

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ANXIÉTÉ, LA DISPOSITION À LA PRÉSENCE ATTENTIVE, ET LE DÉSIR
SEXUEL CHEZ LES HOMMES QUI CONSULTENT EN SEXOLOGIE : UN
MODÈLE DE MÉDIATION

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN SEXOLOGIE

PAR
JULIE DÉZIEL

JUILLET 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

« Nous ne savons pas comment nous faisons pour lire, mémoriser, pas plus que pour observer, imaginer, écrire un texte, résoudre un problème. Nous savons réaliser ces actions, mais nous n'avons qu'une conscience très partielle de la manière dont nous y prenons. Notre expérience la plus immédiate, la plus intime, celle que nous vivons ici et maintenant, nous est la plus étrangère, la plus difficilement accessible »
(Jean-François Dortier, 2014, p. 74)

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est loin d'être le résultat d'un travail solitaire, dont la rédaction n'aurait pas été possible sous le regard bienveillant de ma directrice, Natacha Godbout, qui a su alimenter ma réflexion et m'offrir de précieuses opportunités.

Malgré un sujet limité à quelques concepts, tellement d'idées se sont déployées et enchevêtrées, à partir desquelles les certitudes et réponses claires m'ont souvent semblées impossibles. J'aimerais également adresser de chaleureux remerciements aux autres professeur(e)s et chargé(e)s de cours du département de sexologie de l'UQÀM, dont Carl Rodrigue, Michel Goulet et Martine Hébert, qui m'ont aidée à cheminer grâce à leurs généreux conseils et commentaires.

Merci à Noémie Bigras, Caroline Dugal, Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Roxanne Bolduc, Cloé Canivet, Marianne Girard et à toutes mes autres collègues sympathiques et animées qui m'ont bien accueillie. Tous les moments partagés avec elles m'ont donné beaucoup de force.

Enfin, je tiens spécialement à remercier mon partenaire amoureux, mes ami(e)s et ma famille, qui ont été complices d'indispensables interludes à mes activités académiques de ces deux dernières années.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS	i
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
MISE EN CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	3
1.1 La présence attentive.....	3
1.1.1 Qu'est-ce que la présence attentive?	3
1.1.2 Modernité, contexte culturel et présence attentive.....	5
1.1.3 La présence attentive en sexologie clinique.....	8
1.2 Le Désir sexuel.....	12
1.2.1 Qu'est-ce que le désir sexuel?.....	12
1.2.2 Diminution du désir sexuel chez l'homme.....	15
1.3 Anxiété et désir sexuel chez l'homme	16
1.4 La présence attentive : un processus psychologique qui pourrait expliquer le lien entre l'anxiété et le désir sexuel masculin	18
1.5 Présentation de l'objectif et des hypothèses	21
1.6 Pertinence	22
1.6.1 Pertinence sexologique.....	22
1.6.2 Pertinence scientifique	23
1.6.3 Pertinence sociale	24
CHAPITRE II	
ARTICLE	26
Abstract	27
Method	33
Results	37
Discussion	39
References	45

CHAPITRE III	
CONCLUSION.....	54
3.1 Résultats saillants et leurs implications cliniques	55
3.2 Forces et limites	57
3.3 Pistes de recherches futures.....	58
3.4 Conclusion générale	61
RÉFÉRENCES	63

RÉSUMÉ

En sexologie clinique, l'association entre les pensées et sentiments anxieux et la diminution du désir sexuel masculin est largement documentée (APA, 2013). Une grande disposition à la présence attentive pourrait s'avérer bénéfique chez les hommes dont l'anxiété nuit au désir sexuel. Celle-ci permettrait notamment l'accès à sa sphère sensorielle et favoriserait la gestion des états internes nuisibles (McCarthy et Wald, 2013). Ce mémoire a pour objectif d'examiner la disposition à la présence attentive comme variable médiatrice de la relation entre l'anxiété et le désir sexuel chez les hommes qui consultent en sexologie clinique. Une étude sera présentée, dont l'échantillon est échantillon composé de 105 hommes consultant pour une difficulté sexuelle ou conjugale, recrutés dans différents milieux qui offrent des services de sexothérapie dans la région de Montréal. Les participants ont rempli des questionnaires auto-rapportés mesurant la disposition à la présence attentive, les symptômes d'anxiété et le désir sexuel. Près du tiers (28,7%) ont rapporté la diminution du désir sexuel ou un faible désir sexuel comme motif de consultation. Les résultats d'analyses acheminatoires confirment que les symptômes d'anxiété sont significativement associés à une diminution du désir sexuel. De plus, les résultats révèlent que la présence d'une médiation complète de ce lien par la disposition à la présence attentive explique 16% de la variance du désir sexuel. Le modèle conceptuel, confirmé par ces résultats, suggère que les interventions basées sur la présence attentive pourraient s'avérer bénéfiques chez les hommes qui ont une forte tendance à l'anxiété et qui vivent une difficulté liée à un désir sexuel déficient ou diminué.

MOTS-CLÉS : présence attentive, anxiété, désir sexuel masculin.

INTRODUCTION

Le concept de présence attentive, aussi synonyme de pleine conscience ou *mindfulness*, est une petite ramification de la large étendue de la philosophie bouddhiste, qui a été sécularisée et adaptée à notre contexte thérapeutique occidental. L'intérêt de la présence attentive au service du bien-être et de la santé suscite un engouement important dans plusieurs disciplines thérapeutiques. Les premières recherches en sexologie clinique sur la présence attentive ont pour la plupart été réalisées au cours de la dernière décennie. Les recherches ont porté un intérêt particulier sur la présence attentive dans le traitement des difficultés sexuelles et conjugales chez la femme. Celles qui incluent les hommes dans leurs échantillons sont très rares. La présence attentive est aujourd'hui un outil thérapeutique au service du désir sexuel féminin déjà bien démontré et établi auprès des clientes qui rapportent des épisodes de faible désir sexuel en fonction des riches travaux de Lorie Brotto et ses collaborateurs (Brotto et Basson, 2014; Brotto *et al.*, 2016). Le parallèle avec la clientèle masculine serait-il envisageable? Pour répondre à cette question, il s'avère pertinent de réaliser une étude corrélationnelle auprès d'un échantillon clinique.

Ce mémoire vise donc à explorer le rôle de la présence attentive à travers l'examen d'un modèle de médiation, qui intègre l'anxiété, la disposition à la présence attentive et le désir sexuel auprès d'hommes qui consultent en sexologie clinique. Ce modèle conceptuel fait l'objet de l'article empirique issu de ce mémoire. Plus précisément, ce mémoire est entamé par le chapitre I, qui offre une mise en contexte théorique, historique et socioculturelle de l'étude, suivie de la présentation de l'objectif et des hypothèses du mémoire, pour culminer avec un exposé de sa pertinence sexologique, sociale et scientifique. Ensuite, le chapitre II est formé de l'article empirique, soumis

dans une revue avec comité de révision par les pairs. En conclusion, le chapitre III présente une synthèse des résultats saillants de l'étude, des réflexions complémentaires concernant leurs implications, ainsi qu'une ouverture sur la pratique sexologique et les développements futurs.

CHAPITRE I

MISE EN CONTEXTE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

1.1 La présence attentive

Cette section introduit la présence attentive avec définitions, une mise en contexte et son utilité spécifique en sexologie clinique.

1.1.1 Qu'est-ce que la présence attentive?

La présence attentive est plus communément appelée « pleine conscience » ou « *mindfulness* » en anglais. L'expression plus récente « présence attentive » traduit mieux en français le phénomène auquel réfère le terme « *mindfulness* ». Il s'agit d'être attentif aux expériences telles que vécues au moment présent, alors que le terme « conscience » recouvre plusieurs significations plus abstraites. De plus, le statut de la conscience demeure imprécis et fait l'objet de débats (Dortier, 2014, p. 449).

Parmi les définitions les plus courantes de la présence attentive, Kabat-Zinn (1994), le concepteur d'un programme fondateur de réduction du stress basé sur la présence attentive (MBSR), réfère à la capacité de porter intentionnellement son attention aux expériences intérieures ou extérieures, au moment présent, en adoptant une attitude de non-jugement (Kabat-Zinn, 1994). Ensuite, Bishop *et al.* (2004) ont proposé une définition opérationnelle de la présence attentive qui est largement utilisée en

psychologie. Ces auteurs définissent la présence attentive par une forme de métacognition comprenant deux dimensions, soit (1) l'autorégulation de l'attention et (2) l'attitude d'acceptation. Ces auteurs soutiennent que la présence attentive peut être entraînée, notamment par la pratique de la méditation de présence attentive. Ensuite, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney (2006) ont réalisé une analyse factorielle à partir de cinq questionnaires visant à mesurer le construit de « présence attentive ». Ils ont identifié cinq facteurs distincts qui composent le construit, soit l'observation des expériences vécues, la description de l'expérience vécue, l'action en présence attentive, le non-jugement, ainsi que la non-réactivité des pensées, sensations et émotions. Or, les définitions bidimensionnelles (c.-à-d., contrôle de l'attention et acceptation) basées sur les travaux de Bishop *et al.* (2004) sont les plus utilisées. Par la suite, Brown et Ryan (2003) se sont appuyés sur le modèle bidimensionnel de Bishop *et al.* (2004) pour créer une autre échelle mesurant la présence attentive parmi les plus utilisées, soit le questionnaire *Mindful Attention Awareness Scale*. Ces auteurs définissent la présence attentive par l'attention sur les stimuli internes et externes de l'expérience vécue au moment présent, et ce, avec ouverture et réceptivité. Il s'agit d'une mesure largement utilisée afin de mesurer ce construit.

Par ailleurs, la présence attentive peut varier à travers le temps et d'un individu à l'autre. Ainsi, la présence attentive n'est pas seulement un état, un trait (ou disposition psychologique), mais elle est aussi une forme d'entraînement mental. Il est donc possible de cultiver la disposition à la présence attentive dans la vie de tous les jours, notamment par la pratique de la méditation de présence attentive.

Certaines nuances doivent être relevées concernant la présence attentive versus la pratique de la méditation. Dans les faits, la méditation est un processus permettant à tout individu d'atteindre un état mental différent (Nash et Newberg, 2013). La

méditation basée sur la présence attentive est une méthode particulière qui s'insère dans ce processus plus large. Elle se distingue d'autres méthodes selon l'état mental ou l'objectif visé (p. ex., compassion, concentration, éveil spirituel).

La présence attentive se distingue également de la relaxation, notamment par son objectif visé. En effet, la pratique de la présence attentive implique une prise de conscience de l'expérience vécue au moment présent, dans un mode d'éveil et d'ouverture, et ce, sans chercher à la modifier ni à rechercher des bénéfices immédiats. En revanche, la pratique de la relaxation vise plutôt la gestion et parfois l'évitement des émotions douloureuses, le relâchement musculaire et la diminution de l'hyper-vigilance (André, 2010).

1.1.2 Modernité, contexte culturel et présence attentive

La présence attentive tire ses origines de la philosophie bouddhiste. Le bouddhisme est parfois décrit comme une religion dans la culture scientifique et occidentale. D'un point de vue plus général, il réfère plus souvent à une « philosophie de vie », un « art de vivre », ou encore à « une science de l'esprit ». Il agit comme un système comprenant un ensemble hétérogène de pratiques méditatives, éthiques et de discours, avant tout philosophiques, qui sont véhiculés à travers les enseignements de bouddha, un chef spirituel (Thibeault, 2013).

La présence attentive était à l'origine désignée dans les écrits bouddhistes par le mot *sati* en pali et par le mot *smṛti* en sanskrit (Gethin, 2011). Ces mots réfèrent non seulement à l'action de diriger son attention sur le moment présent avec une attitude d'acceptation, mais aussi de maintenir en mémoire les buts éthiques et spirituels ainsi que les apprentissages passés (Bodhi, 2011). Dans la tradition, le dharma, ou *dhamma*

en pali, signifie l'enseignement de Bouddha. Quelle que soit l'école de bouddhisme, la « prise de refuge » dans les trois joyaux est un engagement dans la pratique inaugurant la voie vers l'état de libération de la souffrance qu'est l'éveil. Les joyaux comprennent Bouddha, Dharma et Sangha. La pureté, la compassion et la sagesse sont les qualités personnelles de Bouddha qui forment un refuge interne lorsqu'un individu bouddhiste les intègre. Ensuite, tout bouddhiste peut atteindre le refuge ultime et le niveau de fusion des trois joyaux, c'est-à-dire l'éveil, en développant la conviction, la persistance, la concentration, le discernement, et, finalement, la présence attentive (Bhikkhu, 2013).

Ce détour sur la tradition bouddhiste souligne que la présence attentive était un élément secondaire qui s'inscrivait dans un large système éthique véhiculé par l'enseignement de Bouddha. Par ailleurs, le statut de la présence attentive dans le contexte bouddhiste suscite des débats autour du fait qu'elle référerait à des capacités humaines universelles dans certains écrits, alors que d'autres écrits décrivent plutôt un résultat associé à des changements plus profonds vis-à-vis de la compréhension de soi à travers un certain mode de vie (Sharf, 2015). Ceci reflète de la grande hétérogénéité du bouddhisme, qui s'est étendu et adapté aux différents contextes culturels. Ainsi, les engagements éthiques, certaines notions telles que la relation à l'identité et les buts associés au dharma ont été réduits du concept afin de l'adapter au contexte culturel occidental (Sharf, 2015). Les aspects considérés plus universels au fonctionnement humain ont ensuite été intégrés à un contexte thérapeutique (Kirmayer, 2015). En Occident, les bénéfices de la présence attentive sur le bien-être et la qualité de vie sont encouragés et diffusés dans divers domaines des soins de santé tels que la médecine, la psychologie, l'acuponcture et l'ostéopathie. En outre, ce concept a été adapté aux valeurs de l'individualisme omniprésentes dans les théories et pratiques thérapeutiques.

En effet, les notions de bien-être et de bonheur diffèrent selon le contexte culturel au sein duquel le concept de présence attentive est utilisé. Par exemple, le concept du non-soi pour atteindre l'éveil est incompatible avec la vision occidentale du bien-être (Kirmayer, 2015). Or, la sécularisation de la présence attentive a permis de l'intégrer à une clientèle large et diversifiée dans les domaines de la santé et du bien-être, c'est-à-dire à tout individu qui présente une souffrance. Les nombreuses thérapies visant à favoriser le bien-être intègrent des interventions basées sur des principes bouddhistes, telles que des exercices quotidiens de méditation de présence attentive ou des techniques d'acceptation des émotions négatives, puisqu'elles sont cohérentes avec « les psychothérapies cognitives centrées sur les états psychologiques agréables » (André, 2014, p.339). Ces thérapies reconnaissent l'utilité des émotions (p. ex., signalement d'un danger) et permettent à l'individu de gérer les émotions négatives lorsque leur rôle n'est plus adapté au contexte et qu'elles dirigent l'existence. De plus, le contrôle de l'attention, une opération mentale qui peut s'apprendre et s'entraîner, permet la prise de conscience de l'expérience subjective, dont l'accès peut s'avérer difficile (Petitmengin, 2014, p. 74). Ce recul réflexif peut aider à faire des choix face aux expériences vécues, plutôt que d'adopter des stratégies d'évitement des pensées ou des émotions négatives. Kirmayer (2004) propose même que la reconnaissance bouddhiste des cognitions comme source de souffrance et de réification de soi favorise l'autonomie face à certains problèmes de la vie de tous les jours.

Les transformations du bouddhisme et de la psychologie expliquent davantage l'engouement pour la présence attentive dans les thérapies récentes. En se modernisant, le bouddhisme tend à devenir une « science de l'esprit » tel que décrit par Sharf (2015). Au même moment, les théories et paradigmes se multiplient et se complexifient dans le champ des sciences cognitives. À partir des années 1990, la « conscience » et les « états mentaux » deviennent des sujets d'étude privilégiés.

Depuis lors, la psychologie s'est vue submergée par les sciences cognitives (Dortier, 2014, p. 33). Ainsi, la porte s'est ouverte à un grand dialogue entre le bouddhisme et la psychologie. La présence attentive a été intégrée à différents courants en psychologie et à plusieurs théories d'auteurs modernes, tels que Ellen J. Langer, Steven C. Hayes, etc. Depuis lors, les interventions basées sur la présence attentive et l'acceptation suscitent un intérêt grandissant et s'inscrivent principalement parmi les approches cognitives et comportementales.

Le bouddhisme s'est donc diffusé à travers le monde et la présence attentive représente une fine ramification de son étendue mondiale. L'engouement particulier de la psychologie pour la présence attentive s'explique par sa compatibilité avec les théories et la pratique des thérapies cognitives et comportementales, qui visent à favoriser le « bien-être ». De plus, la présence attentive forme un élément central aux thérapies cognitives et comportementales récentes, qui s'inscrivent dans une vision plus holistique du traitement. Dans cette optique, il est intéressant de s'attarder sur la façon dont la présence attentive s'intègre actuellement aux théories et aux pratiques sexo-thérapeutiques.

1.1.3 La présence attentive en sexologie clinique

Nous assistons actuellement à une injection des approches basées sur la présence attentive dans le domaine de la sexologie clinique, qui sont relativement nouvelles dans la discipline. Ces approches sont d'ailleurs de plus en plus proposées dans les traitements sexologiques et conjugaux. En fait, la présence attentive est un outil de plus en plus démontré et établi pour diminuer les comportements automatiques ou les patrons d'évitement des expériences internes aversives, ainsi que pour favoriser une meilleure flexibilité psychologique et réponse fluide aux situations de la vie sexuelle.

ou conjugale (Brotto et Goldmeier, 2015). Les interventions sexo-thérapeutiques basées sur la présence attentive favorisent ainsi des changements holistiques par le biais d'un détachement de l'atteinte de résultats centrés sur la diminution des symptômes. Elles visent essentiellement le bien-être sexo-relationnel des individus et la résolution de certaines difficultés, et ce, dans une vision positive et intégrative de la sexualité. La recherche clinique au sujet de la présence attentive et de ses bénéfices sur la sexualité n'en est qu'à ses débuts.

Les interventions basées sur la présence attentive utilisées en sexologie clinique sont généralement tirées parmi quatre principaux programmes des approches cognitives et comportementales : le programme de réduction du stress basé sur la présence attentive (*Mindfulness-Based Stress Reduction-MBSR*), la thérapie cognitive basée sur la présence attentive (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy-MBCT*), la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance Commitment Therapy-ACT*) ainsi que la thérapie comportementale dialectique (*Dialectic Behavior Therapy-DBT*). Premièrement, le programme de réduction du stress basé sur la présence attentive (MBSR), fondé sur la philosophie du bouddhisme, a été conçu par Kabat-Zinn (1996) afin d'aider les participants à faire face au stress en intégrant la présence attentive dans leur quotidien. Ensuite, la thérapie cognitive basée sur la présence attentive (MBCT), développé par Teasdale, Williams et Segal (2013), est davantage fondée sur les thérapies cognitive-comportementales. Ce programme vise à réduire les épisodes dépressifs par une reconstruction cognitive. Par l'entraînement à la présence attentive, les participants apprennent à se distancier de leurs cognitions, à réduire les pensées nuisibles et à adopter une attitude d'acceptation face aux états mentaux. Ensuite, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), développé par Hayes, Strosahl et Wilson (1999), est une approche comportementale contextuelle. Ce programme est davantage orienté sur l'engagement dans la pratique de la présence attentive. Il vise toute clientèle qui présente une souffrance psychologique. Finalement, la thérapie

comportementale dialectique (Linehan, 1993) est basée sur la philosophie dialectique. Les participants s'entraînent pour développer les techniques de présence attentive tout en les intégrant à leur fonctionnement quotidien. Elle a principalement été développée pour une clientèle qui présente un trouble de personnalité limite.

D'autre part, la thérapie comportementale de couple (IBCT, *integrative behavioral couple therapy*) développée par Jacobson, Christensen, Prince, Cordova et Eldridge (2000) partage certains éléments comparables à ces autres thérapies. Elle est fondée sur une approche intégrative dont les principes théoriques intègrent certains éléments de la présence attentive. En effet, elle vise à développer l'acceptation et la tolérance aux émotions afin de s'engager dans un processus de changement et d'ouverture à l'autre.

Bien que le concept de présence attentive soit relativement récent en sexologie clinique, il s'inscrit en continuité avec certains travaux de Masters et Johnson (1966, 1971), des chercheurs influents dans le domaine de la sexologie clinique. En effet, les interventions basées sur la présence attentive utilisées dans la pratique sexologique s'apparentent aux exercices de *Sensate Focus*, développées par ces auteurs. Le *Sensate Focus* figure parmi les techniques fondatrices en sexologie clinique et vise le détachement de l'atteinte d'un but (le plus souvent la pénétration ou l'atteinte d'une réponse sexuelle), au profit de la stabilisation de l'attention sur l'expérience sensuelle, au moment présent. Les travaux de Masters et Johnson s'inscrivent dans un paradigme médical, selon lequel les réponses sexuelles sont « naturelles », telles que le désir, l'érection, la lubrification et l'orgasme. Ces différentes phases peuvent être inhibées par des facteurs psychologiques, notamment lorsque l'attention est dirigée sur la pression à générer une performance ou une réponse sexuelle prédéfinie. Ainsi, en redirigeant l'attention sur les sensations corporelles et en modifiant le contexte de façon à diminuer l'anxiété (souvent l'anxiété de performance), la réponse sexuelle

tendrait à émerger et certaines difficultés sexuelles peuvent être résorbées dans un climat qui favorise le jeu, l'intimité et le plaisir. Les premières instructions du *Sensate Focus* assignées aux clients intègrent des éléments actuellement nommés par des interventions basées sur la présence attentive selon plusieurs auteurs (p. ex., Weiner et Avery-Clark, 2014). En effet, les partenaires sexuels sont encouragés à explorer par leurs sens, tout en se détachant de l'atteinte d'une réponse sexuelle. De plus, chacun des partenaires est invité à rediriger leur attention sur sa propre expérience érotique, ce qui permet d'être acteur, plutôt que d'adopter un rôle de spectateur et de diminuer l'anxiété de performance. Pour le *Sensate Focus*, l'attitude d'ouverture et de curiosité face à l'expérience est également encouragée. À la différence des interventions sexothérapeutiques contemporaines basées sur la présence attentive, le *Sensate Focus* est spécifique au contexte des activités sexuelles, alors que la présence attentive peut s'avérer une pratique quotidienne et globale qui s'applique à d'autres sphères de la vie de tous les jours et qui ne nécessite pas nécessairement la présence d'un ou d'une partenaire. Actuellement, de nombreuses interventions basées sur la présence attentive intègrent le *Sensate Focus* (Baker et Absenger, 2013; Brotto, Basson et Luria, 2008; Carson, Carson, Gil et Baucom, 2004; Hucker et McCabe, 2014). Par exemple, Hucker et McCabe (2014) encouragent explicitement l'utilisation de la présence attentive durant un module incorporant le *Sensate Focus* dans leur programme d'intervention en ligne. Ce programme vise le traitement de difficultés sexuelles féminines variées, tout en encourageant la participation du partenaire chez les femmes concernées.

Concernant les interventions qui ciblent spécifiquement des problématiques liées au désir sexuel, un seul programme a été développé pour les femmes, et aucun ne s'adresse à la clientèle masculine. De plus, les études sur les bénéfices des interventions basées sur la présence attentive pour le désir sexuel masculin sont, à ma connaissance, inexistantes. Les études les plus proches impliquent des exercices de

yoga (Mize, 2015). Le seul programme développé pour traiter des difficultés liées au désir sexuel a été conçu par Brotto et ses collaborateurs (2008), qui utilisent une approche cognitive-comportementale basée sur la présence attentive. Ce programme s'adresse aux femmes qui consultent pour le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle. Il comprend quatre séances de groupe de 90 minutes qui combine des éléments d'éducation à la sexualité, de la thérapie cognitive, ainsi que des exercices de présence attentive visant à améliorer la conscience intéroceptive, c'est-à-dire à repérer plus facilement les sensations corporelles. Selon les travaux de ces auteurs, la conscience intéroceptive est le principal mécanisme qui favorise l'accès à au désir sexuel subjectif chez la femme (Brotto, Chivers, Millman et Albert, 2016). Le programme comprend, par exemple, la méditation de type balayage corporelle, l'intégration d'une pratique quotidienne de la présence attentive au-delà de la sphère sexuelle, une adaptation individuelle du *Sensate Focus*, ainsi que l'observation des états mentaux et des cognitions.

1.2 Le Désir sexuel

Cette section introduit la notion de désir sexuel avec définitions et applications diagnostiques chez l'homme.

1.2.1 Qu'est-ce que le désir sexuel?

Le désir sexuel comporte un aspect subjectif important, ce qui le distingue des autres phases de la réponse sexuelle et rend difficile son observation d'un point de vue physiologique. Le consensus n'est pas encore élevé concernant l'identification de critères pour le conceptualiser (Pridal et LoPiccolo, 2000).

Le désir sexuel était initialement conceptualisé dans le modèle triphasique de la réponse sexuelle de Kaplan (1977, 1979) en tant que la première phase de la réponse sexuelle. La phase de désir sexuel est un ajout important au modèle cyclique de la réponse sexuelle proposé par Masters et Johnson (1966, 1971) (voir Figure 1). Selon ce modèle linéaire, le désir sexuel amorce la réponse sexuelle, à partir duquel se produit l'excitation, puis l'orgasme. Le désir sexuel était décrit comme une certaine envie ou motivation pour l'activité sexuelle due à l'activation de certains mécanismes psychologiques. Selon Kaplan (1979, p. 9),

« Le désir sexuel est une pulsion ou un appétit produit par un système neuronal spécifique du cerveau, alors que les phases de l'excitation et de l'orgasme impliquent les organes génitaux. Chez l'homme et la femme, la phase de l'excitation est produite par un réflexe de vasodilatation des vaisseaux sanguins de la région génitale. En revanche, l'orgasme réfère essentiellement aux réflexes de constriction de certains muscles génitaux. Ces deux réflexes génitaux sont desservis par des centres réflexes distincts situés dans la partie inférieure de la moelle épinière [traduction libre] ».

Figure 1. Le cycle de la réponse sexuelle masculine

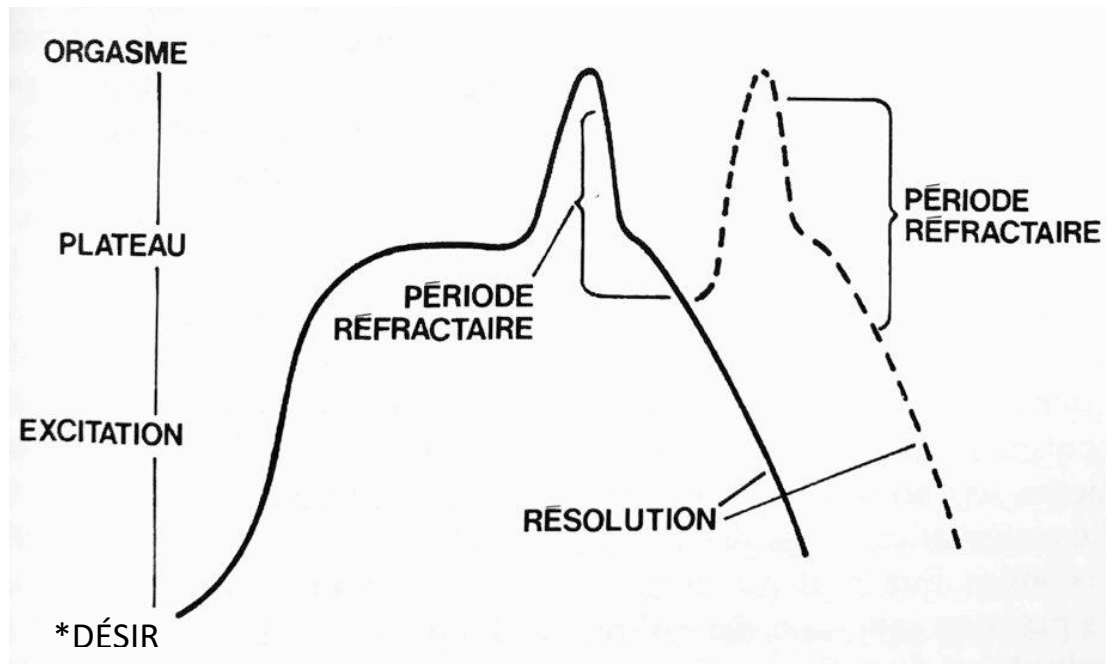


Figure tirée et adaptée de Trudel (2008);
 Modèle de Masters et Johnson (1966, 1971);
 * D'après Kaplan (1977, 1979)

Par la suite, Basson (2001) a proposé un modèle plus complexe du désir sexuel chez la femme qui tient compte de l'influence de plusieurs facteurs, notamment ceux liés au couple. Ces facteurs comprennent par exemple les distractions non sexuelles, l'intimité émotionnelle, la satisfaction relationnelle sexuelle et les expériences sexuelles négatives passées. Selon Basson (2001), l'accès au désir sexuel conduit une personne à rechercher des stimuli sexuels et influence le traitement cognitif de ces stimuli. À ce jour, il n'y a pas de modèle conceptuel équivalent chez l'homme,

malgré une reconnaissance par les chercheurs et cliniciens de l'aspect multidimensionnel du désir sexuel masculin (p. ex., Trudel, 2003).

Ainsi, les définitions courantes du désir sexuel montrent l'importance de se rapporter à son aspect subjectif qui lui est caractéristique. La conceptualisation du désir sexuel comme un trait relativement stable dans le temps se détache des conceptions plus contextuelles et biologiques. Le trait de désir sexuel réfère essentiellement à la tendance ou la prédisposition d'un individu à répondre par une excitation subjective à des stimuli sexuels (Everaerd et Both, 2001). Ainsi, le désir sexuel varie en fonction des événements de la vie (Bodenmann *et al.*, 2006). De plus, les dimensions relationnelle, psychologique et physiologique sont reliées au désir sexuel (Trudel et Goldfarb, 2010). Cependant, la façon dont ces différentes dimensions contribuent au désir sexuel est complexe, et une série de facteurs sont déterminants (Carvalho et Nobre, 2011; Trudel et Goldfarb, 2010).

1.2.2 Diminution du désir sexuel chez l'homme

La problématique masculine concernant le désir sexuel est classifiée sous la Diminution du désir sexuel chez l'homme, tel que défini dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Il s'agit de la déficience ou absence au niveau des pensées sexuelles, des fantasmes et du désir pour des activités sexuelles. Ces symptômes doivent être présents depuis au moins six mois et être source de détresse ou d'une altération des relations interpersonnelles. Ce trouble s'avère complexe, difficile à traiter et est même décrit comme « mystérieux » (Meana et Steiner, 2014). Une évaluation clinique rigoureuse est recommandée pour poser un diagnostic de diminution du désir sexuel chez l'homme, tenant compte notamment du contexte interpersonnel et

des circonstances de la vie (APA, 2013). En effet, certains éléments ne permettent pas de porter un diagnostic du trouble, par exemple, lorsque les symptômes sont uniquement expliqués par une divergence de désir sexuel entre les partenaires sexuel, ou encore par une réponse adaptative à un événement stressant de la vie.

Les motifs de consultation reliés au désir sexuel sont rarement évalués chez l'homme, de même que la prévalence du trouble associé. Les rares taux rapportés varient grandement d'une étude à l'autre et proviennent d'échantillons très variés (p. ex., 2%; Nobre, Pinto-Gouveia et Gomes, 2006; 47% Segraves et Segraves, 1991) (voir l'article de ce mémoire pour la recension plus détaillée des prévalences). Selon Meana et Steiner (2014), les épisodes de baisse de désir sexuel sont fréquents chez les hommes qui consultent en sexo-thérapie. Or, les motifs de consultation associés au désir sexuel se cachent souvent sous une autre problématique, puisque les hommes auraient moins tendance à associer leurs difficultés au désir sexuel, mais plutôt à des difficultés érectiles, et ce, même si celles-ci peuvent s'avérer secondaires au faible désir sexuel.

1.3 Anxiété et désir sexuel chez l'homme

En sexologie, l'association entre l'anxiété et la diminution ou manque de désir sexuel est généralement reconnue par les chercheurs et cliniciens. L'anxiété est largement identifiée et nommée comme élément contributeur à différentes difficultés sexuelles, ou encore pour inhiber la réponse sexuelle (Kaplan, 1977; Masters et Johnson, 1971; Trudel, 2003). Par exemple, déjà Kaplan (1977, p. 4,8) invoquait l'anxiété dans ses observations :

« Naturellement, les forces psychiques, telles que les conflits ou la peur, peuvent également inhiber un appétit. [...] L'anxiété sexuellement perturbatrice ne semble pas surgir d'une origine spécifique; elle naîtrait plutôt d'un large éventail de causes [traduction libre] ».

Or, les épisodes de diminution du désir sexuel reliés à l'anxiété représentent un sujet complexe, dont le défi réside à comprendre les mécanismes précis impliqués dans cette association. Par exemple, les croyances négatives envers la sexualité ou envers son ou sa partenaire sont souvent liées à des patrons d'évitement des expériences sexuelles. Carvalho et Nobre (2011) ont confirmé que les facteurs psychologiques, en particulier les cognitions, jouent un rôle central dans l'étiologie de la baisse de désir sexuel. Leur étude réalisée auprès de 205 hommes et 237 femmes qui ont rempli des questionnaires auto-rapportés soutient que les hommes et les femmes qui ont rapporté un niveau de désir sexuel plus faible étaient aussi plus anxieux. De plus, par rapport aux femmes, les hommes ont rapporté davantage de craintes et de sentiments de honte dans le contexte des activités sexuelles.

D'autres études ont montré que l'anxiété figure parmi les facteurs psychologiques les plus fréquemment reliés à une diminution ou un manque de désir sexuel chez les hommes (Bodenmann *et al.*, 2006; McCabe et Connaughton, 2014; Træen, Martinussen, Öberg et Kavli, 2007), et qu'il s'agit d'une comorbidité parmi les plus observées chez cette clientèle (Eardley, Niederberger, Fisher, Rosen et Sand, 2005; Kaplan, 1977).

Ainsi, l'anxiété s'accompagne d'émotions et des cognitions négatives qui peuvent nuire au désir sexuel, notamment par l'adoption de stratégies d'évitement des expériences internes aversives. De plus, la distraction cognitive engendrée des états psychologiques nuisibles pourrait altérer la capacité à repérer les sensations

corporelles agréables et l'accès aux cognitions associées au désir sexuel, par exemple aux fantasmes. Cette explication est de plus en plus démontrée chez la femme (p. ex., Silverstein, Brown, Roth et Britton, 2011), mais devra être validée auprès de la clientèle masculine.

1.4 La présence attentive : un processus psychologique qui pourrait expliquer le lien entre l'anxiété et le désir sexuel masculin

La présence attentive n'était pas encore un concept utilisé à l'époque des travaux de Kaplan ni de Masters et Johnson. Toutefois, ces auteurs relèvent des observations et hypothèses qui peuvent suggérer que la tendance à l'anxiété soit associée à l'inhibition du désir sexuel, à travers une plus faible disposition à la présence attentive. Par exemple, Kaplan (1977, p. 9) illustre cette position :

« Plusieurs patients souffrant d'inhibition du désir sexuel semblent anxieux, évitant le succès et le plaisir, et ce, même dans les autres sphères de leur vie. Cette dynamique est souvent trop intense pour être surmontée. Il est difficile de convaincre un patient que le fait de faire l'amour à une autre personne désirée ne sera pas la source de bonheur. [...] L'inhibition du plaisir et des phobies associées au succès doivent habituellement être résolues avant que le désir érotique puisse renaître [traduction libre]».

Avec ces mots, l'auteure décrivait que la tendance à l'anxiété peut être associée à des stratégies d'évitement de l'expérience vécue au moment présent. Chez ses clients, ces patrons d'évitement semblent être une manifestation d'une plus faible disposition à la présence attentive, qui à son tour pourrait nuire au désir sexuel.

Les bénéfices de la tendance ou disposition à la présence attentive au niveau des relations intimes sont documentés dans quelques études. Selon Barnes, Brown, Krusemark, Campbell et Rogge (2007), cette disposition à réguler l'attention et à adopter une attitude d'ouverture à soi et à l'autre au moment présent peut réduire les patrons de communication négatifs (p. ex., agressivité et évitement) et augmenter les patrons de communication positifs (p. ex., capacités de soutien, d'écoute et de résolution des conflits). D'ailleurs, la présence attentive est associée à une plus grande satisfaction conjugale (Jones, Welton, Oliver et Thoburn, 2011). Les résultats d'une évaluation du programme *mindfulness-based relationship enhancement-MBRE* de Carson *et al.* (2004) ont montré des bénéfices significatifs chez les participants au niveau de plusieurs facteurs liés au désir sexuel. Ce programme vise à optimiser le fonctionnement conjugal et à favoriser l'adaptation face aux facteurs de stress pouvant nuire au couple. Les 44 couples ont rempli des questionnaires auto-rapportés avant, à la suite du programme, et trois mois après la complétion du programme. Les participants présentaient un niveau plus élevé de disposition à la présence attentive à la suite de l'intervention, et des bénéfices ont été maintenus jusqu'au suivi de trois mois au niveau de la satisfaction relationnelle, de l'autonomie, du sentiment d'être lié à l'autre, de la proximité, de l'acceptation de l'autre et de la détresse conjugale vécus dans la vie de tous les jours (Carson *et al.*, 2004). De plus, des données qualitatives ont permis de rapporter que plusieurs participants percevaient une meilleure appréciation de la valeur des moments partagés avec son ou sa partenaire, une acuité sensorielle augmentée, des sentiments plus forts de connexion à l'environnement, ainsi que des relations sexuelles plus ludiques (Carson, Carson, Gil et Baucom, 2006).

Ainsi, il est probable que la présence attentive joue un rôle dans les facteurs relationnels impliqués dans la baisse de désir sexuel. L'anxiété pourrait être associée à moins de présence attentive, à travers laquelle les comportements d'évitement sont

privilégiés dans les relations sexuelles avec le ou la partenaire, plutôt que de tolérer et accepter les situations qui provoquent des états internes aversifs. Davantage d'études sont nécessaires pour appuyer cette proposition centrale aux travaux de plusieurs théoriciens de la présence attentive (p. ex., Ellen J. Langer et Steven C. Hayes).

Les études empiriques qui ciblent le lien entre la présence attentive et le désir sexuel plus spécifiquement sont plus étoffées chez la femme (Brotto *et al.*, 2008; Brotto *et al.*, 2016), mais encore presque inexistantes chez l'homme. Certains auteurs, tels que Carvalho et Nobre (2011), ont relevé l'importance de la composante psychologique de l'anxiété dans les difficultés liées au désir sexuel, en particulier les cognitions et les émotions négatives (p. ex., croyances négatives envers la sexualité, autocritique durant les activités sexuelles), qui sont typiquement rapportées dans les épisodes de baisse de désir sexuel. Ainsi, ces symptômes d'anxiété pourraient être associés à un plus faible désir sexuel, et ce, à travers une plus faible disposition à la présence attentive. La diminution de la présence attentive pourrait s'agir d'un processus psychologique significatif qui explique le lien entre l'anxiété et le désir sexuel masculin. Chez les clients qui consultent en sexologie, l'entraînement à la présence attentive pourrait permettre de développer le contrôle de l'attention sur les diverses dimensions de l'expérience érotique vécue (p.ex., corporelle, cognitive, émotionnelle et relationnelle). En plus de développer le contrôle de l'attention, la seconde dimension de la présence attentive, c'est-à-dire l'attitude d'acceptation et de non-jugement de l'expérience vécue, permettrait l'accès à un espace sensuel et la réduction des cognitions et des émotions nuisibles (Goldmeier, 2013; McCarthy et Wald, 2013).

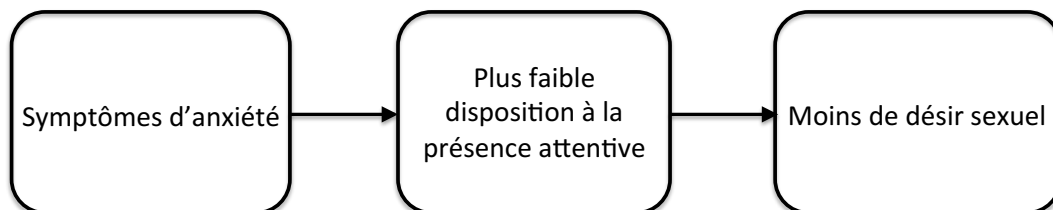
1.5 Présentation de l'objectif et des hypothèses

L'objectif de ce mémoire est de vérifier l'effet médiateur de la disposition à la présence attentive dans la relation qui unit l'anxiété et le désir sexuel, chez les hommes qui consultent en sexologie clinique.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

Chez les hommes qui consultent en sexologie clinique,

- 1) L'anxiété est reliée à un désir sexuel plus faible.
- 2) La présence attentive est une variable médiatrice qui explique une part substantielle de la relation entre l'anxiété et le désir sexuel.



1.6 Pertinence

1.6.1 Pertinence sexologique

Des auteurs, tels que Mize et Iantaffi (2013), soutiennent que les traitements sexologiques traditionnels sont principalement centrés sur le développement des habiletés cognitives et comportementales, et tiennent peu compte de la variabilité de la disposition à la présence attentive chez les clients en consultation (Brown et Ryan, 2003). L'étude de la présence attentive mettra en lumière l'importance de tenir compte de la variabilité de du trait (ou disposition) de présence attentive, qui varie d'un client à l'autre, dans les protocoles de traitement et d'évaluation des hommes qui consultent pour une difficulté liée à une diminution ou un faible désir sexuel. Brotto et Goldmeier (2015) suggèrent même que la présence attentive soit introduite d'emblée aux clients vus en consultation sexologique, à moins qu'ils présentent une contre-indication.

D'autre part, la sexologie clinique contemporaine valorise une approche globale qui intègre les dimensions corporelle, psychologique, spirituelle et relationnelle de la sexualité, et ce, par opposition aux cadres de référence fondés sur une vision problématique de la sexualité (p. ex., moraliste, médical). La présence attentive est cohérente avec les nouveaux paradigmes qui guident les pratiques autour d'une vision positive et intégrative de la sexualité. La vision pro-sexe ou *sex-positive* est généralement définie par Kimmes, Mallory, Cameron et Köse (2015, p. 289) :

« La croyance que toutes les expressions de la sexualité consensuelle sont valables et une attitude sexuelle positive appelle à une focalisation

délibérée sur la signification personnelle du client de leur sexualité et de sa relation à son bien-être [traduction libre] ».

De plus, le désir sexuel masculin est une problématique multidimensionnelle qui cadre bien dans une approche globale et holistique caractéristique de l'application de la présence attentive en sexologie clinique.

1.6.2 Pertinence scientifique

Ce mémoire comporte également une pertinence scientifique, considérant le manque d'études sur la présence attentive auprès des hommes. Les recherches ont porté un intérêt particulier sur la présence attentive pour le traitement des troubles reliés au désir sexuel chez la femme (Géonet, Zech et Sutter, 2011). Or, la présence attentive pourrait également jouer un rôle dans les difficultés masculines liées au faible désir sexuel, particulièrement chez ceux dont l'anxiété nuit au désir (Mize, 2015). Davantage d'études sont nécessaires chez les hommes qui consultent en sexologie clinique afin de mieux comprendre comment l'anxiété influence le désir sexuel. Cette étude permettra de délimiter le rôle médiateur de la disposition à la présence attentive dans le processus par lequel l'anxiété influence le désir sexuel. De plus, cette étude est réalisée dans un échantillon représentatif des hommes qui consultent en sexologie clinique dans la région de Montréal.

D'autre part, le désir sexuel masculin est sous-représenté dans les études cliniques et les connaissances scientifiques sur le désir sexuel masculin sont limitées. Depuis la fin des années 1970, plusieurs chercheurs influents se sont attardés sur l'aspect multidimensionnel du désir sexuel (p. ex., Kaplan, 1995; Levine, 1984; Trudel, 2003). La recherche a porté un intérêt dans l'étude des facteurs associés au désir

sexuel, dont la conceptualisation s'est complexifiée en intégrant plusieurs nouvelles dimensions, telles que les dimensions cognitive, émotive et relationnelle. Ensuite, depuis les années 2000, la prévalence nettement plus marquée chez la femme des consultations cliniques pour un problème lié au désir sexuel a orienté l'intérêt des chercheurs vers l'étude des spécificités chez la femme. Depuis lors, des constats généraux se dégagent des écrits scientifiques sur le désir sexuel chez l'homme : les études cliniques sont peu étoffées et portent surtout sur les dysfonctions érectiles, une problématique qui peut d'ailleurs être secondaire à une baisse de désir sexuel (Meana et Steiner, 2014). Dans le champ de recherche sur les bénéfices de la présence attentive pour le désir sexuel, les études cliniques auprès des hommes sont presque inexistantes (Mize, 2015), alors qu'à ce jour, les bénéfices sont démontrés empiriquement auprès de la population féminine (p. ex., Brotto et Basson, 2014).

1.6.3 Pertinence sociale

L'étude de l'anxiété, la présence attentive et le désir sexuel masculin en sexologie clinique comporte également une pertinence sociale. La croyance que le désir sexuel masculin est rarement problématique en raison du stéréotype concernant sa nature « biologique » et « unidimensionnelle » demeure répandue dans la population générale. En effet, la « simplicité » du désir masculin par rapport à la « complexité » du désir sexuel féminin est une présupposition bien présente dans la culture populaire et dans une large proportion des écrits scientifiques. Dans un contexte culturel au sein duquel le désir sexuel masculin demeure largement réduit à une simple expression biologique ou comportementale en raison d'une vision qui demeure stéréotypée de la sexualité masculine, ce mémoire fera valoir une meilleure reconnaissance du désir sexuel dans la sexualité et l'érotisme chez l'homme. De plus, ce mémoire s'inscrit dans un angle de recherche nouveau et prometteur en proposant des solutions et des réflexions pour

les hommes en consultation vivant une difficulté liée au faible désir sexuel associée à des symptômes d'anxiété.

En somme, ce mémoire proposera un modèle conceptuel basé sur des données cliniques qui intègre la présence attentive et l'anxiété pour guider et les interventions concernant le faible désir sexuel chez les hommes, une difficulté sous-représentée et peu appuyée par la recherche scientifique.

CHAPITRE II

ARTICLE

Anxiety, Dispositional Mindfulness, and Sexual Desire in Men Consulting in Clinical
Sexology: A Mediation Model

Julie Déziel,
Natacha Godbout,
Martine Hébert

Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal

Abstract

This study aimed to examine dispositional mindfulness as a mediator of the relationship between anxiety and sexual desire in men consulting in clinical sexology. A sample of 105 adult men seeking sex therapy completed measures of dispositional mindfulness, anxiety, and sexual desire. Close to a third (28.7%) of participants reported low sexual desire as their main reason to consult in sex therapy. Path analysis confirmed a mediation model and revealed that the association between anxiety and lower sexual desire was fully mediated by dispositional mindfulness. These findings suggest that mindfulness-based interventions may be a relevant component to integrate in the treatment of men who present anxiety symptoms and low sexual desire.

Keywords: mindfulness; anxiety; male sexual desire

Anxiety, Dispositional Mindfulness, and Sexual Desire in Men Consulting in Clinical Sexology: A Mediational Model

In recent years, a growing body of evidence has indicated that enhancing dispositional mindfulness through therapeutic interventions can lead to holistic changes, promoting adaptive coping with various sexual and relational difficulties by interrupting anxious thoughts and feelings (Brotto, Chivers, Millman, & Albert, 2016). Mindfulness is operationalized by Bishop et al. (2004) as composed of two core dimensions: (1) the self-regulation of attention in the present moment, and (2) the orientation of attention toward one's experience with curiosity, openness, and acceptance. Dispositional mindfulness, which varies within and among individuals, refers to the tendency to be mindful in daily life (Brown & Rayan, 2003). The concept of mindfulness is a small ramification of the worldwide spread of Buddhist philosophy that is coherent with the Occidental cultural values that shapes contemporary sexology (Kirmayer, 2015). The effects of mindfulness on female sexual desire have thereby recently emerged as a field of study (Géonet, Zech, & De Sutter, 2011). However, empirical studies of mindfulness and male sexual desire remain almost nonexistent (Mize, 2015).

According to an epidemiologic literature review from committee members of the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015 (McCabe et al., 2016), impaired sexual desire is quite common in men from the general population.

These authors identified 24 reports in population-based studies published since 2009 that documented the prevalence of decreased interest or sexual desire in men. This review offered an estimate of the prevalence ranging from 15% to 25% in men aged between 18 and approximately 60, followed by an important increase (up to 40%) in prevalence after the age of 60. Despite these substantial rates, men are unlikely to seek clinical treatment with sexual desire concerns as their primary reason (Meana & Steiner, 2014), and lack of sexual desire is frequently associated with other motives of consultation. Corona et al. (2004) investigated hypoactive sexual desire in a sample of 428 Italian men with erectile dysfunction (ED) attending a clinic for ED, and found that over 40% of the participants reported some form of decreased sexual desire. However, the prevalence of impairments of sexual desire, as well as the prevalence of distress and complaints concerning sexual desire, have not been well established in men consulting in sex therapy (McCabe et al., 2016). Nobre, Pinto-Gouveia and Allen Gomes (2006) found a very low prevalence (2%) of men from a clinical sample presenting with hypoactive sexual desire. Another study assessed the lack of sexual interest as a sexual problem, and revealed that this problem was reported by 19% of a group of 95 men seeking treatment for sexual problems (McCabe, 2001). To our knowledge, the other studies among men date back to the 1990s, when theorists and researchers were enthused by the study of female sexual desire, as hypoactive sexual desire was documented as the most prevalent sexual dysfunction in women (Segraves & Segraves, 1991).

Meana and Steiner (2014) proposed that the high ratio (30:1) of studies on erectile dysfunction versus sexual desire problems in men affects men's perception of sexual problems, which in turn, contributes to the low rate of treatment seeking for sexual desire difficulties. Meanwhile, impairment of desire in men remains an existing condition, which poses a complex challenge to clinicians in terms of treatment. (Meana & Steiner, 2014). This lack of empirical studies on male problems with sexual desire and its correlates translates into few existing treatment options, which have little empirical support and often rely on the clinical impressions of therapists. The current study offers a conceptual model integrating anxiety and mindfulness to guide clinical interventions aimed at preventing and treating lack of sexual desire in men.

Anxiety and sexual desire

The integration of mindfulness interventions in clinical sexology builds on the original Masters and Johnson's medically based models of sexual response and treatments for sexual dysfunctions, constructing the sex-positive and integrative paradigms toward which modern practice is moving. In their models, these authors referred to anxiety and a state of anxious self-observing that they called '*spectatoring*' as interrupting sexual desire (Masters and Johnson, 1966, 1970). They developed Sensate Focus, a founding technique in clinical sexology, which consists in stabilizing attention on the present-moments' erotic experiences, rather than on expectations about sexual responsiveness. For Sensate focus, partners are first asked

to focus on their own feelings and sensations while exploration and a non-judgemental attitude is encouraged. As such, these instructions closely parallel what is currently referred to as a mindfulness-based intervention (Weiner & Avery-Clark, 2014). Yet, cultivating mindfulness differs from Sensate Focus in the fact that mindfulness also refers to a disposition that can be trained on a daily basis which infuses all spheres of life, and that does not require the participation of a partner (Brotto & Heiman, 2007).

The association between anxiety proneness and lower male sexual desire has been demonstrated in past studies (Trudel & Goldfarb, 2010; Trudel, Landry, & Larose, 1997). In fact, anxiety is among the most frequent psychological factors associated with decreased sexual desire in men (Bodenmann, Ledermann, Blattner, & Galluzzo, 2006; Corona et al., 2005; McCabe & Connaughton, 2013), and problems with sexual desire are especially common in men with anxiety disorders (Johnson, Phelps, & Cottler, 2004; Kotler et al., 2000). Previous research indicates that anxiety leads to cognitive changes in reaction to a feeling of apprehension, especially on attentional control and cognitive distractions (Berggren & Derakshan, 2013; Eysenck, Derakshan, Santos, & Calvo, 2007; McKee, Zvolensky, Solomon, Bernstein, & Feldner, 2007), which may interfere with sexual desire (Barlow, 1986; Carvalho & Nobre, 2011).

Dispositional mindfulness and sexual desire

Only a few studies have explored the association between dispositional mindfulness

and sexual desire in men. Practitioners such as Goldmeier (2013), McCarthy and Wald (2013), and Sommers (2013) theoretically proposed that acceptance of aversive inner experiences and present moment awareness could benefit male sexual desire. Specifically, a sensual space can be accessed through these two mechanisms, which diminish the effects of distractive cognitions and feelings, and may help to better solve sexual and relational problems. In their population-based study, Dosch, Rochat, Ghisletta, Favez, and Van der Linden (2015) reported a significant association between dispositional mindfulness and sexual desire in a sample of 300 men from Switzerland. Additionally, in explaining impaired sexual desire, many authors refer to elements that may be improved through mindfulness training, such as negative mood, low level of attentional control, cognitive distractions, and lack of ability to recognize bodily sensations (e.g., Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic, & Long, 2003; Barlow, 1986; Kaplan, 1977; Nobre, 2010).

The association between anxiety and lower dispositional mindfulness is well established (e.g., Grégoire, Lachance, & Richer, 2016; Walsh, Balint, Fredericksen, & Madsen, 2009) and these two traits are documented as correlates of various aspects of sexuality (Dosch et al., 2015; Reid, Bramen, Anderson, & Cohen, 2014). Thus, mindfulness may be part of the psychological processes through which anxiety is associated with men's sexual desire. The mediating role of dispositional mindfulness could be a crucial mechanism in explaining this relationship, but this role has yet to be delineated.

Objective and hypotheses of the current study

The aim of the current study was to examine dispositional mindfulness as a mediator of the relationship between anxiety and sexual desire in a sample of men consulting for sexual problems. Based on theoretical position and the available empirical data, we hypothesized that anxiety will be related to lower level of sexual desire in men, and that dispositional mindfulness will act as a mediator of the relationship between anxiety and sexual desire.

Method

Participants and Procedure

Participants were 105 men seeking treatment for sexual problems in different clinical settings. Clinical settings were reflecting the services offered by sex therapists in the region of [BLIND FOR REVIEW] (hospitals/medical clinics: $n = 26$; organizations offering health services to the community: $n = 23$; private practice: $n = 17$; sex therapy clinics: $n = 17$; other clinical settings: $n = 9$). The mean age of participants was 42 years ($SD = 13.59$, range = 18 to 77). More than half the participants (55%) were currently involved in a romantic relationship (dating, cohabiting, or married). Most participants reported a heterosexual sexual orientation (86%). A small proportion of men completed a high-school-level education (31%), and the majority (75%) had a general and vocational college degree. The majority (66%) reported a low to middle class personal income (below CND \$40,000). In terms of ethnicity,

most participants self-identified as Canadians (83%), and reported French as their first language.

The project was approved by the institutional ethic committee of the [BLIND FOR REVIEW]. During the initial evaluation phase before treatment, interns in clinical sexology were invited to explain the project to their clients, and interested clients completed the consent form. Assigning a numerical code to each participant ensured confidentiality. Approximately one hour was required to complete the self-reported questionnaire, which was available on a paper and an online version. If the clients provided consent, a clinical profile of the results was provided to the intern and his/her supervisor.

Measures

All measures were administered as self-report questionnaires. Participants completed a sociodemographic questionnaire assessing their gender, age, marital status, sexual orientation, education, income, and annual income, followed by questionnaires assessing reasons for consultation, and psychological and sexual functioning.

Anxiety

A subscale of the shortened version of the French *Psychiatric Symptoms Index-14* (PSI-14; Ilfeld, 1976; translated and validated in French; Prévile, 1995; Prévile, Potvin, & Boyer, 1995; Prévile, Boyer, Potvin, Perreault, & Légaré, 1992) was used

to measure the severity of anxiety symptoms. The scale has a well established construct validity and criterion validity (Préville, 1995; Préville et al., 1992, 1995), and a good internal consistency (Cronbach's alpha = .87) (Godbout, Sabourin & Lussier, 2007). On a 4-point Likert scale ranging from 3 "very often" to 0 "never" participants indicated how they have been feeling in the last week. Items are "Have tightness or tension in your neck, back, or other muscles"; "Feel fearful or afraid"; "Feel nervous or shaky inside". In the current sample, Cronbach's alpha was high ($\alpha = .85$).

Dispositional mindfulness

The *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003; translated and validated in French by Jermann et al., 2009) was used to assess the participants' dispositions toward mindfulness in daily life. This scale consists of 15 items. Higher scores reflect higher levels of dispositional mindfulness. Participants were asked to indicate how frequently they experienced a variety of items such as "I find it difficult to stay focused on what's happening in the present" and "I find myself doing things without paying attention", on a 6-point Likert scale ranging from 1 "almost always" to 6 "Almost never". The scale showed good construct validity and reliability (Brown & Ryan, 2003). Internal consistency was tested in different populations by Brown and Ryan (2003), who reported Cronbach's alphas coefficients ranging from .80 to .87. In the current sample, Cronbach's alpha was high ($\alpha = .90$). Using the same scale, Dosch et al. (2015) reported that the mean score in a sample of 300 men

from general population was $M = 64.63$, $SD = 9.47$.

Sexual desire

A subscale of the *International Index of Erectile Function* (IIEF; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, & Mishra, 1997, translated and validated in French by Dargis, Trudel, Cadieux, Villeneuve, Prévaille, & Boyer, 2013) was used to assess sexual desire. Participants were asked to rate the frequency and the intensity of their sexual desire over the past 4 weeks, on a 5-point Likert scale ranging from 1 to 5. Higher scores reflect higher desire. The IIEF has shown good psychometric properties regarding the assessment of sexual desire (Rosen et al., 1997). The IIEF is a scale translated into many languages and widely used to assess sexual function, including sexual desire. In the current sample, Cronbach' alpha was .86. Rosen et al. (1997) reported that mean was 7.0, $SD = 1.8$ in a population-based sample of 109 men without any history of erectile dysfunction, aged of 29-76 years.

Analytic strategy

First, descriptive analyses using SPSS 22 were performed to examine the frequency of reported sexual desire disorder and demographic data. Then, using *Mplus*, version 7 (Muthén & Muthén, 1998-2012), path analyses were used to test the hypothesized mediation model. *Mplus* accounts for the missing data using the full information maximum likelihood (FIML) estimation procedure, and a total of 4 participants were excluded from the analysis because the missing data was too numerous. Path analysis

is a widely used statistical technique that allows testing both direct and indirect relationships of an independent variable on a dependent variable, through a mediator variable (see Hayes, 2013). Anxiety was tested as the predictor, dispositional mindfulness as the mediator, and sexual desire as the outcome variable, with participants' age as the control variable. Model fit was tested using root-mean square error of approximation (RMSEA), the comparative fit index (CFI) the standardized root-mean square residual (SRMR), and a chi-square test of model fit. According to Hu and Bentler (1999), RMSEA values below .06 and SRMR values below .08 indicate a good fit to the data. CFI values above .90 indicate a good fit to the data (Bentler, 1990). A non-significant chi-square value indicates a good fit to the data. As recommended by Hayes, Preacher, and Myers (2011), a 95% bootstrap confidence interval was generated to test the indirect effect of anxiety on sexual desire, passing through dispositional mindfulness. When the confidence interval (CI) does not include 0, the indirect effect is considered statistically significant (Shrout & Bolger, 2002).

Results

We first employed descriptive statistics to provide background information such as the prevalence of low or diminished sexual desire as a main motive of consultation. Next, we conducted path analysis with the manifest variables to test our hypothesis.

Reported hypoactive sexual desire

Descriptive analysis revealed that 28.7% ($n = 29$) of the men consulting for sexual

problems reported lack or absence of sexual desire among their main reasons for consulting in clinical sexology. The t -test for independent samples revealed a significant difference between the two groups according to mean age ($t(59) = 3.21, p < .05$), with men reporting lack of sexual desire being older ($M = 47.8$ years) as compared to men not reporting sexual desire concerns ($M = 37.0$ years).

Correlations among sexual desire, dispositional mindfulness, age, and anxiety

Table 1 presents means, standard deviations, and correlations among sexual desire, dispositional mindfulness, age and anxiety. Correlations indicated that all the variables were significantly correlated. Because age was associated with lower sexual desire, this variable was controlled in the next analyses.

Mediation model: role of dispositional mindfulness in the relationship between anxiety and sexual desire

The direct link between anxiety and sexual desire was examined first. Results indicated a negative significant relationship when controlling for age ($\beta = -.27, p = .004$). Next, the mediation model was tested. The hypothesized mediation model provided a satisfactory adjustment to the observed data: $\chi^2(1, n = 101) = .12, p = .73$; RMSEA = .00, CI 90% (.0, .19); CFI = 1.00; SRMR = .00. Results indicated that anxiety was related to a lower level of dispositional mindfulness, which in turn was related to a higher level of sexual desire. The standardized coefficients are reported in Figure 1. The test of indirect effect between anxiety and sexual desire through

dispositional mindfulness was significant; product of the path coefficients: $b = -.22$ ($p < .05$; CI 95% [-.39, -.04]). The CI does not include 0, which indicates a significant indirect effect of anxiety on sexual desire through dispositional mindfulness, supporting the meditational role of dispositional mindfulness. As presented in Figure 1, the direct link between anxiety and sexual desire was no longer significant following the introduction of dispositional mindfulness in the model, suggesting full mediation. Age was included as a control variable of sexual desire, indicating that the mediation model held independently of the effect of participants' age on sexual desire. The model explains 16% of the variance of sexual desire.

Discussion

Major findings

This study aimed to examine dispositional mindfulness as a mediator of the relationship between anxiety and sexual desire in a sample of men consulting for a sexual or conjugal difficulty. Results suggest that hypoactive sexual desire is relatively frequent in men consulting therapists for couple or sexual difficulties, with close to one men in three reporting hypoactive sexual desire as one of their main concerns. This finding represents interesting data given the prevalence of hypoactive sexual desire as a reason for consulting in sexology is rarely assessed in men, and appears as an important motivation to consult in clinical sexology. Moreover, consistent with Meana and Steiner (2014), hypoactive sexual desire in men may

frequently be a central aspect of men seen in sex therapy. Results also indicate that men from the current clinical sample reported, on average, lower scores of sexual desire than those reported by men in the general population from a similar age group. Giraldi, Kristensen, and Sand (2015) found that 100 men from the general population aged from 40 to 49 years had average scores slightly above (7.4, $SD = 1.5$) the average scores of our clinical sample (6.96, $SD = 2.27$).

The results of the present study confirmed a full mediation model, suggesting an indirect link between anxiety and sexual desire through dispositional mindfulness. Our findings are consistent with prior observations that general symptoms of anxiety are associated with lower sexual desire in men (Beck, Bozman, & Qualtrough, 1991; Lykins, Janssen, & Graham, 2006), and with lower dispositional mindfulness in men (Grégoire & Lachance, 2015). Our findings are also consistent with prior research suggesting that dispositional mindfulness is associated with a higher level of sexual desire in men (Dosch et al., 2015). Our study however adds empirical supports to theoretical standpoints. Indeed, authors, such as Goldmeier (2013), McCarthy and Wald (2013), and Sommers (2013) proposed that dispositional mindfulness promotes sexual desire, in men with anxiety symptoms. Our study differs from some past empirical studies on men's sexual desire by extending the conceptualizations of the variables generally assessing the context of sexual activities, towards a broader perspective of participants' levels of anxiety, dispositional mindfulness, and sexual desire in everyday life.

Our findings provide support for authors who have argued that dispositional mindfulness may enhance sexual desire, by counteracting the effects of anxiety proneness or symptoms (e.g., muscular tension, persistent fear, or anxious thoughts) on men's sexual desire. Concretely, a disposition of non-judgmental present-moment mindfulness, which may be altered by anxiety, may promote attentional functions and capacities to access internal sexual stimuli (e.g., physical sensations, erotic thoughts), and external sexual stimuli (e.g., visual erotic stimuli) (Brotto & Goldmeier, 2015; Kimmes, Mallory, Cameron, & Köse, 2015; Goldmeier, 2013; McCarthy & Wald, 2013). It has also been argued that accepting thoughts, emotions, and being receptive to experiences, rather than avoiding anxiety, may promote sexual mind/body connection, pleasure, and autonomy (Rosenbaum, 2013; Silverstein, Brown, Roth, & Britton, 2011).

Limitations and further studies

This study has limitations that should be acknowledged. First, although the ecological validity is increased by the inclusion of participants recruited in a variety of clinical settings offering services from sex therapists in the region of [BLIND FOR REVIEW], this approach contributes to the heterogeneity of the sample. The sample of this study was composed of men consulting in sex therapy for various sexual problems, which also adds heterogeneity. Second, the small number of items used to measure the constructs of sexual desire and anxiety did not allow for a fully comprehensive assessment of these constructs. Thus the present finding should be

replicated in future studies with an assessment battery relying on a multi-informant. As underlined by Sharifzadeh (2009), rigorously defining anxiety needs to be emphasized in studies assessing the relationship between anxiety and sexual desire, as different forms of anxiety are studied in sexology (e.g. performance anxiety, anxiety disorders). Concerning the concept of sexual desire, distress directly associated with low sexual desire was not assessed in this study. Future research should measure the distress related to lack of desire or how the participant experiences this problem. Third, we relied on self-report questionnaires, which may lead to recall errors. Fourth, we did not evaluate whether participants were taking psychoactive medication, which could impact sexuality and sexual function. Finally, as our study design is correlational, further studies based on a longitudinal design are needed to clarify the causality of the links, and confirm the sequencing of variables in our model.

Changes in the different dimensions or facets of mindfulness, such as control of attention and acceptance may explain the benefits of mindfulness. However, the specific mechanisms promoting sexual health remain undocumented, and the effects of the various psychological components of mindfulness involved create confusion in this field of research. Furthermore, past studies have for the majority, focused on benefits of mindfulness in women's sexuality, as women show more prevalent rates of sexual desire problems. Our findings provide support that dispositional mindfulness should be further explored in men. A mindfulness-based cognitive and behavioural program was demonstrated effective in women seeking therapy for a sexual interest/arousal disorder (Brotto, Basson & Luria, 2008; Brotto & Basson,

2014). Therefore, future studies should investigate the parallel with male clients in order to develop precisely targeted interventions and hopefully establish efficient treatments for men confronted with sexual desire problems. More empirical evidence is required to differentiate cause and correlation, and to better ground these mindfulness-based treatments.

Clinical implications

Some clinical implications can be drawn from the present study. First, enhancing dispositional openness, acceptance, and curiosity towards one's erotic experience may lead to positive changes on subjective sexual desire. Next, from a curative perspective, theories at the foundation of mindfulness-based therapies offer key avenues in the treatment of men's low or decreased sexual desire difficulties associated with anxiety proneness. According to Hayes, Strosahl, and Wilson (1999), anxiety is generated when developing a pattern of avoiding contact with aversive inner experience. This mechanism interferes with sexual desire by limiting one's openness to one's self, contact with emotions, sensory experiences, and present moment awareness of the erotic sphere. Thus, the two main dimensions of mindfulness defined by Bishop et al. (2004) (i.e. control of attention and acceptance) may promote sexual desire when anxiety is associated with decreased sexual desire. Specifically, enhancing the acceptance of negative psychological states through interventions may be used for promoting sexual desire by embracing one's internal erotic experiences, and through self-regulation of attention which could help in

achieving psychological distance from anxious thoughts and in increasing contact with moment to moment experiences (Brotto & Goldmeier, 2015). Consistent with the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) theory, anxiety could be an expression of experiential avoidance, which leads to decreased sexual desire through altered dispositional mindfulness (Hayes et al., 1999).

Thus, mindfulness-based-interventions may be of particular benefit for men consulting in sex therapy who show anxiety symptoms along with a problem with sexual desire. Specifically, the development of mindfulness based interventions aimed at reducing anxiety and enhancing sexual desire in men consulting in sex therapy may be a promising avenue to consider.

Acknowledgments: The authors want to thank Michel Goulet for his helpful suggestions regarding this paper and help with recruitment, Cloé Canivet regarding the language editing, Roxanne Bolduc, Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Noémie Bigras, Caroline Dugal, Christine Therriault and other members of the TRACE research unit for entering data and coordinating the project. This study was partly funded by FRQ-S and CIHR (PI : Godbout).

References

- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior, 32*(3), 217-230. doi: 10.1023/A:1023409516739
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 140. doi: 10.1037/0022-006X.54.2.140
- Beck, J. G., Bozman, A. W., & Qualtrough, T. (1991). The experience of sexual desire: Psychological correlates in a college sample. *Journal of Sex Research, 28*(3), 443-456. doi: 10.1080/00224499109551618
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*(2), 238. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238
- Berggren, N., & Derakshan, N. (2013). The role of consciousness in attentional control differences in trait anxiety. *Cognition & Emotion, 27*(5), 923-931. doi: 10.1080/02699931.2012.750235
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... et Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy, 57*(c), 43-54. doi: 10.1016/j.brat.2014.04.001
- Brotto, L. A., Basson, R., & Luria, M. (2008). A Mindfulness-Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women. *Journal of Sexual Medicine, 5*(7), 1646-1659. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x
- Brotto, L. A., Chivers, M. L., Millman, R. D., & Albert, A. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women

- with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1-15. doi: 10.1007/s10508-015-0689-8
- Brotto, L. A., & Goldmeier, D. (2015). Mindfulness Interventions for Treating Sexual Dysfunctions: the Gentle Science of Finding Focus in a Multitask World. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1687-1689. doi: 10.1111/jsm.12941
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D., & Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 494-501. doi: 10.1097/01.nmd.0000228504.15569.b6
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2011). Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational, and medical factors. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 254-262. doi: 10.1080/00224491003605475
- Corona, G., Mannucci, E., Petrone, L., Giommi, R., Mansani, R., Fei, L., ... & Maggi, M. (2004). Psycho-biological correlates of hypoactive sexual desire in patients with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 16(3), 275-281. doi: 10.1038/sj.ijir.3901158
- Corona, G., Petrone, L., Mannucci, E., Ricca, V., Balercia, G., Giommi, R., ... & Maggi, M. (2005). The impotent couple: Low desire. *International Journal of Andrology*, 28(s2), 46-52. doi: 10.1111/j.1365-2605.2005.00594.x
- Dargis, L., Trudel, G., Cadieux, J., Villeneuve, L., Prévaille, M., & Boyer, R. (2013). Validation of the International Index of Erectile Function (IIEF) and Presentation of Norms in Older Men. *Sexologies*, 22(1), e20-e26. doi: 10.1016/j.sexol.2012.01.001
- Dosch, A., RoCHAT, L., Ghisletta, P., Favez, N., & Van der Linden, M. (2015). Psychological factors involved in sexual desire, sexual activity, and sexual

- satisfaction: A multi-factorial perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8),1-17. doi: 10.1007/s10508-014-0467-z
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336-353. doi: 10.1037/1528-3542.7.2.336
- Géonet, M., Zech, E., & De Sutter, P. (2011). Chapitre 4. Quand la sexologie surfe sur la troisième vague: intégration d'exercices de pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif féminin. In I. Kotsou, & A. Heeren (Eds.), *Pleine conscience et acceptation* (pp. 109-140). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. doi: 10.3917/dbu.kotso.2011.01
- Giraldi, A., Kristensen, E., & Sand, M. (2015). Endorsement of models describing sexual response of men and women with a sexual partner: An online survey in a population sample of Danish adults ages 20–65 years. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 116-128. doi: 10.1111/jsm.12720
- Godbout, N., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2007). La relation entre l'abus sexuel subi durant l'enfance et la satisfaction conjugale chez l'homme. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(1), 46. doi: 10.1037/cjbs2007004
- Goldmeier, D. (2013). Mindfulness: a sexual medicine physician's personal and professional journey. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 77-83. doi: 10.1080/14681994.2012.739682
- Grégoire, S., & Lachance, L. (2015). Evaluation of a brief mindfulness-based intervention to reduce psychological distress in the workplace. *Mindfulness*, 6(4), 836-847. doi: 10.1007/s12671-014-0328-9
- Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L., (2016). *La présence attentive : État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Presses de l'Université du Québec, Québec, Canada.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.

- Hayes, A. F., Preacher, K. J., & Myers, T. A. (2011). Mediation and the estimation of indirect effects in political communication research. In E. P. Bucy, & R. L. Holbert (Eds.), *Sourcebook for political communication research: Methods, measures, and analytical techniques* (pp. 434-465). New York: Routledge.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- 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. doi: 10.1080/10705519909540118
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment*, 21(4), 506. doi: 10.1037/a0017032
- Johnson, S. D., Phelps, D. L., & Cottler, L. B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33(1), 55-63. doi: 10.1023/B:ASEB.0000007462.97961.5a
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3-9. doi: 10.1080/00926237708405343
- Kimmes, J. G., Mallory, A. B., Cameron, C., & Köse, Ö. (2015). A treatment model for anxiety-related sexual dysfunctions using mindfulness meditation within a sex-positive framework. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 286-296. doi: 10.1080/14681994.2015.1013023
- Kirmayer, L. J. (2015). Mindfulness in cultural context. *Transcultural Psychiatry*, 52(4), 447-469. doi: 10.1177/1363461515598949
- Kotler, M., Cohen, H., Aizenberg, D., Matar, M., Loewenthal, U., Kaplan, Z., ... & Zemishlany, Z. (2000). Sexual dysfunction in male posttraumatic stress

- disorder patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 309-315. doi: 10.1159/000012413
- Lykins, A. D., Janssen, E., & Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43(2), 136-143. doi: 10.1080/00224490609552308
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(3), 259-271. doi: 10.1080/009262301750257119
- McCabe, M. P., & Connaughton, C. (2013). Psychosocial Factors Associated with Male Sexual Difficulties. *The Journal of Sex Research*, 51(1), 31-42. doi: 10.1080/00224499.2013.789820
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144-152. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.034
- McCarthy, B., & Wald, L. M. (2013). Mindfulness and good enough sex. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 39-47. doi: 10.1080/14681994.2013.770829
- McKee, L., Zvolensky, M. J., Solomon, S. E., Bernstein, A., & Leen Feldner, E. (2007). Emotional-Vulnerability and Mindfulness: A Preliminary Test of Associations among Negative Affectivity, Anxiety Sensitivity, and Mindfulness Skills. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(2), 91-101. doi: 10.1080/16506070601119314

- Meana, M., & Steiner, E. (2014). Hidden disorder/hidden desire: Presentations of low sexual desire in men. In Y. M. Blink, & K. S. K. Hall (Eds.), *Principles and Practice of Sex Therapy* (pp. 42-60). New York: Guilford Press.
- Mize, S. J. (2015). A Review of Mindfulness-Based Sex Therapy Interventions for Sexual Desire and Arousal Difficulties: From Research to Practice. *Current Sexual Health Reports*, 7(2), 89-97. doi: 10.1007/s11930-015-0048-8
- Muthén, L. K., & Muthén, BO (1998–2012). *Mplus user's guide (7th Edn)*. Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Nobre, P. J. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4pt1), 1429-1437. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01656.x
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 173-182. doi: 10.1080/00926230500442334
- Préville, M. (1995). *Étude de la validité et de la fiabilité de la mesure de détresse psychologique utilisée dans l'Enquête Santé Québec*. Université de Montréal: Les cahiers du GRIS, T95-01.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec*. Québec, Enquête Santé Québec 1987, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Préville, M., Potvin, L., & Boyer, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77, 275-293. doi: 10.2466/pr0.1995.77.1.275
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., & Cohen, M. S. (2014). Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 313-321. doi: 10.1002/jclp.22027

- 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. doi: 10.1016/S0090-4295(97)00238-0
- Rosenbaum, T. Y. (2013). An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy*, *28*(1-2), 20-28. doi: 10.1080/14681994.2013.764981
- Segraves, K. B., & Segraves, R. T. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *17*(1), 55-58. doi: 10.1080/00926239108405469
- Sharifzadeh, B. (2009). *The impact of anxiety on subjective and physiological sexual arousal* (Doctoral dissertation, Concordia University).
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychological Methods*, *7*(4), 422. doi: 10.1037//1082-989X.7.4.422
- Silverstein, R. G., Brown, A. C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, *73*(9), 817. doi: 10.1097/PSY.0b013e318234e628
- Sommers, F. G. (2013). Mindfulness in love and love making: a way of life. *Sexual and Relationship Therapy*, *28*(1-2), 84-91. doi: 10.1080/14681994.2012.756976
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Fonctionnement et dysfonctionnement conjugal et sexuel, dépression et anxiété. *Sexologies*, *19*(3), 164-169. doi: 10.1016/j.sexol.2010.03.007
- Trudel, G., Landry, L., & Larose, Y. (1997). Low sexual desire: The role of anxiety, depression and marital adjustment. *Sexual and Marital Therapy*, *12*(1), 95-99. doi: 10.1080/02674659708408204

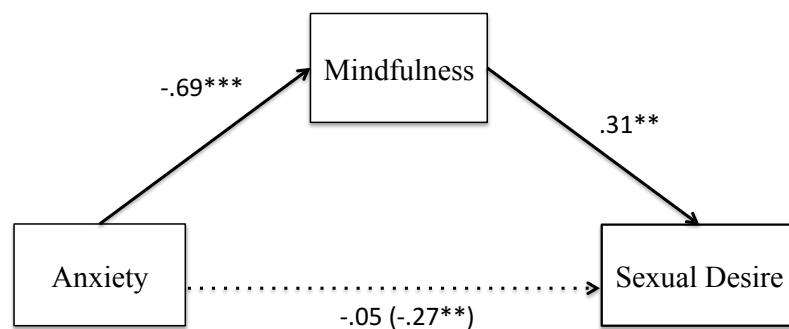
- Walsh, J. J., Balint, M. G., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences, 46*(2), 94-99. doi: 10.1016/j.paid.2008.09.008
- Weiner, L., & Avery-Clark, C. (2014). Sensate Focus: clarifying the Masters and Johnson's model. *Sexual and Relationship Therapy, 29*(3), 307-319. doi: 10.1080/14681994.2014.892920

Table 1. Means, Standard Deviations, and Correlations among Anxiety, Mindfulness, Sexual Desire, and Age ($n = 101$).

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	2.	3.	4.
1. Anxiety	3.43	2.50	-.69***	-.24*	-.11
2. Mindfulness	63.73	13.43	-	.33***	-.07
3. Sexual Desire	6.96	2.27	-	-	-.26**
4. Age	42.39	12.87	-	-	-

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Figure 1. Model of Dispositional Mindfulness as a Mediator of the Relation Between Anxiety and Sexual Desire.



Nonsignificant path is shown as dotted line. Results reported after controlling for age.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

CHAPITRE III

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif d'examiner, auprès des hommes qui consultent en sexologie, l'effet médiateur de la disposition à la présence attentive dans la relation qui unit l'anxiété et le désir sexuel. Il répond à l'intérêt grandissant que suscite l'utilisation de la présence attentive comme outil thérapeutique en sexologie clinique depuis près d'une décennie. Les études empiriques ont déjà établi que les facteurs psychologiques, tels que les distorsions, croyances, ou encore la perception négative de son corps, peuvent nuire au désir sexuel, et même contribuer au développement et au maintien de dysfonctions sexuelles. De plus, les écrits empiriques qui appuient le rôle de la disposition à la présence attentive en faveur du désir sexuel sont bien étoffés chez la femme, mais encore presque inexistantes chez l'homme. La tendance à diriger son attention au moment présent avec acceptation, ouverture et sans jugement permet d'observer les états internes (p. ex., croyances, fantasmes, contenu des cognitions, émotions), aussi bien que les éléments extérieurs (p. ex., relation à l'autre, stimuli sexuels). Il s'agit de la première étude réalisée auprès d'hommes consultant en sexologie clinique qui valide la proposition que la disposition à la présence attentive pourrait être un processus psychologique significatif lorsque les symptômes d'anxiété sont associés à un plus faible désir sexuel.

3.1 Résultats saillants et leurs implications cliniques

L'étude présentée dans ce mémoire s'est déroulée dans le cadre d'une recherche quantitative plus large, visant à documenter les profils et les déterminants de santé sexuelle et conjugale auprès des clients qui consultent en sexologie clinique. Un total de 105 hommes ont rempli des questionnaires auto-rapportés lors de la séance d'évaluation qui précède la thérapie en consultation avec des stagiaires en sexothérapie. L'échantillon était représentatif des différents milieux qui offrent des services de sexothérapie dans la région de Montréal. Les questionnaires ont permis de recueillir des données sociodémographiques, et de mesurer le niveau de présence attentive dans la vie de tous les jours, les symptômes d'anxiété et le niveau de désir sexuel. Des analyses descriptives ont permis de documenter les corrélations, moyennes et écarts types des variables incluses dans le modèle, en plus de données sur la prévalence des motifs de consultation liées au désir sexuel dans l'échantillon. Ensuite, des analyses acheminatoires ont permis de tester le modèle de médiation. Les résultats les plus saillants ont montré que le désir sexuel est un motif de consultation très prévalent, soit rapporté par près du tiers (28,7%) des hommes qui consultent en sexologie dans la région de Montréal et ses environs. De plus, les analyses ont révélé que les symptômes d'anxiété sont significativement et négativement corrélés au désir masculin. Or, nos résultats révèlent la présence d'une médiation complète de cette relation par le biais de la disposition à la présence attentive. Ce modèle de médiation explique 16% de la variance du désir sexuel.

D'abord, la recension des écrits a mis en évidence le manque de données cliniques récentes sur les prévalences du désir sexuel comme motif de consultation en sexothérapie chez les hommes, d'autant plus que cette problématique sous-représentée dans les études cliniques. Dans l'échantillon de l'étude, près d'un tiers des hommes rapportent une difficulté liée au désir sexuel. Cette donnée empirique

souligne l'importance pour les cliniciens de s'attarder davantage au désir sexuel masculin dans les plans d'évaluation et de traitement. Cette difficulté peut en effet s'accompagner d'une détresse sexuelle ou conjugale. De plus, Meana et Steiner (2014) ont rapporté que les hommes auraient moins tendance à rapporter le désir sexuel comme motif de consultation principal, mais plutôt d'autres difficultés qui peuvent s'avérer secondaires ou comorbides, par exemple la dysfonction érectile.

Ensuite, les résultats ont montré une association significative entre les symptômes psychologiques d'anxiété et un plus faible désir sexuel. Ces résultats appuient les recherches antérieures qui ont montré que la distraction cognitive inhérente aux états anxieux est associée à davantage de difficultés sexuelles, surtout au niveau du désir et de l'excitation (p. ex., Brotto *et al.*, 2016). Or, les principaux travaux ont été réalisés auprès d'échantillons composés de femmes. Ainsi, ce mémoire permet de confirmer ce constat auprès des hommes. Plusieurs auteurs reconnaissent que l'anxiété s'oppose au climat de calme et de relaxation qui favorise l'émergence du désir sexuel et l'intimité avec son ou sa partenaire sexuelle (Kimmes *et al.*, 2015). Ainsi, sur la base des présents résultats, il s'avère pertinent en sexothérapie de recueillir des informations concernant les tendances à l'anxiété chez les hommes qui rencontrent une baisse ou un faible désir sexuel, ainsi que les patrons cognitifs qui peuvent entraver l'accès au désir sexuel.

Finalement, les résultats ont confirmé le modèle conceptuel à l'étude, qui intègre la présence attentive comme variable médiatrice de l'association entre l'anxiété et un plus faible désir sexuel masculin. La présence attentive semble être un processus psychologique significatif qui explique cette relation. Plus précisément, l'anxiété peut être associée à un déficit des capacités à diriger son attention sur l'expérience sensuelle, telle qu'elle se présente, et de la tolérance envers les pensées et les émotions distrayantes (p. ex., évaluation négative de soi ou de l'autre, préoccupations

sexuelles). À son tour, la faible disposition à la présence attentive peut limiter l'accès au désir sexuel des hommes qui vivent une problématique sexologique. Ce modèle souligne le rôle prometteur des interventions basées sur la présence attentive chez les hommes qui consultent pour une diminution ou un manque de désir sexuel et qui présentent des symptômes d'anxiété. De plus, ce modèle met en lumière l'importance d'évaluer et de tenir compte de l'anxiété et du désir sexuel masculin dans les évaluations et plans d'interventions sexo-thérapeutiques.

3.2 Forces et limites

Ce mémoire comporte plusieurs forces. Premièrement, cette recherche s'insère dans un champ d'étude novateur qui a émergé dans la dernière décennie, avec un intérêt grandissant pour les interventions basées sur la présence attentive en sexologie clinique. Ces interventions sont encore peu appuyées par des données empiriques et cette recherche figure parmi les premières réalisées auprès d'un échantillon d'hommes qui consultent pour une difficulté sexuelle ou conjugale. En effet, le rôle médiateur de la présence attentive dans la relation entre l'anxiété et le désir sexuel n'avait pas encore été testé empiriquement dans un échantillon clinique.

Toutefois, ce mémoire comporte également certaines limites qui doivent être relevées. Les trois principales concernent l'échantillon, le devis corrélationnel et les mesures utilisées. Premièrement, il serait pertinent de reproduire l'étude avec un échantillon de plus grande taille et plus homogène, c'est-à-dire composé de participants qui consultent uniquement pour un motif lié à un faible ou une baisse de désir sexuel. Les hommes de notre échantillon consultaient pour des motifs variés, au sein de différents milieux cliniques. Cette approche méthodologique augmente la validité écologique des résultats, mais apporte une hétérogénéité dans au sein de

l'échantillon. Ensuite, le devis corrélationnel utilisé ne permet pas de confirmer la présence de liens de causalité. Le modèle de médiation et la direction des liens sont basés sur des assises théoriques et empiriques. Or, un devis longitudinal sera nécessaire pour confirmer les liens de causalité. Finalement, les mesures utilisées dans l'étude sont rétrospectives (questionnaires auto-rapportées), ce qui peut entraîner un biais de rappel. D'autre part, les mesures de l'anxiété et du désir sexuel manquent de précision. Plus précisément, la mesure de l'anxiété capte une tendance ou un trait, sans information spécifique au contexte des activités sexuelles (p. ex., pensées anxieuses, insécurités sexuelles), alors que la mesure du désir sexuel ne tient pas compte de la détresse associée au niveau de désir sexuel rapportée par les participants.

3.3 Pistes de recherches futures

Les recherches futures devront explorer davantage comment, plus précisément, la présence attentive est associée à des bénéfices chez les hommes qui vivent une difficulté liée au désir sexuel. La présence attentive est souvent définie par plusieurs dimensions ou facettes, par exemple le contrôle de l'attention et l'acceptation. Ces différentes composantes (p. ex, dimension du contrôle de l'attention, dimension de l'acceptation) impliquent des mécanismes psychologiques distincts qui pourraient jouer des rôles différents dans le désir sexuel.

Aussi, il serait intéressant de vérifier spécifiquement quels aspects de l'anxiété sont associés à moins de désir sexuel, dont la présence attentive pourrait agir comme variable médiatrice. Les études réalisées auprès des femmes ont montré que les bénéfices des interventions basées sur la présence attentive sur le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme s'expliquent par une

augmentation de la conscience intéroceptive, c'est-à-dire la capacité à percevoir les sensations corporelles et les changements physiologiques, notamment associés à l'excitation sexuelle Brotto *et al.*, 2016; Silverstein *et al.*, 2011). D'autres études suggèrent que les femmes ont moins de conscience intéroceptive par rapport aux hommes (Chivers, Seto, Lalumiere, Laan et Grimbos, 2010). Toutefois, le lien entre la conscience intéroceptive et la sexualité masculine, en particulier le désir sexuel doit être davantage exploré et étudié afin de valider cette proposition.

Il sera d'autant plus pertinent de développer des interventions basées sur la présence attentive qui permettront aux hommes qui consultent pour un faible ou une diminution du désir sexuel de mieux gérer leurs pensées et émotions anxieuses pouvant nuire à leur désir. Les premiers traitements basés sur la présence attentive visant à traiter le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme ont déjà été démontrés efficaces (Brotto et Basson, 2014; Brotto *et al.*, 2016). Il sera pertinent de développer un programme similaire également adapté à une clientèle masculine. Ce programme intègre des interventions basées sur la présence attentive qui pourraient s'avérer bénéfiques pour gérer l'anxiété et traiter la baisse ou le faible désir sexuel masculin. Par exemple, l'intégration de la pratique quotidienne de méditation en présence attentive pourrait favoriser la mise en perspective des expériences anxieuses internes distrayantes qui peuvent nuire au désir sexuel et aider à revisiter les croyances négatives envers la sexualité. D'autres exercices, par exemple le toucher génital non masturbatoire, visent davantage à améliorer la conscience intéroceptive des femmes, c'est-à-dire la capacité à percevoir les sensations corporelles. Il sera intéressant de vérifier auprès des hommes si ce type d'exercices est bénéfique dans la reprise de contact avec leur sphère sensuelle et érotique, ainsi que pour permettre l'ouverture au jeu et au plaisir à travers les activités sexuelles.

Les interventions basées sur la présence attentive sont largement utilisées en psychologie cognitive et comportementale. Elles fournissent des bases solides pouvant être adaptées aux besoins et aux spécificités sexologiques des hommes anxieux désirant faire renaître leur désir sexuel. Dans une vision holistique de la sexualité, ces interventions viseront essentiellement à stabiliser l'attention sur la dimension érotique et à tolérer les pensées et les émotions anxieuses et distrayantes, de façon à ce qu'elles se transforment, plutôt que d'utiliser des stratégies d'évitement de l'expérience vécue.

Il sera également envisageable d'intégrer les exercices du *Sensate Focus*, développé par Masters et Johnson, qui est largement utilisé dans la majorité des programmes d'intervention basés sur la présence attentive en sexologie. En effet, le *Sensate Focus* favorise la gestion des difficultés plus situationnelles et en plus d'intégrer davantage le corps aux interventions sexo-thérapeutiques. Ce programme devra ensuite faire l'objet d'une évaluation rigoureuse qui permettra de mieux connaître et appuyer la présence attentive comme outil thérapeutique au service de cette clientèle.

De plus, il est intéressant de s'attarder aux principaux programmes basés sur la présence attentive d'approches cognitive-comportementales, soit le programme de réduction du stress basé sur la présence attentive (MBSR), la thérapie cognitive basée sur la présence attentive (MBCT), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et la thérapie comportementale dialectique (DBT). Le MBSR, le MBCT et l'ACT ciblent davantage une clientèle anxieuse, alors que la DBT a d'abord été conçue pour une clientèle qui présente un trouble de la personnalité. Ces programmes pourront être adaptés à la sexothérapie pour une clientèle masculine qui consulte pour une diminution du désir sexuel.

Enfin, certains travaux sont en cours afin de faciliter l'intégration des interventions basées sur la présence attentive en sexologie clinique, dont les programmes d'intervention originaux demandent un investissement important de la part des clients et sont peu adaptés aux spécificités sexo-thérapeutiques (p. ex., Karremans, Schellekens et Kappen, 2015; Kocsis et Newbury-Helps, 2016). De plus, McCarthy et Wald (2013), ont proposé de combiner la présence attentive et le modèle *good enough sex*. Ces protocoles de training devront également être implantés et évalués auprès des hommes qui vivent de l'anxiété et qui consultent pour une baisse ou une diminution du désir sexuel.

3.4 Conclusion générale

Au cours de ces deux dernières années durant ma maîtrise, j'ai été témoin – sans étonnement – d'un nombre grandissant d'écrits médiatiques au sujet des bénéfices de la présence attentive sur la sexualité. Les bénéfices de la présence attentive, plus souvent nommée « pleine conscience » dans les médias, ont été vulgarisés au grand public dans de nombreux articles sur la sexualité qui font la promotion du bien-être et de l'autonomie dans la prise en charge des difficultés rencontrées dans la vie intime. Dans ces articles, la présence attentive semble souvent être définie très vaguement, en plus d'être confondue avec divers types de pratiques méditatives, ou encore avec des principes tirés du Bouddhisme. De plus, les résultats scientifiques sont parfois présentés comme une solution miracle que l'on peut appliquer à toutes les difficultés. Cette importante diffusion médiatique est inévitable avec la montée en popularité de la présence attentive. Dans ce contexte, il semble particulièrement important maintenir un regard critique et scientifique sur l'application de la présence attentive en sexologie.

Cette recherche a mis les voiles sur une avenue encore très peu explorée, celle de l'intérêt pour la présence attentive auprès d'une clientèle masculine recrutée en sexologie clinique, en plus de soutenir l'intérêt de ce champ de recherche et de traitement. Certaines théories cognitives et comportementales fondées sur des principes de la présence attentive, dont l'ACT (Hayes *et al.*, 1999), proposent que l'attention redirigée au moment présent et l'adoption d'une attitude d'ouverture et d'acceptation envers les symptômes anxieux modifient la relation aux expériences aversives, de façon à ce qu'ils deviennent moins désagréables. Dans le processus sexo-thérapeutique, cette avenue pourrait favoriser une posture réflexive et une circulation plus libre des émotions, ici et maintenant, de façon à vivre positivement son désir, sa vie intime.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- André, C. (2010). La méditation de pleine conscience. *Cerveau et Psycho*, 41, 18-24.
- André, C. (2014). Peut-on gérer ses émotions ? Dans J.-F. Dortier (dir.), *Le Cerveau et la pensée : Le nouvel âge des sciences cognitives*. Auxerre: Sciences humaines éditions.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. et Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baker, A. C. et Absenger, W. (2013). Sexual Wellness Enhancement and Enrichment Training (SWEET): A hypothetical group model for addressing sexual health and wellbeing. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 48-62.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K. et Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 482-500.
- Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 395-403.
- Bhikkhu, T. (2013) "Refuge: An Introduction to the Buddha, Dhamma, & Sangha". *Access to Insight (Legacy Edition)*. Repéré le 15 octobre 2016 à <http://www.accesstoinsight.org/lib/authors/thanissaro/refuge.html>.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... et Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D. et Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 494-501.

- Brotto, L. A. et Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy*, 57(c), 43-54.
- Brotto, L. A., Basson, R. et Luria, M. (2008). A Mindfulness Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1646-1659.
- Brotto, L. A., Chivers, M. L., Millman, R. D. et Albert, A. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1907-1921.
- Brotto, L. A. et Goldmeier, D. (2015). Mindfulness interventions for treating sexual dysfunctions: the gentle science of finding focus in a multitask world. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1687-1689.
- Brown, K. W. et Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M. et Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35(3), 471-494.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M. et Baucom, D. H. (2006). Mindfulness-based relationship enhancement (MBRE) in couples. Dans R. A. Baer (Éd.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (p. 309-331). Burlington: Elsevier.
- Carvalho, J. et Nobre, P. (2011). Predictors of Men's Sexual Desire: The Role of Psychological, Cognitive-Emotional, Relational, and Medical Factors. *The Journal of Sex Research*, 48(2-3), 254-262.
- Dortier, J.-F. (2014). *Le Cerveau et la pensée: Le nouvel âge des Sciences cognitives*. Auxerre : Sciences humaines éditions.
- Eardley, I., Niederberger, C., Fisher, C. Rosen, R. et Sand, M. (2005). Prevalence of comorbidity among men with ED in the M.A.L.E.S. 2004 longitudinal cohort. *Journal of Sexual Medicine*, S1, p. 18 (Résumé).
- Everaerd, W. et Both, S. (2001). Ideal female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2), 137-139.

- Géonet, M., Zech, E. et De Sutter, P. (2011). Chapitre 4. Quand la sexologie surfe sur la troisième vague: intégration d'exercices de présence attentive dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif féminin. *Carrefour des Psychothérapies*, 109-140.
- Kimmes, J. G., Mallory, A. B., Cameron, C. et Köse, Ö. (2015). A treatment model for anxiety-related sexual dysfunctions using mindfulness meditation within a sex-positive framework. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 286-296.
- Kocsis, A. et Newbury-Helps, J. (2016). Mindfulness in Sex Therapy and Intimate Relationships (MSIR): Clinical Protocol and Theory Development. *Mindfulness*, 7(3), 690-699.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(01), 263-279.
- Goldmeier, D. (2013). Mindfulness: a sexual medicine physician's personal and professional journey. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 77-83.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hucker, A. et McCabe, M. P. (2014). An online, mindfulness-based, cognitive-behavioral therapy for female sexual difficulties: impact on relationship functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(6), 561-576.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J. et Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 351.
- Jones, K. C., Welton, S. R., Oliver, T. C. et Thoburn, J. W. (2011). Mindfulness, spousal attachment, and marital satisfaction: A mediated model. *The Family Journal*, 19(4), 357-361.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. *Comparative and Psychological Study on Meditation*, 161-170.
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3(1), 3-9.

- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1995). *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Psychology Press.
- Karremans, J. C., Schellekens, M. P. et Kappen, G. (2015). Bridging the sciences of mindfulness and romantic relationships a theoretical model and research agenda. *Personality and Social Psychology Review*, 12(1), 29-49.
- Kirmayer, L. J. (2004). The sound of one hand clapping: Listening to Prozac in Japan. Dans Chamber, T. et Elliot, C. (Éds.) *Prozac as a way of life*, (p. 164-193). Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Kirmayer, L. J. (2015). Mindfulness in cultural context. *Transcultural Psychiatry*, 52(4), 447-469.
- Kocsis, A. et Newbury-Helps, J. (2016). Mindfulness in Sex Therapy and Intimate Relationships (MSIR): Clinical Protocol and Theory Development. *Mindfulness*, 7(3), 690-699.
- Levine, S. B. (1984). An essay on the nature of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 10(2), 83-96.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monography*, 137, 201-201.
- Masters, W. H. et Johnson, V. E. (1971). *Human Sexual Inadequacy*. 1970. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P. et Connaughton, C. (2014). Psychosocial factors associated with male sexual difficulties. *Journal of Sex Research*, 51(1), 31-42.
- McCarthy, B. et Wald, L. M. (2013). Mindfulness and Good Enough Sex. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 39-47.
- Meana, M. et Steiner, E. (2014). hidden disorder/hidden desire. Dans Y. M. Blink et K. S. K Hall (Éds.), *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York: The Guilford Press.

- Mize, S. J. (2015). A Review of Mindfulness-Based Sex Therapy Interventions for Sexual Desire and Arousal Difficulties: From Research to Practice. *Current Sexual Health Reports*, 7(2), 89-97.
- Mize, S. J. et Iantaffi, A. (2013). The place of mindfulness in a sensorimotor psychotherapy intervention to improve women's sexual health. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 63-76.
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (1998–2012). *Mplus user's guide (7th Edn)*. Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Nash, J. D. et Newberg, A. (2013). Toward a unifying taxonomy and definition for meditation. *Frontiers in Psychology*, 4, 806.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. et Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 173-182.
- Petitmengin, C. (2014). De l'activité cérébrale à l'expérience vécue. Dans Dortier, J.-F. (Éd.), *Le Cerveau et la pensée: Le nouvel âge des Sciences cognitives*. Auxerre: Sciences humaines éditions.
- Pridal, C. G. et LoPiccolo, J. (2000). Multielement treatment of desire disorders: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy. *Principles and Practice of Sex Therapy*, 57-81.
- Teasdale, J. D., Williams, J. M. G. et Segal, Z. V. (2013). *The mindful way workbook: An 8-week program to free yourself from depression and emotional distress*. New York: The Guilford Press.
- Thibeault, F. (2013). *Le bouddhisme dans la société mondiale: Circuler en Inde sur les chemins du Bouddha* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal.
- Træen, B., Martinussen, M., Öberg, K. et Kavli, H. (2007). Reduced sexual desire in a random sample of Norwegian couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), 303-322.
- Trudel, G. (2003). *La baisse du désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement*. Paris: Masson.
- Trudel, G. (2008). *Dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des approches psychologique interpersonnelle et biologique*. Québec: PUQ.

- Trudel, G. et Goldfarb, M. R. (2010). Fonctionnement et dysfonctionnement conjugal et sexuel, dépression et anxiété. *Sexologies*, 19(3), 164-169.
- Segraves, K. B. et Segraves, R. T. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17(1), 55-58.
- Sharf, R. H. (2015). Is mindfulness Buddhist? (and why it matters). *Transcultural Psychiatry*, 52(4), 470-484.
- Silverstein, R. G., Brown, A. C. H., Roth, H. D. et Britton, W. B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 817.
- Weiner, L. et Avery-Clark, C. (2014). Sensate Focus: clarifying the Masters and Johnson's model. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(3), 307-319.