A. (2003). Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 12(2), 37-40. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01221>
- Perel, E. (2007). *Mating in captivity: Unlocking erotic intelligence*. Harper.
- Quinn-Nilas, C. (2020). Relationship and sexual satisfaction: A developmental perspective on bidirectionality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(2), 624-646. <https://doi.org/10.1177/0265407519876018>
- Raposo, S., Rosen, N. O., & Muise, A. (2020). Self-expansion is associated with greater relationship and sexual well-being for couples coping with low sexual desire. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(2), 602-623.  
<https://doi.org/10.1177/0265407519875217>
- Regan, P. C. (2000). The role of sexual desire and sexual activity in dating relationships. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 28(1), 51-59.  
<https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.1.51>
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). *Intimacy as an interpersonal process*. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (p. 367–389). John Wiley & Sons.
- Reis, H. T., Smith, S. M., Carmichael, C. L., Caprariello, P. A., Tsai, F.-F., Rodrigues, A., & Maniaci, M. R. (2010). Are you happy for me? How sharing positive events



- with others provides personal and interpersonal benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2), 311-329. <https://doi.org/10.1037/a0018344>
- Rosen, R. C., & Bachmann, G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 291-297. <https://doi.org/10.1080/00926230802096234>
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (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(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rosen, N. O., Dubé, J. P., Corsini-Munt, S., & Muise, A. (2019). Partners experience consequences, too: A comparison of the sexual, relational, and psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners to control couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(1), 83-95. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.018>
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00238-0](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00238-0)
- Rosen, N. O., Santos-Iglesias, P., & Byers, E. S. (2017). Understanding the sexual satisfaction of women with provoked vestibulodynia and their partners: Comparison with matched controls. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(8), 747-759. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1263705>

- 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.  
<https://doi.org/10.1177/1948550611416520>
- Santos-Iglesias, P., Mohamed, B., Danko, A., & Walker, L. M. (2018). Psychometric validation of the Female Sexual Distress Scale in male samples. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1733–1743. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1146-2>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schmiedeberg, C., & Schröder, J. (2016). Does sexual satisfaction change with relationship duration? *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 99-107.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-015-0587-0>
- Schnarch, D. M. (2009). *Intimacy & desire: Awaken the passion in your relationship*. Beaufort Books.
- Sims, K. E., & Meana, M. (2010). Why did passion wane? A qualitative study of married women's attributions for declines in sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(4), 360-380. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2010.498727>
- Štulhofer, A., Ferreira, L. C., & Landripet, I. (2014). Emotional intimacy, sexual desire, and sexual satisfaction among partnered heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(2), 229-244.  
<https://doi.org/10.1080/14681994.2013.870335>
- Štulhofer, A., Traeen, B., & Carvalheira, A. (2013). Job-related strain and sexual health

difficulties among heterosexual men from three European countries: The role of culture and emotional support. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(3), 747-756.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02967.x>

Timm, T. M., & Keiley, M. K. (2011). The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(3), 206-223.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.564513>

West, T. V. (2013). Repeated measures with dyads. In J. A. Simpson, & L. Campbell (Eds.), *The Oxford handbook of close relationships*. Oxford University Press.

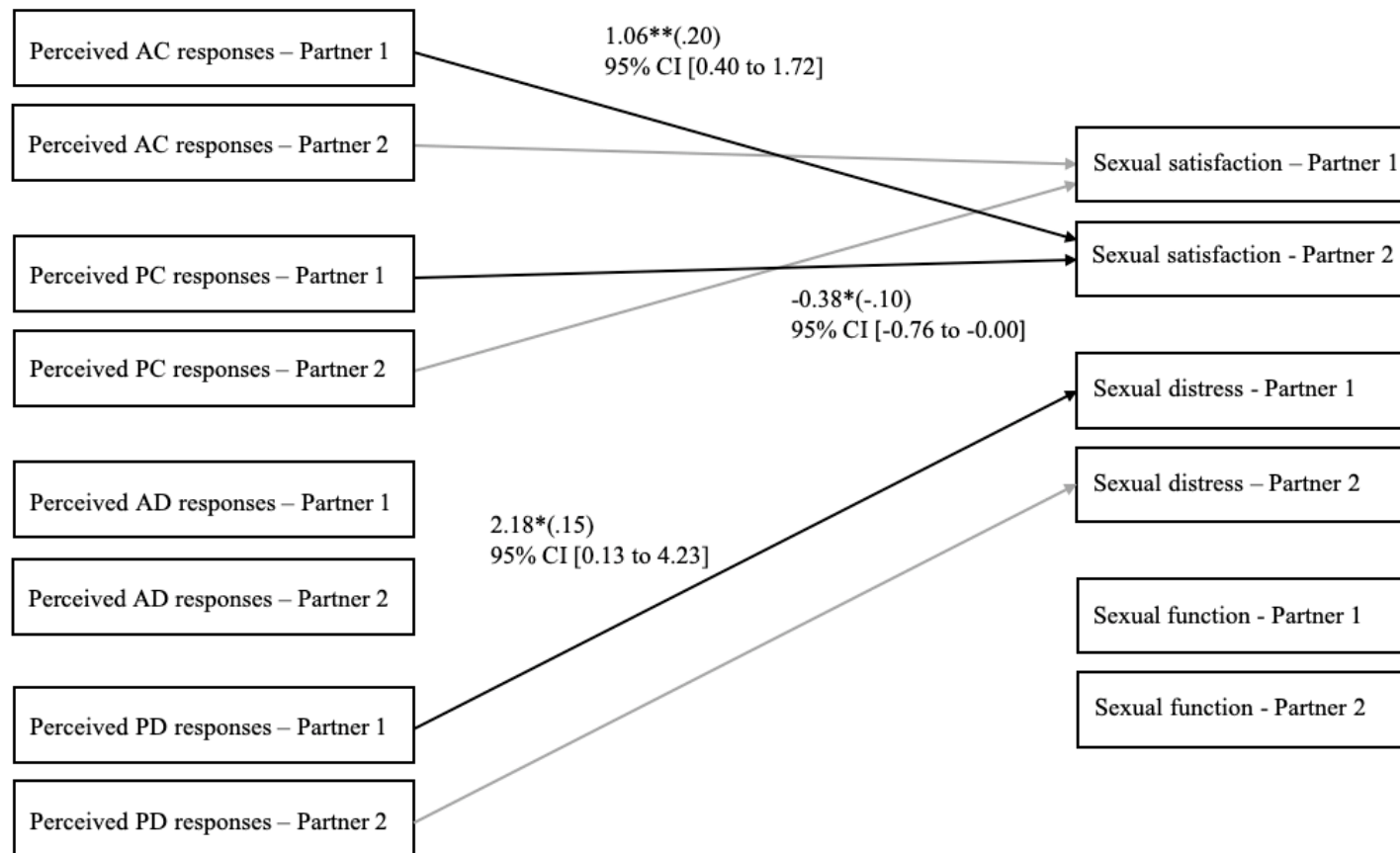
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195398694.013.0>

**Table 1**

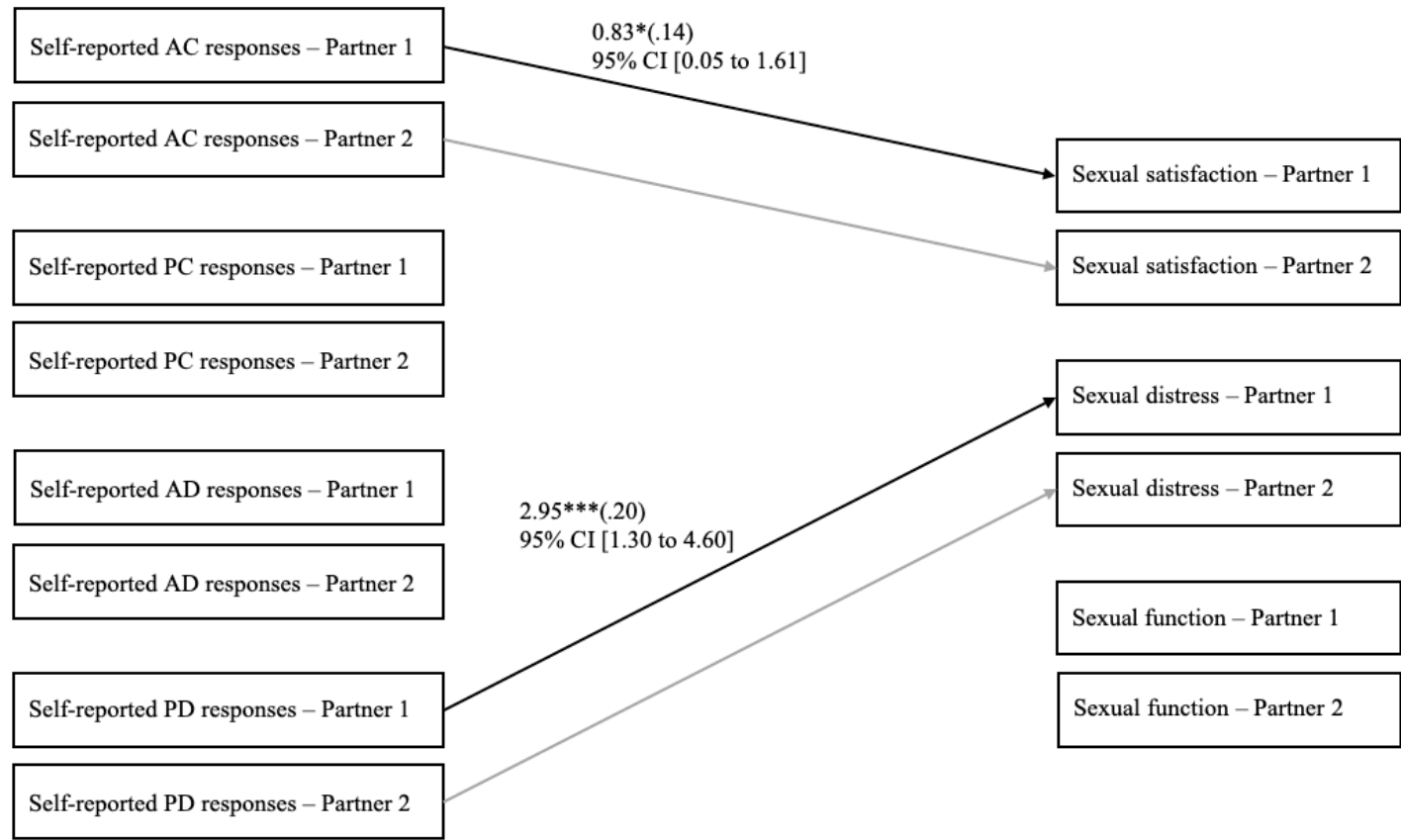
*Descriptive Statistics and Correlations among Perceived, Self-Reported, and Observed Responses to Capitalization Attempts and Sexual Satisfaction, Sexual Distress, and Sexual Function*

	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	Range	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. Perceived AC responses	298	5.25 (1.10)	1.67-7	<b>.04</b>	-.35**	-.23**	-.53*	.31**	-.02	-.08	-.11	-.02	.06	-.09	-.09	.20**	-.11	.11
2. Perceived PC responses	298	3.64 (1.57)	1-7	-.03	<b>.28**</b>	.18**	.20**	.01	.61**	.07	.06	-.07	.13*	.03	.13*	-.15*	.10	-.06
3. Perceived AD responses	298	1.30 (0.64)	1-5.33	-.02	.08	<b>.04</b>	.31**	-.06	.16**	.31**	.24**	-.02	.06	-.02	.04	-.15**	.03	.04
4. Perceived PD responses	298	1.30 (0.67)	1-6	-.07	.05	.14*	<b>.15**</b>	-.06	.03	.23**	.27**	.11	-.12*	.09	.01	-.20**	.17**	-.10
5. Self-reported AC responses	298	4.96 (1.03)	1.67-7	.28**	-.24**	-.05	-.12	<b>-.01</b>	-.28**	-.15**	-.41**	.30**	-.16**	.03	-.12*	.22**	-.12*	.04
6. Self-reported PC responses	298	3.67 (1.71)	1-7	-.19**	.43**	.09	.11	-.04	<b>.28**</b>	.09	.22**	-.27**	.26**	-.02	.04	-.13*	.08	-.01
7. Self-reported AD responses	298	1.27 (0.61)	1-5	-.10	.13*	.33**	.09	-.04	.11	<b>.14*</b>	.42**	-.04	-.03	.26**	.02	-.21**	.12*	-.12*
8. Self-reported PD responses	298	1.34 (0.67)	1-4.33	-.26**	.14*	.13*	.28**	-.02	-.01	.05	<b>.02</b>	-.07	.00	.02	.08	-.22**	.22**	-.06
9. Observed AC responses	292	2.90 (1.03)	0-5	.32**	-.31**	-.04	-.06	.01	-.03	-.02	.10	<b>.06</b>	-.79**	-.15**	-.31**	.14*	-.09	-.06
10. Observed PC responses	292	0.88 (1.18)	0-4	-.17**	.25**	-.04	-.01	-.07	.07	.02	-.09	-.03	<b>.06</b>	-.13*	-.07	-.06	.05	.08
11. Observed AD responses	292	0.23 (0.55)	0-4	-.01	.07	.23**	.05	-.05	.14*	.03	.09	-.08	-.00	<b>.07</b>	.15**	-.12*	.14*	-.20**
12. Observed PD responses	292	0.41 (0.71)	0-4	-.14*	.06	-.00	.07	-.02	.07	-.01	-.05	-.08	-.05	.09	<b>.13*</b>	-.08	-.05	.07
13. Sexual satisfaction	302	29.50 (5.94)	5-35	.20**	-.17**	-.01	-.07	.07	-.11	-.01	-.05	.14*	-.10	-.02	-.04	<b>.33**</b>	-.52**	.55**
14. Sexual distress	302	12.30 (9.75)	0-45	-.08	.08	.08	.14*	-.06	.11	-.01	.09	-.10	.13*	.02	-.06	-.39**	<b>.39**</b>	-.64**
15. Sexual function	295	61.84 (9.53)	24.27-75	-.02	.02	-.10	-.01	.07	-.09	-.02	-.06	.07	-.10	.02	.06	.27**	-.22**	<b>.11*</b>

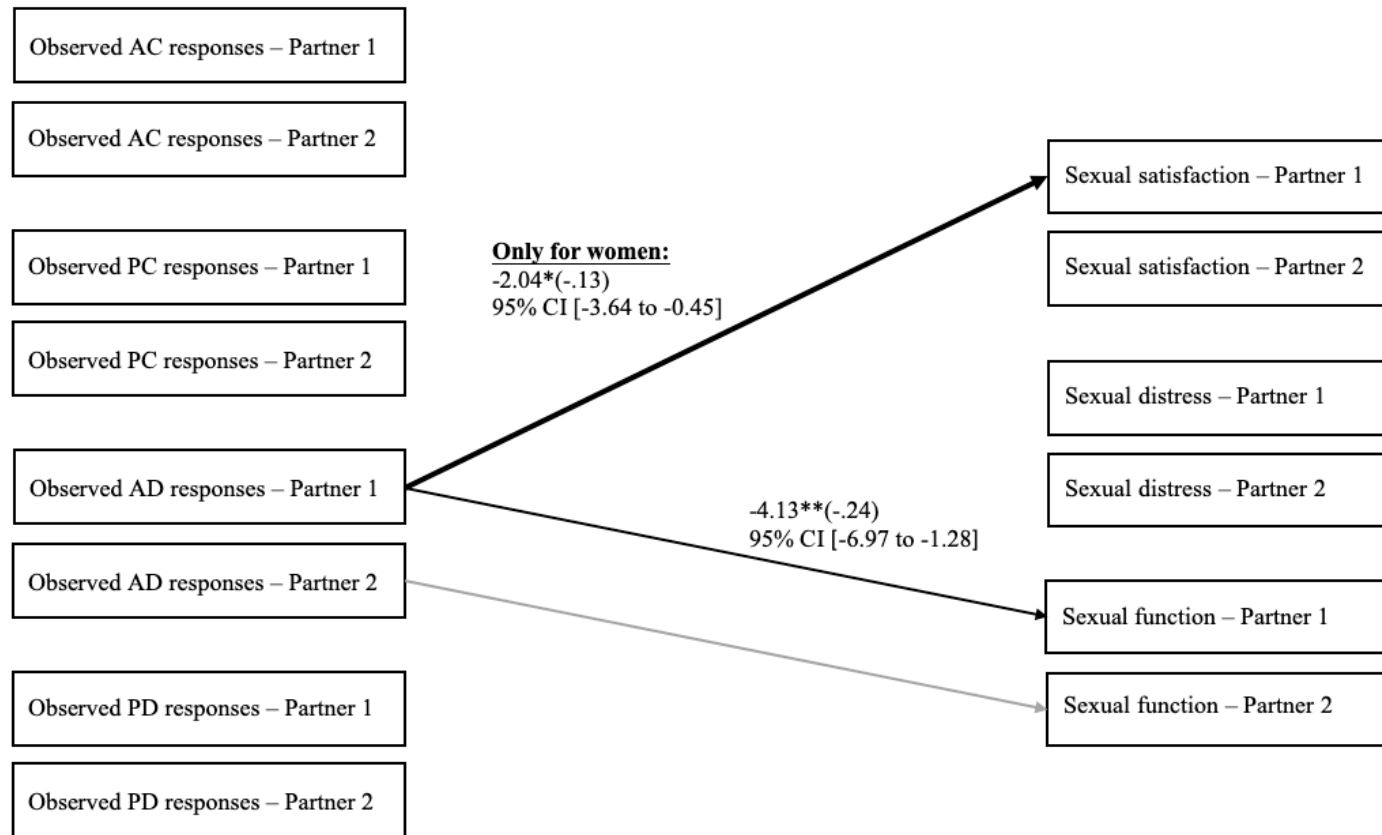
*Note.* AC = Active-Constructive; PC = Passive-Constructive; AD = Active-Destructive; PD = Passive-Destructive. Correlations above the diagonal are between each of the actor variables and correlations along (in bold) and below the diagonal are between the actor and partner variables. \* $p < .05$ , \*\* $p < .010$ , \*\*\* $p < .001$ . *M* = Mean; *SD* = Standard deviation.



**Figure 1.** Associations between perceived responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, distress, and function of both partners, after controlling for relationship length. To simplify presentation, only significant unstandardized coefficients (standardized coefficients) are depicted in this figure. These associations were not significantly different between men and women. Considering that these are indistinguishable dyads, actor and partner associations are constrained to be equal, meaning that associations for Partner 2 are the same as the ones for Partner 1. Thus, we depicted associations for Partner 2 in light grey. AC = Active-Constructive. PC = Passive-Constructive. AD = Active-Destructive. PD = Passive-Destructive. CI = Confidence Intervals.  $*p < .05$ .  $**p < .01$ .



**Figure 2.** Associations between self-reported responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, distress, and function of both partners, after controlling for relationship length. To simplify presentation, only significant unstandardized coefficients (standardized coefficients) are depicted in this figure. These associations were not significantly different between men and women. Considering that these are indistinguishable dyads, actor and partner associations are constrained to be equal, meaning that associations for Partner 2 are the same as the ones for Partner 1. Thus, we depicted associations for Partner 2 in light grey. AC = Active-Constructive. PC = Passive-Constructive. AD = Active-Destructive. PD = Passive-Destructive. CI = Confidence Intervals.  $*p < .05$ .  $**p < .01$ .  $***p < .001$ .



**Figure 3.** Associations between observed responses to capitalization attempts and sexual satisfaction, distress, and function of both partners, after controlling for relationship length. To simplify presentation, only significant unstandardized coefficients (standardized coefficients) are depicted in this figure. Considering that these are indistinguishable dyads, actor and partner associations are constrained to be equal, meaning that associations for Partner 2 are the same as the ones for Partner 1. Thus, we depicted associations for Partner 2 in light grey. The bold line represents the only association that is different between men and women ( $n = 144$ ). AC = Active-Constructive. PC = Passive-Constructive. AD = Active-Destructive. PD = Passive-Destructive. CI = Confidence Intervals.  $*p < .05$ .  $**p < .01$ .

## Article 2

Are Depressive Symptoms and Attachment Styles Associated with Observed and Perceived Partner Responsiveness in Couples Coping with Genito-Pelvic Pain?

Bosisio, M., Pâquet, M., Bois, K., Rosen, N.O. et Bergeron, S. (2020). Are depressive symptoms and attachment styles associated with observed and perceived partner responsiveness in couples coping with genito-pelvic pain? *Journal of Sex Research*, 57(4), 534-544. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1610691>

© Taylor & Francis

This article may not exactly replicate the version published in the Taylor & Francis journal.

It is not the copy of record.



Running head: DEPRESSION, ATTACHMENT, PARTNER RESPONSIVENESS

TITLE:

Are Depressive Symptoms and Attachment Styles Associated with Observed and Perceived Partner Responsiveness in Couples Coping with Genito-Pelvic Pain?

AUTHORS :

Myriam Bosisio, B.Sc.<sup>1</sup>, Myriam Pâquet, Ph.D.<sup>1</sup>, Katy Bois, Ph.D., Natalie O. Rosen, Ph.D.<sup>2</sup>, & Sophie Bergeron, Ph.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>2</sup>Departments of Psychology and Neuroscience, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada.

CONTACT INFORMATION OF CORRESPONDING AUTHOR:

Myriam Bosisio, Université de Montréal, C. P. 6128 succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7. Tel.: +1 514 343-6111 (37428).

[myriam.bosisio@umontreal.ca](mailto:myriam.bosisio@umontreal.ca)

ACKNOWLEDGEMENTS:

This study was supported by a grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and from the Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse (CRIPCAS) to the last author.

## **Abstract**

Partner responsiveness is thought to facilitate relationship adjustment in couples coping with genito-pelvic pain, such as provoked vestibulodynia (PVD). Recent studies suggest that attachment and depressive symptoms may act as a filter in the perception of partner responsiveness, and a barrier to the capacity of being responsive to a partner. Given studies suggesting higher depressive symptoms and relationship insecurities in women experiencing genito-pelvic pain compared to controls, investigating the role of these factors in partner responsiveness may help couples improve their wellbeing in the challenging context of PVD. The aim of this study was to examine the associations between depressive symptoms, attachment, and perceived and observed partner responsiveness in 50 couples coping with PVD. Participants took part in a videotaped discussion and completed self-report measures of depressive symptoms, attachment, and perceived partner responsiveness. Based on the Actor-Partner Interdependence Model, results indicated that when women and partners reported greater depressive symptoms and anxious attachment, they perceived each other as being less responsive. When partners experienced greater depressive symptoms, women and partners were rated, by a trained observer, as being less responsive to each other. Targeting depressive symptoms and relationship insecurity in couple therapy could increase responsiveness in couples coping with PVD.

## Introduction

Partner Responsiveness is central to creating intimacy within a couple and arises from an interactive process in which partners are understanding, validating, supportive, and mutually sensitive to each other's goals, needs, dispositions, and values (Reis, Clark, & Holmes, 2004). Perceived partner responsiveness (PPR) refers to feeling validated, understood and cared for by the partner and observed responsiveness (OR), as assessed by a trained observer, refers to the ability of being responsive to the partner, that is, the ability to communicate empathy (Cano & Williams, 2010; Reis et al., 2004). Both perceived and observed partner responsiveness are associated with positive outcomes in couples with cancer or chronic pain, such as provoked vestibulodynia (PVD) (e.g., Bois et al., 2016; Bois, Bergeron, Rosen, McDuff, & Grégoire, 2013; Cano, Leong, Williams, May, & Lutz, 2012; Edlund, Carlsson, Linton, Fruzzetti, & Tillfors, 2015; Fekete, Stephens, Mickelson, & Druley, 2007; Manne et al., 2004; Porter et al., 2009; Rosen, Bois, Mayrand, Vannier, & Bergeron, 2016). Recent research indicates that interpersonal factors, such as attachment, and intrapersonal factors, such as depressive symptoms, may act as a filter affecting the perception of self and others in social interactions and may also alter responsiveness to others (e.g., Calvo, Palmieri, Marinelli, Bianco, & Kleinbub, 2014; Cusi, MacQueen, Spreng, & McKinnon, 2011; Derntl, Seidel, Schneider, & Habel, 2012; Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011; Hoffman et al., 2016; Mikulincer & Shaver, 2005; Mikulincer, Shaver, Gillath, & Nitzberg, 2005). Yet, no study to date has examined whether depressive symptoms and attachment may be associated with perceived and observed partner responsiveness in couples coping with PVD. Given studies suggesting higher depressive symptoms and relationship insecurities in women

with genito-pelvic pain compared to women without this pain (Ayling & Ussher, 2008; Granot, Zisman-Ilani, Ram, Goldstick, & Yovell, 2010; Khandker et al., 2011; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003; Sheppard, Hallam-Jones, & Wylie, 2008), examining depressive symptoms and attachment in association with perceived and observed partner responsiveness may help women and their partners improve their sexual and relational wellbeing.

Perceived partner responsiveness in couples grappling with chronic disease and chronic pain has been associated with greater marital satisfaction, less depressive symptoms, less feelings of helplessness as well as less negative affect and catastrophizing (Fekete et al., 2007; Holtzman & DeLongis, 2007). In contrast, feeling discarded and invalidated by the partner was associated with greater impairment in one's daily activities due to pain (Wernicke, de Witt Huberts, & Wippert, 2017). Similarly, observed responsiveness in such couples has been associated with less negative affect and distress and greater relationship quality (Edlund et al., 2015; Manne et al., 2004 ; Porter et al., 2009). However, partners' observed invalidation was associated with greater anxiety, affective distress about pain, and catastrophizing (Cano et al., 2012). Taken together, these findings indicate that both perceived and observed partner responsiveness are associated with positive outcomes in couples facing chronic illness and pain.

Perceived and observed partner responsiveness may be even more important in couples coping with genito-pelvic pain, such as PVD, as the pain occurs mainly in an intimate and interpersonal context (Bois et al., 2016; Bois et al., 2013). With a prevalence of 8%, PVD is the most common subtype of genito-pelvic pain (Harlow et al., 2014) and is characterized by a burning pain when pressure is applied to the vulvar vestibule (i.e.,

the entrance of the vagina), such as during sexual intercourse (Bergeron, Corsini-Munt, Aerts, Rancourt, & Rosen, 2015). Studies have shown that perceived and observed partner responsiveness among couples with PVD are important for the individual and couple's well-being. Two observational and self-report studies, using the same sample of 50 couples coping with PVD, indicated that greater observed responsiveness was associated with women's greater quality of life, and that both greater observed responsiveness and greater perceived partner responsiveness were associated with greater relationship adjustment and sexual satisfaction, and less sexual distress for both partners (Bois et al., 2016; Rosen et al., 2016). In a cross-sectional study conducted among 90 couples with PVD, women's greater self-reported relationship intimacy, including perceived partner responsiveness, was associated with their greater sexual function (Bois et al., 2013). In a study by Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari, and Sharp (2003) among a mixed sample of 428 women with genito-pelvic pain, 65% reported that having an understanding partner was the most helpful factor in regulating the emotions associated with their pain. These studies highlight the protective effect of perceived and observed partner responsiveness on the sexual and relationship outcomes of couples coping with PVD/genito-pelvic pain.

Several studies indicated that interpersonal factors, such as attachment, and intrapersonal factors, such as depressive symptoms, may influence one's perception of others in social interactions and may interfere with one's capacity of being responsive to others (Cusi et al., 2011; Derntl et al., 2012). However, whereas partner responsiveness is an interpersonal construct, most of these studies were conducted among samples of individuals, used self-report measures and lacked a theoretical model of partner

responsiveness. These shortcomings limit the understanding of the role of depressive symptoms and attachment on partner responsiveness, specifically in more distressed clinical populations and dyadic contexts, such as couples coping with PVD.

Bowlby's attachment theory suggests that early in their development, individuals form cognitive representations about the availability and responsiveness of key attachment figures (Bowlby, 1969). These representations guide the expectations towards oneself and others in later relationships throughout one's lifetime. Some individuals may develop secure cognitive representations of their attachment figures, and thus hold beliefs that external help is caring and safe and refer to these secure representations when they face obstacles in their everyday life (i.e., secure attachment). Others may develop insecure cognitive representations and thus, hold beliefs that external help is defaulting and adopt behavioral strategies aimed at achieving internal security (i.e., insecure attachment). Although there are multiple ways of conceptualizing attachment, Hazan and Shaver (1987) identified two types of insecure attachment along a continuum. At one pole is anxious attachment (i.e., fear of abandonment) and at the other, avoidant attachment (i.e., fear of intimacy), with secure attachment being in the middle of the continuum and representing low fears of intimacy and abandonment. Individuals with an anxious attachment crave intimacy and tend to worry about their partner's ability to love them back, suggesting an inherent fear of rejection or abandonment. In contrast, individuals with an avoidant attachment tend to feel uncomfortable with intimacy and may fail to develop a sense of closeness, which prevents them from being fully committed in romantic relationships.

Several studies conducted among community samples, but also with clinical populations, indicated that attachment may influence one's interpretation and perception of social stimuli (Mikulincer & Shaver, 2005; Milan, Wortel, Ramirez, & Oshin, 2017; Pegman, Beesley, Holcombe, Mendick, & Salmon, 2011). Indeed, a study by Fraley, Niedenthal, Marks, Brumbaugh, and Vicary (2006) found that individuals with an anxious attachment were more hypervigilant to negative signals of others, which was detrimental to the accuracy of interpreting facial expressions of emotions. In addition, recent findings from neuroimaging studies suggested that the activation in the brain associated with the evaluation of affects was diminished in individuals with an avoidant attachment and increased in individuals with an anxious attachment (Vrticka & Vuilleumier, 2012). In two cross-sectional studies investigating the role of attachment on perceived partner responsiveness within community couples, results showed that insecurely attached individuals were less likely than secure individuals to perceive responsiveness from their partner (Rodriguez, 2019; Shallcross, Howland, Bemis, Simpson, and Frazier, 2011).

Studies have shown that intrapersonal factors, such as depressive symptoms, may also act as a perceptual filter in social interactions (e.g., Mattern et al., 2015; Moritz & Roberts, 2017; Moser, Huppert, Foa, & Simons, 2012). In agreement with Beck's cognitive theory (Beck, 1967; Beck, 1979), results of a meta-analysis indicated that depressive individuals had significantly greater attentional bias to negative information than non-depressive individuals (Peckham, McHugh, & Otto, 2010). In addition, a recent study found that individuals who reported greater depression perceived less positive emotions when facing ambiguous emotional states from others, suggesting that

depression may reduce the perception of positive social cues (Sanchez, Romero, Maurage, & De Raedt, 2017). More specifically, a study by Pence and colleagues (2006) conducted among individuals with musculoskeletal pain and their partners found that greater depressive symptoms in those with pain were associated with greater perception that the partner was using negative responses to pain (e.g., ignoring the spouse or/and expressions of anger, irritation, frustration toward the spouse). Similar results were found in a study by Cano, Johansen, and Geisser (2004) conducted with 101 couples where one member reported a chronic musculoskeletal back or neck pain. Results indicated that depressed patients reported that their partner was using more negative responses to pain than non-depressed patients, although partners of depressed patients and non-depressed patients did not differ significantly when reporting on their own responses. These findings suggest that depressive symptoms may affect the perception of the partner's behavior, regardless of the actual behavior.

In addition to findings showing associations between depressive symptoms, attachment and the perception of others' responsiveness, several studies suggest that depressive symptoms and attachment are also associated with the capacity to be responsive to others. Whereas individuals with a secure attachment may have care-oriented feelings and caregiving behaviors toward their romantic partner, those with an insecure attachment may be less able to be responsive, empathic, and compassionate toward the partner (Calvo et al., 2014; Feeney & Collins, 2001; Mikulincer et al., 2005; Shallcross et al., 2011). To feel loved, individuals with an anxious attachment can be overly concerned about being helpful and compassionate, and thus adopt compulsive, overinvolved and controlling caregiving attitudes toward their partner. On the other hand,



individuals with an avoidant attachment can be uncomfortable facing the partner's distress and thus, be unresponsive and distant (Feeney & Collins, 2001; Gilbert et al., 2011).

Several studies conducted with individuals showed that depressive symptoms may also interfere with the capacity of being responsive. Hoffman et al. (2016) found that patients with major depression used more egocentric bias in their empathic judgments and, therefore, were less able to detach from their own emotional state and to empathically relate to others' emotional state. Studies also indicated that symptom severity in major depression patients was associated with lower affective responsiveness, empathic responding, perspective taking and empathic concerns (Cusi et al., 2011; Derntl et al., 2012). In a study conducted by Cao, Dingle, Chan, and Cunnington (2017), when facing others' distress, individuals with a sad mood were more likely to feel distressed and used more unhelpful behaviors (e.g., social withdrawal and avoidance), compared to individuals with a neutral mood.

It remains unclear how these findings translate to couples coping with PVD. Studies have shown that women experiencing genito-pelvic pain reported greater depressive symptoms than healthy controls (Khandker et al., 2011; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003). Qualitative studies have shown that they felt guilty and scared of losing or deceiving their partner due to their pain (Ayling & Ussher, 2008; Sheppard et al., 2008) and one quantitative study indicated that they were more likely to have insecure attachment styles than healthy controls (Granot et al., 2010). Investigating the role of these factors in perceived and observed responsiveness may help couples improve their sexual and relational wellbeing in the challenging context of PVD. The aim of this dyadic study was

to examine associations between depressive symptoms, attachment, and perceived and observed partner responsiveness in couples coping with PVD. We expected that (1) women and partners' greater depressive symptoms would be associated with their own (actor effect) and with the other person's (partner effects) lower perceived partner responsiveness and lower observed responsiveness. We also expected that (2) women and partners' greater avoidant and anxious attachment would be associated with their own (actor effect) and with the other person's (partner effects) lower perceived partner responsiveness and lower observed responsiveness.

### **Method**

The current study used data collected from a larger study, of which two papers were published focusing on the associations between intimacy and sexual and relational outcomes (Bois et al., 2016; Rosen et al., 2016).

#### **Participants**

A total of 50 couples was included in the study. Of the final sample, 32 (64%) were recruited via website advertisements, newspapers, and university listservs, 13 (26%) were referred by a physician collaborating in this study, 4 (8%) were recruited via appointments to other health professionals, and 1 (2%) were recruited via word of mouth in a large Canadian city between December 2011 and April 2013. There were no significant differences in terms of sociodemographic characteristics (age, pain, educational level, marital status, relationship length and couple's annual income) between all four recruitment types.

Couples interested in participating were screened for eligibility using a structured telephone interview. The inclusion criteria for women were the following: (a)

pain during vaginal intercourse that was subjectively distressing, occurred on 75% of intercourse attempts in the last 6 months; (b) pain located in the vulvovaginal area (i.e., at the entrance of the vagina); (c) pain limited to intercourse and other activities involving pressure to the vestibule (e.g., bicycling); and (d) involved in a committed romantic relationship for at least 6 months. The exclusion criteria were the following: (a) vulvar pain not clearly linked to intercourse or pressure applied to the vestibule; (b) deep dyspareunia or ongoing treatment for dyspareunia; (c) absence of sexual activity (defined as manual or oral stimulation, masturbation and vaginal intercourse) with the partner in the last month; (d) presence of active infection previously diagnosed by a physician or self-reported infection, vaginismus (as defined by DSM-IV-TR), or pregnancy; (e) presence of major medical and/or psychiatric illness; (f) presence of dermatologic lesion; and (g) women's age below 18 or greater than 45 years and partner's age below 18. Eligible women underwent a gynecological examination to confirm the provoked vestibulodynia diagnosis. Gynecologists in this study were all working in a specialized vulvar disease clinic within a university hospital. Three (6%) women did not attend their gynecological appointment. Therefore, those who did not attend their gynecological appointment were selected exclusively based on the structured interview. There were no significant differences on sociodemographic characteristics between women who self-reported their vulvo-vaginal pain and those diagnosed by a gynecologist. The gynecological examination consisted of a validated and standardized cotton swab test which involved probing at three places surrounding the vulvar vestibule (three-six-nine hours); women rated their pain on a scale of 0 (*no pain*) to 10 (*worst pain*) (Bergeron, Binik, Khalifé, Pagidas, & Glazer, 2001; Goldstein et al., 2016).

Initially, 140 couples contacted us to participate in the study. Of the 140 couples, 87 were ineligible. Reasons for ineligibility were the following: 24 (28%) were not in a romantic relationship, 20 (23%) lived too far away to come to the laboratory, 19 (22%) had partners who did not want to participate, and 24 (28%) were ineligible because of other exclusion criteria (i.e., chronic vaginal infections, pregnancy, or fibromyalgia). Of the 53 (38%) eligible couples, three couples (6%) did not complete the study. As a result, the final sample was comprised of 50 couples (one same-sex couple and 49 mixed-sex couples). There were no significant differences on sociodemographic characteristics or on vulvo-vaginal pain intensity between women who participated in the study and the three women who were eligible but did not participate.

In the sample, women with PVD were aged between 18 and 34 years old ( $M = 24.50$ ,  $SD = 4.03$ ) and partners were aged between 19 and 46 years old ( $M = 26.10$ ,  $SD = 5.70$ ). On average, women with PVD had 15.92 years of education ( $SD = 2.06$ ) and partners, 15.54 years ( $SD = 2.42$ ). Concerning marital status, 26 couples (52%) were cohabitating, three (6%) were married and 21 (42%) were committed but not living together. The relationship length was, on average, 3.45 years ( $SD = 2.99$ ). Women's pain intensity averaged 6.95 on a numerical rating scale of 0 to 10 ( $SD = 1.35$ ) and the duration of pain averaged 51.50 months ( $SD = 43.34$ ). More than half of the sample (58%,  $n = 29$ ) had an average annual income above \$40,000.

### **Procedure**

All 50 couples attended a three-hour laboratory session at the investigators' university where they provided informed written consent and (a) completed measures assessing sociodemographic characteristics as well as depressive symptoms and

attachment; (b) participated in a videotaped discussion and (c) completed a post-discussion questionnaire assessing perceived partner responsiveness. As a warm-up task, couples engaged in a 5-minutes discussion about something they had recently seen on television or read in the newspapers (Manne et al., 2004). In the main discussion, each member of the couple was asked to focus on how PVD affected their own life. The discussion task lasted 30 min and members of each couple took turns being a speaker for 10 to 15 min and a listener for 10 to 15 min alternately. Then, couples rated on a 5-point Likert scale from 1 (*not at all*) to 5 (*very much*) the extent to which the discussion they had with their partner resembled typical conversations they would have at home. Women's ( $M = 3.96$ ,  $SD = 0.92$ ) and partners' ratings ( $M = 3.92$ ,  $SD = 0.99$ ) indicated that they perceived their discussions to be realistic. Each couple received a compensation of \$50 and a list of referrals to health professionals who had expertise in vulvovaginal pain.

This discussion task was based on standard observation studies (e.g., Gottman, 1979), feedback from couples who participated in a pilot study (unpublished study) and on researchers' recommendations (Cano & Williams, 2010). The topic of discussion was chosen to assess couples' degree of responsiveness on a subject in which they encounter difficulties, that is, PVD.

### **Observational Measure**

**Observed responsiveness.** Responsiveness of women with PVD and their partners was measured by a questionnaire developed for this study: Empathic Response Card-Sort (ERCS). The questionnaire was created as part of a pilot study (unpublished data) with couples from the same population in which a variety of possible empathic

behaviors were captured. The ERCS consists of 44 items and measures the degree of responsiveness, i.e., the degree of validation, caring and empathy toward the partner, in both members of the couple during verbal interactions. This measurement tool was developed according to the Intimacy model (Reis et al., 2004), based on observational studies of couples coping with chronic pain or illness (Cano & Williams 2010; Manne et al., 2004) and with the collaboration of experienced clinical psychologists with expertise in couple therapy. The ERCS questionnaire includes items endorsing potentially empathic behaviors (e.g., “minimal empathic verbal attention”, “empathic attempt to understand the other by asking questions about his or her behaviors and/or personal experiences”) and potentially non-empathic behaviors (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”). Items were sorted by a trained observer into five piles according to the degree to which the listener endorsed the different possible behaviors during the interaction (-2 = *very unlike her/his behavior* and 2 = *very similar to her/his behavior*). Videotaped discussions were rated once by a trained observer and a randomly selected 20% of videotaped discussions were rated by two different observers. Observers received practical and theoretical training regarding the use of the ERCS. As illustrated by the intraclass correlation coefficient (ICC = .85), the interrater reliability was adequate. Cronbach's alphas (women:  $\alpha = 0.91$  and partners:  $\alpha = 0.88$ ) indicated good internal consistency. Higher scores indicate greater observed responsiveness, and the total score can range from -88 to 88.

### **Self-Report Measures**

**Perceived partner responsiveness.** Based on the Intimacy model (Reis et al.,

2004) and Laurenceau's empirical work on the importance of perceived partner responsiveness in intimacy processes (Laurenceau, Barrett, & Pietromonaco, 1998), couples completed a 3-item questionnaire measuring how much they felt accepted (During the discussion, "to what degree did you feel accepted by your partner?"), cared for (During the discussion, "to what degree did you feel cared for by your partner?") and understood (During the discussion, "to what degree did you feel understood by your partner?"). Ratings were made on a 5-point Likert scale (1 = *not at all* and 5 = *very much*). The internal consistency of this measure in the present sample was good (women:  $\alpha = 0.82$  and partners:  $\alpha = 0.88$ ). Higher scores indicate greater perceived partner responsiveness and the total score can range from 3 to 15.

**Depressive symptoms.** Women with PVD and their partners completed the widely used and well validated Beck Depression Inventory – II, which consists of 21 items assessing common depressive symptoms in the past 2 weeks (Beck, Steer, & Brown, 1996). Cronbach's alphas indicated excellent internal consistency (women:  $\alpha = 0.91$  and partners:  $\alpha = 0.95$ ). Higher scores indicate greater depressive symptoms, and the total score can range from 0 to 63.

**Adult attachment style.** Women with PVD and their partners completed the Experiences in Close Relationships Scale (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998), which consists of 36 items assessing the two dimensions of adult attachment: anxiety (e.g., "I need a lot of reassurance that I am loved by my partner") and avoidance (e.g., "I get uncomfortable when a romantic partner wants to be very close"). These two dimensions were comprised of 18 items, each assessing how couples generally experienced their relationships on a 7-point Likert scale (1 = *Strongly disagree* and 7 = *Strongly agree*).

Cronbach's alphas indicated adequate internal consistency (women:  $\alpha = 0.67$  and partners:  $\alpha = 0.70$ ). Higher scores on both dimensions indicate greater attachment-related anxiety or avoidance. Lower scores on both dimensions indicate greater secure attachment. The total mean score of each scale can range from 1 to 7.

### **Data Analytic Strategy**

Main analyses were conducted using the Actor-Partner Interdependence Model (APIM) (Kenny, Kashy, & Cook, 2006) to account for the interdependence of the dyadic data. This model assumes that one person's independent variable can have an effect on their own dependent variable (i.e., actor effect) or on their partner's dependent variable (i.e., partner effect). For example, this model assumes that an individual's depressive symptoms (independent variable) may have an effect on their own observed responsiveness (dependent variable - actor effect) and on their partner's observed responsiveness (dependent variable - partner effect). As depressive symptoms, an intrapersonal factor, and attachment, an interpersonal factor, are conceptually two different constructs, as well as for power considerations given a sample of 50 couples, two APIM models were tested. Both perceived partner responsiveness and observed responsiveness (i.e., entered together) were included as the dependent variables in distinct models. Depressive symptoms of both members of the couple were included as the independent variables in the first model and attachment of both members were included as the independent variables in the second model. Amos (Version 19.0.0; Arbuckle, 2010) was used to estimate the models.

## **Results**

### **Descriptive Statistics**



Means (*M*), standard deviations (*SD*) and correlations between the study variables are presented in Table 1. A set of preliminary analyses were conducted to examine the correlations between outcomes and participants' age, education level, couples' annual income, relationship length, and women's pain duration. Women and partners' age, education level, relationship length and women's pain duration were not associated with the outcomes. Couples' annual income was positively associated with partners' perceived partner responsiveness ( $r = 0.37, p = .009$ ). Therefore, we conducted subsequent analyses with couples' annual income as a covariate.

Paired *t*-tests revealed that mean scores for women's perceived partner responsiveness were significantly higher than mean scores for partners' observed responsiveness ( $t(49) = 8.86, p < .001$ ). Mean scores for partners' perceived partner responsiveness were significantly higher than mean scores for women's observed responsiveness ( $t(49) = 8.73, p < .001$ ). Thus, both women and partners perceived higher responsiveness from the other than the observers did. Mean scores for women's depressive symptoms were significantly higher than mean scores for partners' depressive symptoms ( $t(49) = 3.96, p < .001$ ). There were no significant differences between mean scores for women and partners' attachment.

### **Associations Between Depressive Symptoms and Observed and Perceived Partner Responsiveness**

As presented in Figure 1, when controlling for couple's annual income, greater women's depressive symptoms ( $b = -.12, SE = .03, p < .001$ ) and partners' depressive symptoms ( $b = -.01, SE = .03, p < .001$ ) were associated with their own lower perceived partner responsiveness, indicating that women and partners with greater depressive

symptoms were more likely to perceive the other as less responsive. There were no partner effects, meaning that one's depressive symptoms were not associated with his/her own responsiveness as perceived by the other (partner's perceived partner responsiveness).

Greater partners' depressive symptoms were associated with women's lower observed responsiveness ( $b = -1.20, SE = .30, p < .001$ ) and partners' lower observed responsiveness ( $b = -0.85, SE = .28, p = .002$ ), suggesting that partners' greater depressive symptoms were associated with less observed responsiveness, in both women and partners.

There were no associations between women's depressive symptoms and women's observed responsiveness nor between women's depressive symptoms and partners' observed responsiveness, meaning that women's depressive symptoms were not associated with observed responsiveness, in both women and partners. This model had an excellent fit to the data,  $\chi^2(2) = 0.44, p = .80$ ; RMSEA = .00; CFI = 1.00.

### **Associations Between Attachment and Observed and Perceived Partner Responsiveness**

As presented in Figure 2, when controlling for couple's annual income, greater women's anxious attachment ( $b = -.67, SE = .28, p = .02$ ) and partners' anxious attachment ( $b = -.83, SE = .31, p = .009$ ) were associated with their own lower perceived partner responsiveness, indicating that women and partners with greater anxious attachment were more likely to perceive the other as less responsive. There were no partner effects, meaning that one's anxious adult attachment was not associated with

his/her own responsiveness as perceived by the other (partner's perceived partner responsiveness).

There were no associations between women's or partner's anxious attachment and women' or partners' observed responsiveness. There were no associations between avoidant attachment of both members of the couple and perceived and observed partner responsiveness. Covariance between the covariable, couple's annual income, and partners' avoidant attachment were added based on modification indices. This modification provided a better fit to the data  $\chi^2(2) = 1.41, p = .70$  ; RMSEA = .00 ; CFI = 1.00.

### **Discussion**

This dyadic study examined associations between depressive symptoms, attachment and perceived and observed partner responsiveness in couples coping with PVD. Findings indicated that women and partners with greater depressive symptoms were more likely to perceive the other as less responsive. Partners' greater depressive symptoms were associated with less observed responsiveness, in both women and partners. Women and partners with greater anxious attachment (but not avoidant) were more likely to perceive the other as less responsive. There were no associations between attachment and observed responsiveness. These associations were significant above and beyond the effects of the other member of the couple's depressive symptoms and attachment. Findings support the hypotheses that attachment and depressive symptoms may act as perceptual filters and alter responsiveness to others in this clinical population.

Consistent with our hypothesis, both partners' higher depressive symptoms were associated with their own lower perceived partner responsiveness. Thus, the more

depressed one member of the couple was, the less he or she experienced the other as accepting, caring and understanding during a discussion on how PVD affected their own life. These results corroborate those from the literature suggesting that depressive symptoms may act as a perceptual filter leading to attentional bias to negative stimuli rather than positive stimuli in social interactions (Peckham et al., 2010; Sanchez et al., 2017). They also need to be interpreted in the context of PVD, whereby afflicted women are more vulnerable to depression. Indeed, they report significantly more depression as both antecedent and consequence of their condition (Khandker et al., 2011), and their higher levels of daily depressive symptoms were associated with their greater pain and lower sexual function, and with greater sexual distress in both partners (Pâquet et al., 2018). Thus, higher levels of depressive symptoms combined with their potential role as a perceptual filter may create a negative cognitive bias, such that women may find it difficult to feel supported by their partners in their pain experience. This perceived lack of support may in turn accentuate depressive symptoms, and perpetuate couples in a negative thinking loop, which could prevent them from seeking support from each other and/or could lead them to engage in less effective communication patterns. These findings suggest that both partners' depressive symptoms should be taken into consideration in clinical settings as they may be associated with the couple's responsiveness toward each other, and could lead to negative sexual and relational consequences for both partners.

As for observed responsiveness, we hypothesized that depressive symptoms would be negatively associated with the observation of one's capacity of being responsive. This hypothesis was partially confirmed. Indeed, our results showed that

partners' depressive symptoms were negatively associated with their own and women's observed responsiveness, whereas women's depressive symptoms were not associated with their own or their partner's observed responsiveness. First, these findings suggest that partners' greater depressive symptoms may pose a barrier to being responsive to women with PVD. Prior studies with individuals indicated that one's depressive symptoms were associated with lower affective responsiveness, empathic responding, perspective taking and empathic concerns, and were associated with the use of social withdrawal and avoidance as coping strategies to face others' distress (Cao et al., 2017; Cusi et al., 2011; Derntl et al., 2012; Hoffman et al., 2016). Although partners' depressive symptoms were associated with their own and women's lower observed responsiveness, they were not associated with women's perception of their level of responsiveness. This discrepancy in results could potentially be explained by the observers' measure. Indeed, the Empathic Response Card-Sort (ERCS) consisting of 44 items, may have been more sensitive to responsiveness behaviors than the 3 self-reported items used by couples. However, these findings may also suggest that women with PVD tend to perceive their partner as more responsive than they actually are (as observed by trained observers). This would be surprising considering that they tend to feel guilty and afraid of losing or disappointing their partner due to pain (Ayling & Ussher, 2008), which may lead them to be more sensitive to the partner's reaction. Other studies using self-report and observational methodologies, should use measures with approximately the same level of sensitivity to be able to draw conclusions.

Second, our findings suggest that when partners reported feeling more depressed, women were observed as being less responsive to them. It is possible that given women

are the ones who suffer from the pain condition, well-known to be associated with psychological distress (Maillé, Bergeron, & Lambert, 2015; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003), they may not be predisposed to take into consideration the partner's distress, as they may feel that they should be the one receiving care, empathy and attention. This pattern was also found in a sample of women survivors of breast cancer, showing women tended to prioritise their own needs, sometimes at the expense of their partners' needs (Keesing, Rosenwax, & McNamara, 2016). Alternatively, their guilt and shame about their pain condition may render them less attuned to their partner's distress.

Third, our results indicated that women's depressive symptoms were not associated with their own or their partner's observed responsiveness. As women with PVD often report feelings of guilt and fear of losing their partner (Ayling & Ussher, 2008; Sheppard et al., 2008) and that depressive symptoms may accentuate those feelings (DSM-5), it is possible that women displayed more efforts to be understanding and responsive towards their partners despite their depressive symptoms. Future studies should further investigate the association between partners' distress and women's observed responsiveness in couples coping with PVD.

Further, consistent with our hypothesis, results showed that when women and partners reported greater levels of anxious attachment, they perceived each other as being less responsive. This result is consistent with prior studies indicating that individuals with an anxious attachment style tend to be hypervigilant to negative cues (Fraley et al., 2006) and to be more sensitive to others' emotions, thus, altering their perceptions (Vrticka & Vuilleumier, 2012). Considering that PVD occurs mainly during sexual intercourse and alters sexual function and satisfaction, it could easily trigger attachment insecurities,

particularly among individuals with fear of abandonment (Cherner & Reissing, 2013; Farmer & Meston, 2007; Leclerc et al., 2015). Indeed, anxious attached individuals have a tendency to perceive their negative sexual experiences as relationship threats (Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gillath, & Orpaz, 2006). In addition, more than 76% of women with genito-pelvic pain report being afraid that the pain could ruin their relationship (Gordon et al., 2003). Thus, our results suggest that anxiously attached individuals are less likely to perceive their partner as understanding and supportive, which may in turn, increase insecurities and fear related to their relationship that may already be present given the context of PVD.

Contrary to our hypothesis, no significant associations were found between avoidant attachment and perceived partner responsiveness. According to a study conducted by Mikulincer et al. (2005), facing partners' negative behaviors, an individual with an avoidant attachment will tend to suppress his anger, resentment and hostility and will tend to be indifferent and detached when facing partners' positive behaviors. Thus, such emotional suppression or indifference facing partners' behaviors, may explain the lack of results. In fact, these emotional reactions may have been reflected in our results by a neutral perception of partner responsiveness. Nonetheless, it is possible that the sample size did not allow sufficient statistical power to detect significant associations.

Similarly, contrary to our hypotheses, women and partners' anxious and avoidant attachment were not associated with observed responsiveness. This result is not consistent with those of prior studies among community samples showing that anxious and avoidant attachment were associated with less responsiveness and empathic behaviors (Calvo et al., 2014; Collins & Feeney, 2000; Feeney & Collins, 2001; Gilbert

et al., 2011; Mikulincer et al., 2005; Shallcross et al., 2011). Nevertheless, only two other studies used an observational dyadic design to examine associations between attachment and observed responsiveness and these were in community couples and not in couples with chronic pain, such as PVD. Collins and Feeney (2000) found that only an anxious attachment was negatively associated with observed responsiveness, while Shallcross et al. (2011), found that only an avoidant attachment was negatively associated with observed responsiveness. The contexts in which these two studies were conducted may also explain the discrepancies in results. One study asked couples to disclose a stressful situation to the partner, and the other one asked to disclose a positive event. In the present study couples were recruited from a clinical population and were asked to disclose a shared experience – the impact of PVD on their life. It is possible that the impact of PVD in their life had already been discussed at home, and that both partners may have already known what the other was disclosing, above and beyond their attachment. Their shared experience may have also rendered them more responsive to one another. Alternatively, this result may be explained by the fact that only a minority of participants in this study had high scores on anxiety and avoidance attachment scales. Thus, the level of insecure attachment style in this sample may not have been high enough to capture an association with the observation of each member's responsiveness.

### **Strengths and Limitations**

This study had some limitations. First, its correlational and cross-sectional design does not allow us to draw any causal conclusions. Second, given our sample was composed mainly of young heterosexual couples, the generalization of the results is restricted to this population. Finally, although participants indicated that the discussion they had in the



laboratory resembled typical conversations they would have had at home, the procedure did not foster a high ecological validity. Thus, participants' observed responsiveness might have been different during the discussion task compared to their daily life. Despite these limitations, this study was the first dyadic observational study to examine depressive symptoms and attachment as a perceptual filter of, and a barrier to, responsiveness, in a clinical sample – couples coping with PVD. The use of both observed and self-report measures is one of the major strengths of this study as it allowed us to distinguish between what was associated with perceived and observed partner responsiveness. However, observed responsiveness was assessed with the Empathic Response Card-Sort (ERCS), a questionnaire developed for this study and only partially validated (Bois et al., 2016).

## **Conclusion**

Findings from this study have several clinical and methodological implications. First, results reveal that depressive symptoms and anxious attachment may act as perceptual filters to partner's responsiveness. Consequently, behaviors that could be objectively classified as having been understanding and validating may not be perceived as such by each member of the couple. Assessing and targeting depressive symptoms, in addition to the presence of relationship insecurity in couple therapy could increase perception of partner responsiveness in each member of the couple. In turn, this could enhance their sexual and relational lives, knowing the important role partner responsiveness plays for couples coping with PVD (Bois et al., 2016; Bois et al., 2013; Rosen et al., 2016). Second, results suggest that the partners' depressive symptoms could interfere with both partners' capacity to be responsive to each other. Thus, although women carry a higher burden from the pain condition, clinicians should not underestimate the

presence of depressive symptoms in their partners. Finally, future studies examining partner responsiveness should consider these interpersonal and intrapersonal factors as they are associated with one's perception and may alter one's capacity of being responsive to others.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Arbuckle, J. L. (2010). AMOS (Version 19.0.0). *Computer software*. Chicago: Smallwaters Corporation.
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 294-304. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01389-8](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01389-8)
- Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K., & Rosen, N. O. (2015). Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7, 159-169. <https://doi.org/10.1007/s11930-015-0053-y>
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex

- is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 929-943.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.929>
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N., Mayrand, M. H., Brassard, A., & Sadikaj, G. (2016). Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodynia couples: An observational study. *Health Psychology*, 35(6), 531.  
<https://doi.org/10.1037/hea0000289>
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P., & Grégoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 2024-2035.  
<https://doi.org/10.1111/jsm.12210>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Calvo, V., Palmieri, A., Marinelli, S., Bianco, F., & Kleinbub, J. R. (2014). Reciprocal empathy and working alliance in terminal oncological illness: The crucial role of patients' attachment style. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), 517-534.  
<https://doi.org/10.1080/07347332.2014.936651>
- Cano, A., Johansen, A. B., & Geisser, M. (2004). Spousal congruence on disability, pain,

and spouse responses to pain. *Pain*, 109, 258-265.

<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.036>

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, 2441-2447. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.08.015>

Cano, A., & Williams, A. C. D. C. (2010). Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain*, 149, 9-11.

<https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.010>

Cao, Y., Dingle, G., Chan, G. C., & Cunnington, R. (2017). Low mood leads to increased empathic distress at seeing others' pain. *Frontiers in Psychology*, 8, 2024.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02024>

Cherner, R. A., & Reissing, E. D. (2013). A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 1605-1614. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0111-3>

Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). Safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053-1073. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.6.1053>

Cusi, A. M., MacQueen, G. M., Spreng, R. N., & McKinnon, M. C. (2011). Altered empathic responding in major depressive disorder: relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry Research*, 188(2), 231-236.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.013>

Derntl, B., Seidel, E. M., Schneider, F., & Habel, U. (2012). How specific are emotional

- deficits? A comparison of empathic abilities in schizophrenia, bipolar and depressed patients. *Schizophrenia Research*, 142, 58-64.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.09.020>
- Edlund, S. M., Carlsson, M. L., Linton, S. J., Fruzzetti, A. E., & Tillfors, M. (2015). I see you're in pain—the effects of partner validation on emotions in people with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 6(1), 16-21.  
<https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.07.003>
- Farmer, M. A., & Meston, C. M. (2007). Predictors of genital pain in young women. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 831–843. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9199-7>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 972. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.80.6.972>
- 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. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.25.2.204>
- Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74(4), 1163-1190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00406.x>
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion:

- Development of three self- report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255.  
<https://doi.org/10.1348/147608310x526511>
- Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 572-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.020>
- Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 45-58.  
<https://doi.org/10.1080/713847126>
- Gottman, J. M. (1979). *Marital Interaction: Empirical Investigations*. New York, NY: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/c2013-0-10747-7>
- Granot, M., Zisman-Ilani, Y., Ram, E., Goldstick, O., & Yovell, Y. (2010). Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.533563>
- 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 & Gynecology*, 210(1), 40. e1-40. e8.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.033>
- Hatfield, E. et Sprecher, S. (1986). Measuring passionate love in intimate relationships. *Journal of Adolescence*, 9(4), 383-410. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(86\)80043-4](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(86)80043-4)

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gärtner, M., Bermpohl, F., & Singer, T. (2016). Empathy in depression: egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 199, 23-29.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.007>
- Holtzman, S., & DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1), 202-213.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.04.005>
- Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. A. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Women's Health*, 16(57), 1-14.  
<https://doi.org/10.1186/s12905-016-0337-z>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. New York, NY: Guilford Press.
- Khandker, M., Brady, S. S., Vitonis, A. F., MacLehose, R. F., Stewart, E. G., & Harlow, B. L. (2011). The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *Journal of Women's Health*, 20(10), 1445-1451.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2661>
- 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>
- Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, C., Steben, M., & Lamber, B. (2015). Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1561–1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0295-1>
- Maillé, D. L., Bergeron, S., & Lambert, B. (2015). Body image in women with primary and secondary provoked vestibulodynia: A controlled study. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 505-515. <https://doi.org/10.1111/jsm.12765>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.4.660>
- Mattern, M., Walter, H., Hentze, C., Schramm, E., Drost, S., Schoepf, D., ... Schnell, K. (2015). Behavioral evidence for an impairment of affective theory of mind capabilities in chronic depression. *Psychopathology*, 48(4), 240-250.  
<https://doi.org/10.1159/000430450>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment- related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149-168.  
<https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*(5), 817.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.5.817>
- Milan, S., Wortel, S., Ramirez, J., & Oshin, L. (2017). Depressive symptoms in mothers and daughters: attachment style moderates reporter agreement. *Journal of Abnormal Child psychology*, *45*, 171-182. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0156-6>
- Moritz, D., & Roberts, J. E. (2017). Self- other agreement and metaperception accuracy across the Big Five: Examining the roles of depression and self- esteem. *Journal of Personality*, *86*(2), 296-307. <https://doi.org/10.1111/jopy.12313>
- Moser, J. S., Huppert, J. D., Foa, E. B., & Simons, R. F. (2012). Interpretation of ambiguous social scenarios in social phobia and depression: Evidence from event-related brain potentials. *Biological Psychology*, *89*(2), 387-397.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.12.001>
- Nylanderlundqvist, E., & Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: Evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Dermato-Venereologica*, *83*, 369-373. <https://doi.org/10.1080/00015550310003764>
- Pâquet, M., Rosen, N. O., Steben, M., Mayrand, M. H., Santerre-Baillargeon, M., & Bergeron, S. (2018). Daily Anxiety and Depressive Symptoms in Couples Coping With Vulvodinia: Associations With Women's Pain, Women's Sexual Function, and Both Partners' Sexual Distress. *The Journal of Pain*, *19*(5), 552-561.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.264>

- Peckham, A. D., McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2010). A meta- analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27, 1135-1142. <https://doi.org/10.1002/da.22092>
- Pegman, S., Beesley, H., Holcombe, C., Mendick, N., & Salmon, P. (2011). Patients' sense of relationship with breast cancer surgeons: The relative importance of surgeon and patient variability and the influence of patients' attachment style. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 125-128. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.023>
- Pence, L., Cano, A., Thorn, B., & Ward, L. C. (2006). Perceived spouse responses to pain: The level of agreement in couple dyads and the role of catastrophizing, marital satisfaction, and depression. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 511-522. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9073-4>
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Baucom, D. H., Hurwitz, H., Moser, B., Patterson, E., & Kim, H. J. (2009). Partner-assisted emotional disclosure for patients with gastrointestinal cancer: results from a randomized controlled trial. *Cancer*, 115(S18), 4326-4338. <https://doi.org/10.1002/cncr.24578>
- Reis, H. T., Clark, M. S., & Holmes, J. G. (2004). Perceived partner responsiveness as an organizing construct in the study of intimacy and closeness. In D. Mashek, & A. Aron (Eds.), *Handbook of Closeness and Intimacy* (pp. 201–225). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rodriguez, L. M., Fillo, J., Hadden, B. W., Øverup, C. S., Baker, Z. G., & DiBello, A. M.

- (2019). Do You See What I See? Actor and Partner Attachment Shape Biased Perceptions of Partners. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(4), 587-602. <https://doi.org/10.1177/0146167218791782>
- Rosen, N. O., Bois, K., Mayrand, M. H., Vannier, S., & Bergeron, S. (2016). Observed and perceived disclosure and empathy are associated with better relationship adjustment and quality of life in couples coping with vulvodynia. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1945-1956. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0739-x>
- Sanchez, A., Romero, N., Muraige, P., & De Raedt, R. (2017). Identification of emotions in mixed disgusted-happy faces as a function of depressive symptom severity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.002>
- Shallcross, S. L., Howland, M., Bemis, J., Simpson, J. A., & Frazier, P. (2011). Not “capitalizing” on social capitalization interactions: The role of attachment insecurity. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 77-85. <https://doi.org/10.1037/a0021876>
- 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. <https://doi.org/10.1080/14681990802227974>
- Sprecher, S. et Regan, P. C. (1998). Passionate and companionate love in courting and young married couples. *Sociological Inquiry*, 68(2), 163-185. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1998.tb00459.x>

Vrticka, P., & Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of human social interactions and adult attachment style. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 212.

<https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00212>

Wernicke, S., de Witt Huberts, J., & Wippert, P. M. (2017). The pain of being misunderstood: Invalidation of pain complaints in chronic low back pain patients. *Journal of Health Psychology*, 22(2), 135-147.

<https://doi.org/10.1177/1359105315596371>

Table 1

*Correlations among key study variables for women with PVD and their partners.*

	<i>M (SD)</i>	Range	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10
1. PR (W)	13.38 (2.19)	7-15	-	.40**	.35*	.47**	-.55**	-.14	-.38**	-.21	-.40**	-.11
2. PR (P)	13.02 (2.34)	7-15		-	.46**	.47**	-.42**	-.51**	-.23	-.67**	-.50**	-.57**
3. OR (W)	22.04 (21.97)	-28-54			-	.43**	-.36**	-.58**	-.32*	-.47**	-.30*	-.44**
4. OR (P)	30.22 (19.89)	-13-63				-	-.41**	-.51**	-.17	-.48**	-.18	-.49**
5. Dep.symp.(W)	14.16 (10.92)	0-39					-	.49**	.56**	.43**	.51**	.46**
6. Dep.symp (P)	8.28 (9.69)	0-55						-	.34*	.60**	.30*	.63**
7. Anx. att. (W)	3.05 (1.11)	1.33-5.56							-	.12	.47**	.31*
8. Anx. att. (P)	2.82 (1.30)	1.11-6.33								-	.44**	.77**
9. Avoid. att.(W)	2.49 (0.76)	1-4.39									-	.44**
10. Avoid. att. (P)	2.48 (0.78)	1-4.78										-

*Note.* (W) = Women; (P) = Partners; PR = Perceived Responsiveness; OR = Observed Responsiveness; Dep.symp. = Depressive symptoms; Anx. att. = Anxious attachment; Avoid. att. = Avoidant attachment. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ . *M* = Mean; *SD* = Standard deviation.

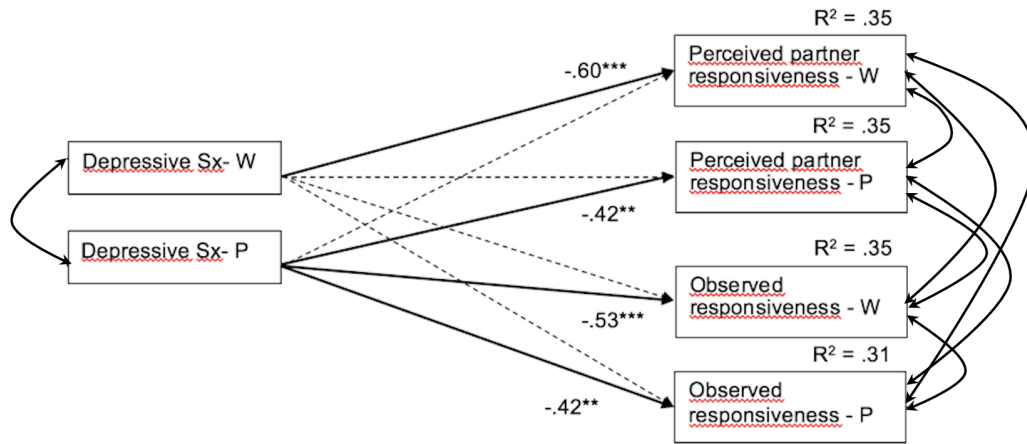


Figure 1. Associations between depressive symptoms and perceived and observed responsiveness of women with PVD and their partners after controlling for couple's annual income. Only significant standardized coefficients are shown. Dashed lines represent non-significant associations. To simplify presentation, associations with the covariate are not depicted in this figure. The correlations among all independent and dependent variables are presented in Table 1. Sx = Symptoms; W = Women with PVD; P = Partners.  $*p < 0.05$ ;  $**p < 0.01$ ;  $***p < 0.001$ .

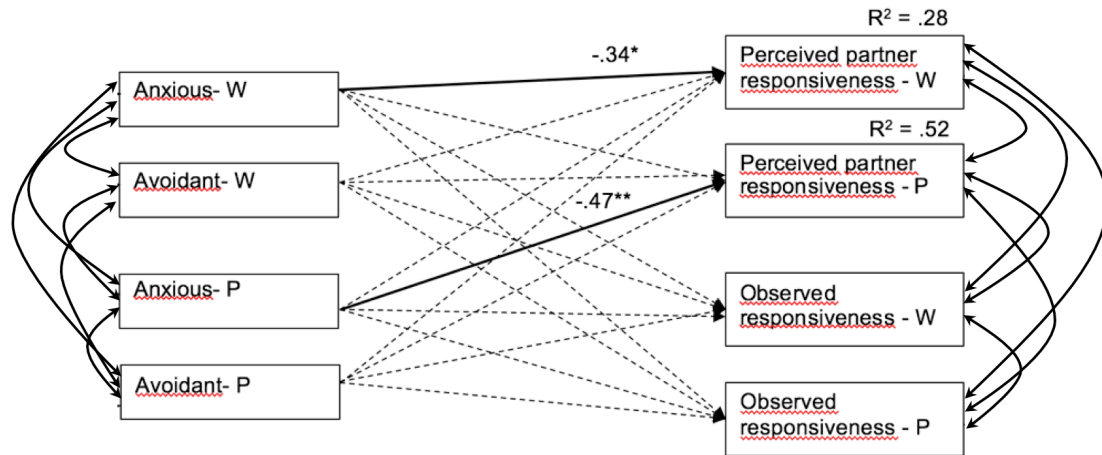


Figure 2. Associations between anxious and avoidant attachment style and, perceived and observed responsiveness of women with PVD and their partners after controlling for couple's annual income. Only significant standardized coefficients are shown. Dashed lines represent non-significant associations. To simplify presentation, associations with the covariate are not depicted in this figure. The correlations among all independent and dependent variables are presented in Table 1. Anxious = Anxious attachment; Avoidant = Avoidant attachment; W = Women with PVD; P = Partners. \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .



## **Discussion Générale**

### **Objectif général de la thèse**

Les relations interpersonnelles sont parmi les plus importants facteurs protecteurs de la santé physique et psychologique. Les individus qui ont davantage de soutien social ont plus de chance d'avoir un bon état de santé, une meilleure capacité d'adaptation, des comportements qui favorisent la santé, une meilleure qualité de vie et de bien-être, et sont également moins à risque d'avoir des symptômes physiques et psychologiques, incluant des symptômes dépressifs et anxieux (Wang et al., 2003). De plus, les individus ayant moins de soutien social ont un taux de mortalité plus élevé surtout en lien avec des problèmes cardiaques (Brumett et al., 2001; Uchino, 2009). Le soutien social a aussi été lié à un taux de mortalité moins élevé chez ceux souffrant d'un cancer (Hibbard et Pope, 1993; Welin et al., 1992). Un des résultats les plus marquants et qui souligne l'ampleur de l'importance des relations interpersonnelles pour la santé des humains est celui d'une méta-analyse qui démontre que les relations interpersonnelles sont le plus grand prédicteur de mortalité avant la consommation d'alcool et de tabac, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'activité physique (Holt-Lunstad et al., 2010). Autrement dit, la richesse des relations interpersonnelles semble être au cœur de ce qui maintient l'être humain en vie et en santé. De là l'importance de s'intéresser à l'intimité plus spécifiquement dans le domaine du couple et de la sexualité, considérant que dans la société occidentale d'aujourd'hui, le soutien social repose principalement sur le partenaire amoureux plus que toutes autres relations (Johnson, 2008). Ainsi, dans notre société plus individualiste, numérique et axée sur la performance et l'efficacité, la recherche de soutien, d'affection et d'intimité repose principalement sur le partenaire

amoureux, contrairement aux sociétés plus collectivistes dans lesquelles il y a davantage un réseau étendu de soutien et d'entraide (Hiew et Leung, 2017). D'ailleurs, des études nord-américaines démontrent bien l'apport spécifique de la qualité des relations amoureuses sur la santé physique (notamment celle du cœur), la qualité de vie et la santé psychologique (notamment la dépression et l'anxiété; Coyne et al., 2001; Kiecolt-Glaser et Newton, 2001; Rohrbaugh et al., 2006). Or, bien que dans les dernières années les scientifiques s'intéressent de plus en plus à l'intimité des couples, plusieurs questions demeurent sans réponses. Ainsi, l'objectif général de la présente thèse était d'examiner sous des angles différents, mais complémentaires, le concept de l'intimité en utilisant une méthodologie observationnelle (en laboratoire) et auto-rapportée auprès de deux populations distinctes : des couples de la population générale et des couples cliniques, aux prises avec la douleur génito-pelvienne chez la femme.

## **Article 1**

L'objectif du premier article de thèse était d'examiner les associations entre l'intimité dans un contexte positif, soit les réponses perçues, auto-rapportées et observées aux tentatives de capitalisation, et le bien-être sexuel (c.-à-d., la satisfaction sexuelle, la détresse sexuelle et la fonction sexuelle) au sein d'un échantillon de couples diversifiés de la population générale. La durée de la relation de couple a été contrôlée et nous avons également examiné la modulation par le genre. Il était attendu que les réponses actives-constructives perçues, auto-rapportées et observées d'une personne soient positivement associées à sa propre satisfaction sexuelle et fonction sexuelle et à celles de son partenaire, et négativement associées à sa propre détresse sexuelle et à celle de son partenaire. Il était également attendu que les réponses passives-constructives, actives-

destructives et passives-destructives perçues, auto-rapportées et observées d'une personne soient négativement liées à sa propre satisfaction sexuelle et fonction sexuelle et à celles de son partenaire, et positivement associées à sa propre détresse sexuelle et à celle de son partenaire. Compte tenu de l'absence des études portant sur les réponses spécifiques aux tentatives de capitalisation et la sexualité, les effets de genre ont été examinés de manière exploratoire. Concernant les réponses perçues, les résultats indiquent que plus une personne percevait des réponses actives-constructives de la part de son partenaire, plus celui-ci rapportait de satisfaction sexuelle. Plus une personne percevait des réponses passives-constructives de la part de son partenaire, moins ce dernier rapportait de satisfaction sexuelle. Finalement, plus une personne percevait des réponses passives-destructives de la part de son partenaire, plus cette personne rapportait de détresse sexuelle. Concernant les réponses auto-rapportées, les résultats indiquent que plus une personne rapportait avoir émis des réponses actives-constructives, plus cette personne rapportait de satisfaction sexuelle, alors que plus une personne rapportait avoir émis des réponses passives-destructives, plus cette personne rapportait de détresse sexuelle. Finalement, concernant les réponses observées, plus les observateurs externes avaient coté des réponses actives-destructives chez une personne, moins celle-ci rapportait une bonne fonction sexuelle. Finalement, plus les observateurs externes avaient coté des réponses actives-destructives chez la femme, moins elle rapportait de satisfaction sexuelle.

Étant donné que l'intimité représentée dans ce contexte est une manifestation de l'équilibre entre la proximité émotionnelle et la différenciation des partenaires (Gable et al., 2006; Hadden et al., 2015; Reis et al., 2010) et que les résultats démontrent qu'elle est

associée au bien-être sexuel des couples, la présente étude appuie la théorie de Schnarch (2009) suggérant qu'une vie sexuelle satisfaisante est maintenue notamment par la capacité d'encourager l'individualité du partenaire, tout en restant intimement lié. Les résultats appuient également l'idée que l'intimité est liée au bien-être et à la santé des individus. De fait, la sexualité est une composante importante de la qualité de vie et de la santé des individus en étant considérée comme un indicateur du bien-être général (Anderson, 2013; Mitchell et al., 2021). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2022), la santé sexuelle est définie comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en rapport avec la sexualité et est considérée fondamentale pour la santé et le bien-être général des individus, des couples et des familles.

## **Article 2**

L'objectif du deuxième article de la thèse était d'examiner de manière dyadique les associations entre les symptômes dépressifs, l'insécurité d'attachement et les réponses empathiques perçues et observées chez des couples dont la femme souffre de VP, type de douleur génito-pelvienne le plus prévalent. Il était attendu que, chez les deux membres du couple, les symptômes dépressifs soient négativement associés à leurs propres réponses empathiques perçues et observées et à celles de leur partenaire. Il était également attendu que chez les deux membres du couple, l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité soient négativement associés à leurs propres réponses empathiques perçues et observées et à celles de leur partenaire. Concernant les symptômes dépressifs, les résultats indiquent que plus les femmes et les partenaires ont rapporté des symptômes dépressifs, moins ils ont perçu l'autre comme ayant été empathique pendant la discussion. Les résultats indiquent également que plus les partenaires rapportaient de symptômes dépressifs,

moins les deux membres du couple ont émis des réponses empathiques telles qu'observées par des observateurs externes. En ce qui a trait aux insécurités d'attachement, les résultats indiquent que plus les femmes et les partenaires ont rapporté d'anxiété d'abandon, moins ils ont perçu l'autre comme ayant été empathique pendant la discussion. Contrairement à ce qui était attendu, aucune association n'a été trouvée entre l'insécurité d'attachement et les réponses empathiques observées, ni entre l'évitement de l'intimité et les réponses empathiques perçues et observées.

Ces résultats démontrent que l'insécurité d'attachement, ainsi que les symptômes dépressifs peuvent constituer des obstacles à l'intimité ce qui corrobore, à la fois, la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) et la théorie cognitive de Beck (Beck, 1967, 1979). Toutes deux stipulent que l'accumulation d'expériences antérieures forme un bagage de connaissances et d'appréhensions emmagasiné dans la mémoire qui interagit avec les informations entrantes du moment et qui influence l'attention sélective et l'interprétation des signaux sociaux. De plus, en s'intéressant aux liens entre les symptômes dépressifs, l'attachement et l'intimité des couples aux prises avec la douleur génito-pelvienne, cet article constitue un appui empirique important au *Interpersonal Emotion Regulation Model* appliqué à la douleur génito-pelvienne (Rosen et Bergeron, 2019) en démontrant, qu'effectivement, les facteurs distaux (p. ex., l'attachement, l'intimité) et proximaux (p. ex., symptômes dépressifs) peuvent s'influencer dans l'expérience de ces couples.

### **1er article – contributions et implications théoriques**

Les résultats de cet article offrent un appui empirique supplémentaire au rôle de l'intimité dans le bien-être sexuel des couples (p. ex., Dewitte et Mayer, 2018; Mizrahi et

al., 2018; Rubin et Campbell, 2012). Il est à noter que ce sont les cliniciens, vers la fin des années 1980, qui ont postulé sur l'importance des facteurs relationnels, dont l'intimité, pour la sexualité des individus (Basson, 2002; Levine, 1987, 1991; Toates et al., 2009). Par exemple, il a été théorisé que l'intimité partagée avec le partenaire amoureux peut entraîner moins d'inhibitions et plus de sécurité affective qui, en retour, favoriseraient une vie sexuelle plus satisfaisante (Levine, 1991). Cependant, ces conceptualisations cliniques n'étaient que peu soutenues par des études empiriques. Ce sont plutôt les psychologues sociaux qui ont été les premiers à étudier l'intimité de manière empirique (p. ex., Birnbaum et Reis, 2006; Collins et Feeney, 2000). Il existe ainsi une scission importante entre les domaines de la psychologie clinique et sociale qui évoluent encore aujourd'hui en vase clos et de manière parallèle. De ce fait, la présente étude constitue un pont entre ces deux domaines et s'ajoute aux écrits grandissants démontrant le lien entre l'intimité et le bien-être sexuel des couples de la population générale. De plus, cette étude est novatrice en étant la toute première, à notre connaissance, à avoir examiné les liens entre l'intimité dans un contexte positif, en examinant les différents types de réponses aux tentatives de capitalisation, et le bien-être sexuel des couples.

En examinant l'intimité dans ce contexte précis, les résultats apportent un appui empirique important au *Sexual Crucible Model* (Schnarch, 2009). En effet, le contexte dans lequel les partenaires sont invités à divulguer un événement positif qui n'inclut pas le partenaire est unique, car il expose la notion de séparation entre les partenaires : l'autre existe et vit des événements positifs à l'extérieur de la relation. Un individu qui est capable d'accepter et de valoriser cette distance, cette différenciation, sera en mesure de

répondre à ce dévoilement de manière empathique et ainsi favoriser l'intimité dans le couple. Les résultats de la présente étude ont démontré que ce contexte, qui favorise cet équilibre entre l'intimité et la différenciation, est associé au bien-être sexuel des couples de la population générale. Schnarch (2009) a émis l'hypothèse selon laquelle des niveaux plus élevés de différenciation favoriseraient une meilleure capacité à réguler ses propres états affectifs, et donc mieux tolérer la vulnérabilité et l'insécurité inhérentes à l'expérience de la sexualité. Il postule que les personnes qui ont de la difficulté à réguler leurs pensées et leurs émotions et à maintenir leur sens de soi dans le contexte de l'intimité, peuvent être plus préoccupées par la perte de leur sens de soi pendant les rapports sexuels, entraînant ainsi des difficultés sexuelles. En outre, René Roussillon, auteur psychanalyste, illustre bien cette idée en prenant l'exemple de l'orgasme qui met en scène une perte de contrôle de soi qui occasionne, momentanément, l'abandon de soi dans l'autre. L'auteur explique qu'il faut avoir suffisamment confiance dans la capacité du « moi » à se retrouver par la suite, à y survivre, pour oser vivre cette expérience (Roussillon et al., 2018). Autrement dit, il faut être en mesure de percevoir notre propre individualité et celle de l'autre pour oser se rapprocher de son partenaire, sans peur. Ceci est cohérent avec les résultats d'études transversales menées auprès d'individus qui ont montré que l'incapacité à maintenir un sens de soi en présence d'autres personnes était le meilleur prédicteur de problèmes sexuels (Burri et al., 2014), et que la différenciation de soi était associée à une plus grande satisfaction sexuelle, grâce à une meilleure capacité à réguler les émotions difficiles (Timm et Keiley, 2011).

Un autre aspect novateur des résultats de cet article est le fait que d'émettre des réponses empathiques (telles qu'observées, qu'auto-rapportées ou perçues par le

partenaire) soit davantage associé à sa propre sexualité que le fait de percevoir le partenaire comme étant empathique. Reis et Shaver (1988) mettent l'accent sur l'importance de la perception de la réponse empathique du partenaire, au-delà de la réponse en soi, pour le développement de l'intimité. Les auteurs mentionnent que c'est la perception de la réponse empathique du partenaire qui permet de se sentir entendu, compris et validé et ainsi permet le sentiment de proximité émotionnelle, d'intimité avec le partenaire. Leurs écrits semblent ainsi négliger le rôle que peut avoir le fait d'émettre des réponses empathiques au-delà de recevoir des réponses empathiques du partenaire (Laurenceau et Kleinman, 2006). Ceci a donc mené à des études empiriques dont les auteurs ont, eux aussi pour la majorité, négligé de mesurer les réponses émises. Pourtant, les quelques études qui l'ont fait ont démontré que le fait d'émettre des réponses empathiques à son partenaire était associé à des bénéfices individuels, relationnels et sexuels (Bois et al., 2016; Hershenberg et al., 2016; Kashdan, et al., 2013; Monfort et al., 2014), tout comme la présente étude le démontre. Ces résultats sont cohérents avec ce qu'amènent Laurenceau et Kleinman (2006). Ces auteurs soulignent que le modèle de Reis et Shaver (1988) est plutôt unidirectionnel, alors que le fait d'émettre des réponses empathiques peut également contribuer au développement de l'intimité. Afin d'illustrer leurs propos, ils donnent l'exemple de la relation mère-enfant et la relation thérapeute-patient. Dans ces deux types de relation, la mère ou le thérapeute émet des réponses validantes et soutenantes envers leur enfant ou leur client, sans recevoir de telles réponses en retour. Un bébé n'est pas en mesure de fournir validation, compréhension et soutien à son parent, tout comme il n'est pas de la responsabilité du patient à fournir au thérapeute validation et soutien. Pourtant, ils rapportent tous deux (mère et thérapeute) un sentiment



d'intimité, de proximité émotionnelle et d'attachement envers l'enfant ou le patient. Les auteurs avancent donc que ce serait possiblement le même phénomène qui se produirait dans les relations de couple, soit que d'offrir validation, soutien et compréhension renforce le sentiment d'intimité de la personne qui l'offre, et non pas seulement celui du partenaire. Entrer dans l'univers affectif de l'autre, être témoin de sa vulnérabilité, semble donc relié à un sentiment de connexion à l'autre. Ainsi, il serait important pour de futures études d'examiner les réponses émises des partenaires et non seulement les réponses perçues.

Par ailleurs, les résultats appuient l'importance de cibler les facteurs de protection d'une vie sexuelle satisfaisante et non pas seulement l'identification de facteurs de risque des difficultés sexuelles. En effet, les réponses actives-constructives étaient associées à une plus grande satisfaction sexuelle, sans être associées à moins de détresse ou à une moins bonne fonction sexuelle. Ceci renforce l'idée que la satisfaction sexuelle n'est pas la même chose que la simple absence de difficultés sexuelles ou de détresse sexuelle (Mitchell et al., 2021; Rosen et Bachmann, 2008) et que les contextes positifs ont une valeur prédictive unique des variables relationnelles positives, au-delà des facteurs de risque (Fincham et al., 2007). Pendant longtemps, les chercheurs dans le domaine du couple se sont concentrés sur ce qui prédisait la séparation et la détresse conjugale en étudiant particulièrement les conflits conjugaux (Fincham et al., 2007). Pourtant, des études longitudinales ont démontré que le conflit conjugal en soi n'avait que très peu de valeur prédictive des variables relationnelles dans le temps (p. ex., satisfaction conjugale, qualité de la relation; Bradbury et al., 2001; Karney et Bradbury, 1995), suggérant que d'autres facteurs devaient donc être considérés.

De plus, avec l'émergence de la psychologie positive qui prône l'étude du bien-être et d'un fonctionnement optimal, le domaine du couple a commencé à s'intéresser aux facteurs de protection d'une relation conjugale optimale et positive. Quelques études empiriques ont d'ailleurs démontré que les contextes positifs dans la vie conjugale prédisent davantage le bien-être des couples au-delà des contextes négatifs. Par exemple, l'étude dyadique et observationnelle de Gable et al. (2006) a montré que les réponses aux tentatives de capitalisation étaient davantage liées au bien-être relationnel (engagement, satisfaction et amour) deux mois plus tard comparativement au contexte de dévoilement d'événements négatifs. Une autre étude, cette fois plus récente, a montré que des comportements affectifs dans un contexte d'interactions positives prédisaient la satisfaction conjugale et le divorce au-delà de ce que pouvaient prédire les comportements affectifs dans un contexte d'interactions négatives (Graber et al., 2011). Ainsi, les résultats de la présente étude constituent un appui empirique supplémentaire démontrant l'importance du contexte positif pour le bien-être des couples, mais sont également novateurs en démontrant l'importance des interactions positives des couples spécifiquement pour leur bien-être sexuel. Ainsi, les études futures devraient se pencher davantage sur le rôle des interactions positives au quotidien pour la sexualité des couples au-delà des facteurs de risque d'une sexualité insatisfaisante.

Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé de différences de genre, à l'exception d'un seul modèle : les femmes qui ont été observées comme démontrant des réponses actives-destructives ont rapporté moins de satisfaction sexuelle. Pourtant, le discours scientifique dominant est que, chez les femmes, les variables relationnelles sont plus importantes pour leur sexualité comparativement à la sexualité des hommes (p. ex., Basson, 2002; Buss,

1989) basé notamment sur la théorie de l'évolution et les différences de socialisation entre les hommes et les femmes (Buss, 2016; Meston et Buss, 2007). Cette idée est également appuyée par quelques études empiriques dyadiques (p. ex., Birnbaum et al., 2016; Dewitte et Mayer, 2018) dans lesquelles les variables relationnelles étaient plus fortement liées à la sexualité des femmes comparativement aux hommes. Or, les écrits théoriques portant sur les différences entre les genres en lien avec la sexualité dépendent beaucoup du contexte social (Buss, 2016). On peut penser qu'ils sont appelés à être révisés, surtout suite au récent éclatement de la notion traditionnelle du genre qui entraîne une plus grande représentation de la diversité sexuelle et de genre (Moleiro et Pinto, 2015). De plus, dans les dernières années, d'autres études empiriques ont démontré que les variables relationnelles étaient tout aussi importantes pour le bien-être sexuel des hommes (p. ex., Štulhofer et al., 2013, 2014; van Lankveld et al., 2018). Ainsi, les résultats du premier article de thèse soutiennent le rôle essentiel des variables relationnelles dans le bien-être sexuel des individus de tous les genres et invitent les chercheurs à continuer d'examiner la question en étant le plus inclusifs possible.

Finalement, étant donné que les résultats n'étaient pas constants à travers les variables sexuelles, ils soutiennent l'idée que la satisfaction sexuelle, la détresse sexuelle et la fonction sexuelle sont des construits distincts. Ainsi, les résultats corroborent des conceptualisations qui mettent de l'avant l'aspect multidimensionnel de la sexualité (Mitchell et al., 2021) par opposition à une conceptualisation médicale réductrice. Tel que Mitchell et al. (2021) le soulignent, la mentalité de la santé publique en matière de sexualité reste fermement ancrée dans une vision médicale et biologique, en se concentrant surtout sur les comportements à risque et la fonction sexuelle. Or, cette

approche éclipse d'autres aspects de la sexualité, limitant ainsi notre compréhension de la diversité de l'expérience humaine en termes de sexualité, qui implique notamment des aspects relationnels majeurs (p. ex., Dewitte et Mayer, 2018; Péloquin et al., 2014). Les résultats du premier article de thèse soulignent donc l'importance d'inclure plusieurs dimensions de la sexualité lorsque l'on examine le bien-être sexuel des couples.

### **1e article – contributions et implications cliniques**

Cet article a démontré qu'une interaction d'à peine 8 minutes dans laquelle les deux partenaires partagent une nouvelle positive a été associée au bien-être sexuel des couples. Ceci est une illustration de l'importance de l'interconnexion entre la sphère relationnelle et sexuelle. Pourtant, certains thérapeutes de couple n'osent pas toujours évaluer la sphère sexuelle de leurs clients et certains thérapeutes faisant de la thérapie sexuelle n'adressent pas toujours les problèmes relationnels sous-jacents (Enzlin, 2015). Pourtant, la sexualité et le couple sont deux phénomènes multidimensionnels et interconnectés (Enzlin, 2015; McNulty et al., 2016), ce que démontrent d'ailleurs les résultats de cet article.

En outre, les résultats soulignent l'importance de l'intimité pour le bien-être des couples, notamment sur le plan de la sexualité. Cependant, plusieurs cliniciens utilisent le modèle de thérapie de couple cognitivo-comportementale qui met l'accent sur le changement de cognitions problématiques et l'apprentissage à la communication (Baucom et al., 2008), ou encore sur des exercices pratiques (*Good Enough Sex Model* – Metz et al., 2017), laissant peu de place au développement de l'intimité en soi. La thérapie centrée sur les émotions, fondée par Susan Johnson et Leslie Greenberg au début des années 1980, et très bien validée empiriquement (Wiebe et Johnson, 2016), se fonde

plutôt sur la théorie de l'attachement et vise l'amélioration de la sécurité d'attachement entre les partenaires (Johnson, 2004). Ainsi, la notion de l'intimité et de la connexion émotionnelle est au cœur du travail thérapeutique, car le couple développera un attachement plus sécurisant si le partenaire est en mesure d'offrir protection, réassurance et soutien favorisant ainsi une base sécurisante qui permet l'exploration et la poursuite des buts individuels (Hazan et Shaver, 1987; Moser et Johnson, 2008). De cette simple définition, on peut imaginer qu'en développant un attachement plus sécurisé, chacun des partenaires serait plus enclin à répondre de manière active-constructive dans un contexte de dévoilement d'événement positif à l'extérieur de la relation, car il pourra encourager l'individualité de l'autre tout en se sentant sécurisé, proche et connecté dans la relation. D'ailleurs, plusieurs études suggèrent que l'attachement sécurisé favorise le développement de l'intimité, et ce, dans un contexte de dévoilement d'événements négatifs (p. ex., Campbell et al., 2005; Collins et Feeney, 2004; Mikulincer et Shaver, 2009), mais aussi positifs (p. ex., Gosnell et Gable, 2013; Shallcross et al., 2011). La thérapie de couple centrée sur les émotions aurait donc le potentiel d'améliorer la sécurité d'attachement entre les partenaires, ce qui permettrait une plus grande intimité conjugale qui, en retour, favoriserait une vie sexuelle plus satisfaisante (Johnson et Zuccarini, 2011).

Cet article met en lumière un aspect fort négligé, à la fois dans les écrits scientifiques actuels et dans les thérapies de couple, soit l'importance des interactions positives au quotidien dans le bien-être sexuel des couples. En effet, l'accent est souvent mis sur l'importance de l'intimité dans un contexte de relation d'aide, de demande de soutien ou dans un moment difficile (Gable et al., 2004). D'ailleurs, c'est souvent ce type

d'intimité qui est travaillé dans la thérapie conjugale centrée sur les émotions : d'abord le dévoilement d'émotions en lien avec un conflit, une difficulté ou une blessure relationnelle et ensuite la compréhension et la validation du vécu de l'autre (Johnson, 2004). Cependant, la présente étude suggère que les interactions positives au quotidien entre les partenaires pourraient être un levier thérapeutique important pour les couples qui consultent pour des difficultés sexuelles, comme elles sont associées au bien-être sexuel des couples.

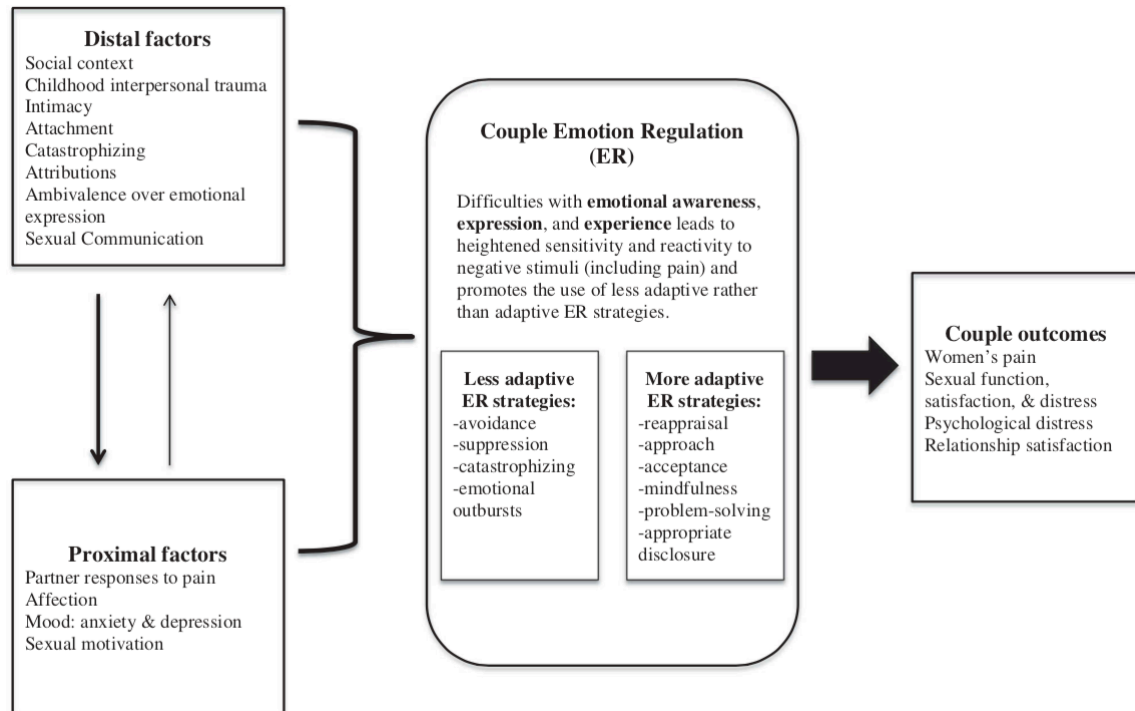
De plus, lorsque le thérapeute évalue et travaille l'intimité en thérapie de couple, il serait important cliniquement de prendre en considération la perception de chacun des membres du couple en lien avec leurs propres réponses et celles de leur partenaire, ainsi que la perception du thérapeute lui-même. Les résultats de notre étude s'ajoutent donc à ceux d'études utilisant un devis observationnel et auto-rapporté qui ont montré à quel point chaque perspective (observateur, partenaire qui reçoit un dévoilement, partenaire qui se dévoile) peut être associée à des variables différentes (p. ex., Bois et al., 2016; Kashdan et al., 2013).

## **2e article – contributions et implications théoriques**

Malgré le fait que le contexte interpersonnel de la dysfonction sexuelle chez les femmes soit reconnu et intégré dans la pratique clinique (p. ex., Bergeron et al., 2016; Meana et al., 2014) et que, dans les dernières années, plusieurs études empiriques démontrent l'importance de ce contexte (p. ex., Brotto et al., 2011; Oberg et Sjogren Fugl-Meyer, 2005; Witting et al., 2008), il n'existe que très peu de modèles théoriques rendant compte du rôle des variables interpersonnelles chez les femmes souffrant d'une dysfonction sexuelle. De plus, celle-ci est encore souvent étudiée sous un angle médical

(Brotto, 2017). Pourtant, les dysfonctions sexuelles représentent bien l'interrelation entre la sphère sexuelle et interpersonnelle où, à la fois, le maintien du bien-être psychologique, sexuel et relationnel constitue un réel défi (p. ex., Metz et Epstein, 2002; Rosen et al., 2017, 2019). Or, récemment, le *Interpersonal Emotion Regulation Model* appliqué à la douleur génito-pelvienne chez la femme a été proposé par Rosen et Bergeron en 2019 (**Figure 1**). Ce modèle suggère qu'il y a des facteurs interpersonnels distaux et proximaux qui influencent la régulation émotionnelle des couples entourant la douleur et leur relation sexuelle. En retour, la régulation émotionnelle affecterait l'expérience de la douleur des femmes et le fonctionnement psychologique, relationnel et sexuel des deux partenaires (p. ex., la détresse psychologique, la satisfaction conjugale et sexuelle). Les facteurs distaux correspondent aux expériences relationnelles antérieures et aux prédispositions de chaque partenaire (p. ex., trauma à l'enfance, attachement). Les facteurs proximaux se réfèrent aux pensées, émotions ou comportements qui surviennent avant, pendant ou après une relation sexuelle douloureuse (p. ex., une humeur dépressive, des conflits). Ce modèle propose que certains des facteurs distaux soient susceptibles d'exercer une forte influence sur les facteurs proximaux et que certains des facteurs proximaux, par exemple les réponses du partenaire, puissent exercer, à leur tour, une influence sur les facteurs distaux en activant des patrons relationnels antérieurs (par exemple, le style d'attachement). Autrement dit, ce serait cette interrelation des facteurs distaux et proximaux qui serait liée au fonctionnement psychologique, relationnel et sexuel des couples via la régulation émotionnelle entourant l'expérience de la douleur.

**Figure 1.** Interpersonal Emotion Regulation Model appliqué à la douleur génito-pelvienne chez la femme (Rosen et Bergeron, 2019)



Ainsi, le deuxième article de cette thèse, en s'intéressant aux liens entre les symptômes dépressifs (facteur proximal), l'attachement (facteur distal) et l'intimité (facteur distal) des couples aux prises avec la douleur génito-pelvienne, constitue un appui empirique important à ce modèle théorique en démontrant que différents facteurs peuvent s'interinfluencer. De plus, les résultats mettent en lumière un autre médiateur potentiel au modèle théorique, soit l'intimité. Il faut comprendre tout d'abord que les symptômes dépressifs ont déjà été établis comme étant un facteur de risque et de maintien de diverses dysfonctions sexuelles, dont la douleur génito-pelvienne (Lai, 2011; Pâquet et al., 2018; Thakurta et al., 2012). De plus, il est déjà établi que l'insécurité d'attachement des deux partenaires aurait des répercussions sur l'expérience de la douleur des femmes et le bien-être sexuel des couples souffrant de douleur génito-pelvienne (p. ex., Granot et al., 2010; Leclerc et al., 2015). Or, les résultats de la présente étude pointent vers un



mécanisme explicatif de ces associations, soit l'intimité, un facteur interpersonnel. De fait, les résultats suggèrent que les symptômes dépressifs et l'insécurité d'attachement, plus particulièrement l'anxiété d'abandon, pourraient nuire au fonctionnement des couples souffrant de dysfonction sexuelle, en nuisant à leur capacité à développer leur intimité – déjà été identifiée comme un facteur protecteur de la sphère sexuelle, individuelle et relationnelle des couples atteints de douleur génito-pelvienne (p. ex., Bergeron et al., 2021; Bois et al., 2013, 2016; Rosen et al., 2016).

Par ailleurs, les résultats du deuxième article de thèse appuient la théorie de l'attachement. Cette théorie stipule qu'un individu, dès le tout début de son développement, va forger des représentations internes concernant la disponibilité et la réceptivité de ses figures d'attachement principales (Bowlby, 1969) qui guideront les attentes envers soi et les autres dans les relations ultérieures (Hazan et Shaver, 1987). Par exemple, une personne qui a davantage d'anxiété d'abandon va porter une représentation interne de soi comme non méritante des soins et de l'amour de son partenaire, qui en résulte par une peur de l'abandon. Ainsi, cette personne aura tendance à être hypervigilante aux signaux interpersonnels qui confirment cette croyance (Mikulincer et Shaver, 2005). Les résultats de notre étude appuient donc cette idée en suggérant que l'anxiété d'abandon peut venir altérer la perception des réponses des partenaires en termes de soutien, validation et compréhension, et donc altérer le développement de l'intimité. Plusieurs études ont déjà examiné les liens entre l'attachement et l'intimité (p. ex., Campbell et al., 2005; Shallcross et al., 2011), mais la majorité a été menée auprès d'échantillons d'individus, n'a utilisé que des mesures auto-rapportées, ou manquait d'un modèle théorique validé de l'intimité. De plus, une seule étude (utilisant des mesures

auto-rapportées et un échantillon non-dyadique) a examiné les liens entre l'insécurité d'attachement et l'intimité spécifiquement auprès de femmes souffrant de difficultés sexuelles (Attaky et al., 2020). Ceci est surprenant considérant qu'il s'agit d'un contexte susceptible d'activer la peur de perdre le partenaire (Ayling et Ussher, 2008) et que l'intimité a été identifiée comme étant un facteur protecteur important pour les couples dont la femme souffre de dysfonction sexuelle (p. ex., Bergeron et al., 2021). Ainsi, la présente étude permet d'élargir les connaissances théoriques et empiriques des liens entre l'insécurité d'attachement et l'intimité au contexte de la dysfonction sexuelle, plus précisément la douleur génito-pelvienne. En effet, les résultats suggèrent que les individus rapportant davantage d'anxiété d'abandon sont moins susceptibles de percevoir de leur partenaire de la compréhension et du soutien. Ceci peut, en retour, augmenter les insécurités d'attachement et la peur liées à leur relation, qui sont souvent déjà présentes dans le contexte particulier de la douleur génito-pelvienne (Sheppard et al., 2008).

Les résultats du deuxième article de thèse apportent également un appui empirique à la théorie cognitive de la dépression de Beck (Beck, 1967, 1979). Cette théorie stipule que ce qui est au cœur du développement de la dépression est une croyance négative de soi, du futur et du monde. La personne déprimée aura tendance à avoir un raisonnement polarisé, à faire des abstractions sélectives (ne retenir qu'un détail précis) et des surgénéralisations qui tendent à confirmer et renforcer ses perceptions négatives de soi et des autres (Beck, 1967, 1979). En d'autres mots, les individus dépressifs auraient un biais attentionnel significativement plus important envers les informations négatives qui maintiendraient leurs schémas négatifs envers soi et les autres (Peckham et al., 2010). Ainsi, les résultats de notre étude corroborent cette théorie en

démontrant que les individus rapportant plus de symptômes dépressifs avaient tendance à percevoir moins d'empathie de la part de leur partenaire. Ceci suggère qu'effectivement les schémas cognitifs négatifs associés à la dépression pourraient agir en tant que filtre perceptuel altérant la perception des signaux sociaux. Ce résultat est cohérent avec ceux provenant de quelques études dyadiques, menées auprès de couples dont un des membres présentait des douleurs musculo-squelettiques ou un cancer, qui ont trouvé que les symptômes dépressifs du patient étaient positivement associés à la perception que leur partenaire utilisait des réponses négatives à la douleur (p. ex., réactions de colère, d'hostilité, etc. ; Badr et Milbury, 2011; Pence et al., 2006), alors que les partenaires des patients dépressifs et non-dépressifs ne différaient pas quant à leur perception de leurs propres réponses (Cano et al., 2004). Cependant, il s'agit de la première étude qui a examiné les associations entre les symptômes dépressifs et l'intimité, tel que défini par Reis et Shaver (1988), chez les couples souffrant de dysfonctions sexuelles. Pourtant, on retrouve une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs au sein de cette population clinique (Khandker et al., 2011; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003). Ainsi, cette étude permet d'élargir la théorie cognitive de Beck en l'appliquant au contexte interpersonnel de la douleur génito-pelvienne. On peut penser qu'une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs chez cette population clinique combinée à leur rôle potentiel de filtre perceptuel peut créer un biais cognitif négatif, de sorte que les femmes peuvent avoir du mal à se sentir soutenues par leur partenaire dans leur expérience de la douleur. Ce manque de soutien perçu peut, à son tour, accentuer les symptômes dépressifs et perpétuer les couples dans une boucle de pensées négatives, ce qui pourrait les empêcher

de chercher du soutien l'un envers de l'autre et/ou pourrait les amener à s'engager dans des schémas de communication moins efficaces.

Par ailleurs, nos résultats ont montré que lorsque les partenaires ont rapporté se sentir plus déprimés, les femmes ont été observées comme étant moins empathiques envers eux. Ce résultat appuie la théorie interactionnelle de la dépression (Coyne, 1976) qui souligne l'importance de considérer le contexte social de la personne dépressive pour comprendre le maintien de la dépression. Cette théorie propose que la personne dépressive, de par ses schémas négatifs envers soi et les autres, solliciterait son environnement de telle sorte que le soutien de la part de ses proches puisse être difficile à obtenir. En effet, la persistance et la répétition des symptômes seraient, à la fois, incompréhensibles et aversives pour les membres de l'environnement social. Ces derniers auraient alors de la difficulté à offrir soutien, validation et compréhension de manière soutenue, ce qui renforcerait les schémas négatifs et maintiendrait la personne dans un état dépressif (Coyne, 1976). D'ailleurs plusieurs études empiriques appuient cette théorie. Par exemple, une méta-analyse a montré que la dépression suscite des comportements de rejet de la part des autres (Segrin et Dillard, 1992), et ce, d'autant plus chez le partenaire amoureux (Hale et al., 1997). Plusieurs autres études montrent la dynamique circulaire entre les symptômes dépressifs et l'insatisfaction conjugale : les symptômes dépressifs sont liés à plus de conflits conjugaux et d'insatisfactions, qui en retour, sont liés à plus de symptômes dépressifs (Davila, 2001; Kessler et al., 1998; Kouros et al., 2008; Segrin et al., 2003). Deux études dyadiques observationnelles ont montré que plus un individu rapportait des symptômes dépressifs, moins leur partenaire était capable de deviner avec précision leur état émotionnel suite à une discussion en

laboratoire (*empathic accuracy*) (Gadassi et al., 2011; Papp et al., 2010). La présente étude s'ajoute donc à ces écrits en démontrant que les symptômes dépressifs étaient associés à moins de réponses empathiques de la part du partenaire. Cette étude est également novatrice en étant la toute première, à notre connaissance, à avoir examiné les liens entre les symptômes dépressifs et l'intimité telle que définie par le modèle grandement validé de Reis et Shaver (1988), et ce, dans un échantillon de couples cliniques souffrant de dysfonction sexuelle. Ainsi, cette étude permet d'élargir la théorie interactionnelle de la dépression (Coyne, 1976) en l'appliquant dans le contexte interpersonnel de la douleur génito-pelvienne chez la femme. Contrairement à ce que propose la théorie interactionnelle, les partenaires n'ont pas été observés comme ayant été moins empathiques envers les femmes souffrant de douleur génito-pelvienne lorsque celles-ci rapportaient des symptômes dépressifs. Ceci peut être compris dans le contexte particulier de la douleur génito-pelvienne. En effet, les partenaires sont possiblement plus enclins à fournir validation, compréhension et soutien envers la femme atteinte de VP qui rapporte des symptômes dépressifs, car les symptômes se présentent dans un contexte précis pour lequel le partenaire peut comprendre la détresse qui y est associée. C'est lorsque la persistance et la répétition des symptômes seraient incompréhensibles et aversives pour l'environnement social que l'offre de soutien serait diminuée (Coyne, 1976). Alors que pour la femme atteinte de VP, étant celle qui souffre de cette douleur, bien connue pour être associée à la détresse psychologique (Maillé et al., 2015; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003), elle peut penser que c'est à elle de recevoir l'empathie et le soutien (Keesing et al., 2016) et ne pas comprendre la nature des symptômes dépressifs de son partenaire. De plus, il se peut que dans le contexte de la

douleur génito-pelvienne, les femmes soient moins aptes à être empathiques et accueillantes envers la détresse de leur partenaire, en raison de la honte et de la culpabilité en lien avec leur douleur, qui sont des sentiments prévalents au sein de cette population (Ayling et Ussher, 2008).

## **2e article – contributions et implications cliniques**

Malgré le fait que la VP soit une problématique qui survienne seulement chez la femme, les résultats de ce deuxième article de thèse démontrent bien l'importance d'inclure le partenaire dans le traitement psychothérapeutique, étant donné que ses propres symptômes dépressifs et insécurités d'attachement peuvent être associés à l'intimité du couple. Même si ce ne sont pas eux qui ont ce problème de douleur, les partenaires peuvent contribuer à la dynamique conjugale qui nuit ou qui favorise l'adaptation à cette douleur (Rosen et Bergeron, 2019). Des études dyadiques menées auprès de cette population corroborent cette idée (Bois et al., 2013, 2016), dont celles qui démontrent que le type de réponses des partenaires face à la douleur de la femme peut être associé à des bienfaits ou à des répercussions négatives sur le plan individuel, sexuel et relationnel des deux membres du couple (p. ex., Charbonneau-Lefebvre et al., 2021; Rosen et al., 2012, 2014, 2015). De plus, inclure le partenaire dans le traitement psychothérapeutique peut également diminuer le sentiment de culpabilité et de honte de la femme en positionnant la problématique comme étant une de couple pour laquelle les deux doivent faire équipe et non seulement comme une problématique dont seule la femme est responsable.

Il est également important d'être conscient de la comorbidité qui peut être présente chez les individus souffrant d'une dysfonction sexuelle et leur partenaire, qui

peut ainsi complexifier le travail en thérapie, dont le développement de l'intimité. En effet, les résultats de ce deuxième article de thèse mettent en lumière l'importance d'évaluer, à la fois, les facteurs distaux, tel que l'insécurité d'attachement, et les facteurs proximaux, tels que les symptômes dépressifs, étant donné qu'ils peuvent constituer un obstacle au développement de l'intimité, une variable qui joue un rôle important dans la capacité de régulation émotionnelle entourant la douleur et le fonctionnement individuel, sexuel et relationnel des couples souffrant de dysfonction sexuelle (Bois et al., 2013, 2016; Rosen et Bergeron, 2019; Rosen et al., 2016). D'ailleurs, le lien entre l'intimité et la régulation émotionnelle est bien illustré dans une étude qualitative menée auprès de 428 femmes souffrant de douleur génito-pelvienne. Au sein de cet échantillon, 65% des femmes ont rapporté que le fait d'avoir un partenaire compréhensif était le facteur le plus aidant pour réguler leurs émotions associées à la douleur (Gordon et al., 2003).

### **1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> article – contributions et implications méthodologiques**

Ces deux articles de thèse illustrent l'importance d'inclure les deux partenaires dans les études portant sur le couple et la sexualité et d'utiliser des analyses permettant de tenir compte de l'interdépendance des données entre les membres du couple – ce qui demeure rare dans le domaine d'étude de la sexualité, trop souvent axé sur l'individu seul et sur des variables intra-individuelles telles que l'anxiété de performance. D'une part, le fait d'étudier la sexualité sous un angle dyadique s'avère novateur et plus fidèle à l'environnement naturel dans lequel elle se déroule, reflétant davantage la complexité des interactions entre les partenaires qui y contribuent. D'autre part, inclure simplement les deux partenaires sans analyses qui tiennent compte de leur interdépendance ne permet pas de rendre compte de cette complexité ni de distinguer les effets partenaires, c'est-à-dire,

l'effet d'une variable X d'un partenaire sur une variable Y de l'autre partenaire (Kenny et al., 2006), tel que le démontre l'étude observationnelle de Birnbaum et al. (2016). En effet, les auteurs ont mené leur étude auprès de couples de la population générale, mais n'ont pas conduit d'analyses dyadiques. Autrement dit, ils n'ont pas examiné les dyades, mais plutôt chaque individu dans l'interaction avec son partenaire. L'erreur de penser qu'une mesure dyadique se réfère à un seul des partenaires dans une interaction est appelée pseudo-unilatéralité (Duncan et al., 1984). De fait, les comportements et les émotions d'un individu à l'égard de son partenaire sont en partie déterminés par les comportements et les pensées de l'autre partenaire (Kenny et al., 2006), de là l'importance d'analyser les dyades et non pas seulement les individus. Par exemple, dans la présente thèse, les analyses dyadiques nous ont permis de trouver trois effets partenaires qui n'auraient pas pu être captés sans ces analyses. Dans l'article 1, nous avons trouvé que la perception des réponses actives-constructives d'un individu était associée positivement à la satisfaction conjugale de son partenaire et que la perception des réponses passives-constructives d'un individu était associée négativement à la satisfaction sexuelle de son partenaire. Finalement, dans l'article 2, nous avons trouvé que les symptômes dépressifs du partenaire étaient associés négativement aux réponses empathiques observées chez la femme souffrant de douleur génito-pelvienne.

La présente thèse permet également de souligner l'importance d'utiliser une méthodologie double, soit auto-rapportée et observationnelle, permettant de mesurer un phénomène sous différents angles et augmenter notre confiance en nos résultats. Les questionnaires auto-rapportés peuvent entraîner des biais importants, tels que la désirabilité sociale (p. ex., vouloir donner une image positive de son partenaire), un biais



de rappel (p. ex., avoir tendance à percevoir positivement ou négativement le partenaire de manière générale) et/ou un biais causé par une mauvaise compréhension des questions ou des échelles de mesure. Ainsi, il est à privilégier de procéder à la triangulation des données, c'est-à-dire, d'utiliser différentes méthodologies pour répondre à une seule et même question de recherche. Étant donné que chaque méthodologie a ses propres forces et faiblesses, cela nous permet de saisir le même phénomène sous différents angles, obtenant ainsi différentes perspectives à partir desquelles est générée une compréhension plus riche et plus nuancée du phénomène en question (Munafò et Smith, 2018). Ainsi, sachant que l'intimité peut être aussi traduite par des comportements spécifiques observables (Collins et Feeney, 2000), il est primordial de l'étudier en utilisant une méthodologie mixte, soit auto-rapportée et observationnelle. Par exemple, nous avons trouvé que seules les réponses actives-destructives observées (non pas perçues ou auto-rapportées) étaient liées aux variables sexuelles. Cela pourrait être dû au fait qu'il puisse être difficile pour les individus de se percevoir eux-mêmes et leurs partenaires comme ayant émis des réponses actives-destructives, afin de possiblement protéger leurs illusions positives de soi et de leur partenaire (Conley et al, 2009; Luo et Snider, 2009). Ainsi, une étude de Murray et al. (1996), menée auprès de 69 couples, a montré que les individus ont tendance à percevoir leur partenaire en fonction de leur propre image de soi (qui est connue pour être trop positive; Taylor et Brown, 1988) ou leurs idéaux. La mesure observationnelle a permis de capter les réponses actives-destructives dont les participants eux-mêmes n'avaient peut-être pas conscience. De plus, dans l'article 2, la méthodologie auto-rapportée nous a permis de trouver que les partenaires qui rapportaient des symptômes dépressifs percevaient la femme atteinte de VP comme ayant été moins

empathique pendant l'interaction. Cela appuie l'idée que les symptômes dépressifs peuvent agir en tant que filtre perceptuel (Beck, 1979). Cependant, la méthodologie observationnelle nous a permis de constater que des personnes indépendantes ont également perçu que les femmes démontraient moins d'empathie envers leur partenaire qui rapportait des symptômes dépressifs, appuyant ainsi la théorie interactionnelle de la dépression (Coyne, 1976) suggérant qu'une personne rapportant plus de symptômes dépressifs serait susceptible de recevoir moins de réponses empathiques. Ainsi, ces résultats mettent en garde les conclusions que l'on peut tirer des études strictement auto-rapportées. En effet, l'utilisation d'une méthodologie, à la fois, auto-rapportée et observationnelle permet de nuancer et d'approfondir la compréhension des résultats et d'en tirer des implications théoriques et cliniques plus riches.

En outre, le premier article de cette thèse permet de souligner l'importance du contexte dans lequel l'intimité est étudiée chez les couples. La majorité des études portant sur les liens entre l'intimité et le bien-être sexuel a examiné l'intimité en général, par exemple, « à quel point vous sentez-vous compris et soutenu par votre partenaire », sans contexte spécifique ou dans un contexte dans lequel il y avait dévoilement d'événements négatifs (p. ex., Rubin et Campbell, 2012; van Lankveld et al., 2018). Pourtant, le dévoilement d'événements positifs personnels est un contexte unique qui permet de représenter l'équilibre entre la différenciation et la proximité émotionnelle (Gable et al., 2006; Hadden et al., 2015; Reis et al., 2010) qui serait favorable au bien-être sexuel (Schnarch, 2009; Perel, 2007). Dans les dernières années, l'intimité dans un contexte positif a été de plus en plus étudiée, mais en lien avec des variables individuelles et relationnelles (p. ex., Gable et al., 2004, 2012). L'une de ces études illustre bien

d'ailleurs l'importance du contexte en montrant que les données auto-rapportées et observationnelles des réponses suite au dévoilement d'événements positifs étaient plus étroitement liées, deux mois plus tard, au bien-être et à la séparation conjugale que les réponses suite au dévoilement d'événements négatifs (Gable et al., 2006). Le premier article de thèse, qui a examiné les différents types de réponses spécifiques au contexte de dévoilement d'événements positifs en lien avec le bien-être sexuel des couples, propose donc une innovation sur le plan méthodologique en se penchant sur une interaction conjugale positive en laboratoire et la mettant en lien avec la sexualité des couples.

Concernant l'article 1, un effort de sur-échantillonnage a été fait pour s'assurer d'une meilleure représentativité dans l'étude. Près du tiers de l'échantillon total représentait les couples de la diversité sexuelle et de genre. Cet effort inclus de (1) porter une attention particulière au contenu de l'affichage de notre étude, en y incluant des images de couples de toutes orientations sexuelles et en spécifiant le caractère inclusif de l'étude; (2) faire la publicité de l'étude directement à travers des plateformes qui s'adressent aux individus appartenant à la minorité sexuelle et de genre et (3) s'assurer que les questionnaires et les analyses représentent bien les différentes réalités des couples de l'échantillon. Les efforts d'inclusion dans ce domaine sont relativement récents. Ainsi, cet article souligne l'importance d'inclure la diversité sexuelle et de genre dans les échantillons d'études s'intéressant au couple et à la sexualité.

### **Limites de la thèse**

**Limites communes aux deux articles.** Bien que ces deux articles de thèse amènent plusieurs contributions et implications méthodologiques, ils comportent également quelques limites importantes à identifier. Premièrement, les deux articles ont

un devis corrélational et transversal ne permettant pas de tirer de conclusions quant à la directionnalité des associations, ni sur les associations à travers le temps. Deuxièmement, étant donné que les échantillons des deux études étaient composés majoritairement de jeunes couples hétérosexuels (malgré l'effort d'inclusion), ceci limite la généralisabilité des résultats. Troisièmement, bien que les participants aient indiqué que la discussion qu'ils avaient eue en laboratoire ressemblait à des conversations typiques qu'ils avaient à la maison, la procédure n'a pas favorisé une validité écologique élevée. Ainsi, les réponses des participants auraient peut-être été différentes si la tâche avait été effectuée dans leur quotidien. Par exemple, Baucom et ses collègues (2018) ont récemment examiné la réactivité cardio-vasculaire pendant des conflits conjugaux en laboratoire et à la maison. Ils ont trouvé que la réactivité cardio-vasculaire était significativement plus grande pendant les conflits qui se produisaient à la maison comparativement à ceux qui se produisaient en laboratoire. Ils expliquent ces résultats par le fait que les participants qui ont des conflits en laboratoire peuvent tendre à vouloir se tempérer et démontrer moins de comportements ou d'affects négatifs en raison d'une désirabilité sociale (p.ex., Heyman, 2001). Ainsi, si les tâches d'observation avaient été effectuées à la maison au lieu du laboratoire, il se peut que, dans l'article 1, les couples aient démontré moins de réponses actives-constructives et plus de réponses actives-destructives, passives-constructives et passives-destructives et que, dans l'article 2, les partenaires aient été moins compréhensifs, validants et soutenant pendant la discussion. De futures études pourraient mesurer ces interactions directement dans le milieu de vie des couples et comparer les résultats selon le contexte d'observation. Quatrièmement, dans les deux articles, l'échantillon manquait de diversité ethnique et culturelle puisque la plupart des

participants s'identifiaient en tant que Canadiens français et Canadien anglais. Ceci peut limiter également la généralisabilité des résultats. Finalement, les mesures observationnelles et auto-rapportées de chacune des études n'utilisaient pas la même échelle de mesure et ne comportaient pas les mêmes questions, malgré qu'elles mesuraient les mêmes construits. Ces différences empêchent la comparaison statistique des moyennes entre les mesures auto-rapportées et observationnelles et donc nous privent de tirer certaines conclusions. Par exemple, il aurait été intéressant d'examiner si les observateurs externes ont significativement observé plus ou moins de comportements empathiques comparativement à ce les participants eux-mêmes ont rapporté. Finalement, de futures études devraient inclure les différentes mesures de l'intimité (c.-à-d., auto-rapportée, perçue et observée) dans un seul et même modèle, afin de connaître quelle mesure est « la plus » associée au bien-être sexuel en contrôlant ainsi les biais respectifs de chaque type de mesure.

**Limites- Article 1.** Malgré les efforts d'inclure des couples plus âgés et à plus long terme dans notre étude (p. ex., en incluant des images de couples plus âgés sur nos affichages, ainsi qu'en ajoutant, pour une période de temps, un critère de 50 ans et plus), la moyenne d'âge des participants était autour de 30 ans. Il se peut que la méthode de recrutement, majoritairement en ligne, ait nui au recrutement de couples plus âgés. Étant donné l'âge moyen de l'échantillon, les participants ont rapporté, en moyenne, très peu de difficultés dans leur fonction sexuelle et un bas niveau de détresse sexuelle. De plus, les moyennes et les écarts-types des réponses actives-destructives et passives-destructives auto-rapportées, perçues et observées étaient relativement faibles. Ainsi, il est possible que la faible variance associée à ces variables au sein de notre échantillon explique

certaines associations non significatives. De futures études devraient inclure des couples à plus long terme dans leur échantillon, afin de mieux identifier les facteurs associés aux difficultés sexuelles. Par ailleurs, il faut noter que la sexualité est de nature multifactorielle et même si cette étude montre que les réponses aux tentatives de capitalisation sont liées à la sexualité des couples, la variance expliquée pour chaque variable sexuelle reste faible; plusieurs autres variables pourraient potentiellement expliquer les variations du bien-être sexuel des couples.

**Limites- Article 2.** La mesure observationnelle, le *Empathic Response Card-Sort* (ERCS) a été développée pour cette étude et n'a donc jamais été utilisée auprès d'autres échantillons (Bois et al., 2016). Bien que la corrélation intraclasse et la cohérence interne étaient adéquates, cet outil demeure partiellement validé. De plus, il est possible que la taille de l'échantillon ( $n = 50$  couples) n'ait pas permis une puissance statistique suffisante pour détecter certaines associations significatives. Finalement, seulement une minorité de participants avait des scores élevés sur les échelles d'attachement anxieux et évitant. Ainsi, la sévérité de l'attachement insécure dans cet échantillon n'a peut-être pas été suffisamment élevée pour obtenir des associations significatives avec les réponses empathiques de chaque partenaire.

## **Conclusion**

L'étude de l'intimité au sein des couples est cruciale, car la richesse des relations interpersonnelles semble être au cœur de la santé physique et psychologique des êtres humains (p. ex., Wang et al., 2003), et ce, d'autant plus au sein des relations de couple (p. ex., Rohrbaugh et al., 2006). L'écoute, le soutien et la compréhension mutuelle entre deux partenaires amoureux peuvent constituer un facteur protecteur inestimable pour

faire face aux vicissitudes de la vie. En revanche, ce manque de compréhension, d'affection et de soutien peut laisser place à une grande souffrance émotionnelle, pouvant être délétère pour la santé et la qualité de vie (p. ex., Coyne et al., 2001; Kiecolt-Glaser et Newton, 2001; Rohrbaugh et al., 2006). La présente thèse contribue à approfondir les connaissances sur le rôle de l'intimité au sein des couples, d'un point de vue théorique, clinique et méthodologique. D'une part, en soulignant le rôle du contexte dans lequel l'intimité est présente et son association avec le bien-être sexuel des couples de la population générale. D'autre part, en soulignant des obstacles potentiels à l'intimité (p. ex., les symptômes dépressifs et l'insécurité d'attachement), et ce, au sein des couples dont la femme souffre de douleur génito-pelvienne pour qui, à la fois, l'intimité et le bien-être sexuel constituent un défi majeur (p. ex., Rosen et al., 2019). Cette thèse permet également de mettre en lumière les facteurs de protection d'une vie sexuelle satisfaisante et non seulement l'identification des facteurs de risque des difficultés sexuelles. De plus, elle permet de reconnaître l'interconnexion entre la sphère relationnelle et sexuelle, ainsi que la comorbidité qui peut être présente chez les individus souffrant d'une dysfonction sexuelle et leur partenaire, ce qui peut complexifier le développement de l'intimité. D'un point de vue méthodologique, les deux articles illustrent bien la nécessité d'inclure les deux partenaires dans les études portant sur la sexualité et le couple et d'inclure des couples issus de la diversité sexuelle et de genre. Finalement, cette thèse démontre l'importance d'utiliser une méthodologie double, soit auto-rapportée et observationnelle, car elle permet de nuancer et d'approfondir la compréhension des résultats et d'en tirer des implications théoriques et cliniques plus riches.

## Références citées dans l'introduction et la discussion générale

- Acevedo, B. P. et Aron, A. (2009). Does a long-term relationship kill romantic love?  
*Review of General Psychology*, 13(1), 59–65. <https://doi.org/10.1037/a0014226>
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being.  
*Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Argyle, M. et Dean, J. (1965). Eye-contact, distance and affiliation. *Sociometry*, 28(3) 289-304. <https://doi.org/10.2307/2786027>
- Attaky, A., Kok, G. et Dewitte, M. (2020). Attachment insecurity and sexual and relational experiences in Saudi Arabian women: The role of perceived partner responsiveness and sexual assertiveness. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(7), 1383-1394. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.02.029>
- Ayling, K. et Ussher, J. M. (2008). “If sex hurts, am I still a woman?” The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 294-304. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Badr, H. et Milbury, K. (2011). Associations between depression, pain behaviors, and partner responses to pain in metastatic breast cancer. *Pain*, 152(11), 2596-2604. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.08.002>
- Bartholomew, K. et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Basson, R. (2002). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/009262302317250963>



- Baucom, B. R., Baucom, K. J., Hogan, J. N., Crenshaw, A. O., Bourne, S. V., Crowell, S. E., ... et Goodwin, M. S. (2018). Cardiovascular reactivity during marital conflict in laboratory and naturalistic settings: Differential associations with relationship and individual functioning across contexts. *Family Process*, 57(3), 662-678. <https://doi.org/10.1111/famp.12353>
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., LaTaillade, J. J. et Kirby, J. S. (2008). Cognitive-behavioral couple therapy. Dans A. S. Gurman (Éd.), *Clinical handbook of couple therapy* (p. 31–72). The Guilford Press.
- Baumeister, R. F. et Bratslavsky, E. (1999). Passion, intimacy, and time: Passionate love as a function of change in intimacy. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 49-67. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0301\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0301_3)
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K. et Rosen, N. O. (2015). Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7, 159-169. <https://doi.org/10.1007/s11930-015-0053-y>
- Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J. et McDuff, P. (2016). A randomized clinical trial comparing group cognitive–behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(3), 259-268. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000072>
- Bergeron, S., Pâquet, M., Steben, M. et Rosen, N. O. (2021). Perceived partner responsiveness is associated with sexual well-being in couples with genito-pelvic

- pain. *Journal of Family Psychology*, 35(5), 628–638.  
<http://dx.doi.org/10.1037/fam0000829>
- Bergeron, S., Reed, B. D., Wesselmann, U. et Bohm-Starke, N. (2020). Vulvodynia. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 1-21. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0164-2>
- Beshai, S., Prentice, J. L., Swan, J. L. et Dobson, K. S. (2015). The effects of dysphoria and personality on negative self-referent attitudes and perceptions of the attitudes of others. *The Journal of Psychology*, 149(5), 498-516.  
<https://doi.org/10.1080/00223980.2014.907232>
- Birnbaum, G. E. (2018). The fragile spell of desire: A functional perspective on changes in sexual desire across relationship development. *Personality and Social Psychology Review*, 22(2), 101-127. <https://doi.org/10.1177/1088868317715350>
- Birnbaum, G. E. et Reis, H. T. (2006). Women's sexual working models: An evolutionary-attachment perspective. *Journal of Sex Research*, 43(4), 328-342.  
<https://doi.org/10.1080/00224490609552332>
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T., Mizrahi, M., Kanat-Maymon, Y., Sass, O. et Granovski-Milner, C. (2016). Intimately connected: The importance of partner responsiveness for experiencing sexual desire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(4), 530–546. <http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000069>
- Blair, K. L., Cappell, J. et Pukall, C. F. (2018). Not all orgasms were created equal: Differences in frequency and satisfaction of orgasm experiences by sexual activity in same-sex versus mixed-sex relationships. *The Journal of Sex Research*, 55(6), 719-733. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1303437>

- Blair, K. L. et Pukall, C. F. (2014). Can less be more? Comparing duration vs. frequency of sexual encounters in same-sex and mixed-sex relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 123-136. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2393>
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N., Mayrand, M. H., Brassard, A. et Sadikaj, G. (2016). Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodynia couples: An observational study. *Health Psychology*, 35(6), 531. <https://doi.org/10.1037/hea0000289>
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P. et Grégoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 2024-2035. <https://doi.org/10.1111/jsm.12210>
- Bóthe, B., Vaillancourt-Morel, M. P. et Bergeron, S. (2021). Associations between pornography use frequency, pornography use motivations, and sexual wellbeing in couples. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 457-471. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1893261>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203440841>
- Bradbury, T.N., Rogge, R. et Lawrence, E. (2001) Reconsidering the role of conflict in marriage. Dans A. Booth, A.C. Crouter, M. Clements (Éds), *Couples in conflict* (p. 59-81). Erlbaum.
- Brotto, L. A. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women.

*Frontiers in Neuroendocrinology*, 45, 11-17.

<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>

Brotto, L. A., Petkau, A. J., Labrie, F. et Basson, R. (2011). Predictors of sexual desire disorders in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 742–753.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02146.x>

Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., ... et Mark, D. B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 267-272.

Burri, A., Schweitzer, R. et O'Brien, J. (2014). Correlates of female sexual functioning: Adult attachment and differentiation of self. *The Journal of Sexual Medicine*,

11(9), 2188–2195. <https://doi.org/10.1111/jsm.12561>

Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and brain sciences*, 12(1), 1-14.

<https://doi.org/10.1017/S0140525X00023992>

Buss, D. M. (2016). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. Basic books.

Call, V., Sprecher, S. et Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57(3), 639-652.

<https://doi.org/10.2307/353919>

Calvo, V., Palmieri, A., Marinelli, S., Bianco, F. et Kleinbub, J. R. (2014). Reciprocal empathy and working alliance in terminal oncological illness: The crucial role of patients' attachment style. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), 517-534.

<https://doi.org/10.1080/07347332.2014.936651>

- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J. et Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 510–531.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.510>
- Cano, A., Johansen, A. B. et Geisser, M. (2004). Spousal congruence on disability, pain, and spouse responses to pain. *Pain*, 109, 258-265.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.036>
- Cano, A., Leong, L. E., Williams, A. M., May, D. K. et Lutz, J. R. (2012). Correlates and consequences of the disclosure of pain-related distress to one's spouse. *Pain*, 153, 2441-2447. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.08.015>
- Cano, A. et Williams, A. C. D. C. (2010). Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy? *Pain*, 149, 9-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.010>
- Cao, Y., Dingle, G., Chan, G. C. et Cunnington, R. (2017). Low mood leads to increased empathic distress at seeing others' pain. *Frontiers in Psychology*, 8, 2024.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02024>
- Carswell, K. L., Muise, A., Harasymchuk, C., Horne, R. M., Visserman, M. L. et Impett, E. A. (2021). Growing desire or growing apart? Consequences of personal self-expansion for romantic passion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 121(2), 354-377. <https://doi.org/10.1037/pspi0000357>
- Charbonneau-Lefebvre, V., Rosen, N. O., Bosisio, M., Vaillancourt-Morel, M. P. et Bergeron, S. (2021). An attachment perspective on partner responses to genito-pelvic pain and their associations with relationship and sexual outcomes. *The*

*Journal of Sex Research*, 58(2), 235-247.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1761936>

Charbonneau-Lefebvre, V., Vaillancourt-Morel, M. P., Brassard, A., Steben, M. et Bergeron, S. (2019). Self-efficacy mediates the attachment-pain association in couples with provoked vestibulodynia: a prospective study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1803-1813. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.012>

Charbonneau-Lefebvre, V., Vaillancourt-Morel, M. P., Rosen, N. O., Steben, M. et Bergeron, S. (2022). Attachment and childhood maltreatment as moderators of treatment outcome in a randomized clinical trial for provoked vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(3), 479-495.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.12.013>

Cherner, R. A. et Reissing, E. D. (2013). A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 1605-1614. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0111-3>

Collins, N. L. et Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>

Collins, N. L. et Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 363-383.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.363>

Collins, N. L. et Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship

- quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Conley, T. D., Roesch, S. C., Peplau, L. A. et Gold, M. S. (2009). A test of positive illusions versus shared reality models of relationship satisfaction among gay, lesbian, and heterosexual couples. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(6), 1417-1431. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00488.x>
- Coyne, J. C. (1976) Toward an Interactional Description of Depression, *Psychiatry*, 39(1), 28-40. <https://doi.org/10.1080/00332747.1976.11023874>
- Coyne, J. C., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Sonnega, J. S., Nicklas, J. M. et Cranford, J. A. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 88(5), 526-529. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(01\)01731-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(01)01731-3)
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., Spreng, R. N. et McKinnon, M. C. (2011). Altered empathic responding in major depressive disorder: relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry Research*, 188(2), 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.013>
- Danielsson, I., Sjöberg, I., Stenlund, H. et 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. <https://doi.org/10.1080/14034940210134040>
- Davila, J. (2001). Paths to unhappiness: The overlapping courses of depression and romantic dysfunction. Dans S. R. H. Beach (Éd.), *Marital and family processes in*

- depression: A scientific foundation for clinical practice* (p. 71–87). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10350-004>
- Derlega, V. J., Metts, S., Petronio, S. et Margulis, S. T. (1993). *Self-disclosure*. Sage Publications, Inc.
- Derntl, B., Seidel, E. M., Schneider, F. et Habel, U. (2012). How specific are emotional deficits? A comparison of empathic abilities in schizophrenia, bipolar and depressed patients. *Schizophrenia Research*, 142, 58-64.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.09.020>
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J. et 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.  
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31819976e3>
- Dewitte, M., et Mayer, A. (2018). Exploring the link between daily relationship quality, sexual desire, and sexual activity in couples. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1675–1686. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1175->
- Dewitte, M., van Lankveld, J., Vandenberghe, S. et Loeys, T. (2015). Sex in its daily relational context. *Journal of Sexual Medicine*, 12(12), 2436-2450.  
<https://doi.org/10.1111/jsm.13050>
- Donato, S., Pagani, A., Parise, M., Bertoni, A. et Iafrate, R. (2014). The capitalization process in stable couple relationships: Intrapersonal and interpersonal benefits. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 140, 207-211.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.411>
- Duck, S. et Sants, H. (1983). On the origin of the specious: Are personal relationships



- really interpersonal states?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1(1), 27-41. <https://doi.org/10.1521/jscp.1983.1.1.27>
- Dykas, M. J. et Cassidy, J. (2011). Attachment and processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137, 19-46. <https://doi.org/10.1037/a0021367>
- Duncan, S., Kanki, B. G., Mokros, H. et Fiske, D. W. (1984). Pseudounilaterality, simple-rate variables, and other ills to which interaction research is heir. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1335. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1335>
- Edlund, S. M., Carlsson, M. L., Linton, S. J., Fruzzetti, A. E. et Tillfors, M. (2015). I see you're in pain—the effects of partner validation on emotions in people with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 6(1), 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.07.003>
- Elmerstig, E., Wijma, B. et Berterö, C. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain?. *Journal of Adolescent Health*, 43(4), 357-363. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.02.011>
- Enzlin, P. (2015). *Couple and sex in therapeutic practice: an unloved combinaison*. [Atelier-clinique]. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). <https://www.cripcas.ca/index.php/fr/publications/rapports-activites>
- Erickson, E.H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company, Inc.
- Erickson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company, Inc.
- Farmer, M. A. et Meston, C. M. (2007). Predictors of genital pain in young women.

- Archives of Sexual Behavior*, 36, 831–843. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9199-7>
- Fekete, E. M., Stephens, M. A. P., Mickelson, K. D. et Druley, J. A. (2007). Couples' support provision during illness: The role of perceived emotional responsiveness. *Families, Systems, & Health*, 25(2), 204. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.25.2.204>
- Feeney, B. C. et Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), 972. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.80.6.972>
- Ferreira, L. C., Narciso, I., Novo, R. F. et Pereira, C. R. (2014). Predicting couple satisfaction: The role of differentiation of self, sexual desire and intimacy in heterosexual individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(4), 390-404. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.957498>
- Fincham, F. D., Stanley, S. M. et Beach, S. R. (2007). Transformative processes in marriage: An analysis of emerging trends. *Journal of Marriage and Family*, 69(2), 275-292. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00362.x>
- Fowler, D., Hodgekins, J., Garety, P., Freeman, D., Kuipers, E., Dunn, G., ... Bebbington, P. E. (2011). Negative cognition, depressed mood, and paranoia: a longitudinal pathway analysis using structural equation modeling. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1063-1073. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr019>
- Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E. et Segal, N. (2015). Are Adult Attachment Styles Categorical or Dimensional? A Taxometric Analysis of General and Relationship- Specific Attachment Orientations. *Journal of*

*Personality and Social Psychology*, 109(2), 354-368

<https://doi.org/10.1037/pspp0000027>

Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C. et Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74(4), 1163-1190.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00406.x>

Fraley, R. C. et Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. Dans J. A. Simpson et W. S. Rholes (Éds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 77–114). Guilford Press.

Gable, S. L., Gonzaga, G. C. et Strachman, A. (2006). Will you be there for me when things go right? Supportive responses to positive event disclosures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 904. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.904>

Gable, S. L., Gosnell, C. L., Maisel, N. C. et Strachman, A. (2012). Safely testing the alarm: Close others' responses to personal positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(6), 963. <https://doi.org/10.1037/a0029488>

Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A. et Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 228.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.2.228>

Gadassi, R., Mor, N. et Rafaeli, E. (2011). Depression and empathic accuracy in couples:

- An interpersonal model of gender differences in depression. *Psychological Science*, 22(8), 1033-1041. <https://doi.org/10.1177/0956797611414728>
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. et Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self- report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. <https://doi.org/10.1348/147608310x526511>
- Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C. et Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 45-58. <https://doi.org/10.1080/713847126>
- Graber, E. C., Laurenceau, J. P., Miga, E., Chango, J. et Coan, J. (2011). Conflict and love: Predicting newlywed marital outcomes from two interaction contexts. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 541-550. <https://doi.org/10.1037/a0024507>
- Granot, M., Zisman-Ilani, Y., Ram, E., Goldstick, O. et Yovell, Y. (2010). Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.533563>
- Gosnell, C. L. et Gable, S. L. (2013). Attachment and capitalizing on positive events. *Attachment & Human Development*, 15(3), 281-302. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782655>
- Hadden, B. W., Rodriguez, L. M., Knee, C. R. et Porter, B. (2015). Relationship autonomy and support provision in romantic relationships. *Motivation and Emotion*, 39(3), 359-373. <https://doi.org/10.1007/s11031-014-9455-9>
- Hale, W. W., Jansen, J. H., Bouhuys, A. L., Jenner, J. A. et van den Hoofdakker, R.

- H. (1997). Non-verbal behavioral interactions of depressed patients with partners and strangers: The role of behavioral social support and involvement in depression persistence. *Journal of Affective Disorders*, 44(2-3), 111-122.  
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)01448-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)01448-1)
- Harding, R., Beesley, H., Holcombe, C., Fisher, J. et Salmon, P. (2015). Are patient–nurse relationships in breast cancer linked to adult attachment style?. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2305-2314. <https://doi.org/10.1111/jan.12693>
- Harlow, B. L., Kunitz, C. G., Nguyen, R. H., Rydell, S. A., Turner, R. M. et MacLehose, R. F. (2014). Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 210(1), 40. e1-40. e8.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.09.033>
- Hazan, C. et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
- Helgeson, V. S., Shaver, P. et Dyer, M. (1987). Prototypes of intimacy and distance in same-sex and opposite-sex relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(2), 195-233. <https://doi.org/10.1177/0265407587042006>
- Hendrick, C. et Hendrick, S. (1983). *Liking, loving, and relating*. Brooks/Cole.
- Hershenberg, R., Mavandadi, S., Baddeley, J. et Libet, J. (2016). Capitalization in distressed couples: A pilot study and outline for future research. *Personal Relationships*, 23(4), 684-697. <https://doi.org/10.1111/perc.12154>
- Heyman, R. E. (2001). Observation of couple conflicts: clinical assessment applications,

- stubborn truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment*, 13(1), 5-35.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.5>
- Hibbard, J. H. et Pope, C. R. (1993). The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science & Medicine*, 36(3), 217-225.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90005-O](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90005-O)
- Hiew, D. N. et Leung, P. W. (2017). Cultural Diversity in Couple Relationships. Dans J. Fitzgerald (Ed.), *Foundations for Couples' Therapy* (p. 82-91). Routledge.
- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gärtner, M., Bermpohl, F. et Singer, T. (2016). Empathy in depression: egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 199, 23-29.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.007>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. et Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Holtzman, S. et DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1), 202-213.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.04.005>
- Iglesias-Rios, L., Harlow, S. D. et Reed, B. D. (2015). Depression and posttraumatic stress disorder among women with vulvodynia: evidence from the population-based woman to woman health study. *Journal of Women's Health*, 24(7), 557-562.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5001>
- Impett, E. A., Strachman, A., Finkel, E. J. et Gable, S. L. (2008). Maintaining sexual

- desire in intimate relationships: The importance of approach goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 808–823. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.5.808>
- Johnson, S. M. (2004). Attachment Theory: A Guide for Healing Couple Relationships. Dans W. S. Rholes et J. A. Simpson (Éds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (p. 367–387). Guilford Publications.
- Johnson, S. M. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. Little, Brown Spark.
- Johnson, S. M. et Zuccarini, D. (2011). EFT for sexual issues: An integrated model of couple and sex therapy. Dans J.L. Furrow, S. M. Johnson, B.A. Bradley (Éds.), *The emotionally focused casebook* (p. 219-246). Routledge.
- Joormann, J. et Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 705. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.4.705>
- Karney, B. R. et Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3 – 34. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Karpel, M. A. (1999). The measurement of sunlight: Assessing intimacy in couples therapy. Dans J. Carlson et L. Sperry (Eds.), *The intimate couple* (p. 84–106). Brunner/Mazel.
- Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Farmer, A. S., Adams, L. M. et McKnight, P. E. (2013). Failure to capitalize on sharing good news with romantic partners: Exploring positivity deficits of socially anxious people with self-reports, partner-reports, and

- behavioral observations. *Behaviour Research and Therapy*, 51(10), 656-668.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.006>
- Keesing, S., Rosenwax, L. et McNamara, B. A. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Women's Health*, 16(57), 1-14.  
<https://doi.org/10.1186/s12905-016-0337-z>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A. et Cook, W. L. (2006). *Dyadic Data Analysis*. Guilford Press.
- Kessler, R. C., Walters, E. E. et Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1092-1096. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.8.1092>
- Khandker, M., Brady, S. S., Vitonis, A. F., MacLehose, R. F., Stewart, E. G. et Harlow, B. L. (2011). The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *Journal of Women's Health*, 20(10), 1445-1451.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2661>
- Kiecolt-Glaser, J. K. et Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.472>
- Kouros, C. D., Papp, L. M. et Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 667-677. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.5.667>
- Kuten, J. (1976). Anger, sexuality, and the growth of the ego. *Journal of Sex & Marital*



- Therapy*, 2(4), 289–296. <https://doi.org/10.1080/00926237608405335>
- Lai, C. H. (2011). Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(1), 39-44. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318205a670>
- Langston, C. A. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events: Expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1112. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1112>
- Laurenceau, J.-P., Barrett, L. F. et 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. et Kleinman, B. M. (2006). Intimacy in Personal Relationships. Dans A. L. Vangelisti et D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (p. 637–653). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511606632.035>
- Laurenceau, J.-P., Rivera, L. M., Schaffer, A. R. et Pietromonaco, P. R. (2004). Intimacy as an Interpersonal Process: Current Status and Future Directions. Dans D. Mashek et A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (p. 61-78). Lawrence Erlbaum Associates.
- Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, C., Steben, M. et Lamber, B. (2015).

- Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1561–1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0295-1>
- Levine, S. B. (1987). More on the nature of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13(1), 35-44. <https://doi.org/10.1080/00926238708403877>
- Levine, S. B. (1991). Psychological intimacy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17(4), 259-267. <https://doi.org/10.1080/00926239108404350>
- Luo, S. et Snider, A. G. (2009). Accuracy and biases in newlyweds' perceptions of each other: Not mutually exclusive but mutually beneficial. *Psychological Science*, 20(11), 1332-1339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02449.x>
- Maillé, D. L., Bergeron, S. et Lambert, B. (2015). Body image in women with primary and secondary provoked vestibulodynia: A controlled study. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 505-515. <https://doi.org/10.1111/jsm.12765>
- Manne, S. et Badr, H. (2010). Intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Psycho-Oncology*, 19(9), 941-954. <https://doi.org/10.1002/pon.1645>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.4.660>
- Mark, K. P. (2012). The relative impact of individual sexual desire and couple desire discrepancy on satisfaction in heterosexual couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(2), 133–146. <https://doi.org/10.1080/14681994.2012.678825>

- Masheb, R. M., Brondolo, E. et Kerns, R. D. (2002). A multidimensional, case- control study of women with self- identified chronic vulvar pain. *Pain Medicine*, 3(3), 253-259. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2002.02032.x>
- Mattern, M., Walter, H., Hentze, C., Schramm, E., Drost, S., Schoepf, D., ... Schnell, K. (2015). Behavioral evidence for an impairment of affective theory of mind capabilities in chronic depression. *Psychopathology*, 48(4), 240-250. <https://doi.org/10.1159/000430450>
- McNulty, J. K., Wenner, C. A. et Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85-97. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0444-6>
- Meana, M. et Binik, Y. M. (2022). The Biopsychosocial Puzzle of Painful Sex. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 471-495. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-014549>
- Meana, M., Hall, K.S.K. et Binik, Y.M. (2014). Sex therapy in transition: Are we there yet ? Dans M. Binik et K.S.K Hall, (Éds.), *Principles and Practice of Sex Therapy*, (5<sup>e</sup> éd., p.541-557). Guilford.
- Meston, C. M. et Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 477-507. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9175-2>
- Metz, M. E. et Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(2), 139–164. <https://doi.org/10.1080/00926230252851889>
- Metz, M. E., Epstein, N. B. et McCarthy, B. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for*

- sexual dysfunction*. Routledge.
- Meuwissen, I. et Over, R. (1990). Habituation and dishabituation of female sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 217-226.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90004-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90004-3)
- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12(2), 149-168.  
<https://doi.org/10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x>
- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2009). An attachment and behavioral systems perspective on social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 7-19. <https://doi.org/10.1177/0265407509105518>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O. et Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 817.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.5.817>
- Milan, S., Wortel, S., Ramirez, J. et Oshin, L. (2017). Depressive symptoms in mothers and daughters: attachment style moderates reporter agreement. *Journal of Abnormal Child psychology*, 45, 171-182. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0156-6>
- Miller, L. C. et Berg, J. H. (1984). Selectivity and urgency in interpersonal exchange. Dans V. J. Derlega (Ed.), *Communication, intimacy and close relationships* (p. 206-262). Academic Press.
- Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F. et Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual

- wellbeing and why does it matter for public health?. *The Lancet Public Health*, 6(8), e608-e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2)
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., ... et Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817-1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62366-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62366-1)
- Mizrahi, M., Kanat-Maymon, Y. et Birnbaum, G. E. (2018). You haven't been on my mind lately: Partner responsiveness mediates the link between attachment insecurity and sexual fantasies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(4), 440–459. <https://doi.org/10.1177/0265407517743083>
- Moleiro, C. et Pinto, N. (2015). Sexual orientation and gender identity: review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in Psychology*, 6, 1511. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01511>
- Monfort, S. S., Kaczmarek, L. D., Kashdan, T. B., Drażkowski, D., Kosakowski, M., Guzik, P., ... Gracanic, A. (2014). Capitalizing on the success of romantic partners: A laboratory investigation on subjective, facial, and physiological emotional processing. *Personality and Individual Differences*, 68, 149-153. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.04.028>
- Moritz, D. et Roberts, J. E. (2017). Self-other agreement and metaperception accuracy across the Big Five: Examining the roles of depression and self-esteem. *Journal of Personality*, 86(2), 296-307. <https://doi.org/10.1111/jopy.12313>
- Moser, J. S., Huppert, J. D., Foa, E. B. et Simons, R. F. (2012). Interpretation of

- ambiguous social scenarios in social phobia and depression: Evidence from event-related brain potentials. *Biological Psychology*, 89(2), 387-397.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.12.001>
- Moser, M. B. et Johnson, S. (2008). The Integration of Systems and Humanistic Approaches in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(4), 262-278.  
<https://doi.org/10.1080/14779757.2008.9688472>
- Muise, A., Preyde, M., Maitland, S. B. et Milhausen, R. R. (2010). Sexual identity and sexual well-being in female heterosexual university students. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 915-925. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9492-8>
- Munafò, M. R. et Smith, G. D. (2018). Repeating experiments is not enough. *Nature*, 553(7689), 399-401. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-01023-3>
- Murray, S. L., Holmes, J. G. et Griffin, D. W. (1996). The self-fulfilling nature of positive illusions in romantic relationships: Love is not blind, but prescient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1155-1180.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1155>
- Murray, S. H. et Milhausen, R. R. (2012). Sexual desire and relationship duration in young men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(1), 28-40.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569637>
- Nylanderlundqvist, E. et Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: Evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Dermato-Venereologica*, 83, 369-373. <https://doi.org/10.1080/00015550310003764>
- Oberg, K. et Sjogren Fugl-Meyer, K. (2005). On Swedish women's distressing sexual

- dysfunctions: Some concomitant conditions and life satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(2), 169–180. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20226.x>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022, 27 février). *Santé Sexuelle*. [https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health - tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health - tab=tab_1)
- Pagani, A. F., Parise, M., Donato, S., Gable, S. L. et Schoebi, D. (2020). If you shared my happiness, you are part of me: Capitalization and the experience of couple identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46(2), 258-269. <https://doi.org/10.1177/0146167219854449>
- Papp, L. M., Kouros, C. D. et Cummings, E. M. (2010). Emotions in marital conflict interactions: Empathic accuracy, assumed similarity, and the moderating context of depressive symptoms. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(3), 367-387. <https://doi.org/10.1177/0265407509348810>
- Pâquet, M., Rosen, N. O., Steben, M., Mayrand, M. H., Santerre-Baillargeon, M. et Bergeron, S. (2018). Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: Associations with women's pain, women's sexual function, and both partners' sexual distress. *The Journal of Pain*, 19(5), 552-561. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.264>
- Patterson, M. L. (1976). An arousal model of interpersonal intimacy. *Psychological Review*, 83(3), 235–245. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.83.3.235>
- Pazmany, E., Bergeron, S., Verhaeghe, J., Van Oudenhove, L. et Enzlin, P. (2014). Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: A

- controlled study. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(7), 1786-1797.  
<https://doi.org/10.1111/jsm.12518>
- Peckham, A. D., McHugh, R. K. et Otto, M. W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27, 1135-1142. <https://doi.org/10.1002/da.22092>
- Pegman, S., Beesley, H., Holcombe, C., Mendick, N. et Salmon, P. (2011). Patients' sense of relationship with breast cancer surgeons: The relative importance of surgeon and patient variability and the influence of patients' attachment style. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 125-128.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.023>
- Péloquin, K., Brassard, A., Lafontaine, M. F. et Shaver, P. R. (2014). Sexuality examined through the lens of attachment theory: Attachment, caregiving, and sexual satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 51(5), 561-576.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2012.757281>
- Pence, L., Cano, A., Thorn, B. et Ward, L. C. (2006). Perceived spouse responses to pain: The level of agreement in couple dyads and the role of catastrophizing, marital satisfaction, and depression. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 511-522. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9073-4>
- Perel, E. (2007). *Mating in captivity: Unlocking erotic intelligence*. Harper.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Baucom, D. H., Hurwitz, H., Moser, B., Patterson, E. et Kim, H. J. (2009). Partner-assisted emotional disclosure for patients with gastrointestinal cancer: results from a randomized controlled trial. *Cancer*, 115(S18), 4326-4338. <https://doi.org/10.1002/cncr.24578>



- Pukall, C. F., Goldstein, A. T., Bergeron, S., Foster, D., Stein, A., Kellogg-Spadt, S. et Bachman, G. (2016). Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 291-304.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.021>
- Quinn-Nilas, C. (2020). Relationship and sexual satisfaction: A developmental perspective on bidirectionality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(2), 624–646. <https://doi.org/10.1177/0265407519876018>
- Raposo, S., Rosen, N. O. et Muise, A. (2020). Self-expansion is associated with greater relationship and sexual well-being for couples coping with low sexual desire. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(2), 602-623.  
<https://doi.org/10.1177/0265407519875217>
- Regan, P. C. (2000). The role of sexual desire and sexual activity in dating relationships. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 28(1), 51–59.  
<https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.1.51>
- Reis, H. T. et Clark, M. S. (2013). Responsiveness. Dans J. A. Simpson et L. Campbell (Eds.), *The Oxford handbook of close relationships* (p. 400–423). Oxford University Press.
- Reis, H. T., Clark, M. S. et Holmes, J. G. (2004). Perceived partner responsiveness as an organizing construct in the study of intimacy and closeness. Dans D. Mashek et A. Aron (Eds.), *Handbook of Closeness and Intimacy* (p. 201–225). Erlbaum.
- Reis, H. T. et Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. Dans S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, et B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (p. 367–389). John

Wiley & Sons.

- Reis, H. T., Smith, S. M., Carmichael, C. L., Caprariello, P. A., Tsai, F.-F., Rodrigues, A. et Maniaci, M. R. (2010). Are you happy for me? How sharing positive events with others provides personal and interpersonal benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2). <https://doi.org/10.1037/a0018344>
- Rodriguez, L. M., Fillo, J., Hadden, B. W., Øverup, C. S., Baker, Z. G. et DiBello, A. M. (2019). Do You See What I See? Actor and Partner Attachment Shape Biased Perceptions of Partners. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(4), 587-602. <https://doi.org/10.1177/0146167218791782>
- Rohrbaugh, M. J., Shoham, V. et Coyne, J. C. (2006). Effect of marital quality on eight-year survival of patients with heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 98(8), 1069-1072. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2006.05.034>
- Rosen, R. C. et Bachmann, G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 291-297. <https://doi.org/10.1080/00926230802096234>
- Rosen, N. O. et Bergeron, S. (2019). Genito-pelvic pain through a dyadic lens: Moving toward an interpersonal emotion regulation model of women's sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 56(4-5), 440-461. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1513987>
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Glowacka, M., Delisle, I. et 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.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02851.x>
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Baxter, M.-L. et Delisle, I. (2014). Relationship satisfaction moderates the associations between male partner responses and depression in women with vulvodynia: A dyadic daily experience study. *Pain*, 155(7), 1374–1383. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.04.017>
- Rosen, N. O., Bois, K., Mayrand, M. H., Vannier, S. et Bergeron, S. (2016). Observed and perceived disclosure and empathy are associated with better relationship adjustment and quality of life in couples coping with vulvodynia. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1945-1956. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0739-x>
- Rosen, N. O., Dubé, J. P., Corsini-Munt, S. et Muise, A. (2019). Partners experience consequences, too: A comparison of the sexual, relational, and psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners to control couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(1), 83–95.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.018>
- Rosen, N. O., Muise, A., Bergeron, S., Delisle, I. et Baxter, M. L. (2015). Daily associations between partner responses and sexual and relationship satisfaction in couples coping with provoked vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 1028–1039. <https://doi.org/10.1111/jsm.12840>
- Rosen, N. O., Santos-Iglesias, P. et Byers, E. S. (2017). Understanding the sexual satisfaction of women with provoked vestibulodynia and their partners: Comparison with matched controls. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(8), 747–759. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1263705>

- Roussillon, R., Brun, A., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., Ravit, M., Roman, P. et Talpin, J-M. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
- Rubin, H. et 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. <https://doi.org/10.1177/1948550611416520>
- Sanchez, A., Romero, N., Maurage, P. et De Raedt, R. (2017). Identification of emotions in mixed disgusted-happy faces as a function of depressive symptom severity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.002>
- Schnarch, D. M. (2009). *Intimacy & desire: Awaken the passion in your relationship*. Beaufort Books.
- Schreiter, S., Pijnenborg, G. H. M. et Aan Het Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009>
- Schwenck, G. C., Dawson, S. J., Muise, A. et Rosen, N. O. (2020). A comparison of the sexual well-being of new parents with community couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2156-2167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.011>
- Segrin, C. et Dillard, J. P. (1992). The interactional theory of depression: A meta-analysis of the research literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(1), 43-70. <https://doi.org/10.1521/jscp.1992.11.1.43>
- Segrin, C., Powell, H. L., Givertz, M. et Brackin, A. (2003). Symptoms of depression,

- relational quality, and loneliness in dating relationships. *Personal Relationships*, 10(1), 25-36. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00034>
- Sexton, R.E. et Sexton, V.S. (1982). Intimacy: A historical perspective. Dans M. Fisher et G. Stricker (Eds.), *Intimacy* (p. 1-20). Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4160-4\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4160-4_1)
- Shallcross, S. L., Howland, M., Bemis, J., Simpson, J. A. et Frazier, P. (2011). Not “capitalizing” on social capitalization interactions: The role of attachment insecurity. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 77-85. <https://doi.org/10.1037/a0021876>
- Sheppard, C., Hallam-Jones, R. et 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. <https://doi.org/10.1080/14681990802227974>
- Sims, K. E. et Meana, M. (2010). Why did passion wane? A qualitative study of married women’s attributions for declines in sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(4), 360–380. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2010.498727>
- Smith, K. B. et Pukall, C. F. (2011). A systematic review of relationship adjustment and sexual satisfaction among women with provoked vestibulodynia. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 166-191. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.555016>
- Smith, K. B. et Pukall, C. F. (2014). Sexual function, relationship adjustment, and the relational impact of pain in male partners of women with provoked vulvar

- pain. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(5), 1283-1293.  
<https://doi.org/10.1111/jsm.12484>
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>
- Štulhofer, A., Ferreira, L.C. et Landripet, I. (2014). Emotional intimacy, sexual desire, and sexual satisfaction among partnered heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(2), 229–244.  
<https://doi.org/10.1080/14681994.2013.870335>
- Štulhofer, A., Traeen, B. et Carvalheira, A. (2013). Job-related strain and sexual health difficulties among heterosexual men from three European countries: The role of culture and emotional support. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(3), 747–756.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02967.x>
- Sullivan, H. H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. W. W. Norton & Company, Inc.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R. et Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.  
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Syme, M. L., Cohn, T. J., Stoffregen, S., Kaempfe, H. et Schippers, D. (2019). “At my age...”: defining sexual wellness in mid-and later life. *The Journal of Sex Research*, 56(7), 832-842. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1456510>
- Taylor, S. E. et Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>

- Thakurta, R. G., Singh, O. P., Bhattacharya, A., Mallick, A. K., Ray, P., Sen, S. et Das, R. (2012). Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 365-370. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.108222>
- Timm, T. M. et Keiley, M. K. (2011). The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(3), 206–223. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.564513>
- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 168-193. <https://doi.org/10.1080/00224490902747768>
- Tolstedt, B. E. et Stokes, J. P. (1983). Relation of verbal, affective, and physical intimacy to marital satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 573-580. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.30.4.573>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- van Lankveld, J., Jacobs, N., Thewissen, V., Dewitte, M. et Verboon, P. (2018). The associations of intimacy and sexuality in daily life: Temporal dynamics and gender effects within romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(4), 557-576. <https://doi.org/10.1177/0265407517743076>
- Vrticka, P. et Vuilleumier, P. (2012). Neuroscience of human social interactions and

- adult attachment style. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 212.  
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00212>
- Wang, H. H., Wu, S. Z. et Liu, Y. Y. (2003). Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 19(7), 345-350. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(09\)70436-X](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(09)70436-X)
- Welin, L., Larsson, B., Svärdsudd, K., Tibblin, B. et Tibblin, G. (1992). Social network and activities in relation to mortality from cardiovascular diseases, cancer and other causes: a 12 year follow up of the study of men born in 1913 and 1923. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 46(2), 127-132.  
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.46.2.127>
- Wernicke, S., de Witt Huberts, J. et Wippert, P. M. (2017). The pain of being misunderstood: Invalidation of pain complaints in chronic low back pain patients. *Journal of Health Psychology*, 22(2), 135-147.  
<https://doi.org/10.1177/1359105315596371>
- Wesselmann, U., Bonham, A. et Foster, D. (2014). Vulvodynia: Current state of the biological science. *Pain*, 155(9), 1696-1701.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.05.010>
- Wiebe, S. A. et Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3), 390-407.  
<https://doi.org/10.1111/famp.12229>
- Witting, K., Santtila, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., Von Der Pahlen, B. et Sandnabba, K. (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(11), 2587–2599.



## ANNEXE A

### Mesure globale de la satisfaction sexuelle (GMSEX)

**Consigne :** Globalement, comment décririez-vous votre relation sexuelle avec votre partenaire dans les derniers 6 mois? Pour chaque paire de mots, choisissez le chiffre qui décrit le mieux votre relation sexuelle.

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

## ANNEXE B

### Échelle de détresse sexuelle (FSDS)

Consigne : Ci-dessous se trouve une liste de sentiments et de problèmes que les personnes ont parfois en ce qui concerne leur sexualité. Veuillez lire chaque item attentivement, et sélectionner le nombre qui décrit le mieux **LA FRÉQUENCE À LAQUELLE CE PROBLÈME VOUS A DÉRANGÉ(E) OU VOUS A CAUSÉ UNE DÉTRESSE PENDANT LES 30 DERNIERS JOURS**. Prenez soin de répondre à tous les énoncés. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous les demander.

#### À QUELLE FRÉQUENCE VOUS ÊTES-VOUS SENTI(E):

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

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

## ANNEXE C

### Mesures de la fonction sexuelle

**Important :** Ce questionnaire évalue le fonctionnement sexuel et comporte plusieurs questions basées sur l'anatomie physique. La question ci-dessous vise à déterminer quelle version de cette mesure vous convient le mieux.

Indiquer ci-dessous si vous vous sentez plus à l'aise de compléter les questions de fonction sexuelle portant sur l'anatomie masculine (c.-à-d., des questions faisant références au pénis), les questions de fonction sexuelle portant sur l'anatomie féminine (c.-à-d., des questions faisant références à la vulve et au vagin) ou si vous préférez ignorer complètement ces questions.

Si vous choisissez d'ignorer ces questions, vous pourrez continuer à compléter le reste des questionnaires.

- 1) Je préfère les questions portant sur l'anatomie « masculine » (quelques questions spécifiques au pénis)
- 2) Je préfère les questions portant sur l'anatomie « féminine » (quelques questions spécifiques à la vulve et au vagin)
- 3) Je ne pense pas que l'une ou l'autre de ces mesures corresponde à mon expérience vécue et je préfère ignorer ces questions

### Fonctionnement sexuel (anatomie féminine; FSFI)

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

**Une activité sexuelle peut inclure (mais n'est pas limitée à) :** des attouchements, des caresses, des préliminaires, la pénétration vaginale (avec pénis, doigts, jouets sexuels, etc.), la pénétration anale (avec pénis, doigts, jouets sexuels, etc.), la stimulation manuelle, le sexe oral, l'utilisation de jouets sexuels, etc.

**Rapport sexuel :** Est défini (aux fins de cette mesure) par la pénétration (entrée) du pénis, des doigts, de jouets sexuels, etc. dans le vagin ou dans l'anus. (Vous qui pénétrez votre partenaire ou votre partenaire qui vous pénètre).

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

**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.

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 émotive 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** une pénétration vaginale?

N/A Pas de pénétration vaginale

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

### **Fonctionnement sexuel (anatomie masculine; IIEF)**

Ces questions portent sur vos sentiments et réponses sexuelles des **4 dernières semaines**. Répondez aux questions suivantes aussi honnêtement et aussi clairement que possible. En répondant à ces questions, les définitions suivantes s'appliquent :

**Une activité sexuelle peut inclure (mais n'est pas limitée à) :** des attouchements, des caresses, des préliminaires, la pénétration vaginale (avec pénis, doigts, jouets sexuels, etc.), la pénétration anale (avec pénis, doigts, jouets sexuels, etc.), la stimulation manuelle, le sexe oral, l'utilisation de jouets sexuels, etc.

**Rapport sexuel :** Est défini (aux fins de cette mesure) par la pénétration (entrée) du pénis, des doigts, de jouets sexuels, etc. dans le vagin ou dans l'anus. (Vous qui pénétrez votre partenaire ou votre partenaire qui vous pénètre).

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

**Éjaculation :** Est définie par l'éjection du sperme hors du pénis (ou par cette sensation).

**Désir sexuel :** Le désir ou l'intérêt sexuel est un sentiment qui comprend la volonté d'avoir une expérience sexuelle (par exemple, la masturbation ou un rapport sexuel), le

fait de penser ou de fantasmer à propos de la relation sexuelle ou de se sentir frustré par un manque de sexualité.

1. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous réussi à avoir une érection pendant une activité sexuelle?

N/A. Aucune activité sexuelle

- 1) Presque jamais ou jamais
- 2) Parfois (moins de la moitié du temps)
- 3) Assez souvent (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, lorsqu'une stimulation sexuelle vous a procuré une érection, à quelle **fréquence** l'érection a-t-elle été suffisamment ferme pour permettre une pénétration?

N/A. Aucune activité sexuelle

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

Les questions 3, 4 et 5 portent sur les érections que vous avez pu avoir lors des rapports sexuels.

3. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez tenté d'avoir un rapport sexuel, à quelle **fréquence** avez-vous réussi à pénétrer votre partenaire?

N/A. Aucune tentative d'avoir un rapport sexuel

- 1) Presque jamais ou jamais
- 2) Parfois (moins de la moitié du temps)
- 3) Assez souvent (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, pendant vos rapports sexuels, à quelle **fréquence** avez-vous réussi à maintenir votre érection après avoir pénétré votre partenaire?

N/A. Aucune tentative d'avoir un rapport sexuel

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

5. Au cours des 4 dernières semaines, pendant vos rapports sexuels, à quel point a-t-il été difficile de **maintenir** votre érection jusqu'à la fin de ce rapport sexuel?

N/A. Aucune tentative d'avoir un rapport sexuel

- 1) Extrêmement difficile



- 2) Très difficile
- 3) Difficile
- 4) Légèrement difficile
- 5) Pas difficile

6. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous essayé d'avoir un rapport sexuel?

- 0) Jamais
- 1) Une à deux fois
- 2) Trois à quatre fois
- 3) Cinq à six fois
- 4) Sept à dix fois
- 5) Onze fois et plus

7. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez tenté d'avoir un rapport sexuel, à quelle fréquence a-t-il été **satisfaisant** pour vous?

- N/A. Aucune tentative d'avoir un rapport sexuel
- 1) Presque jamais ou jamais
  - 2) Parfois (moins de la moitié du temps)
  - 3) Assez souvent (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, quel niveau de plaisir vous ont procuré vos rapports sexuels?

- N/A. Aucun rapport sexuel
- 1) Aucun plaisir
  - 2) Pas très agréable
  - 3) Assez agréable
  - 4) Très agréable
  - 5) Extrêmement agréable

9. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulé sexuellement ou lors d'un rapport sexuel, à quelle **fréquence** avez-vous éjaculé?

- N/A. Aucune stimulation ni aucun rapport sexuel
- 1) Presque jamais ou jamais
  - 2) Parfois (moins de la moitié du temps)
  - 3) Assez souvent (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, lorsque vous avez été stimulé sexuellement ou lors d'un rapport sexuel, à quelle **fréquence** avez-vous eu l'impression d'avoir un orgasme ou une jouissance (avec ou sans éjaculation)?

- N/A. Aucune stimulation ni aucun rapport sexuel
- 1) Presque jamais ou jamais
  - 2) Parfois (moins de la moitié du temps)

- 3) Assez souvent (environ la moitié du temps)
- 4) La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- 5) Presque toujours ou toujours

Les questions 11 et 12 portent sur le désir sexuel.

11. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous ressenti un désir sexuel?

- 1) Presque jamais ou jamais
- 2) Parfois (moins de la moitié du temps)
- 3) Assez souvent (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, comment évalueriez-vous votre niveau de désir sexuel?

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

13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous **satisfait** de votre vie sexuelle en général?

- 1) Très insatisfait
- 2) Modérément insatisfait
- 3) Tout autant satisfait qu'insatisfait
- 4) Modérément satisfait
- 5) Très satisfait

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous **satisfait** de l'aspect sexuel de votre relation avec votre partenaire?

- N/A. Aucune activité sexuelle
- 1) Très insatisfait
  - 2) Modérément insatisfait
  - 3) Tout autant satisfait qu'insatisfait
  - 4) Modérément satisfait
  - 5) Très satisfait

15. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre **confiance** à obtenir et à maintenir une érection?

- 1) Très faible ou absente
- 2) Faible
- 3) Modérée
- 4) Grande
- 5) Très grande

## ANNEXE D

### Mesure post-discussion- Article 1 Réponses perçues aux tentatives de capitalisation

Veillez évaluer à quel point votre partenaire a adopté les comportements suivants lorsque vous lui avez dit quelque chose de bien qui vous est arrivé dans la discussion que vous venez d'avoir.

Dans la discussion que nous venons d'avoir, lorsque j'ai dit à mon/ma partenaire quelque chose de bien qui m'est arrivé...

1. Mon/ma partenaire a réagi avec enthousiasme à ma bonne fortune.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

2. J'ai eu l'impression que mon/ma partenaire était encore plus heureux(se) et excité(e) que moi.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

3. Mon/ma partenaire a posé beaucoup de questions et a démontré un véritable intérêt à propos de l'événement positif.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

4. Mon/ma partenaire a essayé de ne pas en faire tout un plat, mais il/elle était heureux(se) pour moi.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

5. Mon/ma partenaire était silencieusement soutenant(e) par rapport aux bonnes choses qui m'arrivent.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

6. Mon/ma partenaire en a dit peu, mais je sais qu'il/elle était heureux(se) pour moi.

Pas du  
tout vrai  
1

2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

Très vrai

7. Mon/ma partenaire a trouvé un problème avec ça.

Pas du  
tout vrai  
1

2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

Très vrai

8. Mon/ma partenaire m'a rappelé que la plupart des bonnes choses ont aussi leurs mauvais côtés.

Pas du  
tout vrai  
1

2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

Très vrai

9. Mon/ma partenaire a souligné les inconvénients potentiels de l'évènement positif.

Pas du  
tout vrai  
1

2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

Très vrai

10. J'ai eu l'impression que mon/ma partenaire ne s'en souciait pas beaucoup.

Pas du  
tout vrai  
1

2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

Très vrai

11. Mon/ma partenaire n'a pas prêté beaucoup attention à moi.

Pas du  
tout vrai  
1

2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

Très vrai

12. Mon/ma partenaire a semblé désintéressé(e).

Pas du  
tout vrai  
1

2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---

Très vrai

## ANNEXE E

### Mesure post-discussion- Article 1 Réponses auto-rapportées aux tentatives de capitalisation

Veillez évaluer à quel point vous avez adopté les comportements suivants lorsque votre partenaire vous a dit quelque chose de bien qui lui est arrivé dans la discussion que vous venez d'avoir.

Dans la discussion que nous venons d'avoir, quand mon/ma partenaire m'a dit quelque chose de bien qui lui est arrivé...

1. J'ai réagi avec enthousiasme à la bonne fortune de mon/ma partenaire.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

2. J'ai eu l'impression que j'étais encore plus heureux(se) et excité(e) que mon/ma partenaire.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

3. J'ai posé beaucoup de questions et démontré un véritable intérêt à propos de l'événement positif.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

4. J'ai essayé de ne pas en faire tout un plat, mais j'étais heureux(se) pour mon/ma partenaire.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

5. J'étais silencieusement soutenant(e) par rapport aux bonnes choses qui arrivent à mon/ma partenaire.

Pas du tout vrai	2	3	4	5	6	Très vrai 7
1						

6. J'en ai dit peu, mais j'étais heureux(se) pour mon/ma partenaire.

Pas du tout  
vrai 1 2 3 4 5 6 7  
Très vrai

7. J'ai trouvé un problème avec ça.

Pas du tout  
vrai 1 2 3 4 5 6 7  
Très vrai

8. J'ai rappelé à mon/ma partenaire que la plupart des bonnes choses ont aussi leurs mauvais côtés.

Pas du tout  
vrai 1 2 3 4 5 6 7  
Très vrai

9. J'ai souligné les inconvénients potentiels de l'évènement positif.

Pas du tout  
vrai 1 2 3 4 5 6 7  
Très vrai

10. J'ai eu l'impression que je ne m'en souciais pas beaucoup.

Pas du tout  
vrai 1 2 3 4 5 6 7  
Très vrai

11. Je n'ai pas prêté beaucoup attention à mon/ma partenaire.

Pas du tout  
vrai 1 2 3 4 5 6 7  
Très vrai

12. J'ai semblé désintéressé(e).

Pas du tout  
vrai 1 2 3 4 5 6 7  
Très vrai

## ANNEXE F

### Manuel de codification des réponses aux tentatives de capitalisation (Kashdan et al., 2013)

#### Directions for coders:

You will be coding videotaped interactions of romantic partners. The partners will take turns sharing a recent positive event which they have not yet told their partner (e.g., an A on an exam). We are interested in how people react when their partner shares good news with them. Thus, we are only coding responses for the person who is listening, not the partner sharing the news. Additionally, you will code the responses of only one partner per interaction. You will be told which person you are coding before you begin each tape. If you are not sure, ask as different coders are being given different assignments on purpose.

Partner responses will be classified into one of four response categories:

- Active–Constructive (e.g., enthusiastic support)
- Passive–Constructive (e.g., quiet, understated support)
- Active–Destructive (e.g., demeaning the event)
- Passive–Destructive responses (e.g., ignoring the event)

These four different responses are illustrated in the following example.

*Example:* Maria comes home from her job at a law firm and excitedly tells her husband, Robert, that the senior partners called her into a meeting and assigned her to be the lead lawyer for an important case with the firm’s most prestigious client.

- An **active–constructive response** from Robert might be, “Wow, this is great news! Your skills and hard work are really paying off; It looks like your goal to become a partner will happen in no time. What’s the case about?”
- A **passive–constructive response** could be a warm smile followed by a simple, “That’s good to hear.”
- An **active–destructive** response might be, “Wow, I bet this is going to be a complicated case; are you sure you can handle it? It sounds like it might be a lot of work; maybe you got it because no one else wanted it. You will probably be working even longer hours than usual this month.”
- A **passive–destructive** response might be, “Oh. You won’t believe what happened to *me* today,” or “Hmmm. By the way, what do you want to do for dinner?”

Become familiar with each of the classifications. Once you have a good understanding of each category, you will watch a videotape and choose ONE category that best fits the

interaction. If you are torn between more than one category, select the one which represents the dominant response pattern during the interaction. Please note that the categories are not necessarily opposites of each other. After making your choice, you will rate on a scale from 1-5 how well the interaction exemplifies the description of EACH OF THE FOUR categories, beginning with the category you selected. After rating the most relevant category, continue to **independently** rate the remaining three categories. Be sure to rate each category separately and do not worry if you feel multiple categories should receive similar ratings. However, be cautious that it would be difficult to code multiple categories as extremely good matches.

5 – Very good match. Interaction exemplifies the category.

4 – Good match. The category applies.

3 – Significant match. The interaction shows significant features of the category.

2 – Minor match. The interaction show some features of the category.

1 – Little or slight match. The category slightly applies to the interaction.

0 – Absolutely no match.

### Coding Scheme

Following are detailed descriptions of each classification. We designed each description to represent the perfect prototype of each category.

- **Active Constructive** – Partner displays enthusiastic support for the event they are told about. He/she reacts in a positive manner and actively seeks additional information or absorbs information about the event (e.g., non-verbal cues of savoring or satisfaction). They can voice enthusiasm through inflection in their voice or the content of their comments (e.g., “This is great news” or “I’m so excited for you”). Their enthusiasm may also be apparent in their gestures and non-verbal behavior, such as in Duchenne or genuine smiles, laughter, giddiness, or intimate forms of touch. The partner may show genuine interest by asking questions about the event or actively exploring and searching for more information. This can be accomplished through statements that prolong the conversation and encourage the person to elaborate on their event (for example, “Wow!! You did say that he was hinting at giving you a promotion!”). Note: Simple comments such as “That’s good” can be present in combination with other comments/behaviors which prolong the conversation. **Key Element: enthusiasm and elaboration**
- **Passive Constructive** – The partner responds positively but does not actively contribute to the conversation or attempt to explore the topic in any depth. His/her behavior is primarily passive with subtle signs of support and approval. He/she might show approval or support by engaging in intimate touch, nodding in approval, making eye contact or smiling. He/she may comment on the event by saying things like “That’s good”, “OK!”, or “That’s nice, honey!”, but does not actively explore the story being shared by asking questions. The partner seems attentive and interested in the event but may either remain quiet, or voice



approval with simple phrases that do not intend to prolong the conversation. **Key Element: quiet but attentive and/or interested.**

- **Active Destructive** - The partner undermines the positive nature of the event by pointing out potential problems or downsides related to the event. He/she may minimize the event through questions or statements (e.g., “How is that positive?” or “But did you think about how much work that will be?”). Partner may also point out how the positive event might adversely affect them (e.g., “So that means I have to give you a ride to the airport?”). Partner may also show disappointment through non-verbal behavior, such as displaying negative emotions through facial expressions that show disgust, disapproval, etc. He/she may also roll their eyes, nod in disapproval, or make negative behavioral gestures intended to mock or undermine the event (e.g., hand gesture to signaling a “gag response”). The inflection and non-verbal behavior do not have to be intense. The content of their statements and tone of their non-verbal expressions, posture, and other behaviors might be clear, calm, and direct in their negativity. **Key Element: undermining event / denying positive nature of event**
- **Passive Destructive** – Partner tends to ignore or fails to respond to the event. His/her behavior primarily reflects disinterest or inattentiveness. The partner may look away or be occupied with other objects (cell phone, etc). He/she may change the subject or simply remain quiet. A typical response would be “Oh! So did I tell you that John called me?” or “I’m a little hungry now”. In such responses, the partner is not only changing the subject but also changing the focus of the conversation to themselves. The partner might briefly acknowledge the event with short phrases such as “OK”, “That’s cool”, or “I didn’t know that” but they appear disinterested in the response. These phrases are not intended to prolong the conversation. Instead, they appear to subtly bring the conversation to an early end. **Key Element: lack of interest / self-focus.**

### INSTRUCTIONS & TIPS FOR CAPITALIZATION CODING

-Watch each video **at least 2 times** before moving on.

-If you are having trouble coding one video then take a break and go back to the video later.

## ANNEXE G

### **Système de codification de la réponse empathique lors de la discussion portant sur l'impact de la VP**

Tri de cartes de la réponse empathique

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 ?
  - 1- Est-ce que les réponses de l'auditeur favorisaient le dévoilement du locuteur ?
  - 2- Est-ce que les réponses de l'auditeur favorisaient une interaction plus intime ?
  - 3- 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-verbale 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 H

### Mesure post-discussion – Article 2 Intimité relationnelle

Indiquez votre réponse à chaque énoncé en utilisant l'échelle proposée (1 = « Pas du tout » et 7 = « Beaucoup »). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

#### Au cours de la discussion :

1. À quel degré vous sentez-vous compris/e par votre partenaire ?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout						Beaucoup

2. À quel degré vous sentez-vous accepté/e par votre partenaire ?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout						Beaucoup

3. À quel degré sentez-vous que votre partenaire se préoccupe de vous ?

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout						Beaucoup

# ANNEXE I

## Questionnaire sur les expériences amoureuses

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

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



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

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

## ANNEXE J

### Inventaire de dépression de Beck- II

**Consigne:** Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Lisez avec soin chacun de ces groupes d'énoncés puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul énoncé** dans chaque groupe.

<p><b>1 Tristesse</b></p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p> <p><b>2 Pessimisme</b></p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p><b>3 Échecs dans le passé</b></p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p><b>4 Perte de plaisir</b></p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p><b>5 Sentiments de culpabilité</b></p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dues faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p><b>6 Sentiment d'être puni(e)</b></p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p><b>7 Sentiments négatifs envers soi-même</b></p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p><b>8 Attitude critique envers soi</b></p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p><b>9 Pensées ou désirs de suicide</b></p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p>
--	---

3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.	2 J'aimerais me suicider. 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
---	---

<p><b>10 Pleurs</b></p> <p>0 Je ne pleure pas plus qu'avant. 1 Je pleure plus qu'avant. 2 Je pleure pour la moindre petite chose. 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p><b>11 Agitation</b></p> <p>0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille. 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p><b>12 Perte d'intérêt</b></p> <p>0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités. 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses. 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p> <p><b>13 Indécision</b></p> <p>0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant. 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions. 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions. 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p> <p><b>14 Dévalorisation</b></p> <p>0 Je pense être quelqu'un de valable.</p>	<p><b>15 Perte d'énergie</b></p> <p>0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant. 1 J'ai moins d'énergie qu'avant. 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose. 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p> <p><b>16 Modifications dans les habitudes de sommeil</b></p> <p>0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. 1 Je dors un peu plus que d'habitude. 2 Je dors un peu moins que d'habitude. 3 Je dors beaucoup plus que d'habitude. 4 Je dors beaucoup moins que d'habitude. 5 Je dors presque toute la journée. 6 Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p><b>17 Irritabilité</b></p> <p>0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude. 1 Je suis plus irritable que d'habitude. 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude. 3 Je suis constamment irritable.</p> <p><b>18 Modifications de l'appétit</b></p> <p>0 Mon appétit n'a pas changé. 1 J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude. 2 J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude. 3 J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude. 4 J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude. 5 Je n'ai pas d'appétit du tout. 6 J'ai constamment envie de manger.</p> <p><b>19 Difficulté à se concentrer</b></p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.</li> <li>2 Je me sens moins valable que les autres.</li> <li>3 Je sens que je ne vauds absolument rien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.</li> <li>1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.</li> <li>2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.</li> <li>3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</li> </ul>
<p><b>20 Fatigue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.</li> <li>1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.</li> <li>2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.</li> <li>3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</li> </ul>	<p><b>21 Perte d'intérêt pour le sexe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.</li> <li>1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.</li> <li>2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant</li> <li>3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.</li> </ul>