



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE DE LITTÉRATURE

Analyse processuelle des facteurs cognitifs du trouble de l'orgasme féminin



Process-analysis of cognitive factors of female orgasm disorder

F. Adam^{a,*}, J. Day^a, P. de Sutter^a, C. Brasseur^b

^a Institut de recherche en sciences psychologiques (IPSY), université catholique de Louvain-La-Neuve, Belgique

^b Centre hospitalier Le Domaine, Braine-L'Alleud, Belgique

Disponible sur Internet le 4 janvier 2017

MOTS CLÉS

Anorgasmie ;
Facteurs cognitifs ;
Attention ;
Distraction et
dysfonctions
sexuelles

Résumé

Objectifs. – Cet article s'intéresse aux facteurs cognitifs responsables du trouble de l'orgasme et plus spécifiquement à la distraction cognitive ainsi que le rôle de l'attention dans l'atteinte de l'orgasme féminin. Le premier objectif est de présenter les déterminants du trouble de l'orgasme et plus particulièrement les déterminants psychologiques. Le deuxième objectif est de présenter les facteurs cognitifs dans les dysfonctions sexuelles féminines en vue de mieux comprendre le rôle des schémas cognitifs sexuels, des pensées automatiques négatives et des émotions négatives associées. Ensuite, il définit et conceptualise la distraction cognitive d'après le modèle de Barlow (1986) afin d'évaluer son impact sur la réponse sexuelle féminine et plus particulièrement chez les femmes anorgasmiques. Il présente aussi le rôle de l'attention dans l'atteinte de l'orgasme. Finalement, il tente de concrétiser le cercle vicieux du trouble de l'orgasme d'après une analyse processuelle. Cet article devrait permettre de réfléchir sur les stratégies sexothérapeutiques à mettre en place dans la prise en charge du trouble de l'orgasme féminin.

Matériel et méthode. – Analyse de la littérature de 1970 à 2015 dans la base de données scopus avec comme mots clefs : anorgasmie, attention, distraction et dysfonction sexuelle.

Résultats. – Au regard de la littérature, les femmes anorgasmiques présentent davantage d'autoschémas sexuels négatifs ainsi que des pensées et des émotions négatives qui interfèrent avec l'atteinte de l'orgasme. Dans cette perspective, c'est l'analyse processuelle et non le diagnostic qui va guider les interventions sexothérapeutiques du trouble de l'orgasme. Celles-ci devraient principalement se centrer sur les processus dysfonctionnels (évitement expérientiel, biais cognitifs attentionnels, gestion des pensées et émotions négatives) dans la perspective de diminuer l'appréhension anxieuse, les émotions secondaires et ainsi faciliter l'atteinte de l'orgasme.

* Auteur correspondant. Faculté de psychologie, université catholique de Louvain, place du Cardinal-Mercier, 10, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique.

Adresse e-mail : francoise.adam@uclouvain.be (F. Adam).

KEYWORDS

Anorgasmia;
Cognitive factors;
Attention;
Distraction and
sexual dysfunction

Conclusion. – Il serait intéressant dans les études futures de proposer des interventions basées sur la pleine conscience pour le traitement du trouble de l'orgasme. En effet, la similitude des processus en jeu laisse penser que ce type d'intervention pourrait être pertinent pour le traitement du trouble de l'orgasme féminin.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Purpose. – This article focuses on the cognitive factors responsible for orgasmic disorder and, more specifically, on the cognitive distraction and the role of attention in achieving female orgasm. First and foremost, we want to present the determinants of orgasm disorder and especially the psychological determinants. Secondly, we aim at presenting the cognitive factors in sexual dysfunctions in order to have a better understanding of the role of sexual cognitive patterns, negative automatic thoughts and associated negative emotions. Afterwards, this article defines and conceptualizes cognitive distraction following Barlow's model (1986). The purpose is to evaluate its impact on the female sexual response, with a particular emphasis on anorgasmic women. It presents the role of attention in achieving orgasm as well. Finally, one tries to present a concrete conceptualization of the orgasm disorder cycle of after a process-analysis. This article should raise reflection on sexotherapeutic strategies to implement in order to tackle female orgasm disorder.

Material and method. – An analysis of the literature since 1970 until 2015 in the scopus database with the following keywords: anorgasmia, attention, distraction and sexual dysfunction.

Results. – After a thorough review of the literature, it appears that anorgasmic women have more negative sexual self-schemas as well as negative thoughts and emotions, which interferes with the orgasm achievement. Bearing this in mind, it is the process-analysis, and not the diagnosis, that will guide sexotherapeutic interventions in orgasmic disorder. These should mainly focus on dysfunctional processes (experiential avoidance, cognitive attentional bias, dealing with negative thoughts and emotions) in order to reduce anxious apprehension, secondary emotions and therefore facilitate the achievement of orgasm.

Conclusion. – In further studies, it would be interesting to propose full consciousness-based intervention to treat orgasmic disorder. Undeniably, the similarity of the processes suggests that this type of intervention could be relevant for the treatment of female orgasm disorder.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le trouble de l'orgasme ou anorgasmie représente la deuxième difficulté sexuelle la plus fréquemment rencontrée par les femmes. D'après l'étude de [Laumann et al. \(1994\)](#), 24 % des femmes présentent une inhibition de l'orgasme depuis toujours (anorgasmie primaire) ou de manière passagère (anorgasmie secondaire). Il est défini comme « l'absence ou le retard, répété ou persistant, de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme » ([American Psychiatric Association, 2000](#), p. 632). Il est essentiel d'évaluer cette absence d'orgasme en fonction de l'âge de la personne, des stimulations reçues et de son expérience sexuelle ([Wright et al., 2006](#)). De plus, cette difficulté sexuelle aurait des effets négatifs sur la qualité de la vie des femmes notamment sur la détresse personnelle et les tensions au sein de la relation ([IsHak et al., 2010](#)).

L'origine du trouble de l'orgasme est généralement multifactorielle et l'entrevue clinique porte sur différents plans : les critères diagnostiques mais aussi l'évolution et les répercussions émotionnelles, cognitives, comportementales et relationnelles. Il est évidemment important de

considérer les aspects physiologiques de l'orgasme (excitation génitale) mais aussi les aspects subjectifs de l'expérience (excitation subjective) car, bien souvent, ce sont ces éléments qui poussent les femmes à consulter ([Graham, 2010](#)). De plus, les facteurs psychologiques et plus particulièrement les facteurs cognitifs semblent jouer un rôle important sur l'excitation subjective.

D'après la littérature, l'origine du trouble de l'orgasme est généralement multifactorielle et résulte de l'interaction complexe entre les facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques ([American Psychiatric Association, 2013](#)). Nous allons vous présenter les déterminants du trouble de l'orgasme et plus particulièrement d'ordre psychologique ainsi qu'une analyse processuelle de cette problématique.

Méthode

Dans cette perspective, nous avons réalisé une revue de la littérature des articles publiés de 1970 à 2015 en utilisant les bases de données en ligne Scopus et PsycInfo avec les mots clefs suivants : anorgasmie, attention, distraction et dysfonction sexuelle. Cependant, notre revue de la littérature aurait pu être améliorée en ajoutant d'autres bases de

données (Medline, PubMed) et en définissant des critères de sélection des articles retenus.

Déterminants du trouble de l'orgasme

Facteurs biologiques

Certains facteurs biologiques peuvent influencer l'expérience de l'orgasme comme certaines maladies ou conditions neurologiques voire certains médicaments (Basson et Weijmar Schultz, 2007). La sclérose en plaque, les dommages au niveau du nerf pelvien causés par une hystérectomie et certaines lésions au niveau de la moelle épinière peuvent entraver la réponse sexuelle de la femme (American Psychiatric Association, 2013). De plus, l'étude de Dunn et al. (2005) menée sur des jumeaux souligne que les facteurs génétiques expliqueraient environ 34 % des difficultés à atteindre l'orgasme lors des relations sexuelles en couple et 45 % lors de la masturbation. Par ailleurs, l'état de la musculature du périnée, responsable des contractions rythmiques lors de l'orgasme (Bohlen et al., 1982) et les effets de l'alcool et des drogues (Galanter, 1995) sont également à prendre en compte lors de l'examen clinique. Finalement, les effets des antidépresseurs (SSRIs) sur l'orgasme ont fait l'objet d'une littérature abondante. Il existe un consensus sur le fait que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent empêcher certaines femmes d'atteindre l'orgasme (Rosen et al., 1999).

Facteurs environnementaux

Concernant les facteurs environnementaux associés au trouble de l'orgasme, il est observé que cette dysfonction sexuelle est davantage présente chez les jeunes femmes. Il est donc essentiel de prendre en compte l'âge de la personne car les capacités d'atteindre l'orgasme s'améliorent avec les expériences sexuelles (American Psychiatric Association, 2000). Il est également important de prendre en compte le niveau social et d'éducation, les aspects culturels, les conflits au sein du couple et les sentiments de honte et de culpabilité engendrés par des croyances religieuses ou des interdits familiaux (Meston et al., 2004).

Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques peuvent également interférer avec les capacités de la femme à atteindre l'orgasme comme l'anxiété, les inquiétudes en lien avec la grossesse... (American Psychiatric Association, 2013). Il n'existerait cependant pas d'association entre certains traits de personnalité psychopathologiques et le trouble de l'orgasme (American Psychiatric Association, 2000 ; Mah et Binik, 2001). Une étude récente (Harris et al., 2008) a toutefois mis en évidence que l'introversion, l'instabilité émotionnelle et le fait de ne pas être « ouvert aux nouvelles expériences » étaient associés au trouble de l'orgasme.

Kelly et al. (1990), quant à eux, se sont intéressés aux types de stimulations sexuelles et particulièrement à la masturbation chez les femmes anorgasmiques. Ils ont pu constater que ces femmes présentaient un éventail plus

limité d'expériences sexuelles, en particulier celles relevant de la masturbation et des stimulations directes du clitoris. Une autre étude (Kelly et al., 2004) montre également qu'elles auraient plus de difficultés à communiquer avec leur partenaire à propos des activités sexuelles.

Plusieurs études ont observé un lien significatif entre l'anorgasmie et la distraction cognitive (Cuntim et Nobre, 2011 ; Dove et Wiederman, 2000). Cette distraction cognitive peut être causée notamment par des pensées parasites qui empêchent la femme de se focaliser sur les stimuli érotiques et sexuels. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes souffrant d'un trouble de l'orgasme activent significativement plus de schémas cognitifs d'incompétence ($p < 0,001$) et de solitude ($p < 0,05$) en situation d'échec comparativement à un groupe de femmes ne souffrant pas de cette problématique (fonctionnelles sexuellement). De plus, elles présentent significativement plus de pensées automatiques négatives ($p < 0,05$) en particulier des pensées d'échec, de désengagement ($p < 0,001$) et activent davantage de croyances négatives en lien avec une mauvaise image corporelle ($p < 0,05$) (Nobre et Pinto-Gouveia, 2008b). Une autre étude (Cuntim et Nobre, 2011) a aussi observé qu'elles ont plus de pensées d'abus sexuels ($p < 0,001$), d'échec et d'abandon ($p < 0,001$), de passivité et de contrôle ($p < 0,001$) et de manque d'affection ($p < 0,001$). Seules les pensées liées à une mauvaise image de soi n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes. Par contre, les femmes souffrant d'anorgasmie présentent significativement moins de pensées érotiques (Cuntim et Nobre, 2011 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2008b).

L'anorgasmie peut également trouver ses origines dans des émotions négatives à propos de la sexualité telles que la honte, la culpabilité, l'anxiété, la détresse émotionnelle, le détachement et la peur de l'abandon (Birnbaum, 2003). De plus, cette difficulté sexuelle aurait des effets négatifs sur la qualité de vie des femmes notamment sur la détresse émotionnelle et les tensions au sein de la relation (IsHak et al., 2010). Dans une population, en général, Bancroft et al. (2003) ont observé que 30 % à 50 % des femmes qui n'atteignent pas l'orgasme présentent également de la détresse sexuelle. D'après une autre étude de Bancroft (2009), le niveau de détresse sexuelle renseignerait davantage sur l'importance d'atteindre l'orgasme pour certaines femmes. Une étude récente met en avant que l'orgasme semble important voire très important pour 49 % des femmes contre 17 % qui répondent que ce n'est pas tellement important et 34 % comme pas important (Brune et Ferroul, 2010).

Facteurs cognitifs dans les dysfonctions sexuelles féminines

Beck et Freeman (1990) et plus particulièrement Young (1990) développent une thérapie cognitive des troubles de la personnalité basée sur une prise en charge spécifique des « schémas précoces inadaptés ». S'inspirant de ces auteurs, Andersen et Cyranowski (1994) étendent ce concept à la sexualité. Ils définissent les schémas cognitifs sexuels ou « autoschémas » comme des généralités cognitives par rapport aux aspects sexuels construits dans le passé mais agissant dans le présent comme des guides de

comportements sexuels. Ces généralités sont constituées d'un ensemble d'idées que les personnes cultivent à propos de la sexualité, d'eux-mêmes et aussi la façon dont elles se perçoivent comme personne sexuée.

Plusieurs études ont observé (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006, 2008a ; Nobre et al., 2003) que les sujets souffrant de dysfonctions sexuelles auraient plus tendance à activer des autoschémas sexuels « négatifs » (« Les femmes qui aiment leur mari atteignent l'orgasme ») alimentés à leur tour par des croyances sexuelles dysfonctionnelles (« Si je n'atteins pas l'orgasme, il va croire que je ne l'aime pas »). Cela aura comme effet de produire une série de cognitions dysfonctionnelles ou pensées automatiques négatives (ex. « Je n'atteindrai jamais l'orgasme », « qu'est-ce qu'il va penser de moi ? ») qui vont les empêcher de focaliser leur attention sur les stimuli érotiques et sexuels. Les autoschémas et les pensées automatiques vont générer des émotions négatives (tristesse, désillusion, culpabilité, colère, manque de plaisir et de satisfaction sexuelle) et entraver le bon déroulement de la rencontre sexuelle (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006). Nobre et Pinto-Gouveia (2008a) ont mis en avant que les femmes dysfonctionnelles sexuellement présentent significativement plus de pensées automatiques durant les activités sexuelles en comparaison avec des femmes fonctionnelles ($p < 0,000$). Elles présenteraient davantage de pensées en lien avec un sentiment d'échec et de désengagement (« Mon partenaire ne prend certainement pas de plaisir, c'est vraiment ennuyant ! »), des pensées en lien avec un sentiment d'être abusée (« Ces pratiques me dégoûtent ») et présentent un manque important de pensées érotiques ($p < 0,000$). D'autres études soulignent également que les pensées négatives liées à la performance sexuelle ou à une mauvaise image du corps interfèrent avec la montée de l'excitation sexuelle (Dove et Wiederman, 2000 ; Meana et Nunnink, 2006 ; Wincze et Barlow, 1997).

Il est important de rappeler que le fonctionnement cognitif est modéré par l'émotion qui va donner un vécu subjectif par rapport à une expérience (Cottraux, 2007). D'après Dekker et Everaerd (1988), l'excitation sexuelle peut aussi être considérée comme une émotion car elle résulte d'une évaluation cognitive d'un événement et produit un ensemble de réponses émotionnelles agréables ou désagréables en fonction du jugement de la personne. Kuffel et Heiman (2006) se sont intéressés à l'effet de certains schémas sexuels sur l'excitation sexuelle. D'après leurs observations, les schémas sexuels positifs amélioreraient l'excitation sexuelle subjective et génitale et engendreraient des émotions agréables au contact de stimuli sexuels. Ils suggèrent, en vue d'améliorer la réponse sexuelle, de prendre conscience des schémas sexuels positifs dans la perspective de guider le processus attentionnel et ainsi, faciliter l'association entre un stimulus sexuel et une signification positive.

Par ailleurs, de nombreux chercheurs (Beck et Barlow, 1986 ; Heiman et Rowland, 1983 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2008a) ont mis en évidence que les femmes dysfonctionnelles sexuellement présentent plus d'émotions négatives en situation d'exposition à une situation érotique que les femmes fonctionnelles. Par contre, quand on induit ces mêmes émotions négatives chez des sujets fonctionnels, Meisler et Carey (1991) observent que ceux-ci perçoivent

uniquement moins rapidement leur excitation sexuelle subjective.

Nobre et Pinto-Gouveia (2006) ont pu observer que les femmes souffrant d'une dysfonction sexuelle ressentiraient davantage d'émotions négatives durant les activités sexuelles que les femmes fonctionnelles. Elles présentaient significativement plus d'émotions de tristesse ($p < 0,001$), de désillusion ($p < 0,05$), de culpabilité ($p < 0,001$) et de colère ($p < 0,05$). De plus, elles ressentiraient significativement moins de plaisir et de satisfaction sexuelle ($p < 0,001$). Ces résultats confirment les recherches quant au rôle des émotions sur le fonctionnement sexuel. En effet, les émotions et les affects de dépressions (tristesse, désillusion, manque de plaisir et de satisfaction) semblent avoir un impact négatif sur la réponse sexuelle (Beck et Barlow, 1986 ; Heiman et Rowland, 1983 ; Meisler et Carey, 1991 ; Nobre et al., 2003).

Nous pouvons observer que les pensées négatives ainsi que les émotions qui en découlent peuvent monopoliser les ressources cognitives de la femme en la détournant du moment présent et de ce fait interférer avec sa capacité à percevoir ses sensations physiques, c'est-à-dire diminuer sa « conscience intéroceptive » (Basson, 2002 ; Janssen et al., 2000). C'est pourquoi, nous allons tenter de mieux comprendre la distraction cognitive et ses effets sur la réponse sexuelle féminine.

Distraction cognitive et trouble de l'orgasme

Comme nous l'avons vu, la rencontre intime et sexuelle avec un partenaire peut parfois être vécue comme désagréable pour les femmes souffrant de dysfonctions sexuelles, par l'activation de schémas sexuels négatifs et de cognitions et d'émotions négatives. Force est de constater que ces ingrédients constituent un terrain favorable pour le développement de biais attentionnels telle que la distraction cognitive.

Plusieurs auteurs ont souligné que la distraction des stimuli érotiques et sexuels, engendrée par les pensées et les émotions négatives, diminue l'excitation subjective et physiologique aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Beck et al., 1987 ; Dove et Wiederman, 2000). De plus, la distraction cognitive est beaucoup plus rencontrée chez les femmes dysfonctionnelles que les femmes fonctionnelles sexuellement (Dove et Wiederman, 2000 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2008a). Aussi, les femmes ont plus tendance à la distraction cognitive durant les relations sexuelles que les hommes ($p < 0,01$). Dans ce sens, Cuntim et Nobre (2011) ont évalué la distraction cognitive des femmes anorgasmiques et des femmes ne souffrant pas de cette dysfonction en utilisant l'échelle de Dove et Wiederman (2000). Les résultats ont révélé que les femmes anorgasmiques présentent statistiquement plus de distraction cognitive que les femmes de l'autre groupe ($p < 0,001$).

Barlow (1986) s'est intéressé à la distraction cognitive durant les activités sexuelles en développant le concept d'interférence cognitive. Il explique ce processus de cette manière : « Les réponses affectives négatives peuvent contribuer à l'évitement des signaux érotiques et ainsi faciliter une sorte d'interférence cognitive produite par la focalisation sur des signaux non érotiques » (p. 144). Les « signaux non érotiques » représentent les activités mentales

non érotiques à tonalité anxieuse qui inhibent la réponse sexuelle : les pensées négatives sur soi, sur l'autre ou sur la situation. Il est important de rappeler que l'anxiété a longtemps été perçue comme un facteur responsable des dysfonctions sexuelles (Kaplan, 1979 ; Masters et Johnson, 1970). Cependant, Barlow (1986) a nuancé ces résultats en observant un effet facilitateur de l'anxiété chez les sujets fonctionnels entraînant une augmentation de l'excitation sexuelle et un effet contraire chez les sujets dysfonctionnels. Cet auteur explique ces résultats par le concept « d'anxiété de performance » caractérisée par trois composantes : l'activation physiologique ou *arousal*, les processus cognitifs et les affects négatifs. En effet, la composante physiologique de l'anxiété facilite la réponse sexuelle tandis que sa composante cognitive a un effet inhibant. Il constate également que les individus dysfonctionnels sexuellement focaliseraient davantage leur attention sur des stimuli non érotiques et sur des préoccupations de performance, ce qui entraîne une diminution de l'excitation sexuelle. Par contre, les personnes fonctionnelles orientent leur attention sur les stimuli érotiques et sexuels, ce qui augmente l'excitation sexuelle. En conclusion, les personnes dysfonctionnelles auraient plus tendance à focaliser leur attention sur les stimuli non érotiques et présenterait des cognitions anxieuses associées à des émotions négatives (peur, anxiété...).

Il est important de souligner que la distraction cognitive joue un rôle négatif sur toute la réponse sexuelle et par conséquent sur la capacité d'atteindre l'orgasme (Cuntim et Nobre, 2011 ; Dove et Wiederman, 2000). Elle aurait aussi un impact négatif sur l'estime de soi sexuelle, la satisfaction sexuelle et la qualité des orgasmes (Dove et Wiederman, 2000). Dès lors, il semble important de mieux comprendre le rôle de l'attention afin de proposer des stratégies sexothérapeutiques visant à diminuer la distraction cognitive chez les femmes souffrant d'un trouble de l'orgasme.

Rôle de l'attention dans l'atteinte de l'orgasme

L'attention joue un rôle préparatoire important dans le traitement de l'information permettant à l'individu de réaliser une tâche. Elle est caractérisée par une focalisation de l'esprit sur une tâche en sélectionnant les stimuli pertinents à sa réalisation et en inhibant d'autres aspects de l'expérience. Elle va donc inhiber les distracteurs qui viennent de l'environnement et de l'individu lui-même (Sieroff, 1998).

L'importance de la « focalisation de l'attention » durant les rencontres sexuelles avait déjà été observée par Masters et Johnson (1971). Ils ont introduit le terme *spectatoring* pour caractériser le manque d'attention portée aux activités sexuelles. Plus spécifiquement, le fait d'observer sa propre sexualité ainsi que les réactions physiologiques (lubrification, érection...) au lieu d'être pleinement immergé dans les aspects sensoriels et érotiques de l'activité sexuelle (sensations, émotions...). À leur époque, ils demandaient déjà à leurs patients de recourir au *sensate focus* afin de contrer les cognitions liées à la performance ou à la peur de l'échec. Cet exercice consistait à poser le focus

attentionnel sur les sensations corporelles provoquées par un massage réciproque à réaliser en couple.

D'après Posner (1994), l'attention comprend trois dimensions : l'attention sélective ou focalisée (capacité à sélectionner certains stimuli et d'en inhiber d'autres), l'attention soutenue ou vigilance (capacité de maintenir son attention pendant une certaine période) et l'attention divisée (capacité de traiter plusieurs informations en même temps). D'après Gopher et Iani (2003), l'attention constitue le *spotlight* qui apporte les stimuli dans le champ de la conscience au moyen de processus *bottom-up* et *top-down*. Le premier processus consiste à orienter l'attention de manière involontaire sur les stimuli provenant de l'environnement (comme les mots d'amour du partenaire). Le *top-down* est davantage un processus volontaire qui vise un objectif précis (comme regarder un film érotique pour se sentir excitée). Concernant la sexualité, Spiering et Everaerd (2007) ont pu également mettre en évidence que l'attention pouvait être orientée de manière inconsciente ou être dirigée de façon volontaire sur les stimuli sexuels de l'environnement ou de l'individu lui-même. Il semble dès lors que ces processus *bottom-up* et *top-down* soient également impliqués dans le contexte de la sexualité.

Par ailleurs, d'après Beck (1967), les pensées automatiques négatives sont souvent caractérisées par des dialogues internes ou des monologues qui vont orienter l'attention de manière sélective. En conséquence, nous pouvons penser que si une personne n'arrive pas à se concentrer sur les stimuli sexuels et érotiques, elle aura plus de difficulté à atteindre l'orgasme. En effet, une étude (Sholty et al., 1984) rapporte que les femmes dirigent leur attention de manière volontaire et doivent se concentrer pour atteindre l'orgasme. Dans cette même perspective, Beck et Baldwin (1994) ont étudié le rôle de l'attention sur l'excitation sexuelle en s'intéressant notamment à la manière dont les femmes fonctionnelles sexuellement augmentent ou diminuent leur excitation sexuelle en regardant des films érotiques. Ces femmes ont expliqué qu'elles utilisaient des stratégies cognitives et plus spécifiquement des stratégies attentionnelles pour augmenter leur excitation sexuelle.

Dès lors, développer une attention sélective et soutenue centrée sur les stimuli érotiques et sexuels dans le contexte de la sexualité pourrait être une stratégie sexothérapeutique tout à fait adéquate pour diminuer la distraction cognitive en vue de favoriser la concentration. En effet, elle permettrait d'inhiber certains distracteurs (pensées et émotions négatives) pour mieux se concentrer sur les aspects facilitateurs de l'excitation comme les stimuli érotiques et sexuels de l'environnement mais aussi internes en vue d'améliorer la conscience intéroceptive (capacité à percevoir ses sensations physiques).

À propos de la conscience intéroceptive, le manque d'attention (De Jong, 2009), le jugement négatif de soi (Graham et al., 2004) et les symptômes de dépression et d'anxiété (Lykins et al., 2006) représentent les trois barrières psychologiques qui peuvent l'entraver et influencer négativement le fonctionnement sexuel des femmes. Selon Silverstein et al. (2011), la conscience intéroceptive est corrélée de manière positive avec l'amélioration du fonctionnement sexuel ($p < 0,05$). D'après ces auteurs, ces trois barrières peuvent distraire la femme de sa conscience

intéroceptive et la rendre moins immergée dans ses sensations corporelles. Ces auteurs ont également observé que les femmes anorgasmiques ont une conscience intéroceptive plus faible, c'est-à-dire qu'elles perçoivent plus difficilement leurs sensations corporelles quand elles sont excitées physiquement.

Analyse processuelle du trouble de l'orgasme

Dans le cadre de la sexualité, si une personne est confrontée à un sentiment d'échec, comme par exemple ne pas pouvoir atteindre l'orgasme, il peut lui arriver d'anticiper les activités sexuelles de manière anxieuse. C'est ce que Barlow (2002) a nommé « l'appréhension anxieuse ». Le modèle de l'interférence cognitive de Barlow (1986) expliqué ci-dessus a été adapté par Wiegel et al. (2007) afin de mieux expliquer les processus cognitifs et émotionnels dysfonctionnels provoqués par l'appréhension anxieuse. Celle-ci se caractérise par :

- un sentiment de perte de contrôle sur la situation sexuelle caractérisé par des pensées et des émotions négatives ;
- une hypervigilance face aux signes d'excitation sexuelle jugés comme médiocres ;
- un déplacement de l'attention centré sur soi (*self-focus*) associé à une évaluation d'incapacité à pouvoir faire face à la situation ;
- et une activation physiologique importante (*arousal*) qui prépare à la fuite.

Ces quatre processus dysfonctionnels auront comme conséquence une réponse sexuelle dysfonctionnelle. Pour faire face à cette situation anxiogène jugée comme « hors contrôle », les individus vont tenter d'éviter les rapports sexuels, ce qui va favoriser les inquiétudes liées à la sexualité et augmenter les ruminations mentales.

L'adaptation de ce modèle aux femmes souffrant d'un trouble de l'orgasme peut nous permettre de mieux comprendre les processus cognitifs et émotionnels dysfonctionnels (Fig. 1). Tout d'abord, rappelons que les femmes anorgasmiques activent de manière automatique davantage de schémas sexuels négatifs (Nobre et Pinto-Gouveia, 2008b) et présentent plus de pensées automatiques négatives et plus particulièrement des pensées d'échec, de passivité et de contrôle et moins de pensées érotiques (Cuntim et Nobre, 2011 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2008a, 2008b). Ces pensées négatives sont accompagnées d'émotions négatives telles que la honte, la culpabilité, l'anxiété, la détresse émotionnelle, le détachement et la peur de l'abandon (Birnbaum, 2003).

Nous pouvons penser que les femmes anorgasmiques, confrontées à un sentiment d'échec important, abordraient les activités sexuelles avec davantage d'appréhension anxieuse (Barlow, 2002). Cette appréhension anxieuse se caractériserait par un sentiment de perte de contrôle de la situation sexuelle et l'activation de pensées automatiques négatives (« Ca ne marchera pas », « Je n'y arriverai jamais », « Je n'ai pas envie ») et d'émotions négatives (anxiété, culpabilité...). Ce phénomène serait amplifié par une hypervigilance par rapport aux signes d'excitation sexuelle accompagnée d'un jugement négatif de ceux-ci et

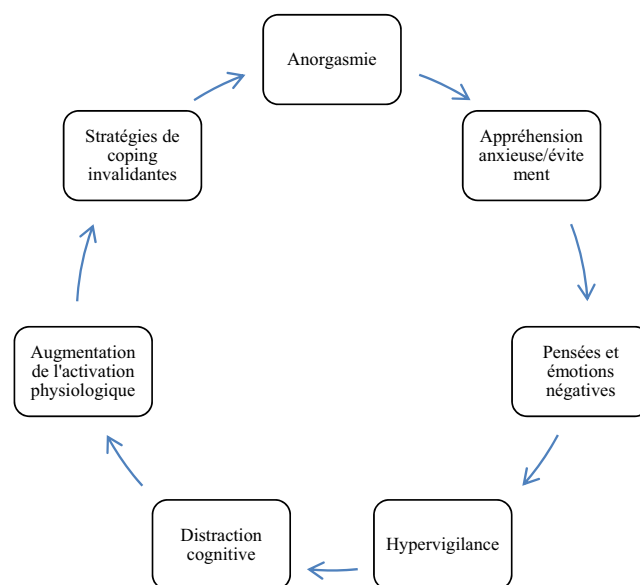


Figure 1 Modèle de Wiegel et al. (2007) adapté aux processus cognitifs et émotionnels dysfonctionnels du trouble de l'orgasme féminin.

caractérisée par une attention portée vers soi (*self-focus*). Cela provoquerait un déplacement de l'attention sur les conséquences d'une performance médiocre (échec, frustration, insatisfaction sexuelle, culpabilité) qui entraînerait une interférence cognitive et empêcherait ainsi de rester focalisé sur les stimuli érotiques et sexuels. D'après le concept de « spectating » de Masters et Johnson (1971), les femmes anorgasmiques seraient davantage « spectatrices » de leur sexualité plutôt que d'être immergées dans les sensations érotiques et sexuelles. Le « self-focus » peut ainsi s'intensifier (« qu'est-ce qu'il m'arrive ? », « c'est quoi ces sensations étranges », « il faut que j'y arrive », « c'est désagréable », « ça ne marchera pas ») en augmentant les réactions physiologiques (*arousal*) qui préparent à la fuite.

Les femmes anorgasmiques tenteraient de faire face à cette situation désagréable en utilisant des stratégies de « coping » invalidantes telles que des injonctions de performance (« faut que j'essaie », « ça va aller ») accompagnées de ruminations négatives sur soi (« je suis nulle », « ça ne sert à rien, je n'y arriverai pas ») qui les entraîneraient vers un sentiment de détresse qu'elles n'arriveraient plus à gérer. D'après le schéma de la persistance de la détresse émotionnelle (Barlow et al., 2004), les affects négatifs ressentis durant les activités sexuelles connotés comme « ingérables » et « inacceptables » vont pousser la personne à vouloir les supprimer (arrêt du rapport sexuel, évitement des rapports sexuels, etc.). Cependant, ces tentatives de suppression vont générer des émotions secondaires telles que la colère envers soi-même et un sentiment de culpabilité. Ensuite, la fuite va provoquer des ruminations négatives à propos du manque de performance sexuelle (« Encore une fois, je n'atteins pas l'orgasme », « je suis nulle et anormale »).

Ce cercle vicieux va renforcer les croyances négatives (« Je suis incapable d'atteindre l'orgasme ») et diminuer la confiance en soi dans le domaine de la sexualité. Ces différents processus vont amener les femmes à ne pas pouvoir atteindre l'orgasme. En conséquence, elles anticiperont

davantage les activités sexuelles et tenteront de les éviter afin de moins être confrontées à ces situations désagréables.

Plus récemment, [Nef et al. \(2012\)](#) proposent une conceptualisation processuelle des problématiques psychologiques. Dans ce sens, nous pouvons penser que les processus dysfonctionnels susceptibles d'expliquer le maintien du trouble de l'orgasme sont :

- les évitements de l'expérience émotionnelle (affects négatifs durant le rapport sexuel : anxiété, peur, honte, colère, culpabilité) ;
- les pensées négatives automatiques et ruminations (appréhension anxieuse des rapports sexuels, vérification de son excitation sexuelle, ruminations sur son manque de performance) ;
- les biais cognitifs attentionnels (déplacement de l'attention portée sur les conséquences d'une mauvaise performance et sur le *self-focus*, distraction cognitive) ;
- les cognitions dysfonctionnelles (sentiment d'être incapable d'atteindre l'orgasme) ;
- les déficits de compétence (sentiment d'échec).

Discussion

Le trouble de l'orgasme tel que présenté par le DSM-IV ([American Psychiatric Association, 2000](#)) est une dysfonction sexuelle définie d'après certains critères diagnostiques qui donnent très peu d'indication sur les stratégies sexothérapeutiques à mettre en place. Cette revue de la littérature nous enseigne que les femmes dysfonctionnelles sexuellement, et notamment les femmes anorgasmiques, présentent davantage d'autoschémas sexuels négatifs ainsi que des pensées et des émotions négatives. Elles rapportent aussi un manque de pensées érotiques. Ces observations mettent donc en exergue la place importante de la distraction cognitive qui interfère avec l'atteinte de l'orgasme. D'une manière générale, nous pouvons dire que c'est l'analyse processuelle et non le diagnostic qui va guider les interventions sexothérapeutiques du trouble de l'orgasme. Celles-ci devraient principalement se centrer sur les processus dysfonctionnels (évitement expérientiel, biais cognitifs attentionnels, gestion des pensées et émotions négatives) dans la perspective de diminuer l'appréhension anxieuse, les émotions secondaires et ainsi faciliter l'atteinte de l'orgasme.

Les interventions basées sur la pleine conscience sont fréquemment utilisées dans le traitement de nombreux troubles psychopathologiques et plus récemment pour les dysfonctions sexuelles féminines ([Brotto et al., 2008, 2012](#) ; [Brotto et Heiman, 2007](#)). L'intérêt de la pleine conscience est qu'elle permet de vivre les activités sexuelles en considérant toutes les facettes de l'expérience (caresses érotiques du partenaire, mots doux...). Elle invite également à réorienter l'attention sur les sensations corporelles (conscience intéroceptive), les stimuli érotiques et sexuels afin d'augmenter le plaisir et l'excitation sexuelle tout en diminuant la distraction cognitive. Cette approche rejoint donc les recherches sur le rôle de l'attention qui soulignent l'importance de la focalisation sur les stimuli érotiques et sexuels afin d'augmenter la conscience intéroceptive et

permettre la montée de l'excitation jusqu'à l'atteinte de l'orgasme.

Par ailleurs, la pleine conscience a été utilisée auprès de femmes souffrant de dyspareunie et a montré des effets bénéfiques en diminuant l'hypervigilance, le sentiment d'incapacité, la catastrophisation, la détresse sexuelle et les symptômes dépressifs ([Brotto et al., 2015](#)). Ces résultats sont très intéressants car, de par la similitude des processus en jeu, ils laissent croire que ce type d'intervention pourrait être pertinent pour le traitement du trouble de l'orgasme féminin.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- American Psychiatric Association. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders](#). 4th ed. Washington, DC: APA; 2000 (text rev.).
- American Psychiatric Association. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders](#). 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
- Andersen BL, Cyranowski JM. [Women's sexual self-schema](#). *J Pers Soc Psychol* 1994;67:1079–100.
- Bancroft J, Loftus J, Long J. [Distress about sex: a national survey of woman in heterosexual relationships](#). *Arch Sex Behav* 2003;32(3):193–208.
- Bancroft J. [Human sexuality and its problems](#). 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2009.
- Barlow DH. [Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference](#). *J Consult Clin Psychol* 1986;54:140–8.
- Barlow DH. [Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic](#). 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. [Towards a unified treatment for emotional disorders](#). *Behav Ther* 2004;35:205–30.
- Basson R. [A model of women's sexual arousal](#). *J Sex Marital Ther* 2002;28(1):1–10.
- Basson R, Weijmar Schultz W. [Sexual sequelae of general medical disorders](#). *Lancet* 2007;369:350–2.
- Beck AT. [Depression: clinical, experimental and theoretical aspects](#). New York: Harper and Row; 1967.
- Beck JG, Barlow DH. [The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding – II: cognitive and affective patterns in erectile dysfunction](#). *Behav Res Ther* 1986;24:19–26.
- Beck JG, Barlow D, Sakheim D, Abrahamson D. [Shock threat and sexual arousal: the role of selective attention, thought content and affective states](#). *Psychophysiology* 1987;24(2):165–72.
- Beck JG, Freeman A. [Cognitive therapy of personality disorders](#). New York: Guilford Press; 1990.
- Beck JG, Baldwin LE. [Instructional control of female sexual responding](#). *Arch Sex Behav* 1994;23:665–84.
- Birnbaum GE. [The meaning of heterosexual intercourse among women with female orgasmic disorder](#). *Arch Sex Behav* 2003;32(1):61–71.
- Bohlen JG, Held JP, Sanderson MO, Ahlgren A. [The female orgasm: pelvic contractions](#). *Arch Sex Behav* 1982;11(5):367–86.
- Brotto LA, Heiman JR. [Mindfulness in sex therapy: applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer](#). *Sex Relationship Ther* 2007;22(1):3–11.
- Brotto LA, Basson R, Luria M. [A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women](#). *J Sex Med* 2008;5(7):1646–59.
- Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. [A brief mindfulness-based cognitive behavioral](#)

- intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol* 2012;125(2):320–5.
- Brotto LA, Basson R, Smith KB, Driscoll M, Sadownik L. Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia. *Mindfulness* 2015;6:417–32.
- Brune E, Ferroul Y. *Le secret des femmes, voyage au cœur du plaisir et de la jouissance*. Paris: Odile Jacob; 2010.
- Cottraux J. *Thérapie cognitive et émotion. La troisième vague*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.
- Cuntim M, Nobre P. The role of cognitive distraction on female orgasm. *Sexologies* 2011;20(4):212–4.
- De Jong DC. The role of attention in sexual arousal: implications for treatment of sexual dysfunction. *J Sex Res* 2009;46(2–3):237–48.
- Dekker J, Everaerd W. Attentional effects on sexual arousal. *Psychophysiology* 1988;25(1):45–54.
- Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 2000;26(1):67–78.
- Dunn KM, Cherkas LF, Spector TD. Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study. *Biol Lett* 2005;1(3):260–3.
- Galanter M. *Alcoholism and women*. New York: Plenum Press; 1995.
- Gopher D, Iani C. Attention. In: Nadel L, editor. *Encyclopedia of cognitive science*. New York: Nature Publication Group; 2003. p. 220–6.
- Graham C. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav* 2010;39:256–70.
- Graham CA, Sanders SA, Milhausen RR, McBride KR. Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Arch Sex Behav* 2004;33(6):527–38.
- Harris JM, Cherkas LF, Kato BS, Heiman JR, Spector TD. Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: a population based study. *J Sex Med* 2008;5:1177–83.
- Heiman J, Rowland D. Affective and physiological sexual response patterns: the effects of instruction on sexually functional and dysfunctional men. *J Psychosom Res* 1983;27:105–16.
- IsHak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, Davis MC, Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med* 2010;7(10):3254–68.
- Janssen E, Everaerd W, Spiering M, Janssen J. Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: toward an information processing model of sexual arousal. *J Sex Res* 2000;37(1):8–23.
- Kaplan H. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner/Hazel Publications; 1979.
- Kelly MP, Strassberg DS, Kircher JR. Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. *Arch Sex Behav* 1990;19(2):165–77.
- Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *J Sex Marital Ther* 2004;30(4):263–76.
- Kuffel SW, Heiman JR. Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Arch Sex Behav* 2006;35:163–77.
- Laumann E, Gagnon J, Michael R, Michaels S. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago; 1994.
- Lykins AD, Janssen E, Graham CA. The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *J Sex Res* 2006;43(2):136–43.
- Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clin Psychol Rev* 2001;21:823–56.
- Masters W, Johnson V. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown; 1970.
- Masters W, Johnson V. *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris: Laffont; 1971.
- Meana M, Nunnink SE. Gender differences in the content of cognitive distraction during sex. *J Sex Res* 2006;43(1):59–67.
- Meisler AW, Carey MP. Depressed affect and male sexual arousal. *Arch Sex Behav* 1991;20:541–54.
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Ann Rev Sex Res* 2004;15:173–257.
- Nef F, Philippot P, Verhofstadt L. L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Rev Francophone Clin Comportementale Cogn* 2012;17(3):4–23.
- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: an instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sex Relationship Ther* 2003;18:171–204.
- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav* 2006;35:491–9.
- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *J Cogn Ther Res* 2008a;32:37–49.
- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther* 2008b;34:325–42.
- Posner MI. Attention: the mechanisms of consciousness. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1994;91:7398–403.
- Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19(1):67–85.
- Sholty MJ, Ephross PH, Plaut SM, Fischman SH, Charnas JF, Cody CA. Female orgasmic experience: a subjective study. *Arch Sex Behav* 1984;13:155–64.
- Silverstein RG, Brown ACH, Roth HD, Britton WB. Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosom Med* 2011;73(9):817–25.
- Sieroff E. Théories et paradigmes expérimentaux de l'attention. *Rev Neuropsychol* 1998;8(1):3–23.
- Spiering M, Everaerd W. The sexual unconscious. In: Janssen E, editor. *Psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press; 2007. p. 166–84.
- Wincze JP, Barlow DH. *Enhancing sexuality: a problem solving approach. Client workbook*. San Antonio: Graywind Publications; 1997.
- Wiegel M, Scepkowski LA, Barlow DH. Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. In: Janssen E, editor. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press; 2007.
- Wright J, Lussier Y, Sabourin S. *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Canada: Presses de l'Université du Québec; 2006.
- Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach*. Sarasota: Professional resources exchange; 1990.