

Résumé

Objectif: L'anorgasmie féminine est une des difficultés sexuelles les plus fréquentes. La Pleine Conscience (PC) est souvent utilisée en psychopathologie et son efficacité a été largement prouvé scientifiquement. L'objectif de cet article est de comprendre l'intérêt d'intégrer la PC dans le traitement du trouble de l'orgasme féminin. Dans cette perspective, nous présentons une revue de la littérature du trouble de l'orgasme féminin et ses traitements. Ensuite, la pleine conscience et son efficacité pour les dysfonctions sexuelles féminines sont abordées. La discussion permet de mettre en avant l'intérêt d'intégrer la PC dans le traitement du trouble de l'orgasme féminin.

Matériel et méthode: Analyse de la littérature de 1952 à 2018 effectuée principalement dans les bases de données Sciencesdirect et Scopus avec comme mots clefs *mindfulness, female orgasmic disorder, anorgasmia, women sexual dysfunction*.

Résultats: La PC est efficace pour le traitements des troubles psychopathologiques et son utilisation s'est étendue aux difficultés sexuelles féminines. Si plusieurs traitements de l'anorgasmie se sont focalisés sur l'amélioration des habilités comportementales et la réduction de l'anxiété, peu se sont consacrés aux cognitions et aux émotions dysfonctionnelles responsables du trouble de l'orgasme féminin. Au regard de la littérature, la PC améliore toute la fonction sexuelle féminine.

Conclusion: La PC propose des exercices qui faciliteraient l'atteinte de l'orgasme. Cette étude souligne l'intérêt d'intégrer la PC dans la prise en charge du trouble de l'orgasme féminin et d'élaborer d'un protocole de traitement directement utilisable par les cliniciens.

Mots clefs : trouble de l'orgasme féminin, pleine conscience, anorgasmie, dysfonction sexuelle, thérapie sexuelle

Resume

Purpose Orgasmic disorder is one of the most common sexual women's difficulties. Mindfulness is often used in psychopathology and its effectiveness has been widely proven scientifically. The purpose of this article is to understand the interest to integrate mindfulness training in the treatment of female orgasmic disorder. In this perspective, we present a review of the literature on female orgasm disorder and its treatments. Moreover, mindfulness and its effectiveness for female sexual dysfunctions are addressed. The discussion highlights the value of integrating mindfulness into the treatment of female orgasm disorder.

Sources and methodology: a review of the literature about mindfulness and anorgasmia will be presented. We investigated mostly studies from 1952 to 2018 using Scopus and ScincesDirect data base with the keywords *Mindfulness, female orgasmic disorder, anorgasmia, female sexual dysfunction*.

Results: Mindfulness is effective for many psychopathological disorders and its use has extended to female sexual difficulties. While several treatments for anorgasmia have focused on improving behavioral skills and reducing anxiety, few have focused on the cognitions and dysfunctional emotions that are responsible on the female orgasmic disorder. The review of the literature shows that mindfulness improves all female sexual function. Furthermore, it would be interesting to integrate mindfulness for the female orgasm disorder and develop a specific treatment directly usable by clinicians.

Conclusion: Mindfulness include exercises to develop abilities to achieve orgasm. This study suggest that future research might develop a mindfulness-based therapy protocol to treat women's orgasmic disorder.

Keywords : female orgasmic disorder, mindfulness, anorgamia, sexual dysfunction, sexual therapy

L'utilisation de la pleine conscience dans le traitement du trouble de l'orgasme féminin

La pleine conscience (PC) ou *Mindfulness* intéresse les chercheurs, en tant que prise en charge psychothérapeutique, depuis les années 1970 et s'est particulièrement développée dans les pays anglo-saxons grâce aux travaux pionniers de John Kabat-Zinn (1982) sur les douleurs chroniques, à l'Université du Massachusetts au sein de la Clinique de réduction du stress. Actuellement, nous pouvons observer un intérêt croissant pour son utilisation dans le traitement de nombreux troubles psychopathologiques et plus récemment pour les dysfonctions sexuelles féminines (Arora & Brotto, 2017 ; Brotto, 2017 ; Brotto, Basson & Luria, 2008 ; Brotto, Erskine, Carey, Ehlen, Finlayson, Heywood et al., 2012 ; Brotto & Heiman, 2007).

Introduite depuis seulement quelques années en Europe, la PC rencontre un succès grandissant tant de la part des intervenants que des patients. De nombreux psychologues, médecins et plus récemment sexologues sont maintenant formés à ces techniques et les utilisent fréquemment en consultation ou en groupe. Dans ce sens, cet article s'intéresse spécifiquement à son intégration dans le traitement du trouble de l'orgasme ou anorgasmie. Actuellement, 25% (Lewis, Fugl-Meyer, Corona, Hayes, Laumann, Moreira et al., 2010) à 31% (Hayes, Bennet, Fairley & Dennerstein, 2006) des femmes souffrent de cette difficulté sexuelle et qui représente la deuxième dysfonction sexuelle féminine. L'anorgasmie est primaire si la femme n'a jamais atteint l'orgasme et secondaire si celle-ci l'a déjà atteint mais n'y arrive plus. L'anorgasmie est définie comme « l'absence ou le retard, répété ou persistant, de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme » (APA, 2000, p.632).

1 L'origine du trouble de l'orgasme est généralement multifactorielle et résulte de
2 l'interaction complexe entre les facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques
3 (APA, 2013). Certains facteurs biologiques peuvent influencer l'expérience de l'orgasme
4 comme certaines maladies ou conditions neurologiques ainsi que certains médicaments ou
5 lésions (Basson & Weijmar Schultz, 2007 ; Grenier Genest & Courtois, 2017 ; Levin, 2014).

6 Concernant les facteurs environnementaux associés au trouble de l'orgasme, il est essentiel
7 de prendre en compte l'âge de la personne (APA, 2000), le niveau social et d'éducation, les
8 aspects culturels, les conflits au sein du couple et les sentiments de honte et de culpabilité
9 engendrés par des croyances religieuses ou des interdits familiaux (Meston, Levin, Sipski,
10 Hull & Heiman, 2004).

11 Les facteurs psychologiques peuvent également interférer avec les habilités de la femme à
12 atteindre l'orgasme tels que l'anxiété, les inquiétudes en lien avec la grossesse, etc. (APA,
13 2013). Il n'existerait cependant pas d'association entre certains traits de personnalité
14 psychopathologiques et le trouble de l'orgasme (APA, 2000 ; Mah & Bini, 2001). Une étude
15 (Harris, Cherkas, Kato, Heiman & Spector, 2008) a toutefois mis en évidence que
16 l'introversion, l'instabilité émotionnelle et le fait de ne pas être « ouvert aux nouvelles
17 expériences » étaient associés au trouble de l'orgasme.

18 Kelly, Strassberg et Kircher (1990), quant à eux, se sont intéressés aux types de
19 stimulations sexuelles et particulièrement à la masturbation chez les femmes anorgasmiques.
20 Ils ont pu constater que ces femmes présentaient un répertoire d'expériences sexuelles plus
21 limité, en particulier celles relevant de la masturbation et des stimulations directes du clitoris.
22 Une autre étude (Kelly, Strassberg & Turner, 2004) montre également qu'elles auraient plus
23 de difficultés à communiquer avec leur partenaire à propos des activités sexuelles.

1 Plusieurs études ont également observé un lien significatif entre l'anorgasmie et la
2 distraction cognitive (Cuntim & Nobre, 2011 ; Dove & Wiederman, 2000). Cette distraction
3 cognitive peut être causée notamment par des pensées parasites qui empêchent la femme de se
4 focaliser sur les stimuli érotiques et sexuels.

5 Les femmes souffrant d'un trouble de l'orgasme activent significativement plus de
6 schémas cognitifs d'incompétence ($p < .001$) et de solitude ($p < .05$) en situation d'échec.
7 Elles présentent également significativement plus de pensées automatiques négatives ($p < .05$)
8 en particulier des pensées d'échec, de désengagement ($p < .001$) et activent davantage de
9 croyances négatives en lien avec une mauvaise image corporelle ($p < .05$) (Nobre & Pinto-
10 Gouveia, 2008b). Par contre, elles présentent significativement moins de pensées érotiques
11 (Cutim & Nobre, 2011 ; Nobre & Pinto-Gouveia, 2008b ; Tavares, Laan & Nobre, 2017).

12 L'anorgasmie peut également trouver ses origines dans des émotions négatives à propos de
13 la sexualité telles que la honte, la culpabilité, l'anxiété, la détresse émotionnelle, le
14 détachement et la peur de l'abandon (Birnbaum, 2003). De plus, cette difficulté sexuelle
15 aurait des effets négatifs sur la qualité de vie des femmes, induisant notamment de la détresse
16 émotionnelle et des tensions au sein de la relation (IsHak, Bokarius, Jeffrey, Davis & Bakhta,
17 2010). Les pensées négatives ainsi que les émotions qui en découlent peuvent monopoliser les
18 ressources cognitives de la femme en la détournant du moment présent et de ce fait interférer
19 avec sa capacité à percevoir ses sensations physiques, c'est-à-dire diminuer sa « conscience
20 intéroceptive » (Basson, 2002 ; Janssen, Everaerd, Spiering & Janssen, 2000). En effet, les
21 femmes anorgasmiques se focalisent moins sur leurs sensations corporelles et utilisent moins
22 leurs pensées érotiques durant les activités sexuelles avec un partenaire que les femmes
23 orgasmiques (De Sutter, Day & Adam, 2014).

Au vu de l'origine multifactorielle du trouble de l'orgasme, le traitement proposé par les thérapies cognitives et comportementales (TCC) est généralement multimodal, c'est-à-dire qu'il inclut différentes stratégies thérapeutiques en fonction des facteurs étiologiques (Donahey, 2010). Dans cette perspective, Strub (2013) met en avant l'intérêt d'étudier la PC en sexologie vu le caractère multimodal des programmes *Mindfulness-based cognitive therapy* ou MBCT (Teasdale, Segal & Williams, 1995) qui agit à la fois sur les facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels.

L'objectif de cet article est de mieux comprendre ce que la PC pourrait amener de nouveau dans les prises en charge du trouble de l'orgasme. Dans un premier temps, nous présenterons les traitements généralement utilisés pour le trouble de l'orgasme chez la femme. Dans un second temps, nous tenterons de mieux comprendre la PC. Ensuite, l'efficacité de la PC dans le traitement des troubles psychopathologiques sera abordée. De plus, les processus de changements activés par la PC seront mis en avant afin d'expliquer l'efficacité de ces techniques. Finalement, les premières études sur l'efficacité de la PC sur les dysfonctions sexuelles seront présentées afin de proposer des pistes pour les futures prises en charge.

1. Les traitements du trouble de l'orgasme

Depuis l'arrivée du sildenafil (Viagra) pour les dysfonctions sexuelles masculines, Brotto et al. (2012a) soulignent les efforts considérables des chercheurs pour tenter de développer un traitement pharmacologique pour les dysfonctions sexuelles féminines. Pourtant, il n'existe aucun médicament actuellement approuvé par la *Food and Drug Administration* (FDA) pour les dysfonctions sexuelles féminines (hormis l'emploi de quelques molécules soit hors nomenclature soit ciblant certaines étiologies (Caruso, 2019). Par contre, les sexothérapies TCC ont fait l'objet de nombreuses études empiriques et ont permis de proposer plusieurs traitements validés scientifiquement pour le trouble de l'orgasme féminin. Cette approche met

1 l'accent sur l'interaction entre les pensées, les émotions et les comportements en proposant
2 des techniques concrètes comme la gestion des pensées et des émotions dysfonctionnelles
3 ainsi que l'apprentissage de nouveaux comportements sexuels. Heiman (2007) s'est intéressé
4 aux différentes approches (psychanalytique, pharmacologique et TCC) pour le traitement du
5 trouble de l'orgasme et souligne que la sexothérapie TCC semble la plus recommandée pour
6 la prise en charge de cette difficulté. Dans cette approche, plusieurs auteurs ont élaboré des
7 programmes de traitements principalement multimodaux pour le trouble de l'orgasme.

8 Masters et Johnson (1970) ont tout d'abord proposé le *sensate focus*, un massage
9 réciproque à réaliser en couple, comprenant de multiples exercices d'éveil corporel, utilisé
10 dans la plupart des sexothérapies. Il vise un apprentissage ou un réapprentissage de la
11 perception des stimuli sexuels en augmentant la sensualité entre les partenaires par des
12 caresses progressives en commençant par un massage classique (dos, jambe, ventre, etc) pour
13 ensuite réaliser un massage des parties érotiques (seins, cou, visage, etc) et terminer par un
14 massage des parties génitales. Après chaque massage, les partenaires sont invités à dialoguer
15 sur ce qu'ils ont apprécié et moins aimé durant cet éveil sensoriel en vue d'améliorer la
16 communication sexuelle. Le *sensate focus* est généralement prescrit avec une interdiction de
17 pénétration afin de minimiser l'anxiété de performance et favoriser un contexte de détente
18 propice au développement du plaisir émotionnel et sexuel. Ces techniques se sont avérées
19 efficaces tant pour la perception des stimuli sexuels que pour l'atteinte de l'orgasme (Aubin,
20 2011 ; Linschoten, Weiner & Avery- Clark, 2016).

21 LoPiccolo et Lobitz (1972) ont été les premiers à proposer un entraînement à la
22 masturbation dirigée ou *directed masturbation* dans le traitement de l'anorgasmie primaire car
23 ils avaient remarqué que les femmes anorgasmiques n'avaient généralement pas recours à ce
24 type de pratique. Ce traitement en 15 séances vise à renforcer les habilités comportementales
25 favorables à l'atteinte de l'orgasme en proposant aux patientes de réaliser des exercices de

1 masturbation à faire à leur domicile, seules et en couple. Il a trouvé une validation importante
2 dans la recherche en rapportant une efficacité de 80% à 90% pour l'anorgasmie primaire
3 (LoPicollo & Stock, 1986) et une amélioration allant de 10% à 75% pour l'anorgasmie
4 secondaire (Kilman, Boland, Norton, Davidson & Caid, 1986). Il s'agit donc du traitement le
5 plus préconisé pour l'anorgasmie primaire (Almas & Landmark, 2010)

6 Kaplan (1974), quant à elle, va s'inspirer du *sensate focus* et de la masturbation dirigée
7 pour élaborer un programme de traitement en proposant que la masturbation dirigée puisse se
8 faire d'abord en individuel et ensuite en couple. De plus, elle préconise l'utilisation de
9 lectures érotiques, de *sex-toys* et de recourir à la technique du *bridge*. Celle-ci invite à
10 stimuler les clitoris durant la pénétration jusqu'à l'imminence de l'orgasme afin que la
11 poussée coïtale soit finalement intégrée comme le déclencheur du réflexe orgasmique. La
12 communication sexuelle est également un élément important du traitement en vue de guider le
13 partenaire vers les stimulations favorables à l'atteinte de l'orgasme.

14 Heiman, LoPiccolo et LoPiccolo (1976) ont été les premiers à élaborer un autotraitement,
15 le *Becoming orgasmic*, largement inspiré du programme de Kaplan (1974). Cet autotraitement
16 multimodal en 12 étapes offre l'avantage de pouvoir être réalisé d'après un manuel et de ce
17 fait, d'être très accessible et facile à suivre. Il vise à améliorer les capacités sexuelles de la
18 femme mais aussi de son partenaire. Les sept premières séances sont à réaliser
19 individuellement et les cinq dernières en couple. Il est composé de différentes stratégies
20 cognitivo-comportementales : la restructuration cognitive, l'exploration des parties génitales
21 avec un miroir et par le toucher, la gestion des contractions des muscles pubo-coccygiens (e.g.
22 exercices de Kegel, 1952), les mouvements du bassin, le développement de fantasmes grâce à
23 la lecture érotique, la masturbation dirigée, la stimulation de l'orgasme par la contraction des
24 muscles et l'expression du plaisir, l'utilisation de sex-toy, le *sensate focus*, la communication
25 sexuelle, l'exploration de diverses positions sexuelles, l'élargissement du répertoire des

1 stimulations sexuelles et la gestion des difficultés sexuelles éventuelles du partenaire (e.g.
2 éjaculation précoce). Au regard de la littérature, cet autotraitement a rencontré une
3 satisfaction importante auprès des femmes. Libman, Fichten, Brender, Burstein, Cohen et
4 Binik (1984) l'ont dès lors testé selon différents formats : en couple, en groupe ou simplement
5 avec le manuel comme outil bibliothérapeutique associé avec un contact minimum avec un
6 thérapeute. D'après leurs résultats, les trois modalités sont significativement efficaces avec
7 une amélioration légèrement supérieure quand le programme est réalisé en couple. Cependant,
8 les auteurs rappellent qu'il est important de proposer les traitements les moins coûteux
9 (temps, argent) et présentent la bibliothérapie comme une prise en charge de choix. En effet,
10 de nombreuses études ont montré que la bibliothérapie en sexologie améliorerait la réponse
11 sexuelle féminine (Gould & Clum, 1993 ; Marrs, 1995 ; Mintz, Balzer, Zhao & Bush, 2012 ;
12 Van Lankveld, 1998). De plus, dans le traitement du trouble de l'orgasme, il semble que le
13 temps de contact avec le thérapeute puisse être réduit sans perdre d'efficacité (Morokoff &
14 LoPiccolo, 1986).

15 D'autres techniques sont généralement utilisées en sexothérapie TCC comme la
16 désensibilisation systématique, l'alignement coïtal et la communication sexuelle. La
17 désensibilisation systématique est recommandée quand des émotions désagréables telle que
18 l'anxiété contribuent à une anorgasmie secondaire tandis que l'entraînement à la masturbation
19 dirigée reste le traitement le plus indiqué pour l'anorgasmie primaire (Andersen, 1983 ; Sotile
20 & Kilmann, 1978). La désensibilisation systématique consiste à hiérarchiser les situations
21 génératrices d'anxiété de la moins anxiogène à la plus anxiogène avec la patiente. Grâce à la
22 relaxation et à l'autosuggestion positive, la patiente est exposée de manière progressive en
23 imagination aux situations anxiogènes afin d'obtenir une réponse d'habituation (Jones, Facog
24 & Park, 1972 ; Sotile & Kilman, 1978). Les études rapportent que cette technique augmente
25 la fréquence des orgasmes et la satisfaction conjugale (Munjack, Cristol, Goldstein, Phillips,

Goldberg, Whipple et al., 1976 ; Sotile & Kilman, 1978). Deux études se sont également intéressées à l'efficacité de l'alignement coïtal (Eichel, Eichel & Kule, 1988 ; Hurlbert & Apt, 1995). Cette méthode consiste à utiliser une position sexuelle qui favorise le contact direct entre le clitoris et le corps de l'homme, telles que la position « missionnaire » et « Andromaque » afin de favoriser l'orgasme coïtal par la double stimulation (clitoris-vagin). Enfin, l'entraînement à la communication sexuelle avec le partenaire en sexothérapie semble être également indiqué en vue notamment de pouvoir exprimer les préférences sexuelles au partenaire (Everaerd & Dekker, 1981).

Les traitements proposés par les TCC visent généralement à changer les cognitions par rapport à la sexualité (e.g. fausses croyances, psychoéducation à propos de la sexualité), à diminuer les émotions désagréables (e.g. anxiété, peur, etc) à renforcer les comportements favorisant l'atteinte de l'orgasme (e.g. préliminaires, masturbation, *sex-toy*, utilisation de fantasmes, *sensate focus*...) ainsi qu'à améliorer la communication conjugale (expression des désirs, gestion des conflits...). Actuellement, aucun traitement du trouble de l'orgasme n'a été élaboré en incluant les techniques de PC alors que ce type d'intervention est largement utilisé dans la prise en charge de différents troubles psychopathologiques.

2. Qu'est-ce que la pleine conscience ?

La PC constitue la pratique de base des méditations bouddhistes qui considèrent l'état d'attention d'une personne comme limité et difficilement maîtrisable. Malgré ses origines, la particularité de la PC est de se dégager de toute orientation ésotérique ou religieuse. Elle est utilisée dans le cadre de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (TCC) qui offrent une place plus importante aux émotions et aux processus émotionnels dans les prises en charges psychothérapeutiques (Teasdale, 2004). Kabat-Zinn, André et Maskens (2009) expliquent que ces pratiques permettent de sortir d'une manière de penser souvent

1 automatique afin de nous rendre plus conscients de l'expérience présente. Ces auteurs
2 prennent l'exemple de la conduite automobile pour illustrer le concept de « pilote
3 automatique ». Quand nous conduisons, en plus de se porter sur les gestes nécessaires à la
4 conduite (e.g. freiner, changer de vitesses, etc), notre esprit vagabonde dans le passé et vers le
5 futur. Cette attention divisée n'est évidemment pas réalisable en situation d'apprentissage, tel
6 un jeune conducteur qui fait ses premières sorties sur la route. Par contre, dès que la tâche
7 s'automatise, il est fréquent d'arriver à destination sans pouvoir se souvenir du trajet
8 emprunté. En effet, le « pilote automatique » s'enclenche de manière naturelle dans une
9 situation connue chez la plupart des personnes.

10 La PC est définie comme « un état de conscience qui émerge du fait de porter son
11 attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans se juger, sur l'expérience qui se
12 déploie moment après moment » (Kabat-Zinn, 2003, p.145). Cet état de PC résulte du fait de
13 maintenir son attention sur l'expérience présente, c'est-à-dire sur les sensations corporelles,
14 les pensées et les émotions qui surgissent spontanément dans le champ de la conscience. Cette
15 observation curieuse et bienveillante s'accompagne d'une attitude de non-jugement pour
16 toutes les facettes de l'expérience qui se déploient, qu'elles soient vécues de manière agréable
17 ou désagréable (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). La PC entraîne donc l'attention à ne pas
18 être capturée par les a priori associés à une expérience donnée (Heeren & Philippot, 2010). En
19 ce sens, de nombreux chercheurs la considèrent comme une compétence psychologique qui
20 peut être entraînée (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006).

21 Le modèle théorique de Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody et al. (2004)
22 envisage la PC comme une compétence d'ordre métacognitive sous-tendue par deux
23 composantes principales: l'autorégulation de l'attention et l'orientation attentionnelle vers
24 l'expérience. L'autorégulation de l'attention nous permet, quand nous sommes distraits, d'en
25 prendre conscience et ensuite de tenter de désengager notre focus attentionnel de ce

distracteur en l'orientant vers un stimulus déterminé. La PC implique de moduler son attention en passant d'un stimulus à un autre appelé aussi « flexibilité attentionnelle » (Posner, 1980).

Quant à l'orientation attentionnelle vers l'expérience, elle se caractérise par le fait de prendre conscience de la capture automatique de notre attention par certaines pensées, émotions et sensations corporelles tout en développant une attitude d'observation de l'expérience sans volonté de la changer ou de l'éviter. Cela permettrait un réengagement volontaire de l'attention sur les aspects expérientiels et spécifiques de l'expérience (Bishop et al., 2004). Ce phénomène peut être perçu comme une forme d'acceptation active de l'instant présent (Roemer & Orsillo, 2003).

3. Efficacité de la pleine conscience pour le traitement des troubles psychopathologiques

Actuellement, deux programmes d'entraînement à la PC sont jugés comme « bien établis et probablement efficaces » (Baer, 2003). Il s'agit de la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) et de la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT).

Le premier programme d'entraînement, le MBSR, a été développé par John Kabat-Zinn en 1979 au sein de la clinique de réduction du stress à l'université du Massachusetts auprès de patients atteints de douleurs chroniques (Kabat-Zinn, 1982). Ensuite, Teasdale, Segal et Williams (1995) se sont largement inspirés de la thérapie MBSR pour créer le programme MBCT dans la perspective de prévenir les rechutes dépressives. Le MBCT est davantage centré dans sa pratique sur des aspects comportementaux et cognitifs typiques des TCC (Berghmans, Strub, Marina & Tarquinio, 2009). Il invite également les participants à devenir plus conscients de leurs sensations corporelles, de leurs sentiments et de leurs pensées, moment après moment. Sur base de la reconnaissance et de l'acceptation, il propose aussi de

développer une nouvelle façon d'être par rapport aux pensées, aux sentiments et aux sensations dans la perspective de pouvoir choisir le comportement le plus adéquat (Segal, Teasdale & Williams, 2002). Selon la revue de la littérature de Baer (2003), le MBCT est axé sur l'apprentissage d'une vue décentrée de nos propres pensées en intégrant les affirmations telles que « *les pensées ne sont pas des faits* » et encore, « *je ne suis pas mes pensées* » (p.127). Les patients sont encouragés à adopter cette attitude face aux pensées négatives car elle serait un bon moyen de limiter les ruminations mentales (Teasdale et al., 1995). Baer (2003) souligne aussi que la PC permet de réaliser que les pensées, les sensations et les émotions sont transitoires « *comme des vagues dans la mer* » (p.87). Plus concrètement, ces programmes d'entraînement en 8 séances proposent aux participants de méditer de façon assise ou couchée environ 45 minutes par jour en groupe ou seul à la maison. Ils proposent aussi d'intégrer la PC lors de la réalisation d'activités quotidiennes (e.g. marcher, manger, etc.).

L'utilisation de la PC s'est étendue à divers domaines d'applications : les troubles anxieux et les attaques de panique (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher, Pbert et al., 1992 ; Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995), la fibromyalgie (Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith & Schmid, 1994 ; Kaplan, Goldenberg & Galvin, 1993) et l'acouphène chronique (Philippot, Nef, Clauw, de Romrée & Segal, 2012). Plusieurs études ont montré que la PC améliore également les capacités attentionnelles (Chambers, Lo & Allen, 2008 ; Jha, Krompinger & Baime, 2007 ; Valentine & Sweet, 1999), la gestion des pensées intrusives caractéristiques des ruminations mentales (Heeren & Philippot, 2011) et diminue les symptômes de dépression et d'anxiété (Grossman, Niemann, Schmidt, Walach, 2004 ; Kabat-Zinn et al., 1992 ; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998 ; Speca, Carlson, Goodey & Angen, 2000). Ces améliorations seraient associées également à une diminution du jugement de soi et développeraient l'acceptation et la compassion envers soi-même (Jain, Shapiro,

Swanick, Roesch, Mills, Bell & Schwartz, 2007 ; Kuyken, Watkins, Holden, White, Taylor, Byford et al., 2010 ; Ramel, Goldin, Carmona & McQuaid, 2004 ; Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine, 2011).

Il est important de signaler que les programmes MBSR et MBCT constituent davantage une intervention psychologique de prévention (Grossman et al., 2004 ; Philippot, 2007; Teasdale et al., 1995). Concernant la participation à de tels programmes, aucune étude ne s'est intéressée aux critères d'exclusion formels. Il est toutefois indispensable d'avoir la capacité de réaliser les exercices de PC de manière quotidienne d'au moins 30 minutes (Astin, 1997). Il est dès lors déconseillé aux personnes ayant des ressources attentionnelles déficitaires (e.g. dépression sévère) de participer à ce type d'entraînement car elles risquent de ne pas pouvoir centrer leur attention de manière prolongée. Au vu des observations cliniques, la PC ne serait pas conseillée pour les personnes qui auraient des tendances à la dissociation ou des phobies de type intéroceptives. Toutefois, aucune étude ne semble témoigner de contre-indications réelles pour l'entraînement à la PC (Heeren & Philippot, 2009).

4. Processus de changement activés par la PC

La revue de la littérature de Baer (2003) a mis en avant que les programmes MBCT et MBSR auraient un impact favorable sur cinq processus de changements : l'exposition, les changements cognitifs, la gestion de soi, la relaxation et l'acceptation.

Pour mieux comprendre le concept d'exposition, revenons aux interventions MBSR pour les douleurs chroniques. Celles-ci encouragent les participants à ne pas rejeter ou éviter la douleur mais bien à s'exposer à elle. Sur base de différents exercices de méditation (e.g. scanner du corps, manger un raisin en PC), le patient est amené à focaliser son attention, dans une attitude d'acceptation et de non-jugement, sur la douleur et à observer ses sensations, ses émotions et les jugements qu'elle suscite. Cette exposition prolongée apporterait une

1 diminution de la réponse émotionnelle provoquée par la douleur (Baer, 2003). Des résultats
2 similaires ont été observés pour l'anxiété et les attaques de panique (Kabat-Zinn et al., 1992)
3 ainsi qu'avec des personnes borderlines (Linehan, 1993a, 1993b). Heeren et Philippot (2009)
4 mettent en avant que la PC implique dans une large mesure des processus d'exposition
5 prolongée avec prévention de la réponse d'évitement. La pratique de la PC améliorerait donc
6 les aptitudes des patients à tolérer plus facilement les états émotionnels négatifs et à limiter
7 les stratégies d'évitement.

8 Concernant les changements cognitifs, la PC peut amener des modifications d'ordre
9 métacognitives telles que l'amélioration de la capacité à désamorcer les cycles de cognitions
10 négatives qui s'autoalimentent de façon automatique lors de la rumination. La PC permettrait
11 également de prendre conscience que les pensées ne reflètent pas toujours la réalité (« les
12 pensées ne sont pas des faits ») (Baer, 2003).

13 Ensuite, la pratique de la PC améliorerait la gestion de soi. L'auto-observation des réactions
14 émotionnelles automatiques permet d'imaginer plus facilement des pensées alternatives et
15 d'élargir le répertoire comportemental. Cette observation offre une meilleure connaissance de
16 soi et laisse place à davantage de réactions non automatiques (Baer, 2003). Linehan (1993b),
17 quant à elle, suggère que l'observation de soi sans se juger réduit l'impulsivité et les
18 comportements inappropriés.

19 En ce qui concerne la relaxation, l'objectif de la PC n'est pas d'atteindre un état de
20 relaxation mais plutôt de s'entraîner à observer l'expérience présente sans se juger. Elle fait
21 appel à un travail d'attention, de concentration et d'observation des pensées qui peut sembler
22 incompatible avec la relaxation. Néanmoins, la pratique de la PC peut mener à certains états
23 de relaxation sans que ce ne soit le but (Baer, 2003).

1 Finalement, la PC permettrait aussi d'améliorer l'acceptation des expériences. Elle rejoint
2 les conceptions de Hayes (1994) sur la thérapie de l'acceptation et de l'engagement qui invite
3 à vivre intégralement les expériences telles qu'elles se présentent sans les juger. Cette absence
4 de jugement amène Baer (2003) à considérer la PC comme une méthode permettant de
5 développer les habiletés d'acceptation. L'efficacité de la PC dans les troubles
6 psychopathologiques laisse penser que son intégration dans les traitements sexologiques serait
7 tout à fait pertinente. Dans ce sens, intéressons-nous à son efficacité plus spécifiquement pour
8 les dysfonctions sexuelles féminines.

9 **5. Efficacité de la PC pour le traitement des dysfonctions sexuelles féminines**

10 Depuis quelques années, la PC a été introduite en sexologie pour la prise en charge des
11 difficultés sexuelles féminines.

12 La première étude introduisant la PC en sexologie provient d'une thèse publiée par
13 Mayland (2005) qui s'est intéressée à l'effet de la méditation sur la satisfaction sexuelle chez
14 10 femmes pratiquant la PC. Celles-ci ont rapporté que ces techniques permettaient avant tout
15 d'être plus conscientes de leurs sensations physiques et de leurs émotions, ce qui
16 augmenterait leur satisfaction sexuelle. De plus, la PC leur permettrait de lâcher prise plus
17 facilement par rapport aux attentes au sein du couple. Cette première étude qualitative a mis
18 en évidence le double effet de la PC : la focalisation sur les stimuli érotiques et le
19 développement de l'acceptation.

20 Ensuite, Brotto et Heiman (2007) ont élaboré un protocole basé sur la PC spécifiquement
21 conçu pour répondre aux plaintes de baisse de l'excitation chez des femmes ayant subi une
22 hystérectomie radicale suite à un cancer gynécologique. La PC a été intégrée à raison de 4
23 séances de 90 minutes dans un traitement comprenant diverses interventions notamment de la
24 sexothérapie cognitive comportementale et de la psychoéducation à propos de la sexualité.

Ces chercheurs soutenaient l'hypothèse que la PC pouvait aider les femmes à se focaliser davantage sur les stimuli érotiques et sexuels au lieu d'être distraites par des pensées et des émotions désagréables. Durant les exercices de PC, les patientes étaient amenées à focaliser leur attention sur leurs sensations corporelles mais aussi sur leurs sensations sexuelles afin de les laisser émerger à la conscience sans se juger. Cette intervention a été testée sur un échantillon de 22 femmes en couple qui ont pu retrouver une image plus positive d'elles-mêmes. La PC a été aussi jugée comme la partie la plus aidante du traitement.

Une autre étude de Brotto et al. (2008) a utilisé la PC auprès de 26 femmes se plaignant de baisse de l'excitation et du désir sexuel après un cancer gynécologique. Elle a été introduite à raison de 3 sessions de 90 minutes dans un traitement comprenant diverses interventions. Une série de questionnaires ont été complétés avant et après cette intervention notamment le *Female Sexual Function Index* (FSFI, Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, et al., 2000) qui mesure la réponse sexuelle féminine (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction, douleur) et le *Female Sexual Distress Scale* (Derogatis, Clayton, Lewis-D'agostino, Wunderlich & Fu, 2008) qui évalue la détresse sexuelle. Cette étude rapporte une amélioration significative du désir et une diminution de la détresse émotionnelle ($p < .01$). Les femmes étaient également plus réceptives aux stimuli érotiques et sexuels.

Ces résultats ont été répliqués dans une autre étude de Brotto et al. (2012a) sur un échantillon de 31 femmes souffrant d'endométriose après un cancer gynécologique comparé à un groupe en liste d'attente. Les femmes ayant suivi le protocole en 3 séances basé sur la PC rapportent des résultats au FSFI significativement supérieurs comparativement à l'autre groupe concernant le désir, l'excitation sexuelle, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction sexuelle ($p < .000$) et présentent moins de détresse sexuelle ($p < .000$). Elles perçoivent également davantage les signes de leur excitation sexuelle génitale (conscience intéroceptive) quand elles sont exposées à des films érotiques ($p < .05$). Ces résultats semblent

1 particulièrement intéressants car contrairement aux hommes, les femmes rapportent parfois
2 une différence importante entre leur excitation sexuelle génitale (e.g. lubrification, chaleur...) et leur excitation subjective perçue quand elles sont exposées à des images érotiques (Chivers,
3 Seto, Lalumiere, Laan & Grimbos, 2010). Concrètement, une femme peut présenter des
4 signes d'excitation génitale sans en avoir réellement conscience. Brotto et al. (2012a)
5 soulignent l'importance de prendre en considération tant l'excitation sexuelle génitale que
6 l'excitation subjective dans les futurs traitements en apprenant aux femmes à percevoir leurs
7 sensations corporelles qui surgissent dans l'instant présent dans une attitude de non jugement.

9 Ces mêmes améliorations ont été observées dans une autre étude (Brotto, Seal & Rellini,
10 2012b) qui s'est intéressée à 20 femmes ayant été abusées sexuellement et présentant de la
11 détresse sexuelle. Ces auteurs ont remarqué que les femmes rapportaient une discordance
12 importante entre l'excitation sexuelle génitale et l'excitation sexuelle subjective ainsi qu'un
13 évitement important des activités sexuelles. D'après leurs résultats, la PC améliore
14 l'excitation sexuelle subjective et diminue la détresse sexuelle. Ils recommandent dès lors
15 d'intégrer la PC dans le traitement des difficultés sexuelles notamment quand les femmes
16 souffrent de discordance entre l'excitation génitale et subjective.

17 Silverstein, Brown, Roth et Britton (2011) ont formulé l'hypothèse, quant à eux, qu'un
18 entraînement à la PC pourrait améliorer la conscience intéroceptive et lever les trois barrières
19 psychologiques pouvant entraver le fonctionnement sexuel (l'attention, le jugement de soi et
20 les symptômes de dépression et d'anxiété). Ils ont recruté 30 étudiantes volontaires pour
21 suivre un programme hebdomadaire de 2h30 étalé sur 12 semaines. Le groupe contrôle suivait
22 des cours de religion tandis que le groupe expérimental suivait ces mêmes cours mais en plus
23 participait à des séances de PC. Dans ce groupe, il était proposé aux participantes de méditer à
24 domicile durant 3 heures par semaine. D'après leurs résultats, les femmes ayant suivi le
25 programme de PC améliorent de manière significative leur conscience intéroceptive en

comparaison avec le groupe contrôle ($p < .05$). Elles augmentent aussi de manière significative leurs capacités d'attention ($p = .001$), de non jugement ($p = .01$) et leurs symptômes de dépression ($p < .05$) et d'anxiété ($p = .009$). De plus, l'amélioration de la conscience intéroceptive semble être significativement corrélée avec une diminution des trois barrières psychologiques du fonctionnement sexuel ($p < .05$). Cette étude apporte une avancée considérable car elle met en avant, de manière rigoureuse, un des changements sous-tendus par la PC qui est l'amélioration de la conscience intéroceptive.

Plus récemment, la PC a été utilisée auprès de femmes souffrant de dyspareunie et a montré une diminution de l'hypervigilance, du sentiment d'incapacité, de la catastrophisation, de la détresse sexuelle et des symptômes dépressifs (Brotto, Basson, Smith, Driscoll & Sadownik, 2015). Nous savons que les difficultés sexuelles sont généralement associées à une hypervigilance en lien avec la difficulté sexuelle, à une catastrophisation de la problématique par des jugements et des pensées négatives en lien avec l'expérience vécue (Nobre & Pinto-Goveia, 2006). Dans cette perspective, la PC semble être une réponse thérapeutique tout à fait indiquée en vue de désamorcer le cercle vicieux associé aux difficultés sexuelles et plus spécifiquement au trouble de l'orgasme. En effet, les exercices de PC proposent une exposition prolongée aux émotions et aux pensées négatives dans une attitude d'ouverture et de non-jugement afin d'apprendre à la personne à mieux les apprivoiser. De plus, cette observation curieuse de soi permet également de prendre conscience de sa tendance naturelle à la distraction et à l'évitement (pensées négatives, stopper le rapport, etc). Quand des pensées négatives et des jugements se présentent, les patients sont encouragés à simplement les observer et ensuite, à les laisser passer sans s'y attacher. Grâce à cet entraînement, ils arrivent progressivement à considérer les pensées et les émotions pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des constructions de l'esprit et des phénomènes transitoires. Dès lors, un espace de liberté est créé et ils ne sont plus obligés de suivre leurs pensées négatives (Brotto et al., 2015). Cette

prise de conscience devrait permettre aux patientes de mieux comprendre le cercle vicieux des difficultés sexuelles, de leur donner l'occasion de jouer un rôle actif dans leur traitement mais aussi de diminuer à long terme leur tendance automatique à « fusionner » avec leurs pensées et leurs émotions désagréables. Apprivoiser sa souffrance au lieu de l'éviter, c'est le principe de base de la PC.

Une étude récente (Newcombe & Weaver, 2016) menée sur large échantillon de 355 femmes confirment les résultats précédents. En effet, les femmes qui pratiquent la pleine conscience présentent significativement moins de distraction cognitive ($p < .001$) et sont plus satisfaites sexuellement.

Récemment, le programme *mindfulness-based cognitive therapy for sexuality (MBCT-S)* en 8 semaines a été évalué auprès de 26 femmes souffrant d'un désir sexuel hypoactif et d'un manque d'excitation (Paterson, Handy & Brotto, 2017). Le MBCT-S, largement inspiré du programme MBCT (Teasdale, Segal & Williams, 1995), comprend des exercices de PC (e.g. scanner du corps, manger en PC) et des techniques de thérapie sexuelle cognitivo-comportementale (e.g. psychoéducation, exercices sexologiques) ainsi que des exercices à réaliser à domicile. Au regard des résultats, le programme MBCT-S améliore 35% du désir ($p < .001$), 56% de l'excitation ($p = .004$), 25% de la lubrification ($p < .001$), 27% de l'orgasme ($p = .012$) et 41% de la satisfaction sexuelle ($p = .003$). Par contre, il n'y a pas d'amélioration concernant douleur sexuelle ($p = .692$). Il diminue également les symptômes de dépression de 40% ($p = .002$) et 79% de la distraction cognitive ($p < .001$).

Un autre programme en 6 séances d'autotraitement via internet rapporte des résultats similaires pour les femmes souffrant de difficultés sexuelles et de détresse sexuelle (Hucker and McCabe, 2014). Celui-ci est inspiré d'exercices des thérapies cognitives et comportementales (e.g. psychoéducation, sensate focus, exercices de communication) tout en intégrant un entraînement à la PC et en ayant un contact par téléphone avec un thérapeute. Au total, 26 femmes ont suivi

1 l'autotraitement et 31 femmes ont été placées en liste d'attente. L'étude mesurée par le FSFI
2 rapporte une améliorée du désir ($p < .05$), de l'excitation ($p < .001$), de la lubrification ($p < .01$),
3 de l'orgasme ($p < .001$) et de la satisfaction sexuelle ($p < .001$). Par ailleurs, la douleur sexuelle ne
4 semble pas s'améliorer ($p = .17$). Quant à la détresse sexuelle, elle diminue significativement ($p <$
5 $.001$).

6 Ces recherches semblent tout à fait soutenir l'intérêt d'intégrer la PC dans le traitement des
7 difficultés sexuelles féminines. Cependant, ces résultats ne peuvent malheureusement pas être
8 généralisés à toute la population car ces études sont le plus souvent menées sur un échantillon
9 limité sans répartition aléatoire des sujets. De plus, comme la PC est introduite dans un
10 traitement composé de plusieurs interventions, il n'est pas aisé d'évaluer réellement l'impact
11 de la PC.

12 **Conclusion**

13 Le trouble de l'orgasme représente une des plaintes les plus fréquemment rencontrées en
14 consultations de sexologie. Cette problématique est généralement caractérisée par un manque
15 d'expériences sexuelles et notamment celles relevant de l'apprentissage de la masturbation
16 (Kelly et al., 1990). Elle est aussi fortement en lien avec des difficultés à communiquer à
17 propos de la sexualité avec son partenaire (Kelly et al., 2004). Plusieurs études ont rapporté
18 que les femmes anorgasmiques ont une plus grande tendance à la distraction cognitive
19 (Cuntim & Nobre, 2011 ; Dove & Wiederman, 2000). En effet, elles activeraient davantage de
20 schémas cognitifs dysfonctionnels, de croyances négatives envers elles-mêmes générant des
21 pensées parasites. De plus, les femmes anorgasmiques souffrent également d'un manque de
22 pensées érotiques. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'elles présentent davantage
23 d'émotions négatives telles que de la honte, de la culpabilité, de l'anxiété, de la détresse
24 émotionnelle, etc (Birnbaum, 2003). Plusieurs auteurs ont mis en évidence que les pensées

1 négatives ainsi que les émotions qui en découlent peuvent monopoliser les ressources
2 cognitives de la femme en la détournant du moment présent et ainsi interférer avec sa capacité
3 à percevoir ses sensations physiques, c'est-à-dire la « conscience intéroceptive » (Basson,
4 2002 ; Janssen et al., 2000).

5 Force est de constater qu'il n'existe aujourd'hui aucun médicament pour l'anorgasmie et
6 que les aides proposées sont généralement d'ordre sexothérapeutique. Actuellement, les
7 traitements TCC de l'anorgasmie ont généralement pour objectif de viser l'atteinte de
8 l'orgasme que ce soit seule ou avec le partenaire. Ils proposent surtout d'améliorer les
9 habiletés comportementales (masturbation dirigée, alignement coïtal, *sex-toy*, communication,
10 etc) et favoriser la gestion de l'anxiété (désensibilisation systématique, sensate focus, etc).
11 Ces interventions sont souvent des moyens pour restructurer les cognitions dysfonctionnelles
12 et adoucir les schémas cognitifs associés. Malgré tout, la gestion des pensées et des émotions
13 négatives (détresse sexuelle, honte, culpabilité) a moins attiré l'attention des chercheurs en
14 sexologie. Les processus cognitifs et émotionnels semblent pourtant jouer un rôle
15 prépondérant dans le maintien du trouble de l'orgasme. De plus, de nombreuses femmes
16 rapportent « être distraites ou déconnectées » pendant les activités sexuelles. Elles
17 mentionnent ne pas arriver à percevoir leurs sensations corporelles et disent ne pas toujours
18 trouver les outils concrets pour mieux être immergées dans l'expérience présente. Nous
19 pensons que les futurs traitements de l'anorgasmie devraient donner une place plus importante
20 aux fonctions attentionnelles, à la gestion des cognitions et des émotions et favoriser les
21 capacités d'acceptation. Les programmes de traitement devraient chercher davantage à
22 développer les habiletés à atteindre l'orgasme (focalisation sur les stimuli érotiques,
23 augmenter la conscience intéroceptive, etc) plutôt que de viser à atteindre l'orgasme à tout
24 prix. Dans cette perspective, les traitements sexologiques de l'anorgasmie pourraient
25 s'inspirer de la troisième vague des TCC qui offre davantage de place à la gestion des pensées

1 négatives et des émotions en intégrant les techniques de la thérapie de l'acceptation et de
2 l'engagement et de la PC. En effet, les prises en charge basées sur la PC proposent des
3 exercices de méditation centrés sur les sensations corporelles tout en développant une attitude
4 d'acceptation et de non jugement.

5 D'après le modèle théorique de Bishop et al. (2004), la PC permet d'autoréguler l'attention
6 et de l'orienter vers l'expérience. Dans le contexte de la sexualité, l'autorégulation de
7 l'attention pourrait aider les femmes anorgasmiques, quand elles sont distraites, à en prendre
8 conscience. Et ensuite, d'apprendre à réorienter leur attention sur les aspects érotiques de la
9 rencontre sexuelle, ce qui augmenterait l'excitation sexuelle et diminuerait la distraction
10 cognitive. Quant à l'orientation attentionnelle vers l'expérience présente, elle leur offrirait la
11 possibilité de prendre conscience de la façon dont l'attention est attirée de manière
12 automatique vers certaines pensées ou émotions. Elle leur permettrait également de
13 développer une observation curieuse et bienveillante de l'expérience sans chercher à la
14 changer ou à l'éviter. En effet, la PC invite à orienter l'attention sur toutes les facettes de
15 l'expérience (caresses érotiques du partenaire, mots doux, etc). Bien que cette technique
16 n'était pas encore utilisée à l'époque de Masters et Johnson, ceux-ci demandaient déjà à leurs
17 patients de recourir au *sensate focus* afin d'être pleinement immergés dans les sensations
18 corporelles. Cependant, à la différence de ce type de massage, la PC se focalise sur l'entièreté
19 de l'expérience et pas uniquement sur les caresses du partenaire et peut se réaliser sans la
20 présence de celui-ci (Brotto, 2013). La PC enseigne donc de rester présent sans se juger toute
21 en cultivant « l'esprit du débutant », c'est-à-dire de tenter de vivre les choses comme si c'était
22 la première fois. Cette technique offre l'avantage de ne pas viser un objectif précis mais plutôt
23 de vivre les expériences avec ouverture, patience et persévérance.

24 D'après la revue de la littérature, les programmes MBSR, MBCT ont montré leur efficacité
25 sur de nombreux troubles psychopathologiques en activant plusieurs processus de

1 changements tels que l'exposition, les changements cognitifs, la gestion de soi, la relaxation
2 et l'acceptation (Baer, 2003). D'autres études soulignent ces résultats en observant que ces
3 programmes améliorent aussi les capacités attentionnelles (Chambers et al., 2008 ; Jha et al.,
4 2007 ; Valentine & Sweet, 1999), la gestion des pensées intrusives caractéristiques des
5 ruminations mentales (Heeren & Philippot, 2011) et diminue les symptômes de dépression et
6 d'anxiété (Grossman et al., 2004 ; Shapiro et al., 1998 ; Speca et al., 2000). Ces améliorations
7 seraient associées également à une diminution du jugement de soi et développeraient
8 l'acceptation et la compassion envers soi-même (Jain et al., 2007 ; Kuyken et al., 2010 ;
9 Ramel et al., 2004 ; Van Dam et al., 2011). Il semble donc que la PC peut être bénéfique dans
10 le traitement du trouble de l'orgasme qui est sous tendu par ces mêmes processus
11 dysfonctionnels.

12 Depuis quelques années, la PC est utilisée dans le traitement de certaines difficultés
13 sexuelles (baisse de désir et de l'excitation sexuelle, gestion la détresse sexuelle en lien avec
14 un abus sexuel, dyspareunie, etc) et montre déjà des résultats bénéfiques sur toute la réponse
15 sexuelle féminine. L'intégration d'exercices de PC dans un traitement comprenant diverses
16 interventions TCC semble améliorer le désir sexuel (Brotto et al., 2008 ; 2012, Brotto, 2017),
17 l'excitation sexuelle (Brotto et al., 2012 ; 2012b ; Brotto et al., 2016), la lubrification,
18 l'orgasme (Brotto et al., 2012), la satisfaction sexuelle (Brotto et al., 2012 ; Mayland, 2005) et
19 diminue la détresse sexuelle (Brotto et al., 2008 ; 2012 ; 2012b ; 2015). De plus, les femmes
20 évaluent la PC comme l'élément le plus aidant parmi l'ensemble des interventions
21 thérapeutiques (Arora & Brotto, 2017 ; Brotto & Heiman, 2007).

22 La PC permettrait également de lever les trois barrières du fonctionnement sexuel féminin :
23 le manque d'attention, le jugement de soi et les symptômes de dépression. Celles-ci sont
24 négativement corrélées avec la conscience intéroceptive (Silverstein et al., 2011). Plusieurs
25 études ont observé que la PC améliore la conscience intéroceptive (Brotto et al., 2012 ;

1 Silverstein et al., 2011) et permet de diminuer la discordance entre l'excitation sexuelle
2 génitale et subjective (Brotto et al., 2012b).

3 En conséquence, l'intégration de la PC améliorerait les prises en charge
4 sexothérapeutiques actuelles du trouble de l'orgasme en agissant plus spécifiquement sur les
5 processus cognitifs et émotionnels dysfonctionnels (distraction cognitive, manque de
6 conscience intéroceptive, etc.). Il nous semble donc important de développer la recherche
7 clinique afin de clarifier l'efficacité de ce type d'intervention. Au regard de la littérature,
8 plusieurs auteurs (Brotto & Heiman, 2007 ; Brotto et al., 2008 ; Mayland, 2005 ; Brotto et al.
9 2012) soulignent la nécessité de conduire des études avec davantage de rigueur
10 méthodologique afin d'évaluer les effets de la PC dans le domaine de la sexualité des femmes.
11 La PC devrait être également comparée à d'autres interventions thérapeutiques pour des
12 problèmes similaires tout en contrôlant l'homogénéité des échantillons.

13 **Déclaration de liens d'intérêts**

14 Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

15

Références

- Adam, F., Géonet, M., Day, J., De Sutter, P. (2015). Mindfulness skills are associated with female orgasm? *Sexual and Relationship Therapy*, 30 (2), 256-267.
- Adam, F., Thoveron, M., Day, J., & de Sutter, P. (2017). Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux apprehender le trouble de l'orgasme chez la femme. *Sexologies*, 24, 155-162.
- Almas, E., & Landmark, B. (2010). No pharmacological treatment of sexual problems- a review of research literature 1970-2008. *Sexologies*, 19, 202-211.
- Arora, N., & Brotto, L.A. (2017). How does playing attention improve sexual functioning in women ? A review of mechanisms. *Sexual Medicine Reviews*, 5, 266-274.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: APA.
- Andersen, B.L. (1983). Primary orgasmic dysfunction: diagnostic considérations and review of treatment. *Psychological Bulletin*, 93, 105- 136.
- Aubin, S. (2011). Dysfonction orgasmique chez la femme. In Poudat, F-X. *Sexualité, couple et TCC : les difficultés sexuelles* (v.1, pp.149-165). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97-106.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology : Science Practice*, 10, 125-142.

1 Basson, R. (2002). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex and Marital Therapy*,
2 28(1), 1-10.

3 Basson, R., & Weijmar Schultz, W. (2007). Sexual sequelae of general medical disorders.
4 *Lancet*, 369, 350–352.

5 Berghmans, C., Strub, L., Marina, K., Tarquinio, C. (2009). La méditation comme outil
6 psychothérapeutique complémentaire : une revue de question. *Journal de thérapie*
7 *comportementale et cognitive*, 19, 120-135.

8 Birnbaum, G. E. (2003). The Meaning of Heterosexual Intercourse Among Women With
9 Female Orgasmic Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 61-71.

10 Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., et al. (2004).
11 Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*,
12 11, 230-241.

13 Brotto, L. (2013). Mindful sex. *Canadian journal of Human Sexuality*, 22 (2), 63-68.

14 Brotto, L. (2017). Evidence- based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in*
15 *Neuroendocrinology*, 45, 11-17.

16 Brotto, L., & Basson, R. (2014). Group mindfulness based sex therapy significantly improve
17 sexual desire in women. *Behavior Research and Therapy*, 57, 43-54.

18 Brotto, L., Basson, R., Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational
19 intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine*, 5,
20 1646-1659.

21 Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K. B., Driscoll, M., Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based
22 group therapy for women with provoked vestibulodynia, *Mindfulness*, 6, 417–432

23 Brotto, L., Chivers, M., Millman, R., & Albert, A. (2016). Mindfulness –based sex therapy
24 improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal
25 difficulties. *Arch Sex Behav*, 45, 1907-1921.

- 1 Brotto L.A., Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M et al. (2012a). A brief
2 mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus
3 wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2),
4 320-325.
- 5 Brotto, L., Heiman, J. (2007). Mindfulness in sex therapy: Applications for women with
6 sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sexual and Relationship therapy*, 22 (1),
7 3-11.
- 8 Brotto, L. A., Seal, B. N. et Rellini, A. (2012b). Pilot study of a brief cognitive behavioral
9 versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of
10 childhood sexual abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 38(1), 1-27.
- 11 Caruso, S., Di Pasqua, S. (2019). Mise à jour sur la prise en charge pharmacologique des
12 dysfonctionnements sexuels féminins. *Sexologies*, 28, 59-64.
- 13 Chambers, R., Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness
14 training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and*
15 *Research*, 32(3), 303-322.
- 16 Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumiere, M.L., Laan, E., Grimbos, T. (2010) Agreement of self-
17 reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis.
18 *Archives of Sexual Behavior*, 39, 5-56.
- 19 Cuntim, M., & Nobre, P. (2011). The role of cognitive distraction on female orgasm.
20 *Sexologies*, 20(4), 212-214.
- 21 DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008).
22 Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with
23 hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 5 (2), 357-364.
- 24 De Sutter, P., Day, J., & **Adam, F.** (2014). Who are the orgasmic women? Exploratory study
25 among a community sample of French-speaking women, *Sexologies*, 23 (3), 93-100.

- 1 Donahey, K.M. (2010). Female orgasmic disorder. In S. Levine, C. Risen, & S. Althof (Eds.),
2 Handbook of clinical sexuality for mental health professionals (pp. 181-192). New York,
3 NY: Routeledge.
- 4 Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual
5 functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 67-78.
- 6 Eichel, E.W., Eichel, J.D., Kule, S. (1988). The technique of coital alignment and its relation
7 to female orgasmic response and simultaneous orgasm. *Journal of Sex and Marital*
8 *Therapy*, 14 (2), 129-141.
- 9 Everaerd, W., Dekker, J. (1981). A comparison of sex therapy and communication therapy:
10 couples complaining of orgasmic dysfunction *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7(4),
11 278-289.
- 12 Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S. & Schmid, C. H.
13 (1994). A controlled study of a stress-reduction cognitive-behavioral treatment program in
14 fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53-66.
- 15 Gould, R.A., Clum, G.A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical*
16 *Psychology Review*, 13(2), 169-186.
- 17 Grenier Genest, A., & Courtois, F. (2017). Les accidents vasculaires cérébraux et leur impact
18 sur la sexualité. *Sexologies*, 26, 115-135.
- 19 Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress
20 reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1),
21 35-43.
- 22 Harris, J. M., Cherkas, L. F., Kato, B. S., Heiman, J. R., & Spector, T. D. (2008). Normal
23 variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual
24 women: A population based study. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1177–1183.

- 1 Hayes, R., Bennet, C., Fairley, C., Dennerstein, L. (2006). What can prevalence studies tell us
2 about female difficulty and dysfonctions? *Journal of Sexual Medicine*, 3(4), 589-595.
- 3 Hayes, S.C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S.C.
4 Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change:*
5 *Content and context in psychotherapy* (pp. 13–32). Reno, NV: Context Press.
- 6 Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An*
7 *experiential approach to behavior change*. New York : Guilford Press.
- 8 Heeren, A., Philippot, P (2009). Les interventions psychologiques basées sur la pleine
9 conscience. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 14 (2), 13-23.
- 10 Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience: Une
11 revue conceptuelle et empirique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31(3), 37-61.
- 12 Heeren, A. & Philippot, P. (2011). Changes in ruminative thinking mediate the clinical
13 benefits of mindfulness: Preliminary findings. *Mindfulness*, 2, 8-13.
- 14 Heiman, J.R. (2007). Orgasmic disorders in women. In S.R. Leiblum (Ed.) *Principles and*
15 *practice of sex therapy* (4th ed., pp. 84-123). New York : Guildford.
- 16 Heiman, J.R., LoPiccolo, L., & LoPiccolo, J. (1976). *Becoming orgasmic: a sexual growth*
17 *program for woman*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- 18 Hucker, A., & McCabe, M. P. (2014). An online, mindfulness-based, cognitive-behavioral
19 therapy for female sexual difficulties: impact on relationship functioning. *Journal of Sex*
20 *and Marital Therapy*, 40, 561–576.
- 21 Hurlbert, D.F., Apt, C. (1995). The coital alignment technique and directed masturbation: a
22 comparative study on female orgasm. *Journla of Sex and Marital Therapy*, 21, 21-29.
- 23 IsHak, W. W., Bokarius, A., Jeffrey, J. K., Davis, M. C., & Bakhta, Y. (2010). Disorders of
24 orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments. *Journal of Sexual*
25 *Medicine*, 7(10), 3254-3268.

1 Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., et al. (2007). A
2 Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation Versus Relaxation Training:
3 Effects on Distress, Positive States of Mind, Rumination, and Distraction. *Annals of*
4 *Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.

5 Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the
6 appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal.
7 *Journal of Sex Research*, 37(1), 8-23.

8 Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems
9 of attention. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119.

10 Jones, W., Facog, JR., Park, P. (1972). Treatment of single-partner sexual dysfunction by
11 systematic desensitization. *Obstetrics and Gynecology*, 39 (3), 411-417.

12 Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients
13 based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and
14 preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

15 Kabat-Zinn, J., Massion, M.D., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., et al.
16 (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of
17 anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

18 Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future.
19 *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10, 144-156.

20 Kabat-Zinn, J., André, C., Maskens, C. (2009). *Au cœur de la tourmente, ma pleine*
21 *conscience, MBSR, la réduction du stress basé sur la mindfulness : programme complet en*
22 *8 semaines*. Edition De Boeck Université, Bruxelles.

23 Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner-Mazel.

24 Kaplan, K. H., Goldenberg, D.L., Galvin, N. M. (1993). The impact of meditation-based
25 stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.

1 Kegel AH. (1952). Sexual functions of the pubococcygeus muscle. Western journal of
2 surgery, obstetrics, and gynecology, 60, 521–24.

3 Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Kircher, J. R. (1990). Attitudinal and experiential correlates
4 of anorgasmia. Archives of Sexual Behavior, 19(2), 165-177.

5 Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2004). Communication and associated
6 relationship issues in female anorgasmia. Journal of Sex and Marital Therapy, 30(4), 263-
7 276.

8 Kilmann, P. R., Boland, J. P., Norton, S. P., Davidson, E., Caid, C. (1986). Perspectives of
9 sex therapy outcome: A survey of AASECT providers. Journal of Sex and Marital
10 Therapy, 12, 116-138.

11 Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., et al. (2010). How
12 does mindfulness-based cognitive therapy work? Behaviour Research and Therapy, 48(11),
13 1105-1112.

14 Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R. & Michaels, S. (1994). The social organization of
15 sexuality: sexual practices in the United States. University of Chicago, Chicago.

16 Levin, R.J. (2014). The pharmacology of human female orgasm- its biological and
17 physiological backgrounds. Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 121, 62-70.

18 Lewis R, Fugl-Meyer K, Corona G, Hayes R, Laumann E, Moreira E Jr, et al. (2010).
19 Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine, 7
20 (4 part 2),1598-1607.

21 Libman, E., Fichten C.S., Brender, W., Burstein, R., Cohen, J., Binik., G. (1984). A
22 comparison of three therapeutic formats in the treatment of secondary orgasmic
23 dysfunction. Journal of Sex and Marital Therapy, 10(3), 147-59.

24 Linehan, M.M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.
25 New York:Guilford Press.

- Linehan, M.M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York:Guilford Press
- Linschoten, M., Weiner, L., & Avery-Clark, C. (2016). Sensate focus: a critical literature review. *Sexual and relationship therapy*, 31(2), 230-247.
- LoPiccolo, J., Lobitz, C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2 (2), 163-171.
- LoPicollo, J. Stock, W.E. (1986). Treament of sexual dysfunction. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, 158-167.
- Marrs, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23(6), 843-870.
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2001). The nature of human orgasm: A critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21, 823–856.
- Masters, W., Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston : Little Brown.
- Mayland K.A. (2005). *The Impact of Practicing Mindfulness Meditation on Women’s Sexual Lives* [dissertation]. San Diego, CA: California School of Professional Psychology.
- Meston, C. M., Levin, R. J., Sipski, M. L., Hull, E. M., & Heiman, J. R. (2004). Women's orgasm. *Annual Review of Sex Research*, 15, 173-257.
- Miller, J.J., Fletcher, K., Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3):192-200.
- Mintz, L., Balzer, A., Zhao, X., & Bush, H.E. (2012). Bibliotherapy for low sexual desire: Evidence for effectiveness. *Journal of Counseling psychology*, 59(3), 471-478.
- Morokoff, P. J., LoPiccolo, J. (1986). A comparative-evaluation of minimal therapist contact and 15-session treatment for female orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 294-300.

- 1 Munjack, D., Cristol, A., Goldstein, A., Phillips, D., Goldberg, A., Whipple, K., et al., (1976),
2 Behavioral treatment of orgasmic dysfunction: A controlled study. *British Journal of*
3 *Psychiatry*, 129, 497-502.
- 4 Newcombe, B.C., & Weaver, A.D. (2016). Mindfulness, cognitive distraction and sexual
5 well-being in women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 99-108.
- 6 Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: differences between
7 sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35,
8 491-499.
- 9 Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2008b). Cognitive and emotional predictors of female sexual
10 dysfunctions: preliminary findings. *Journal of sex and marital therapy*, 34, 325-342.
- 11 Paterson, L., Handy, A., & Brotto, L. (2017). A pilot study of eight session mindfulness-based
12 cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. *The Journal of Sex*
13 *research*, 54 (7), 850-861.
- 14 Philippot, P. (2007), *Thérapie basée sur la pleine conscience : Mindfulness, cognition et*
15 *émotion*. In : Cottreaux, J. (2007), *Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague*,
16 Paris, Masson.
- 17 Philippot, P., Nef, F., Clauw, L., de Romrée, M., & Segal, Z. (2012). A randomized
18 controlled trial of mindfulness based cognitive therapy for treating tinnitus. *Clinical*
19 *Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 411-419.
- 20 .
- 21 Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *The Quarterly journal of experimental*
22 *psychology*, 32(1), 3-25.
- 23 Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of
24 mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression.
25 *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455.

- 1 Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need
2 of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 172-178.
- 3 Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Meston, C., Shabsigh, D., Ferguson, D. & D'agostino, R.
4 (2000). The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report
5 instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex Marital Therapy*,
6 26 (2), 191-208.
- 7 Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive*
8 *Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- 9 Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress
10 reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-
11 599.
- 12 Shapiro, S., Carlson, LP., Austin, JA., Freedman, B. (2006). Mecanism of mindfulness.
13 *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 373-386.
- 14 Silverstein, R. G., Brown, A. C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of
15 mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: Implications for female sexual
16 dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 817-825.
- 17 Sotile, W. M., Kilmann, P.R. (1978). Effects of group systematic desensitization on female
18 orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 477- 491.
- 19 Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list
20 controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction
21 program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*,
22 62(5), 613-622.
- 23 Strub, L. (2013). Applicability potential of mindfulness-based cognitive therapy for the
24 management of sexual disorders, *Annales-Medico-Psychologiques*, 171(2), 105-109.

- 1 Tavares, I.M. , Laan, E.T.M., & Nobre, P.J. (2017). Cognitive affective dimensions of female
2 orgasm: the role of automatic thoughts and affect during sexual activity. *The Journal of*
3 *Sexual Medecine*, 14 (6), 818-828.
- 4 Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness and the Third Wave of cognitive-behavioural therapies.
5 Keynote address at the 34th Annual Congress of the European Association for Behavioural
6 and Cognitive Therapies, Manchester, UK.
- 7 Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Williams, M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent
8 depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help?
9 *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- 10 Valentine, E. R., & Sweet, P. L. G. (1999). Meditation and attention: A comparison of the
11 effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health,*
12 *Religion & Culture*, 2(1), 59-70.
- 13 Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is
14 a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed
15 anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123-130.
- 16 Van Lankveld, J. (1998). Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: a meta-
17 analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 702-708.