

Dans ce numéro:

Le mot de votre Président d'honneur	3
Article	
Jadis, il était une fois un homme et une femme du XXIe siècle.....	4
Der sexuelle Archetyp im 21. Jahrhundert	9
C'erano una volta, un uomo e una donna del XXI secolo	14
Article	
Homme, Femme : identité ou perceptions modifiables ?	19
Mann, Frau: Identität oder modifizierbare Wahrnehmungen?	25
Uomo, Donna : identità o percezioni modificabili ?	31
Ça bouge ISI !	37
Le calendrier des formations !	39
Le courrier de Méli !	40
L'inspiration spontanée	42
Le mot de la fin	43

Santé sexuelle

La revue *Santé sexuelle* est un organe d'information générale sur les avancées de l'Approche Sexocorporelle et sur la croissance de l'ISI. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit l'envoyer par courriel à melanie.tremblay@sexologues.ca.

Veuillez noter que toute reproduction totale ou partielle d'un article publié dans la présente revue nécessite l'accord écrit de l'ISI et **doit être suivie de la référence complète.**

Les articles publiés dans *Santé sexuelle* n'engagent que les auteur(e)s.

Politique éditoriale

Présentation des textes pour la revue

L'usage du masculin est de rigueur, cela sans aucune discrimination mais uniquement en vue d'alléger le texte.

Les textes doivent être écrits dans la langue française pour publication. Il est à noter que si le texte est disponible en Italien, en Allemand ou en anglais, il sera également publié à la suite de la version française.

Les documents sont envoyés en fichier word et doivent comporter le nom de l'auteur, son titre professionnel et ses coordonnées complètes (adresse, courriel et numéro de téléphone).

Critères d'évaluation

Tous les textes sont évalués en fonction des critères suivants:

- qualité du français
- réflexions de l'auteur
- nouveauté des concepts amenés par l'article
- approfondissement de concepts déjà connus
- respect de l'Approche Sexocorporelle

Acceptation des textes

La décision d'accepter un texte sera prise par la Commission de la revue *Santé sexuelle* de l'ISI. Cette dernière se réserve le droit de faire des modifications mineures aux textes en vue de respecter les normes de publication.

Pour obtenir d'autres informations ou pour soumettre un texte, veuillez vous adresser à :

Mélanie Tremblay
melanie.tremblay@sexologues.ca
Téléphone: 514-962-3046
Fax: 514-383-0294

Parutions

Automne - Hiver 2007
Printemps - Été 2008

Dates de tombées

1er septembre 2007
1er avril 2008



Institut *Sexocorporel* International
Jean-Yves Desjardins

www.sexocorporel.com

Comité de direction 2007-2008

Président: Dominique Chatton

Vice-présidente: Mélanie Tremblay

Secrétaire: Lise Desjardins

Trésorière: Joëlle Gourier

Responsable Commission des membres et Commission des formations: Lise Desjardins

Responsable Commission de la revue: Mélanie Tremblay

Responsable ateliers « Vivre en amour »: Yoko Pedrazzoli

Responsable des liens ISI/CIFRES: Michèle Bonal

Président d'honneur: Jean-Yves Desjardins

Commission de la revue 2007-2008

Rédactrice en chef: Mélanie Tremblay

Relecture et corrections: Joëlle Gourier

Traductrice français-allemand: Karoline Bischof

Traductrice français-allemand: Christa Gubler

Traductrice français-allemand-italien: Sybille Schnorf

Traductrice français-italien: Pamela Borelli

Collaboratrice du Conseil scientifique: Yvonne Iglesias

Conception, graphisme, mise en page: Mélanie Tremblay

Imprimé au Canada

Abonnements

L'abonnement comprend deux numéros par année.

Les parutions ont lieu au printemps et à l'automne.

Le formulaire est sur le site www.sexocorporel.com

- **Gratuit pour les membres de l'ISI**
- **15 euros / ou 15\$ Can. pour les non-membres**
- **20 euros / ou 20\$ Can. an pour les institutions**

S'il vous manque un numéro pour compléter votre collection, veuillez contacter Mélanie Tremblay pour vous le procurer!

Le mot de votre Président d'honneur

Un grand nombre d'hommes et de femmes vivent avec tristesse et frustration leur difficulté à parvenir à harmoniser identité sexuelle, génitalité et amour. Si nous ne pouvons refaire notre passé, nous pouvons tous parvenir à recréer cette harmonisation par des apprentissages adéquats. Ce second numéro de la revue Santé sexuelle nous place donc devant une double évolution.

Une évolution historique où l'humanité, dépassant l'archétype sexuel qui permet la reproduction et la survie, a évolué progressivement vers les arts érotiques, c'est-à-dire la culture du plaisir dans l'expression de la génitalité et de l'amour. Le sentiment amoureux érotisé est devenu depuis plus d'un siècle la raison principale de la formation des couples.

Une autre évolution historique est personnelle, celle-là, car elle nous concerne tous: celle d'un homme ou d'une femme qui construit étape par étape son sentiment d'appartenance à son sexe biologique: Érotisation phallique chez l'homme, érotisation des creux chez la femme.

Cette évolution personnelle est accessible à tous. Il suffit de comprendre et de se donner les moyens. C'est ce que vous propose l'Approche Sexocorporelle. Bonne lecture et apprentissages à tous!



Jean-Yves Desjardins,
Président d'honneur de l'ISI

Ein Wort vom Ehrenpräsidenten

Viele Männer und Frauen scheitern im Versuch, ihr Gefühl der Geschlechtsgesetzmäßigkeit, ihre genitale Sexualität und das Liebesgefühl unter einen Hut zu bringen. Die Vergangenheit ist nicht veränderbar, doch Lernschritte sind in jedem Lebensalter möglich. In dieser Ausgabe der "Santé Sexuelle" thematisieren wir die Bedeutung der sexuellen Archetypen in der Geschichte der Menschheit und in der individuellen Entwicklung.

Die Reproduktions- und die Überlebensfunktion der sexuellen Archetypen erweitern sich mit der Zeit durch die erotischen Künste als Ausdruck einer Kultur sexueller Erregung und Liebe. Erotische Sexualität und Liebe sind daher seit mehr als einem Jahrhundert die Hauptmotivation zur Paarbildung.

In der individuellen Entwicklung lernen wir über viele Schritte, uns dem eigentlichen biologischen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Innerhalb dieser Entwicklung des Gefühls der Geschlechtsgesetzmäßigkeit interessieren uns die phallische Erotisierung beim Mann und die vaginale Erotisierung bei der Frau.

Diese persönliche Entwicklung ist uns allen zugänglich, sofern wir sie verstehen und über die entsprechenden Mittel verfügen, sie umzusetzen. Und genau das bietet uns der AS an. Ich wünsche allen viel Vergnügen bei der Lektüre vielleicht regt sie zu weiteren Entwicklungsschritten an.

La parola del vostro Presidente d'onore

Un gran numero di uomini e di donne vivono ancora con tristezza e frustrazione la loro difficoltà nell'arrivare ad armonizzare identità sessuale, genitalità e amore. Se non possiamo rifare il nostro passato, noi tutti possiamo arrivare a ricreare questa armonizzazione con degli apprendimenti adeguati. Questo secondo numero della rivista "Santé sexuelle" (Salute sessuale) ci pone dunque davanti ad una doppia evoluzione.

Un'evoluzione storica dove l'umanità, sorpassando l'archetipo sessuale che permette la riproduzione e la sopravvivenza, è evoluta progressivamente verso le arti erotiche, cioè la cultura del piacere nell'espressione della genitalità e dell'amore. Il sentimento amoroso erotizzato è diventato da più di un secolo la ragione principale della formazione delle coppie.

Un'altra evoluzione storica è personale, questo, poiché concerne tutti noi: quella di un uomo o di una donna che costruisce tappa per tappa il suo sentimento d'appartenenza al suo sesso biologico. Erotizzazione fallica nell'uomo, erotizzazione delle cavità nella donna.

Questa evoluzione personale è accessibile a tutti. È sufficiente capire e darsi i mezzi. È ciò che vi propone l'Approccio Sessocorporeo. Buona lettura e apprendimento a tutti!

ARTICLE

Jadis, il était une fois un homme et une femme du XXIe siècle...

Auteure : Mélanie Tremblay, M.A, sexologue clinicienne & psychothérapeute

MOTS CLEFS: Archétypes sexuels – Stéréotypes sexuels

Depuis le début des temps, un signal pousse l'homme et la femme à coïter. Pour permettre la pénétration, l'homme porte en lui un élan d'intrusivité pénienne et la femme celui de la réceptivité vaginale. Mais qu'en est-il aujourd'hui de ces archétypes sexuels étroitement liés à la survie de l'espèce si notre société est prospère et que notre survie n'est pas mis en jeux ? En quoi ces archétypes demeurent-ils encore maintenant une base fondamentale de la santé sexuelle?

L'archétype sexuel à la base de la survie

Toute espèce vivante est génétiquement programmée pour se reproduire, que ce soient les plantes, les animaux ou les humains. Chez les mammifères, la reproduction passe par le coït, c'est-à-dire la pénétration du sexe mâle dans le sexe femelle. Bien sûr, les hommes et les femmes peuvent coïter ensemble pour répondre à divers besoins mais une conséquence qui en dépend est la survie de l'espèce.

Ainsi, l'appel du coït découle de la présence des archétypes sexuels qui sont observables. L'archétype de l'intrusivité pénienne chez l'homme ou celui de la réceptivité vaginale chez la femme émerge en congruence avec l'anatomie et le dimorphisme sexuel. La femme a un vagin à l'interne et sa capacité de reproduction passe par le coït vaginal. L'homme a un pénis compatible et complémentaire pour pénétrer le vagin et y déposer ses spermatozoïdes.

Ces notions évidentes n'ont, jusqu'ici, rien à voir avec l'érotisme, le plaisir ou le désir sexuel. À la base, l'archétype de la réceptivité vaginale chez la femme est synchronisé avec son cycle menstruel. Lors des évaluations sexocliniques, plusieurs femmes qui consultaient pour manque de désir sexuel ont mentionné qu'elles se sentaient sexuellement plus réceptives au coït lors de l'ovulation (un peu comme l'oestrus chez les animaux). Ces signaux d'ouverture et d'appels au coït découlent principalement de la sphère hormonale.

Contrairement à la femme qui est fertile une fois par mois, l'homme est en continue production de spermatozoïdes^[1]. Il semble que l'homme soit doté d'un cycle éjaculatoire car si les fréquences éjaculatoires ne sont pas suffisantes, le corps de l'homme provoquera des éjaculations involontaires (souvent des éjaculations nocturnes).

Dans l'histoire, nos archétypes mâles et femelles permettant la survie de l'espèce font partie de la réalité. En effet, en dépit de toutes les conditions, l'humain continue à se reproduire. Au travers des différentes époques, tout au long de l'évolution des êtres humains et des animaux, une constante observable demeure: dès qu'une population est en danger, le taux de natalité augmente significativement. Il s'agit d'une manifestation réelle des archétypes sexuels qui permettent la reproduction.

Chez l'humain, les codes d'attraction sexuelle, le plaisir sexuel et la procréation se sont dissociés. L'avancée des sciences a certainement favorisé cette dissociation avec l'accès aux moyens contraceptifs pour vivre des échanges sexuels sans procréer. Et à l'inverse, pouvoir avoir recours à l'insémination artificielle, la fécondation in Vitro ou l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes pour concevoir un enfant sans aucun rapport sexuel!

L'archétype sexuel est donc une caractéristique mâle ou femelle qui peut être stimulé ou non en fonction des conditions personnelles, sociales et culturelles.

^[1] La spermatogenèse dure plus de 72 jours. Elle est continue et un nouveau cycle de production commence tous les 16 jours. Après être passés par l'épididyme, les spermatozoïdes sont stockés dans le tube séminal en attendant d'être expulsés lors de l'éjaculation du sperme. Le volume éjaculé est habituellement de 3 à 4 millilitres et contient plus ou moins 100 millions de spermatozoïdes par millilitre. Pas étonnant que la production soit continue !

La passionnante histoire de l'évolution

L'archétype sexuel permettant la reproduction est une réalité mais il semble que les hommes et les femmes n'aient pas toujours fait le lien entre l'acte de coïter et la grossesse. Nous ferons donc un bref retour dans l'histoire de l'humanité.

À l'époque paléolithique, les représentations trouvées nous laissent croire que les hommes et les femmes ignoraient que pour procréer, ils devaient coïter. Les dessins et les représentations trouvés montrent qu'ils semblaient croire que les femmes étaient fertiles en lien avec le cycle lunaire. Aucun lien n'a été représenté entre le coït et la grossesse. Dans les représentations de la fertilité, il n'y avait aucune référence à l'homme et son pénis. Néanmoins, l'archétype en place des hommes et des femmes faisait que quelque chose les poussait à coïter.

Lorsque l'Homme est passé de nomade à sédentaire à l'époque néolithique, le lien entre le coït et la grossesse s'est fait. Avec l'agriculture, les hommes ont appris à planter des graines en terre fertile pour que le blé pousse tout comme ils ont appris qu'il faut « planter sa graine » en femme pour que bébé pousse! Des expressions très colorées en découlent encore aujourd'hui!

Ce n'est que bien plus tard, il y a quelques milliers d'années, que les hommes et les femmes semblent avoir commencé à investir érotiquement les relations sexuelles et le coït. Dans les représentations trouvées, la sexualité avait alors une autre fonction que la reproduction. Elle était source de plaisir, de communication des corps, de partage et d'échange érotique. Les arts érotiques se sont raffinés pour exploiter le plaisir et l'excitation sexuelle en harmonie avec les différences et les spécificités anatomiques des hommes et des femmes.

D'ailleurs, c'est à ce moment que la symbolique du féminin et du masculin a explosé dans les arts tant au niveau des illustrations, que des objets et des statuettes de toutes sortes. Nous avons assisté à l'érotisation du phallus de l'homme et à l'érotisation du creux vaginal de la femme. En effet, de nombreuses représentations d'hommes aux phallus disproportionnés et dressés sont apparues. Chez la femme, l'emphase était mise sur un sexe avec une fente exagérée pour valoriser l'entrée de son vagin.

Ces statuettes illustraient bien les archétypes féminins et masculins ainsi que la complémentarité des sexes dans le coït. L'érotisation du lien phallo-vaginal dans la pénétration est également apparue dans les représentations. L'érotisation renvoie à un investissement en terme de plaisir dans l'exercice de la sexualité. Rappelez-vous les images splendides et explicites dans les livres sur le Kâma Sûtra. À la recherche du partage érotique, des symboles sexuels et du plaisir sexuel, les arts érotiques ont accompagné et influencé cultures et sociétés.

Les stéréotypes culturels du féminin et du masculin font que certaines caractéristiques ont davantage été attribuées soit aux hommes ou soit aux femmes (morphologie, vêtements, champs d'intérêts, gestuelle, etc.). Ces derniers varient selon les cultures et les époques.

En résumé, les arts érotiques et la culture de la fonction de plaisir sexuel font que la sexualité va au-delà des archétypes sexuels.

Besoin ou désir d'enfant? Écart hommes / femmes

En proportion, plus de femmes que d'hommes ont une envie franche ou ressentent l'appel d'avoir un enfant. Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi? J'ai tenté de dégager quelques explications plausibles.

Un des facteurs qui pourrait avoir un impact est que les femmes ont une prédominance à développer une conscience et un rapport à leur génitalité en fonction de leur cycle menstruel. Elles voient leur sang s'écouler, plusieurs ont des crampes au ventre, des gonflements, des fluctuations hormonales et émotionnelles, etc. Contrairement aux femmes, les hommes ont peu de repères distinctifs entre sexualité et reproduction. En effet, les hommes n'éjaculent pas sans avoir une montée de l'excitation génitale. La femme, quant à elle, ovule sans lien avec son excitation génitale.

Nous avons observé que la majorité des femmes ont plus de signaux physiques liés à leur possibilité d'enfanter que de signaux à leur excitation génitale. Les évaluations sexocliniques montrent qu'un bon nombre de femmes ont de la difficulté à percevoir, repérer et conscientiser leur excitation génitale. Cette

difficulté pourrait-elle découler en partie de leur anatomie? Les organes génitaux féminins sont davantage camouflés et discrets à l'externe que le pénis d'un homme où l'érection est visuellement évidente! Et ce, sans compter toute la partie interne du vagin et de l'utérus dont les perceptions sont plus diffuses et demandent un repérage plus important. Ainsi, le manque de repères de leur excitation génitale, la conscience de leur cycle menstruel et son lien avec l'archétype de réceptivité sexuelle pourraient amener certaines femmes à attribuer une place plus grande au fait d'enfanter que les hommes.

Bien des femmes découvrent leur vagin dans les échanges sexuels avec un partenaire. Combien de femmes, lorsqu'elles s'excitent seules, insèrent un doigt ou un objet dans leur vagin parce qu'elles en retirent une forte excitation génitale? Nos évaluations sexocliniques ont démontré qu'une majorité de femmes s'excitent uniquement par des stimulations externes de la vulve et des contours du clitoris. Nous avons observé que les femmes qui ont peu développé leur excitation vaginale seront plus enclines à avoir envie d'être pénétrées en lien avec leur archétype de réceptivité sexuelle plutôt que pour le plaisir et l'excitation vaginale lui-même. Sans oublier que certaines d'entre-elles le confirment en disant avoir le goût de sexualité quelques jours par mois, autour de la période de l'ovulation. Chez l'homme, puisque le cycle ejaculatoire est plus court et que la sexualité est vécue bien différemment de la femme, l'ouverture aux relations sexuelles est habituellement plus fréquente et beaucoup moins liée à la procréation.

Dans nos pays prospères, la survie de l'espèce n'est pas en jeu et toutes les femmes ne ressentent pas cet appel viscéral de faire un enfant. Dans notre société, avoir un enfant ou non est bien souvent lié à un choix de vie personnel. La maternité et la paternité font partie des stéréotypes puisqu'il s'agit de concepts sociaux attribués au rôle de mère ou de père. Ils vont au-delà des archétypes sexuels de reproduction puisqu'il s'agit d'une envie investie, surtout ressentie par les femmes, à materner.

Pour continuer sur le plan social, il existe une autre raison non négligeable qui, selon nous, donne davantage envie aux femmes qu'aux hommes d'avoir des enfants. Les femmes ont longtemps été valorisées dans leur maternité et dans leur rôle de mère.

Pendant plusieurs siècles, le rôle de la femme était de donner naissance, d'élever ses enfants, de tenir la maisonnée et de s'occuper de son époux. Le travail à l'extérieur de la maison était exclus puisque la survie des enfants dépendait essentiellement des soins prodigués par la mère dans les premiers mois de la vie. Les hommes, pour leur part, ont fortement été valorisés dans le rôle de pourvoyeur où ils devaient travailler pour nourrir leur famille.

Pour plusieurs autres raisons, le constat est que le désir d'enfant est vécu bien différemment entre les hommes et les femmes. Ainsi, ce désir d'enfant peut être renforcé par les valeurs, l'influence sociale, les points de repères à la reproduction, les repères à l'excitation génitale, les affects, les émotions et bien d'autres facteurs.

Le désir d'enfant donne à plusieurs femmes l'envie d'avoir des relations sexuelles et de coïter. Dans les cas de non érotisation de son archétype, le besoin qui apparaît derrière est davantage un désir d'enfant qu'un besoin génital. D'ailleurs, nombreuses sont les femmes qui nous consultent car elles disent avoir perdu leur désir sexuel depuis la naissance de leur enfant et ce, même plusieurs années après leur accouchement!

À l'inverse, certaines femmes ne ressentent pas cet appel viscéral d'avoir un enfant. Quelques femmes m'ont d'ailleurs consultée car elles étaient soucieuses de ne pas ressentir ce désir d'enfant, même à un âge avancé. Un fait très intéressant, qui a été démontré par le travail sexoclinique, est que le désir d'enfant peut se développer. Par un travail d'observation (de soi, des femmes enceintes, des enfants, etc.), de symbolisation, d'individualisation, d'investissement de leurs creux et de leur féminité, ce désir d'enfant peut effectivement se mettre en place.

L'érotisation symbolique de son archétype sexuel

Bon nombre d'hommes et de femmes fonctionnent dans une sexualité en congruence avec leur archétype sexuel mais sans en avoir fait l'érotisation. C'est le cas d'une grande majorité de personnes qui nous consultent en sexothérapie. Voyons donc en quoi consiste l'érotisation de l'archétype sexuel pour les femmes et pour les hommes.

Chez la femme: *De l'archétype de réceptivité vaginale à l'érotisation de ses creux*

L'archétype de réceptivité vaginale renvoie à la capacité d'être « pénétrable » et à l'ouverture au coït. L'érotisation des creux implique un investissement et une adhésion émotionnelle en terme de plaisir sexuel à la pénétration vaginale. Par exemple, une femme qui accepte la pénétration avec son conjoint, mais qui n'en a pas vraiment envie ou qui n'en retire pas de grandes excitations sexuelles, est pénétrable, donc réceptive, mais n'érotise pas ses creux. L'érotisation des creux chez la femme est la capacité à érotiser sa réceptivité sexuelle et son senti interne vaginal, avoir envie de remplir ce creux par la pénétration, s'y exciter et y retirer du plaisir sexuel. Cela presuppose d'avoir fait des apprentissages et développé certaines habiletés érotiques.

Chez l'homme: *De l'archétype d'intrusivité pénienne à l'érotisation phallique*

L'archétype d'intrusivité pénienne chez l'homme est la capacité de pénétrer un creux, que ce soit un vagin, une bouche ou autre. Pour avoir cette capacité et ressentir le désir de le faire et d'y prendre plaisir, l'homme doit également faire certains apprentissages érotiques. Par exemple, un homme qui érotise les liens affectifs, peut pénétrer une femme par désir de fusion affective mais n'en rêve pas nécessairement en dehors de ce contexte d'intimité amoureuse. Ce n'est pas parce qu'il arrive à avoir des érections et à pénétrer qu'il a érotisé son intrusivité phallique. L'érotisation phallique renvoie à la capacité pour un homme de se voir pénétrant dans ses attitudes et dans l'exercice de sa sexualité, de prendre sexuellement du plaisir à ses érections, à ses sensations pénientes et au fait de pénétrer un creux. L'homme ressent alors le désir de pénétrer et anticipe positivement le plaisir sexuel qui en découlera.

Chez l'homme et chez la femme:

L'érotisation de l'archétype sexuel ne renvoie pas directement à l'érotisation du lien phallo-vaginal

Une fois que l'homme et la femme ont érotisé leurs propres archétypes sexuels, il se peut que l'érotisation du lien phallo-vaginal ne soit, malgré tout, pas en place. Érotiser son propre sexe ne permet pas systématiquement l'érotisation du sexe opposé. Par exemple, un homme qui a érotisé son intrusivité phallique aura le goût de pénétrer un creux, certe, mais pas nécessairement le creux vaginal de la femme. La main, la bouche et l'anus des hommes et des femmes constituent d'autres creux qui pourront lui donner le goût de pénétrer. Ainsi, des relations homosexuelles ou hétérosexuelles peuvent être vécues dans l'érotisation

de l'intrusivité phallique chez l'homme. Ce qui est également vrai pour les femmes par rapport à l'érotisation de leurs creux. L'érotisation du lien phallo-vaginal demande d'avoir fait certains apprentissages supplémentaires.

Les cognitions, les valeurs, les systèmes de pensées et les connaissances par rapport à la sexualité de l'homme et de la femme seront des éléments qui peuvent influencer l'érotisation ou non du lien phallo-vaginal. L'hétérophobie ou le dégoût de la génitalité constituent bien souvent la source de cette non-érotisation, voire une aversion dans certains cas. Par exemple, si une femme croit que les hommes très masculins sont menaçants, le fait d'être confrontée à un homme phallique et assertif générera plus de craintes que de source d'excitation chez cette dernière. De même qu'un homme qui ressent du dégoût pour les parties génitales de la femme aura bien du mal à érotiser le vagin féminin.

Les codes d'attraction sexuelle constituent un autre facteur à considérer dans la non érotisation du lien phallo-vaginal. Nous savons que les hommes et les femmes qui ont des codes d'attraction sexuelle exclusivement à prédominance affective n'érotisent pas la génitalité elle-même, donc encore moins la génitalité de l'autre sexe ou le lien phallo-vaginal. L'expérience sexoclinique montre que les codes d'attraction sexuelle évoluent, se développent et sont influençables.

Dans l'homosexualité, l'érotisation du lien phallo-vaginal n'a pas été investie. Puisque l'orientation sexuelle découle des codes d'attraction sexuelle, il est possible pour un homme ou une femme d'orientation homosexuelle de développer l'érotisation du lien phallo-vaginal si telle est sa propre demande. Un homme amoureux d'une femme, avec qui il souhaite vivre mais dont les codes d'attraction sexuelle l'amènent à érotiser les hommes, pourra bénéficier de ces notions pour accéder à son rêve.

Une non érotisation du lien phallo-vaginal peut surtout poser des limites dans le désir sexuel coïtal hétérosexuel et dans la confiance en soi d'être dans l'intimité avec une personne du sexe opposé.

En résumé, l'érotisation du lien phallo-vaginal presuppose l'érotisation de son propre archétype sexuel mais l'érotisation de son propre archétype n'amènera pas automatiquement l'érotisation du lien phallo-vaginal.

L'érotisation de notre archétype sexuel en 3 étapes!

1. L'investissement érotique de notre archétype sexuel prend naissance dans le repérage, c'est-à-dire dans la prise de conscience de notre excitation génitale à l'externe et à l'interne.
2. Par la suite, l'investissement érotique de notre archétype se fera par une implication émotionnelle où l'attention est mise sur des perceptions de plaisir et de jouissance liées à notre excitation génitale.
3. Puis finalement, l'érotisation de notre archétype doit se faire dans la réalité et dans la symbolique en congruence avec notre sexe anatomique.

En quoi ces archétypes sexuels demeurent encore une base fondamentale à la santé sexuelle?

Un élément fondamental de la santé sexuelle est de pouvoir développer l'érotisation de son archétype sexuel en congruence avec son sexe anatomique. Pour mieux comprendre, faisons ensemble un résumé:

L'archétype sexuel:

- Pour l'homme: Intrusivité pénienne
- Pour la femme: Réceptivité vaginale

L'érotisation de son archétype sexuel:

- Pour l'homme: Érotisation phallique
L'homme qui a investi positivement son archétype prendra plaisir et excitation sexuelle dans son intrusivité phallique.
- Pour la femme: Érotisation de ses creux
La femme qui a investi positivement son archétype prendra plaisir et excitation sexuelle dans sa réceptivité sexuelle.

En sexologie clinique, les évaluations basées sur la grille de santé sexuelle de l'Approche Sexocorporelle montrent que plusieurs personnes qui ont des troubles sexuels n'ont pas développé l'érotisation de leur archétype sexuel. Elles sont soit dans une neutralité ou soit dans une inversion de leur archétype sexuel.

Neutralité face à son archétype sexuel:

- Une personne qui vit une neutralité par rapport à son archétype sexuel ne se sent et ne se voit ni pénétrante (intrusive), ni pénétrée (réceptive) sexuellement.

Inversion de son archétype sexuel:

- Un homme qui vit une inversion de son archétype érotise de se faire pénétrer (habituellement dans l'anus) et se voit dans la réceptivité sexuelle.
- La femme qui vit une inversion de son archétype érotise la « pénétrance » et se voit dans une intrusivité sexuelle.

Plusieurs limites ou difficultés découlent d'une non érotisation de son archétype sexuel puisqu'elle influence entre autre les codes d'attraction sexuelle, le désir sexuel, le sentiment d'appartenance à son sexe biologique et l'assertivité sexuelle[2].

L'érotisation de notre archétype en congruence avec notre sexe anatomique constitue le socle sur lequel reposera le sentiment d'appartenance à son sexe biologique. Ce sentiment d'appartenance à son sexe biologique est à la base de notre confiance en soi en tant qu'homme ou en tant que femme. Accepter son sexe anatomique, se sentir homme ou femme et porter sa féminité ou sa masculinité avec fierté! Qu'en est-il lorsque notre fondation repose sur un sol friable ou si elle comporte des fissures majeures? Le modèle de santé sexuelle repose sur toutes les composantes présentes dans l'exercice de notre sexualité. Sur quoi prendra alors appui le reste des matériaux qui composent notre sexualité? Comme pour une maison, une mauvaise fondation de son archétype sexuel cause souvent plus d'inquiétudes et de troubles au propriétaire que tout autre déficience dans sa construction!

En terme de santé sexuelle, on dira qu'une personne est bien ancrée dans son sentiment d'appartenance à son sexe, si elle a intégré et érotisé son archétype sexuel (intrusivité pour l'homme, réceptivité pour la femme) et qu'elle a pu développer un minimum d'adaptation aux stéréotypes sociaux et culturels véhiculés relativement au féminin et au masculin. L'Approche Sexocorporelle, développée par Jean-Yves Desjardins, a aidé des milliers d'hommes et de femmes à érotiser leurs archétypes sexuels et le lien phallo-vaginal puisqu'elle a dégagé et précisé ces notions fondamentales. Par sa compréhension globale de la sexualité humaine, l'Approche Sexocorporelle constitue un atout indispensable en sexologie clinique.

[2] La capacité de s'habiter avec fierté dans sa masculinité ou sa féminité et le plaisir à le montrer.

ARTIKEL (Traduit en Allemand)

Der sexuelle Archetyp im 21. Jahrhundert ...

Autorin: Melanie Tremblay, M.A., Klinische Sexologin und Psychotherapeutin

Schlüsselworte: Sexuelle Archetypen, sexuelle Stereotypen

Seit Menschengedenken drängt ein Signal den Mann und die Frau zum Koitus. Um die Penetration zu ermöglichen, besass der Mann einen Drang nach Intrusivität mit dem Penis und die Frau einen Drang nach vaginaler Rezeptivität. Doch welche Bedeutung kommt diesen mit der Sexualität verknüpften Archetypen heute zu, da unsere Gesellschaft gedeiht und unser Überleben nicht mehr gefährdet ist? Inwiefern bleiben diese Archetypen nach wie vor eine Grundbasis der sexuellen Gesundheit?

Der sexuelle Archetyp als Grundlage des Überlebens

Jede lebende Art ist genetisch zur Fortpflanzung vorprogrammiert, seien es Pflanzen, Tiere oder die Menschen. Bei den Säugetieren spielt sich die Fortpflanzung über den Koitus ab, dem Einführen des männlichen Geschlechtsteils in das weibliche Genitale. Natürlich können Männer und Frauen aus den verschiedensten Bedürfnissen miteinander Geschlechtsverkehr haben, doch nicht zuletzt hängt das Überleben der Gattung vom Koitus ab.

Den Lockruf der Natur nach dem Koitus beobachten wir anhand der vorhandenen sexuellen Archetypen: die Intrusivität beim Mann wie auch die vaginalen Rezeptivität der Frau bildeten sich in Übereinstimmung mit der Anatomie und dem sexuellen Dimorphismus heraus. Die Frau hat im Körperinnern eine Vagina, und ihre Fähigkeit zur Fortpflanzung ergibt sich aus dem vaginalen Koitus. Der Mann hat einen komplementären und kompatiblen Penis, um in die Vagina einzudringen und die Spermien zu deponieren.

Diese Tatsachen haben jedoch noch nichts zu tun mit Erotik, Lust oder gar sexuellem Begehr. Der vaginalen Rezeptivität bei der Frau liegt die Synchronisation mit ihrem Menstruationszyklus zugrunde. In sexologischen Untersuchungen haben Frauen, die sich in der Praxis wegen Mangels an sexuellem Begehr meldeten, des öfteren erwähnt, dass sie während des Eisprungs mehr Lust auf den Geschlechtsverkehr verspüren als während des restlichen Zyklus (etwa vergleichbar mit dem Oestrus der Tiere). Hier handelt es sich um hauptsächlich hormonal bedingte Signale der Bereitschaft und des Drangs zum Koitus.

Im Gegensatz zur Frau, welche einmal pro Monat fruchtbar ist, produziert der Mann kontinuierlich Spermien^[1]. Es scheint, dass der Mann ausgerüstet ist mit einem Ejakulationszyklus, denn wenn die Häufigkeit der Ejakulation nicht ausreicht, veranlasst der Körper des Mannes spontane Samenergusse (häufig in Form nächtlicher Ejakulationen).

In der Geschichte waren die männlichen und weiblichen Archetypen, welche unser Überleben garantieren, stets ein Bestandteil der Alltagsrealität. In der Tat pflanzt sich der Mensch ungeachtet aller Umstände dauernd fort. Über verschiedene Epochen hinweg, während der ganzen Entwicklung der Menschheit und der Tiere, ist diese konstant beobachtbare Gewohnheit unverändert geblieben: Sobald eine Bevölkerung gefährdet ist, steigt die Geburtenrate signifikant. Es handelt sich dabei um eine Manifestation der sexuellen Archetypen im Alltag zur Gewährleistung der Fortpflanzung.

Beim Menschen sind die sexuellen Anziehungscodes, das sexuelle Begehr und die Fortpflanzung voneinander unabhängige Faktoren. Die wissenschaftlichen Fortschritte haben diese Aufspaltung unterstützt, indem Verhütungsmittel entwickelt wurden, welche Sex ohne Fortpflanzung ermöglichen. Umgekehrt sind mit der künstlichen Insemination und der In-Vitro-Fertilisation die Möglichkeiten vorhanden, künstlich, ohne jeglichen sexuellen Kontakt, ein Kind zu zeugen.

Der sexuelle Archetyp definiert sich so als eine männliche oder weibliche Funktion, welche durch persönliche, soziale und kulturelle Bedingungen stimuliert wird – oder auch nicht.

[1] Die Spermatogenese dauert mehr als 72 Tage. Sie ist kontinuierlich, ein neuer Produktionszyklus beginnt alle 16 Tage. Nachdem sie aus dem Nebenhoden weitergeleitet wurden, werden die Spermatozoen im Samenkanal gespeichert, wo sie darauf warten, mit dem Samenerguss ausgestossen zu werden. Das Ejakulatvolumen beträgt üblicherweise 3-4 ml und enthält rund 100 Millionen Spermatozoen pro ml. Kaum erstaunlich, dass die Produktion andauert!

Die spannende Geschichte der Evolution

Der die Fortpflanzung ermöglichte sexuelle Archetyp ist eine Realität. Doch es scheint, dass sowohl Frauen wie Männer nicht von jeher den Zusammenhang zwischen dem Akt des Koitus und der Schwangerschaft herstellten. Wir machen daher eine kurze Rückblende in die Geschichte der Menschheit.

Zur paleolithischen Zeit, so lassen uns die gefundenen Darstellungen aus jener Zeit vermuten, wussten die Männer und Frauen nicht, dass sie zur Fortpflanzung den Geschlechtsverkehr ausüben mussten. Die gefundenen Zeichnungen und Darstellungen zeigen, dass sie glaubten, die Fruchtbarkeit der Frauen hänge mit der Mondphase zusammen. Es wurde keinerlei Zusammenhang dargestellt zwischen dem Koitus und der Schwangerschaft. In den damaligen Darstellungen der Fruchtbarkeit finden wir keinerlei Hinweise auf den Mann und seinen Penis. Und dennoch löste der bei den Frauen und Männern wirkende Archetyp bei beiden etwas aus, das sie zum Koitus drängte.

Als der Mensch sich im Neolithikum vom Nomadentum zur Sesshaftigkeit entwickelte, wurde der Zusammenhang zwischen dem Koitus und der Schwangerschaft offensichtlich. Mit der Erlernung der Landwirtschaft haben die Menschen begriffen, dass der Same in fruchtbare Erde gepflanzt werden muss, damit die Frucht keimt. Und demzufolge es auch notwendig ist, das eigene Samenkorn in die Frau zu pflanzen, damit ein Kind gedeiht! Noch heute lassen sich dafür farbige Ausdrücke ableiten!

Erst sehr viel später, vor einigen tausend Jahren, haben Männer und Frauen begonnen, in die Erotik der sexuellen Beziehungen und des Geschlechtsverkehrs zu investieren. In den Darstellungen aus jener Zeit hatte die Sexualität eine andere Funktion als diejenige der Reproduktion. Sie war Quelle der Lust, der körperlichen Kommunikation, des miteinander Teilens und Austauschens der Erotik. Die erotische Kunst wurde sodann verfeinert, um die Wollust und die sexuelle Erregung in Harmonie mit den Unterschiedlichkeiten zwischen Männern und Frauen darzustellen.

Übrigens begann zur gleichen Zeit die männliche und weibliche Symbolik in der Kunst einen bedeutenden Platz einzunehmen, sowohl in Illustrationen wie auch in allerlei Objekten und Figuren. Wir werden dadurch zu Zeugen der Erotisierung des männlichen Phallus und der vaginalen Höhle der Frau. Tatsächlich entstanden zahlreiche Darstellungen von Männern mit überproportionierten und steil emporragenden Penissen. Bei der Frau wurde Nachdruck gelegt auf ein Geschlecht mit einer übertriebenen Öffnung, um den Scheideneingang zu würdigen.

Diese Statuen illustrieren sehr gut sowohl den weiblichen und männlichen Archetypus wie auch die Komplementarität der Genitalien beim Koitus. Die Erosionierung des Geschlechtsverkehrs wurde ebenfalls in den Darstellungen gezeigt. Die Erosionierung gibt Hinweise darauf, dass bei der Ausübung der Sexualität auf den Genuss Wert gelegt wurde. Erinnern wir uns an die prächtigen und eindeutigen Bilder in den Büchern des Kama Sutra. Auf der Suche nach dem gemeinsamen erotischen Erleben, erotischen Symbolen und der sexuellen Lust haben die erotischen Künste viele Kulturen und Gesellschaften begleitet und beeinflusst.

Die kulturellen Stereotypen des Weiblichen und des Männlichen bewirken, dass besondere Eigenschaften speziell dem Mann oder der Frau zugeordnet wurden (Erscheinungsbild, Kleidung, Interessensgebiete, Bewegungen etc.). Diese variieren je nach Kultur und Epoche.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Dank der erotischen Kunst und dem Kultivieren des sexuellen Genusses die Bedeutung der Sexualität über die Archetypen hinausgeht.

Notwendigkeit oder Wunsch nach Kindern? Die Verschiedenheit von Männern und Frauen.

Im Verhältnis verspüren mehr Frauen als Männer den Wunsch nach einem Kind. Haben Sie sich schon mal gefragt, warum? Ich habe versucht, einige Erklärungen herauszuarbeiten.

Ein Faktor, der einen Einfluss haben könnte ist, dass die Frauen aufgrund ihres Menstruationszyklus eine Beziehung zu ihrer Genitalität eher im Sinne der Fortpflanzungsfähigkeit als Ort des Genusses entwickeln. Sie sehen ihr Blut fließen, viele erleben Bauchkrämpfe, Blähungen, hormonale und emotionale Schwankungen etc.. Im Gegensatz dazu nehmen die Männer kaum einen Unterschied wahr zwischen Sexualität und Fortpflanzung, sie ejakulieren nicht ohne Anstieg der genitalen Erregung. Die Frau ihrerseits ovuliert ohne Bezug zur genitalen Erregung.

Wir beobachten, dass die Mehrheit der Frauen mehr Körperwahrnehmungen erleben bezüglich ihrer Möglichkeit, Kinder zu gebären, als bezüglich der sexuellen genitalen Erregung. Die sexologischen Evaluationen zeigen, dass eine grosse Anzahl von Frauen Schwierigkeiten haben, ihre genitale Erregung wahrzunehmen. Und sie sich bewusst zu machen. Könnte dies auch durch ihre Anatomie begründet sein?

Die weiblichen Genitalorgane sind hauptsächlich verborgen und von aussen unsichtbar, ganz anders der Penis des Mannes, dessen Erektion unübersehbar ist. Ausserdem sind die Wahrnehmungen im inneren Bereich der Vagina und des Uterus diffuser und erfordern für die Frau grössere Lernschritte. So könnte bei manchen Frauen die geringe Aneignung der genitalen Erregung, das Erleben des monatlichen Zyklus und dessen Verbindung mit dem Archetyp der sexuellen Rezeptivität dazu führen, dass sie der Fähigkeit, Kinder zu gebären, mehr Gewicht zuordnen als Männer.

Sehr viele Frauen entdecken ihre Vagina erst durch den sexuellen Verkehr mit einem Partner. Wie viele Frauen führen sich bei der Selbststimulation einen Finger oder ein Objekt in die Vagina ein, weil sie dadurch eine starke genitale sexuelle Erregung erleben? Unsere Untersuchungen haben ergeben, dass eine Mehrzahl der Frauen sich ausschliesslich durch die Stimulation der Vulva und rund um die Klitoris erregen. Wir haben zudem beobachtet, dass Frauen, welche ihre Vaginalität wenig entwickelt haben, die Penetration eher aufgrund des Archetyps der sexuellen Rezeptivität, z.B. beim Eisprung, begehen als um die vaginale sexuelle Erregung zu geniessen. Dies bestätigen einige der Frauen durch die Aussage, dass sie den Wunsch nach Penetration während einiger Tage des Zyklus verspüren, meist um den Eisprung herum. Beim Mann, dessen Ejakulationszyklus kürzer ist und der die Sexualität bzw. seinen Archetyp anders erlebt als die Frau, ist die Bereitschaft zu sexueller Aktivität gewöhnlich häufiger vorhanden und viel weniger an die Fortpfanzung gebunden.

In unseren gut entwickelten Ländern ist das Überleben der Art nicht gefährdet, und so verspüren nicht alle Frauen den, Ruf der Natur“, ein Kind zu zeugen. In unserer Gesellschaft ist die Entscheidung für oder gegen ein Kind häufig eine persönliche Entscheidung. Vaterschaft und Mutterschaft sind Teil des Stereotyps, es handelt sich um soziale Rollen, die von der Gesellschaft der Mutter und dem Vater zugeschrieben werden. Die Entscheidung für ein Kind geht somit über den sexuellen Archetyp hinaus, es geht auch um den Wunsch nach der familiären Lebensform, Kinder gross zu ziehen, der bei den Frauen meist stärker vorhanden ist.

Auf der sozialen Ebene existiert ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Grund welcher, so meinen wir, vorzugsweise bei den Frauen den Wunsch nach Kindern weckt. Die Frauen wurden lange Zeit in ihrer Mutterschaft und in ihrer Rolle als Mutter geschätzt.

Während Jahrhunderten war es die Aufgabe der Frau, Kinder zu gebären, sie aufzuziehen, den Haushalt zu führen und sich um den Gatten zu kümmern. Die Arbeit ausserhalb des Hauses kam nicht in Frage, weil das Überleben der Kinder in den ersten Lebensmonaten hauptsächlich von der umfassenden Fürsorge der Mutter abhing. Die Männer ihrerseits waren in ihrer Rolle als Ernährer hoch geschätzt, in der sie arbeiten mussten, um die Familie zu unterhalten.

Die Feststellung, dass der Kinderwunsch von Frauen und Männern anders erlebt wird, beruht zudem noch auf etlichen weiteren Beobachtungen. Er kann durch Wertvorstellungen verstärkt werden, durch soziale Einflüsse, *(Rollenvorstellungen)*, Lernschritte bei der genitalen Erregung, Affekte, Gefühle und viele andere Faktoren mehr.

Der Kinderwunsch ist ausschlaggebend für einige Frauen, sexuelle Beziehungen aufzunehmen und den Geschlechtsverkehr auszuüben. Bei fehlender Erosionierung des Archetyps erscheint hinter dem Bedürfnis nach Koitus eher der Kinderwunsch als der Wunsch nach genitalem sexuellem Genuss. So ist die Anzahl der Frauen gross, die uns aufsuchen, weil sie nach der Geburt der Kinder oft sogar für mehrere Jahre ihr sexuelles Begehr verloren haben.

Hingegen gibt es auch Frauen, welche den biologischen Ruf nach einem Kind nicht verspüren. Einige Frauen haben mich aufgesucht, weil sie sich deswegen sorgten, dass sie sogar im fortgeschrittenen Alter keinen Kinderwunsch hatten. Eine sehr interessante Tatsache, die sich aus der sexologischen Arbeit ergeben hat ist, dass dieser Kinderwunsch sich entwickeln lässt. Durch Beobachtung (von sich selber, von schwangeren Frauen, von Kindern etc.), Symbolisierung, Individuationsarbeit, Aufbau einer Beziehung zur Vagina und Gebärmutter kann der Kinderwunsch tatsächlich geweckt werden.

Die symbolische Erosionierung des sexuellen Archetyps

Nicht wenige Frauen und Männer funktionieren in ihrer Sexualität gemäss ihrem sexuellen Archetyp, jedoch ohne diesen zu erosieren. Das ist der Fall bei der grossen Mehrheit von Personen, die uns in der Sexualtherapie aufsuchen. Schauen wir uns mal an, worin die Erosionierung des sexuellen Archetyps für die Frauen und für die Männer besteht.

Bei der Frau: Vom Archetyp der vaginalen Rezeptivität bis zur Erotisierung ihrer Höhle

Der Archetyp der vaginalen Rezeptivität beinhaltet die Fähigkeit zur Aufnahme des Penis und zur Bereitschaft zum Geschlechtsverkehr. Die Erotisierung der vaginalen Höhle bedeutet die Aneignung und das Erleben von sexuellem Genuss bei der vaginalen Penetration. Eine Frau beispielsweise, welche die Penetration durch ihren Partner akzeptiert, aber nicht wirklich ein Begehr danach empfindet oder keine sexuelle Erregung daraus bezieht, kann zwar penetriert werden, ist also rezeptiv, doch sie erisiert ihre Vagina nicht. Die Erotisierung der Vagina bei der Frau ist die Fähigkeit, die Wahrnehmungen in der Vagina zu erosten; die Lust zu verspüren, diesen Innenraum durch Penetration auszufüllen und daraus sexuelle Erregung und Genuss zu ziehen. Das wiederum setzt entsprechende Lernschritte ebenso voraus wie die Entwicklung von erotischen Fähigkeiten.

Beim Mann: Vom Archetyp der Intrusivität zur phallischen Erosion

Der Archetyp der Intrusivität beim Mann beinhaltet die Fähigkeit, eine Höhle zu penetrieren, sei es die Vagina oder der Mund o.ä.. Um diese Fähigkeit zu erlangen, um das Begehr danach zu verspüren und sie mit Genuss zu erleben, muss der Mann ebenfalls einige erotische Lernschritte vollziehen. Beispielsweise kann ein Mann, der vorwiegend die emotionale Verbindung erostiert, eine Frau penetrieren aus dem Wunsch, mit ihr eine affektive Verschmelzung zu erleben, ohne unbedingt genitale Bedürfnisse zu haben. Er erostiert seine Intrusivität nicht aufgrund seiner Fähigkeit zur Erektion und Penetration. Die phallische Erosion beinhaltet dagegen die Fähigkeit des Mannes, sich in seinem Verhalten und im Ausüben seiner Sexualität als aktiv penetrerend zu sehen, sexuellen Genuss zu ziehen aus seiner Erektion, aus seinen Wahrnehmungen am Penis und bei der Penetration einer Höhle. Mit der phallischen Erosion verspürt er ein Verlangen zu penetrieren und eine angenehme Vorwegnahme des sexuellen Genusses, der sich daraus ergibt.

Beim Mann und bei der Frau: Die Erosion des sexuellen Archetyps führt nicht direkt zur Erosion des Geschlechtsverkehrs

Auch wenn Mann und Frau ihre eigenen sexuellen Archetypen erosten, so ergibt sich daraus noch nicht automatisch die Erosion des Geschlechtsverkehrs. Die Erosion des eigenen Genitals führt nicht automatisch zur Erosion der Genitalien des anderen Geschlechts. Beispielsweise kann ein Mann, der seine phallische Intrusivität erostiert hat, durchaus Lust verspüren, eine Körperhöhle zu penetrieren. . Das muss jedoch nicht unbedingt die vaginale Höhle der

Frau sein. Die Hand, der Mund, der Anus von Männern und Frauen stellen weitere Höhlen dar, welche bei ihm die Lust zu penetrieren auslösen können. Die Intrusivität rep. Rezeptivität sind unabhängig von der sexuellen Orientierung. Zur Erosion des Geschlechtsverkehrs sind somit weitere Lernschritte notwendig.

Die Kognitionen, die Werte, die Denksysteme und das Wissen bezüglich der Sexualität des Mannes und der Frau sind Faktoren, welche beeinflussen, ob die Erosion des Geschlechtsverkehrs stattfindet oder nicht. Die Heterophobie oder ein Ekel vor der Geschlechtlichkeit sind nicht selten der Grund für eine mangelnde Erosion oder gar Aversion. Wenn zum Beispiel eine Frau glaubt, dass sehr maskuline Männer bedrohlich sind, löst bei ihr die Begegnung mit einem phallischen, selbstsicheren Mann eher Ängste als sexuelle Erregung aus. Gleicherweise ist es für einen Mann mit Ekel vor den weiblichen Genitalien schwierig, die Vagina einer Frau zu erosten.

Sexuelle Anziehungscodes sind ein weiterer Faktor, welcher bei der Abklärung der fehlenden Erosion des Geschlechtsverkehrs berücksichtigt werden muss. Wir wissen, dass Männer und Frauen, die ausschließlich emotional betonte sexuelle Anziehungscodes haben, die Genitalität an sich nicht erosten, und als Folge davon noch weniger das Geschlecht des Partners/der Partnerin oder gar den Geschlechtsverkehr erosten. Die Erfahrungen in der sexologischen Praxis zeigen, dass sexuelle Anziehungscodes sich verändern und entwickeln können und beeinflussbar sind.

In der Homosexualität findet keine Erosion des Geschlechtsverkehrs statt. Da die sexuelle Orientierung den sexuellen Anziehungscodes entspringt, ist es für Männer wie Frauen mit homosexueller Orientierung trotzdem möglich, eine Erosion des Geschlechtsverkehrs zu entwickeln, falls sie dies wünschen. Ein Mann, dessen sexuelle Anziehungscodes auf Männer ausgerichtet sind, der sich aber in eine Frau verliebt, könnte von dieser Kenntnis Nutzen ziehen, um mit ihr eine genussvolle Sexualität zu leben.

Eine fehlende Erosion des Geschlechtsverkehrs kann besonders das heterosexuelle koital-sexuelle Begehr und die sexuelle Selbstsicherheit in der intimen Begegnung mit dem anderen Geschlecht begrenzen.

Zusammenfassend heisst das, dass die Erosion des Geschlechtsverkehrs die Erosion des eigenen sexuellen Archetyps zwar voraussetzt, aber nicht automatisch daraus folgt.

Die Erotisierung unseres sexuellen Archetyps in drei Etappen !

1. Die Erosionierung unseres sexuellen Archetyps beginnt mit Lernschritten, d.h. indem wir die innere wie äussere genitale Erregung bewusst wahrzunehmen lernen.
2. Im Weiteren bedingt die Erosionierung des sexuellen Archetyps auf der emotionalen Ebene die Wahrnehmung von Genuss und Wollust im Zusammenhang mit der genitalen Erregung.
3. Schliesslich geschieht die Erosionierung des sexuellen Archetyps sowohl in der Alltagsrealität wie auch symbolisch in Übereinstimmung mit unserem biologischen Geschlecht.

Inwiefern bleiben die sexuellen Archetypen nach wie vor ein Grundstein der sexuellen Gesundheit?

Ein grundlegendes Element der sexuellen Gesundheit ist, dass die Erosionierung des sexuellen Archetyps übereinstimmend mit dem biologischen Geschlecht entwickelt werden kann. Zum Verständnis hier nochmals eine Zusammenfassung:

Der sexuelle Archetyp:

- Für den Mann: die Intrusivität
- Für die Frau: die vaginale Rezeptivität

Die Erosionierung des eigenen sexuellen Archetyps:

- Für den Mann: die phallische Erosionierung; ein Mann, der positiv in seinen sexuellen Archetyp investiert und Genuss sowie sexuelle Erregung aus seiner Intrusivität zieht.
- Für die Frau: Erosionierung ihrer Vagina und Gebärmutter; eine Frau, die ihren sexuellen Archetyp positiv besetzt und Genuss und sexuelle Erregung aus ihrer sex. Rezeptivität zieht.

Evaluationen, die auf dem Modell sexueller Funktionalität des Approche sexocorporelle beruhen, zeigen im klinischen Alltag, dass Menschen mit sexuellen Störungen oft die Erosionierung ihres sexuellen Archetyps nicht vollzogen haben. Sie sind bezüglich ihres sexuellen Archetyps neutral oder in einer Umkehrung.

Neutralität bezüglich des eigenen sexuellen Archetyps:

- Ein Mensch, der sich bezüglich des eigenen sexuellen Archetyps neutral wahrnimmt, empfindet weder ein Verlangen nach Penetration (Intrusivität) noch danach, penetriert zu werden (Rezeptivität).

Umkehrung des sexuellen Archetyps:

- Ein Mann, der eine Umkehrung des sexuellen Archetyps lebt, errosiert das Penetrieren (meist in den Anus) und nimmt sich also in der sexuellen Rezeptivität wahr.
- Eine Frau, welche eine Umkehrung des sexuellen Archetyps lebt, errosiert das Penetrieren und nimmt sich in der sexuellen Intrusivität wahr.

Viele Grenzen und Probleme entstehen aus einer fehlenden Erosionierung des eigenen sexuellen Archetyps, welche sich unter anderem direkt auf die sexuellen AnziehungsCodes, das sexuelle Begehr, das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit und die sexuelle Selbstsicherheit auswirkt [2].

Die Erosionierung unseres Archetyps in Übereinstimmung mit dem anatomischen Geschlecht stellt den Sockel dar, auf dem das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit beruht. Dieses stellt die Grundlage unseres Selbstvertrauens als Mann oder als Frau dar – sein eigenes Geschlecht zu akzeptieren, sich als Mann oder Frau zu fühlen und mit Stolz seine Männlichkeit und Weiblichkeit zu zeigen! Was passiert, wenn unser Fundament auf einem bröcklichen Grund steht oder wenn es grosse Risse aufweist? Sexuelle Funktionalität beinhaltet alle bei der Ausübung der Sexualität beteiligten Komponenten. Innerhalb der Sexualität als Konstruktion nehmen die sexuellen Archetypen eine zentrale und tragende Stellung ein.

Bezüglich der sexuellen Funktionalität könnte man sagen, dass eine Person gut verankert ist in ihrem Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, wenn sie ihren sexuellen Archetyp integriert und errosiert hat (Intrusivität für den Mann, Rezeptivität für die Frau) und wenn sie ein Minimum an Anpassung an die sozialen und kulturellen Stereotypen entwickelt, die dem Weiblichen und dem Männlichen zugeschrieben werden.

Der von Jean-Yves Desjardins entwickelte Approche sexocorporelle, ermöglicht vielen Frauen und Männern über das Erosionieren der sexuellen Archetypen eine Bereicherung ihrer sexuellen Beziehung.

[2] Die Fähigkeit, seine Männlichkeit oder Weiblichkeit mit Stolz zu bewohnen und das Vergnügen, dies zu zeigen.

ARTICOLO (Traduit en Italien)

C'erano una volta, un uomo e una donna del XXI secolo...

Autore: Mélanie Tremblay, M.A, sessuologa clinica e psicoterapeuta

PAROLE CHIAVE: Archetipi sessuali – Stereotipi sessuali

Dall'inizio dei tempi, un segnale spinge l'uomo e la donna ad accoppiarsi. Per permettere la penetrazione, l'uomo porta in sé stesso uno slancio d'intrusività del pene e la donna quello della ricettività vaginale. Ma cosa ne è oggi di questi archetipi sessuali strettamente legati alla sopravvivenza della specie, se la nostra società prospera e la sopravvivenza non è dunque più messa in gioco? In cosa questi archetipi rimangono ancora adesso una base fondamentale della salute sessuale?

L'archetipo sessuale alla base della sopravvivenza

Ogni specie vivente è geneticamente programmata per riprodursi, che siano le piante, gli animali o gli umani. Nei mammiferi, la riproduzione passa dal coito, cioè la penetrazione del sesso maschile nel sesso femminile. Sicuramente, gli uomini e le donne possono accoppiarsi insieme per rispondere a diversi bisogni, ma una conseguenza che ne dipende è la sopravvivenza della specie.

Così, il richiamo al coito deriva dalla presenza degli archetipi sessuali che sono osservabili. L'archetipo dell'intrusività del pene nell'uomo o quello della ricettività vaginale nella donna emerge in congruenza con l'anatomia e il dimorfismo sessuale. La donna ha una vagina all'interno e la sua capacità di riproduzione passa dal coito vaginale. L'uomo ha un pene compatibile e complementare per penetrare la vagina e deporre in essa i suoi spermatozoi.

Queste nozioni evidenti non hanno, finora, niente a che vedere con l'erotismo, il piacere o il desiderio sessuale. Alla base, l'archetipo della ricettività vaginale nella donna è sincronizzato con il suo ciclo mestruale. Durante delle valutazioni sessocliniche, parecchie donne che consultavano per una mancanza di desiderio sessuale hanno menzionato che si sentivano sessualmente più ricettive al coito nel momento dell'ovulazione (un po' come il calore negli animali). Questi segnali d'apertura e di richiamo al coito scaturiscono principalmente dalla sfera ormonale.

Contrariamente alla donna che è fertile una volta al mese, l'uomo è in continua produzione di spermatozoi^[1]. Sembra che l'uomo sia dotato di un ciclo eiaculatorio poiché se le frequenze eiaculatorie non sono sufficienti, il corpo dell'uomo provocherà delle eiaculazioni involontarie (spesso delle eiaculazioni notturne).

Nella storia, i nostri archetipi maschili e femminili, permettenti la sopravvivenza della specie, hanno sempre fatto parte della realtà. In effetti, a dispetto di tutte le condizioni, l'umano continua a riprodursi. Attraverso delle epoche differenti, durante tutta l'evoluzione degli esseri umani e degli animali, una costante osservabile rimane: dal momento che una popolazione è in pericolo, il tasso di natalità aumenta significativamente. Si tratta di una manifestazione reale degli archetipi sessuali che permettono la riproduzione.

Nell'umano, i codici d'attrazione sessuale, il piacere sessuale e la procreazione si sono dissociati. Il progredire delle scienze ha certamente favorito questa dissociazione con l'accesso ai mezzi contraccettivi per vivere scambi sessuali senza procreare. E all'inverso, poter avere ricorso all'inseminazione artificiale, alla fecondazione in Vitro o all'iniezione intracitoplasmica di spermatozoi per concepire un bambino senza alcun rapporto sessuale!

L'archetipo sessuale è dunque una caratteristica maschile o femminile che può essere stimolata o no, in funzione delle condizioni personali, sociali e culturali.

^[1] La spermatogenesi dura più di 72 giorni. Questa è continua e un nuovo ciclo di produzione comincia ogni 16 giorni. Dopo essere passati dall'epididimo, gli spermatozoi sono stoccati nel tubo seminale aspettando di essere espulsi durante l'eiaculazione dello sperma. Il volume eiaculato è abitualmente di 3 o 4 millilitri e contiene più o meno 100 milioni di spermatozoi per millilitro. Non sorprende che la produzione sia continua!

L'appassionante storia dell'evoluzione

L'archetipo sessuale che permette la riproduzione è una realtà ma sembra che gli uomini e le donne non abbiano sempre fatto il legame tra l'atto di accoppiarsi e la gravidanza. Faremo dunque un breve ritorno nella storia dell'umanità.

All'epoca paleolitica, le rappresentazioni trovate ci lasciano credere che gli uomini e le donne ignoravano che per procreare, dovevano accoppiarsi. I disegni e le rappresentazioni trovati mostrano che sembravano credere che le donne erano fertili in legame al ciclo lunare. Non è stato rappresentato nessun legame tra il coito e la gravidanza. Nelle rappresentazioni della fertilità, non c'era alcuna referenza all'uomo e al suo pene. Nondimeno, l'archetipo presente degli uomini e delle donne faceva sì che qualcosa li spingesse ad accoppiarsi.

Quando l'Uomo è passato da nomade a sedentario all'epoca neolitica, il legame tra il coito e la gravidanza è stato fatto. Con l'agricoltura, gli uomini hanno imparato a piantare dei semi nella terra fertile affinché il grano cresca, così come hanno appreso che bisogna "piantare il proprio seme" in una donna affinché il bebé cresca! Delle espressioni molto colorite ne derivano ancora oggi!

È solamente molto più tardi, qualche migliaio di anni fa, che gli uomini e le donne sembrano avere cominciato ad investire eroticamente le relazioni sessuali ed il coito. Nelle rappresentazioni trovate, la sessualità aveva allora un'altra funzione che la riproduzione. Era fonte di piacere, di comunicazione dei corpi, di condivisione e di scambio erotico. Le arti erotiche si sono raffinate per sfruttare il piacere e l'eccitazione sessuale in armonia con le differenze e le specificità anatomiche degli uomini e delle donne.

D'altronde, è in questo momento che la simbolica del femminile e del maschile è esplosa nelle arti, tanto a livello delle illustrazioni, che degli oggetti e delle statuette di ogni sorta. Abbiamo assistito all'erotizzazione del fallo dell'uomo e all'erotizzazione della cavità vaginale della donna. In effetti, numerose rappresentazioni di uomini dai falli sproporzionati ed eretti sono apparse. Nella donna, l'enfasi era messa su un sesso con una fessura esagerata per valorizzare l'entrata della sua vagina.

Queste statuette illustravano bene gli archetipi femminili e maschili così come la complementarietà dei sessi nel coito. L'erotizzazione del legame fallo-vaginale nella penetrazione è ugualmente apparso nelle rappresentazioni. L'erotizzazione rinvia ad un investimento in termine di piacere nell'esercizio della sessualità. Ricordatevi le immagini splendide ed esplicite nei libri sul Kâma Sûtra. Alla ricerca della condivisione erotica, dei simboli sessuali e del piacere sessuale, le arti erotiche hanno accompagnato ed influenzato culture e società.

Gli stereotipi culturali del femminile e del maschile fanno sì che certe caratteristiche siano state maggiormente attribuite o agli uomini o alle donne (morfologia, abbigliamento, campi d'interesse, gesti, ecc.). Questi ultimi variano secondo le culture e le epoche.

Riassumendo, le arti erotiche e la cultura della funzione del piacere sessuale fanno sì che la sessualità vada aldilà degli archetipi sessuali.

Bisogno o desiderio di bambini? Distanza uomini/donne

In proporzione, più donne che uomini hanno una vera voglia o sentono il richiamo di avere bambini. Vi siete già chiesti perché? Ho tentato di estrarre qualche spiegazione plausibile.

Uno dei fattori che potrebbe avere un impatto è che le donne hanno una predominanza a sviluppare una coscienza e un rapporto alla loro genitalità in funzione del loro ciclo mestruale. Esse vedono il loro sangue defluire, parecchie hanno dei crampi al ventre, dei gonfiamenti, delle fluttuazioni ormonali ed emozionali, ecc. Contrariamente alle donne, gli uomini hanno pochi riferimenti per distinguere la sessualità e la riproduzione. In effetti, gli uomini non ejaculano senza un aumento dell'eccitazione genitale. La donna, invece, ovula senza legame con la sua eccitazione genitale.

Abbiamo osservato che la maggioranza delle donne ha più segnali fisici legati alla sua possibilità di partorire rispetto ai segnali legati alla sua eccitazione genitale. Le valutazioni sessocliniche mostrano che un buon numero di donne ha difficoltà a percepire, trovare e rendere cosciente la sua eccitazione genitale. Questa

difficoltà potrebbe derivare in parte dalla loro anatomia? Gli organi genitali femminili sono più camuffati e discreti all'esterno rispetto al pene di un uomo dove l'erezione è visualmente evidente! E questo, senza contare tutta la parte interna della vagina e dell'utero, dove le percezioni sono più diffuse e domandano una localizzazione più importante. Così, la mancanza di riferimenti della loro eccitazione genitale, la coscienza del loro ciclo mestruale e il suo legame con l'archetipo di ricettività sessuale potrebbero condurre certe donne ad attribuire un'importanza maggiore al fatto di partorire rispetto a quanto fanno gli uomini.

Molte donne scoprono la loro vagina negli scambi sessuali con un partner. Quante donne, quando si eccitano da sole, inseriscono un dito o un oggetto nella loro vagina poiché ne traggono una forte eccitazione genitale? Le nostre valutazioni sessocliniche hanno dimostrato che una maggioranza delle donne si eccita unicamente con delle stimolazioni esterne della vulva e dei contorni del clitoride. Abbiamo osservato che le donne che hanno sviluppato poco la loro eccitazione vaginale saranno più inclini ad avere voglia di essere penetrate in legame al loro archetipo di ricettività sessuale piuttosto che per il piacere e l'eccitazione vaginale in sé stessa. Senza dimenticare che certe tra di loro lo confermano dicendo d'avere il gusto della sessualità qualche giorno al mese, intorno al periodo dell'ovulazione. Negli uomini, poiché il ciclo ejaculatorio è più corto e la sessualità è vissuta diversamente dalla donna, l'apertura alle relazioni sessuali è abitualmente più frequente e molto meno legata alla procreazione.

Nei nostri paesi prosperi, la sopravvivenza della specie non è in gioco e non tutte le donne sentono questo richiamo viscerale di fare un bambino. Nella nostra società, avere un bambino o no, è spesso legato ad una scelta di vita personale. La maternità e la paternità fanno parte degli stereotipi poiché si tratta di concetti sociali attribuiti al ruolo di madre e di padre. Vanno aldilà degli archetipi sessuali di riproduzione, poiché si tratta di una voglia investita, soprattutto sentita dalle donne, a trattare maternamente.

Per continuare sul piano sociale, esiste un'altra ragione non trascurabile che, secondo noi, dà maggiormente voglia alle donne che agli uomini d'avere bambini. Le donne, per molto tempo, sono state valorizzate nella loro maternità e nel loro ruolo di madre.

Durante parecchi secoli, il ruolo della donna era di partorire, di allevare i suoi bambini, di tenere la famiglia e di occuparsi del suo sposo. Il lavoro all'esterno della casa era escluso poiché la sopravvivenza dei bambini dipendeva essenzialmente dalle cure prodigate dalla madre nei primi mesi di vita. Gli uomini, da parte loro, sono stati fortemente valorizzati nel ruolo di fornitore, nel quale dovevano lavorare per nutrire la loro famiglia.

Per parecchie altre ragioni, la constatazione è che il desiderio di bambini è vissuto molto diversamente dagli uomini e dalle donne. Così, questo desiderio di bambini può esser rinforzato dai valori, dall'influenza sociale, dai punti di riferimento della riproduzione, dai punti di riferimento dell'eccitazione genitale, dagli affetti, dalle emozioni e da molti altri fattori.

Il desiderio di bambini dà a parecchie donne la voglia di avere delle relazioni sessuali e di accoppiarsi. Nei casi di non erotizzazione del suo archetipo, il bisogno che appare è più un desiderio di bambini che un bisogno genitale. D'altronde, sono numerose le donne che ci consultano poiché dicono di avere perso il loro desiderio sessuale dopo la nascita del loro bambino e questo, anche parecchi anni dopo il parto!

All'inverso, certe donne non sentono questo richiamo viscerale di avere un bambino. Alcune donne mi hanno consultata poiché erano preoccupate di non sentire questo desiderio di bambini, anche in un'età avanzata. Un fatto molto interessante, che è stato dimostrato dal lavoro sessoclinico, è che il desiderio di bambini si può sviluppare. Grazie ad un lavoro di osservazione (di sé, delle donne incinte, dei bambini, ecc.), di simbolizzazione, d'individualizzazione, d'investimento delle loro cavità e della loro femminilità, questo desiderio di bambini può effettivamente nascere.

L'erotizzazione simbolica del suo archetipo sessuale

Un buon numero di uomini e di donne funzionano in una sessualità in congruenza con il loro archetipo sessuale senza però averne fatto l'erotizzazione. È il caso di una grande maggioranza di persone che ci consulta in sessoterapia. Vediamo dunque in cosa consiste l'erotizzazione dell'archetipo sessuale per le donne e per gli uomini.

Nella donna: *Dall'archetipo della ricettività vaginale all'erotizzazione delle sue cavità*

L'archetipo di ricettività vaginale rinvia alla capacità di essere "penetrabile" e all'apertura al coito. L'erotizzazione delle cavità implica un investimento e un'adesione emotiva in termine di piacere sessuale alla penetrazione vaginale. Per esempio, una donna che accetta la penetrazione con il suo coniuge, ma che non ne ha realmente voglia o che non ne trae grande eccitazione sessuale, è penetrabile, dunque ricettiva, ma non erotizza le sue cavità. L'erotizzazione delle cavità nella donna è la capacità ad erotizzare la sua ricettività sessuale e il suo sentire interno vaginale, avere voglia di riempire questa cavità con la penetrazione, eccitarsi e trarne del piacere sessuale. Questo presuppone d'avere fatto degli apprendimenti e d'avere sviluppato certe abilità erotiche.

Nell'uomo: *Dall'archetipo di intrusività del pene all'erotizzazione fallica*

L'archetipo di intrusività del pene nell'uomo è la capacità di penetrare una cavità, che sia una vagina, una bocca o altro. Per avere questa capacità e sentire il desiderio di farlo e prenderci piacere, anche l'uomo deve fare certi apprendimenti erotici. Per esempio, un uomo che erotizza i legami affettivi, può penetrare una donna per un desiderio di fusione affettiva ma non lo sogna necessariamente al di fuori di questo contesto d'intimità amorosa. Non è perché arriva ad avere delle erezioni e a penetrare che erotizza la sua intrusività fallica. L'erotizzazione fallica rinvia alla capacità per un uomo di vedersi penetrante nelle sue attitudini e nell'esercizio della sua sessualità, di prendere sessualmente del piacere nelle sue erezioni, nelle sue sensazioni del pene e nel fatto di penetrare una cavità. L'uomo sente allora il desiderio di penetrare e anticipa positivamente il piacere sessuale che ne consegnerà.

Nell'uomo e nella donna:

L'erotizzazione dell'archetipo sessuale non rinvia direttamente all'erotizzazione del legame fallo-vaginale

Una volta che l'uomo e la donna hanno erotizzato i loro propri archetipi sessuali, può essere che l'erotizzazione del legame fallo-vaginale non sia, malgrado tutto, presente. Erotizzare il proprio sesso non permette sistematicamente l'erotizzazione opposta. Per esempio, un uomo che ha erotizzato la sua intrusività fallica avrà il gusto di penetrare una cavità, certo, ma non necessariamente la cavità vaginale della donna. La mano, la bocca e l'ano degli uomini e delle donne costituiscono altre cavità che potranno dare il gusto di penetrare. Così, delle relazioni omosessuali o eterosessuali possono essere vissute, dall'uomo,

nell'erotizzazione dell'intrusività fallica. Ciò che è ugualmente vero per le donne relativamente all'erotizzazione delle loro cavità. L'erotizzazione del legame fallo-vaginale richiede d'avere fatto certi apprendimenti supplementari.

Le cognizioni, i valori, i sistemi di pensiero e le conoscenze riguardanti la sessualità dell'uomo e della donna saranno degli elementi che possono influenzare l'erotizzazione o no del legame fallo-vaginale. L'eterofobia o il disgusto della genitalità costituiscono molto spesso la fonte di questa non-erotizzazione, vedi un'avversione in certi casi. Per esempio, se una donna crede che gli uomini molto mascolini sono minacciosi, il fatto d'essere confrontata ad un uomo fallico ed assertivo genererà in quest'ultima una paura piuttosto che una fonte d'eccitazione. Nella stessa maniera, un uomo che sente del disgusto per le parti genitali della donna, avrà molta difficoltà ad erotizzare la vagina femminile.

I codici d'attrazione sessuale costituiscono un altro fattore da considerare nella non-erotizzazione del legame fallo-vaginale. Sappiamo che gli uomini e le donne che hanno dei codici d'attrazione sessuale esclusivamente a predominanza affettiva non erotizzano la genitalità in sé stessa, quindi ancora meno la genitalità dell'altro sesso o il legame fallo-vaginale. L'esperienza sessuoclinica mostra che i codici d'attrazione sessuale si evolvono, si sviluppano e sono influenzabili.

Nell'omosessualità, l'erotizzazione del legame fallo-vaginale non è stata sviluppata. Poiché l'orientamento sessuale deriva dai codici d'attrazione sessuale, è possibile per un uomo o una donna d'orientamento omosessuale di sviluppare l'erotizzazione del legame fallo-vaginale se questa è la loro domanda. Un uomo innamorato di una donna, con la quale vorrebbe vivere ma di cui i codici d'attrazione sessuale lo portano ad erotizzare gli uomini, potrà beneficiare di queste nozioni per accedere al suo sogno.

Una non-erotizzazione del legame fallo-vaginale può soprattutto porre dei limiti nel desiderio sessuale coitale eterosessuale e nella fiducia in sé stessi quando ci si trova in intimità con una persona del sesso opposto.

Per riassumere, l'erotizzazione del legame fallo-vaginale presuppone l'erotizzazione del proprio archetipo sessuale ma l'erotizzazione del proprio archetipo non porterà automaticamente all'erotizzazione del legame fallo-vaginale.

L'erotizzazione del nostro archetipo sessuale in 3 tappe!

1. L'investimento erotico del nostro archetipo sessuale nasce nella localizzazione, cioè nella presa di coscienza della nostra eccitazione genitale all'esterno e all'interno.
2. In seguito, l'investimento erotico del nostro archetipo si farà tramite un'implicazione emotionale dove l'attenzione porta sulle percezioni di piacere e di godimento legate alla nostra eccitazione genitale.
3. Infine, l'erotizzazione del nostro archetipo deve farsi nella realtà e nel simbolismo in congruenza con il nostro sesso anatomico.

In cosa questi archetipi sessuali rimangono ancora una base fondamentale alla salute sessuale?

Un elemento fondamentale della salute sessuale è di potere sviluppare l'erotizzazione del proprio archetipo sessuale in congruenza con il proprio sesso anatomico. Per meglio comprendere, facciamo insieme un riassunto:

L'archetipo sessuale:

- Per l'uomo: Intrusività del pene
- Per la donna: ricettività vaginale

L'erotizzazione del proprio archetipo sessuale:

- Per l'uomo: Erotizzazione fallica
L'uomo che ha sviluppato positivamente il proprio archetipo proverà piacere ed eccitazione sessuale nella sua intrusività fallica.
- Per la donna: Erotizzazione delle sue cavità
La donna che ha sviluppato positivamente il proprio archetipo proverà piacere ed eccitazione sessuale nella sua ricettività sessuale.

In sessuologia clinica, le valutazioni basate sulla griglia della salute sessuale dell'Approccio Sessocorporeo mostrano che parecchie persone che hanno dei disturbi sessuali non hanno sviluppato l'erotizzazione del loro archetipo sessuale. Sono sia in una neutralità, sia in un'inversione del loro archetipo sessuale.

Neutralità di fronte al proprio archetipo sessuale:

- Una persona che vive una neutralità relativamente al proprio archetipo sessuale non si sente e non si vede né penetrante (intrusiva), né penetrata (ricettiva) sessualmente.

Inversione del proprio archetipo sessuale:

- Un uomo che vive un'inversione del proprio archetipo erotizza di farsi penetrare (abitualmente nell'ano) e si vede nella ricettività sessuale.
- La donna che vive un'inversione del proprio archetipo erotizza la «penetranza» e si vede nell'intrusività sessuale.

Parecchi limiti o difficoltà derivano da una non erotizzazione del proprio archetipo sessuale poiché influenza, tra le altre cose, i codici d'attrazione sessuale, il desiderio sessuale, il sentimento d'appartenenza al proprio sesso biologico e l'assertività sessuale [2].

L'erotizzazione del nostro archetipo in congruenza con il nostro sesso anatomico costituisce il basamento sul quale riposerà il sentimento d'appartenenza al proprio sesso biologico. Questo sentimento d'appartenenza al proprio sesso biologico è alla base della nostra fiducia in noi stessi in quanto uomo o in quanto donna. Accettare il proprio sesso anatomico, sentirsi uomo o donna e portare la propria femminilità o mascolinità con fierezza! Cosa ne è quando la nostra fondazione riposa su un suolo friabile o quando comporta delle incrinature maggiori? Il modello di salute sessuale riposa su tutte le componenti presenti nell'esercizio della nostra sessualità. Allora su cosa si appoggia il resto del materiale che compone la nostra sessualità? Come per una casa, delle cattive fondamenta del proprio archetipo sessuale causano spesso più inquietudini e disturbi al proprietario rispetto a qualsiasi altra deficienza nella sua costruzione!

In termine di salute sessuale, si dirà che una persona è ben radicata nel suo sentimento d'appartenenza al proprio sesso biologico, se ha integrato ed erotizzato il suo archetipo sessuale (intrusività per l'uomo, ricettività per la donna) e se ha potuto sviluppare un minimo d'adattamento agli stereotipi sociali e culturali veicolati relativamente al femminile ed al maschile. L'Approccio Sessocorporeo sviluppato da Jean-Yves Desjardins, ha aiutato migliaia di uomini e di donne ad erotizzare i loro archetipi sessuali e il legame fallo-vaginale poiché ha elaborato e divulgato queste nozioni fondamentali. Per la sua comprensione globale della sessualità umana, l'Approccio Sessocorporeo costituisce una carta vincente indispensabile in sessuologia clinica.

[2] La capacità di vivere con fierezza la propria mascolinità o femminilità e il piacere nel mostrarlo.

ARTICLE

Homme, Femme : identité ou perceptions modifiables ?

Auteur : Dr Dominique Chatton,

psychiatre psychothérapeute FMH, sexologue clinicien ISI, ASCLiF et AIHUS

MOTS CLEFS: Identité sexuelle – identité de genre - sentiment d'appartenance à son sexe biologique

Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique est une composante fondamentale, dynamique et développementale de la santé sexuelle. Ce sentiment peut évoluer au cours du temps, se développer, s'affaiblir aussi. Il ne s'agit donc pas d'un élément stable au sens d'une identité de l'individu (« identité sexuelle »), mais bien d'une perception modifiable, liée au sexe biologique, en d'autres termes, une codification.

Plusieurs situations cliniques nous ont permis d'observer des modifications importantes et rapides (en quelques mois) au niveau du sentiment d'appartenance à son sexe biologique. Elles ont été obtenues par des interventions spécifiques incluant des appropriations sensorielles et fonctionnelles adéquates des organes génitaux.

Cet article reprend dans les grandes lignes une communication que j'ai faite au Congrès extraordinaire de sexologie organisé par Mme Linda Rossi du 30 mars au 1^{er} avril 2007 à Lugano.

Comme d'autres avant moi, à partir de mon expérience clinique, j'ai constaté depuis plusieurs années que que se sentir un homme ou une femme est une perception qui peut se renforcer. Ne pas se sentir (suffisamment) homme ou femme est d'abord un état lié à une limite que je situe clairement dans le champ de la sexologie et du développement sexuel de la personne concernée, plutôt que dans celui de la maladie mentale.

Comment en suis-je arrivé à considérer comme perceptuelle et donc modifiable ce qui est généralement considéré comme identitaire et non modifiable ? Je vais développer trois points afin de l'expliquer.

Premièrement, lors de ma communication au congrès de Lugano, j'ai évoqué certains aspects de mon développement personnel, comme garçon, puis comme homme, qui m'ont aidé à mieux comprendre rétrospectivement certains points du développement du sentiment d'appartenance à son sexe, les ayant vécus

de l'intérieur. Je ne souhaite cependant pas reprendre ici tous ces éléments relativement intimes par écrit et ne garderai que l'essentiel. Il concerne ma rencontre avec le Prof. Jean-Yves Desjardins et l'impact que celle-ci a eu sur le développement de ma compréhension de ce que nous appelons maintenant « troubles du développement du sentiment d'appartenance à son sexe biologique^[1] ».

Deuxièmement, je décrirai une partie de mon histoire de sexologue clinicien confronté à la prise en charge de patients transsexuels.

Troisièmement, j'évoquerai l'évolution de certaines situations cliniques et les constats qu'elles m'ont permis de faire.

1. Prises de conscience personnelle

J'ai eu la chance de faire une analyse bioénergétique durant 8 ans. Grâce à cette thérapie, j'ai pu développer une meilleure conscience de mon corps, de la personne que j'étais et aussi renforcer l'homme en moi.

Plusieurs années plus tard, au printemps 1998, à Lugano, j'ai eu l'occasion de travailler à développer plus encore mon sentiment d'appartenance à la masculinité, en assistant à un séminaire « Vivre en Amour » sur la sexualité féminine que donnait le Prof. Jean-Yves Desjardins. Madame Linda Rossi, psychomotricienne à temps partiel à l'Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (UGPS), organisait ce séminaire et elle m'y invita. Je lui suis encore aujourd'hui très reconnaissant de l'opportunité qu'elle m'a ainsi donné de faire la connaissance de Jean-Yves Desjardins.

À l'occasion d'un atelier de ce séminaire, j'ai pu vivre une expérience jamais vécue jusque-là : le plaisir pour

^[1] La nomenclature psychiatrique classique (DSM-4 ou CIM-10) classe ces problèmes sous la rubrique « Troubles de l'identité sexuelle ».

l'homme (et le mâle, si j'ose l'écrire !) que je suis, de regarder avec assurance des femmes qui défilaient devant nous en travaillant, elles, à améliorer leur féminité au travers d'exercices centrés sur leur démarche. Je ne puis décrire ici exactement l'impact sensoriel, émotionnel, cognitif, qu'a eu cette expérience, mais je puis affirmer qu'elle m'a aidé à clarifier, sur le moment et encore bien des années plus tard, des questionnements que je pouvais avoir sur ce sujet complexe de l'appartenance genrale.

Suite à ce séminaire, j'ai décidé d'organiser à Genève un premier cycle de formation à l'Approche Sexocorporelle par le Prof. Desjardins. Ainsi, j'ai eu la chance d'apprendre des moyens très efficaces pour améliorer encore mon fonctionnement sexuel et ainsi ma vie de couple.

De plus, mon sentiment d'être un homme, bien dans sa peau d'homme, serein par rapport à sa masculinité, capable de la porter, d'investir son côté phallique et pénétrant avec plaisir, s'est très clairement renforcé. J'ai envie de dire qu'il a atteint son apogée avant que les effets du vieillissement ne s'annoncent et ne viennent, comme pour tout homme, me rendre la vie un peu plus difficile de ce point de vue !

2. Prises en charge en tant que sexologue clinicien

En tant que sexologue clinicien, j'ai été confronté dès le premier mois d'activité à l'Unité de sexologie des HUG (UGPS), en octobre 1994, à la prise en charge d'une patiente consultant pour une inversion du sentiment d'appartenance à son sexe biologique dans le sens d'un transsexualisme. Ayant une formation en bioénergie, j'ai d'emblée parlé à cette patiente de la possibilité de travailler « corporellement ». À l'époque, je ne savais pas trop comment m'y prendre spécifiquement, mais de manière générale, je me disais que renforcer sa perception corporelle ne pouvait pas nuire. Avec son accord, nous avons donc commencé pendant quelques séances avec un travail « bioénergétique » sur l'enracinement, la centration et une mobilisation corporelle douce (non génitale) associée à la respiration.

N'étant pas supervisé en bioénergie dans ce travail (le superviseur le plus proche se trouvant à Bâle), étant en formation post-graduée en psychothérapie analytique à l'époque, et à cause du peu de retour encourageant de la part de la patiente qui ne voyait pas bien le sens de

ce que nous faisions, j'ai malheureusement assez rapidement abandonné la bioénergie avec elle, pour en revenir à une psychothérapie d'inspiration analytique classique^[2].

Trois ans plus tard, ayant été nommé, avec le soutien du Prof. Pasini, à la tête de l'UGPS, j'avais le souci que cette institution puisse continuer à offrir une prise en charge digne de ce nom aux patients consultant pour transsexualisme. Entre temps, la patiente dont je viens de parler venait d'être opérée, après plus d'une année de traitement hormonal bien supporté et de « *real life test* »^[3]. Les choses s'étaient très bien passées pour elle, je dois maintenant dire pour lui ! J'ai même la prétention d'affirmer que le chirurgien, un spécialiste des phalloplasties, avait dit à son propos qu'il avait rarement opéré une patiente aussi bien préparée à l'intervention.

Pendant la même période, j'ai reçu quelques autres patients pour une évaluation et en avais aussi en thérapie. J'avais donc vécu une expérience très positive, plutôt encourageante dans l'accompagnement de cette patiente jusqu'à la transformation hormono-chirurgicale. Cependant, cela ne m'avait pas complètement convaincu que la transformation hormono-chirurgicale soit la meilleure réponse thérapeutique. Cette intervention m'apparaissait somme toute très mutilante pour la fonction reproductive^[4].

Le fait aussi de partir d'un organisme sain et d'aboutir de façon iatrogène à une personne devant prendre à vie une médication hormonale, avec tous les risques que cela comportait, ne pouvait m'apparaître comme entièrement satisfaisant, malgré la satisfaction évidente de ma patiente.

[2] Le protocole que nous utilisions à l'UGPS pour le suivi de ces patients s'inspirait, à l'époque, de celui du Harry Benjamin Institut, mais nous demandions un temps de psychothérapie préalable à toute hormonisation d'au minimum 2 ans. Suivait le « *real life test* » (voir la note ci-dessous) pendant au moins une année, puis la chirurgie en cas de maintien de la demande dans ce sens.

[3] Le « *real life test* » est le fait de faire l'expérience la plus proche possible de ce que sera la vie sous les nouveaux stéréotypes et c'est aussi le moment (pour ceux qui ne l'ont pas encore fait) de faire leur « *coming out* », c'est-à-dire ouvrir à tous (parents, amis, relations professionnelles, etc.) leur problème « identitaire ».

[4] Je dois dire qu'à l'époque, tout comme la plupart de mes collègues, je ne portais pas beaucoup d'attention à la fonction d'excitation génitale qui ne semblait d'ailleurs pas poser de problèmes particuliers aux patients puisqu'ils n'en parlaient pas spontanément. Dès lors, nous n'en parlions pas, même s'il arrivait (rarement) que nous parlions de sexualité, par exemple pour cette patiente de son envie de coïter et de pénétrer son amie de l'époque.

Je me posais toujours des questions sur la possibilité d'offrir d'autres perspectives par la bioénergie, c'est-à-dire par une psychothérapie corporelle. Dans ce sens, je me demandais comment, éventuellement, utiliser les compétences des psychomotriciennes de l'équipe, dont d'ailleurs Madame Rossi, pour un travail spécifique dans ce sens.

J'avais le sentiment d'être à la croisée des chemins pour la prise en charge de ces patients. En effet, me sentant encore motivé par un questionnement à propos de la thérapeutique, le travail avec ces patients m'intéressait pour mieux connaître ce problème que je voyais complexe. Mais je pressentais qu'il serait difficile de garder cet esprit à long terme, confronté inlassablement à la conviction apparemment inébranlable de ces patients en complète contradiction avec leur apparence morphologique et à leur détermination, pour ne pas dire « *leur revendication* », à changer de sexe. Je me projetais dix ou vingt ans plus tard et me voyais alors, comme d'autres collègues avant moi, résigné à ne plus chercher à faire mieux qu'une sorte de travail d'aiguilleur : les « *bons cas* », les « *vrais transsexuels* », vers l'opération, les « *mauvais cas* », les « *faux* », récusés. Le travail essentiel ne consisterait plus alors qu'à bien les trier, mais sur le plan à proprement parler thérapeutique, l'essentiel serait laissé à l'endocrinologue et au chirurgien^[5].

Cette perspective ne m'enchantait guère. Comme ne m'enchantait guère plus le fait d'avoir le sentiment, finalement, de ne servir qu'à confirmer ou infirmer un diagnostic autoproclamé et à recommander un traitement autoprescrit.

Mon rôle de médecin ne m'apparaissait plus, dans cette perspective, qu'à devoir être abandonné au patient, ce que je ne pouvais me résoudre à accepter sans plus de réflexion.

Au séminaire « Vivre en Amour » déjà évoqué ci-dessus, ayant eu l'occasion d'échanger pour la première fois avec le Prof. Desjardins, je lui demandai

^[5] À ce propos, au dernier congrès de l'Association mondiale de santé sexuelle (WAS) à Sydney, (15-20 avril 2007), le Prof. Eli Coleman, spécialiste dans le domaine, a affirmé avec conviction, en substance, que l'on ne se posait plus actuellement la question de l'intérêt de la réassignation hormono-chirurgicale du sexe en cas de transsexualisme, mais seulement de qui devait en bénéficier.

ce qu'il pensait d'une prise en charge corporelle des patients « transsexuels ». Y avait-il quelque chose à faire par l'Approche Sexocorporelle ? À ma grande surprise, je découvris qu'il avait une vision très précise de ces troubles en tant qu'une distorsion perceptive explicable par le manque d'investissement des organes génitaux. Il était prêt à réfléchir à un protocole de traitement avec moi, ayant lui-même traité avec succès une quinzaine de patients.

Cela contribua aussi beaucoup pour moi à la décision qui mûrissait de l'inviter à Genève pour donner une formation à l'Approche Sexocorporelle. C'est ainsi qu'en janvier 1999 débutait le premier cycle de la formation genevoise. Quelques mois plus tard, soit le 20 octobre 1999, nous mettions sur pied à l'UGPS, le Prof. Desjardins et moi, un séminaire centré sur la prise en charge des patients souffrant d'un trouble du sentiment d'appartenance à leur sexe biologique. Nous l'avons tenu à 20 reprises durant 3 heures les mercredis après-midi durant près de 5 ans, jusqu'au 9 juin 2004, quelques mois avant mon départ des HUG.

3. Évolution des prises en charge en sexothérapie

Bien entendu, rapidement, je commençai à modifier les prises en charges que je proposais aux patients consultant pour troubles de l'identité sexuelle. En résumé, je procédais tout d'abord à une évaluation sexologique complète de la situation du patient. Celle-ci montrait à chaque fois d'importantes limites dans l'investissement de l'excitation génitale. Sur cette base, après leur avoir expliqué la logique de leur fonctionnement telle que je l'avais comprise, je leur proposais de travailler progressivement à développer un meilleur rapport à leurs organes génitaux dans leur conformation de base. Le projet était pour eux de mieux connaître ce dont ils souhaitaient si ardemment se débarrasser, de mieux connaître ce qui leur faisait la plupart du temps si peur. À cette époque, n'ayant pas d'expérience dans ce nouveau type de prise en charge, je ne voyais pas encore dans la réassignation hormono-chirurgicale le traitement problématique que je vois effectivement maintenant dans le protocole du Harry Benjamin Institut.

J'eus aussi la chance de recevoir une jeune patiente d'environ 20 ans, me sollicitant au moment où elle se demandait « *si elle n'était pas une transsexuelle ou au moins une homosexuelle* ». Elle venait d'assister à la projection du film « *Boy's don't cry* » et d'apprendre qu'une femme peut se sentir un homme.

Elle même se sentait « *masculine* » depuis l'enfance. La seule différence que je voyais en comparaison avec d'autres patients transsexuels était qu'elle n'arrivait pas à cette première consultation avec la conviction inébranlable d'être de l'autre sexe[6].

La sexothérapie de la 2^{ème} patiente dura 8 mois après quoi elle disait se sentir au clair, bien dans sa peau de femme hétérosexuelle (alors qu'elle avait eu des expériences homosexuelles bien vécues auparavant), à tel point d'ailleurs que j'appris d'elle quelques mois après la fin de la thérapie qu'elle envisageait sérieusement de se marier et d'avoir des enfants.

J'ai présenté cette situation, qui m'apparaissait importante pour la clinique du transsexualisme, au congrès de la WAS à Paris en 2001.

Par la suite, j'ai eu le cas d'un homme souhaitant une réassignation partielle (c'est-à-dire qu'il voulait vivre sa vie en femme, tout en conservant son pénis). Puis, un patient demandant une réassignation complète, se disant femme prisonnière dans le mauvais corps. Ces deux patients acceptant le nouveau protocole (non sans une âpre négociation du traitement sur plusieurs séances) ont fait une évolution spectaculaire dans le sens de voir naître progressivement en eux, au travers de la sexothérapie, une perception en harmonie avec leur sexe biologique. J'ai revu le deuxième patient récemment, 2 ans après la fin de la sexothérapie. Il se sent de mieux en mieux dans sa peau d'homme et de père, malgré une crise récente qui a pu faire varier transitoirement sa perception.

D'autres situations, à l'évolution moins favorables, dans le sens où leur phobie de leurs organes génitaux et le manque de motivation à envisager une autre solution à leur problème, ne leur avait pas permis d'accepter le traitement que je leur proposais, augmentaient cependant à chaque fois les évidences dans le sens du modèle de compréhension du développement sexuel tel que le Prof. Desjardins l'avais compris. Ce développement, dont certains éléments sont assez bien décrits par d'autres dans la littérature ainsi que dans le DSM-4, est cependant compris différemment. On y prend pour expression du

[6] Cependant, la première patiente suivie dont j'ai évoqué des éléments du traitement ci-dessus, était elle aussi arrivée en se posant la question de savoir ce qu'elle était (homme ou femme ?). Elle se sentait homme, n'affirmant pas totalement en être un, tout en ne voyant pas du tout comment elle pourrait un jour se sentir différemment, c'est-à-dire se sentir une femme.

début précoce du trouble, des comportements qui sont à voir, aussi et surtout, comme autant de facteurs aidant à consolider la distorsion perceptive déjà si précocement présente. Par exemple, l'intérêt porté par un petit garçon pour les habits féminins est compris comme l'expression de son inversion. Bien entendu, ceci est vrai, mais l'on oublie le rôle consolidant que porter des vêtements féminins a certainement sur la perception de ce petit garçon comme féminoïde.

Je me souviens de deux patients dont certains aspects de la clinique me paraissent particulièrement intéressants. Le premier, un homme qui avait une manière particulière de se stimuler sexuellement dans son autoérotisme, en pressant avec les doigts la base de son pénis, comme une femme appuierait sur ses grandes lèvres. Il exerçait aussi des tensions musculaires au niveau de son périnée, ce qui donnait sans doute au niveau de son imaginaire un scénario dans lequel il se voyait pénétré dans cette région par un homme.

La deuxième, une femme qui ne se stimulait pas personnellement sur le plan sexuel (ce qui est fréquent) et qui disait vivre son seul plaisir dans la vie au travers de la danse. Questionnée à ce sujet, elle décrivait des sensations de chaleur très agréables dans son bas ventre qui remontaient vers sa poitrine et sa gorge. Découvrant que ce plaisir intense était lié à l'ébranlement interne de ses organes génitaux de femme, elle fut très troublée. Alors qu'elle se disait déterminée à demander la réassignation hormono-chirurgicale du sexe, qu'elle pouvait demander le passage à l'hormonothérapie et au « *real life test* » après plus de 2 ans de psychothérapie, elle a poursuivi 6 mois encore cette thérapie, ne pouvant apparemment se résoudre, ni dans un sens, ni dans l'autre. Il est intéressant de noter que ce qui la retenait d'explorer ses organes génitaux, comme je le lui avais suggéré, était à mon sens une forte inhibition à allure phobique à leur endroit. Elle disait ne pas s'y sentir prête.

Au congrès de la WAS à Cuba en 2003, à celui de Montréal en 2005, j'ai proposé des communications sur ce sujet et y ai présenté 2 posters à partir des observations cliniques à chaque fois plus nombreuses que je faisais et dont j'ai parlé ci-dessus. En avril dernier, au congrès de Sydney, j'ai présenté un poster à propos de deux cas montrant une évolution spontanée.

D'abord, celui d'une femme qui, après avoir très sérieusement pensé demander une réassignation hormono-chirurgicale de son sexe à l'âge de 15 ans, actuellement, à l'âge de 20 ans, se dirige vers l'hétérosexualité, se sentant une femme. Dans l'intervalle, elle a vécu quelques relations homosexuelles bien investies au travers desquelles elle a progressivement fait ce qu'il fallait pour se sentir une femme : elle a appris à investir érotiquement son vagin. Cela lui donnait aussi les bases, comme à toute femme d'ailleurs, pour érotiser la pénétration vaginale par un homme phallique.

À l'évaluation sexologique, elle présentait toutes les étapes du développement typique aux patients transsexuels. De plus, malgré la modification fondamentale de sa perception, elle se présentait malgré tout d'une manière très ambiguë sur le plan des stéréotypes sexuels. Ainsi, lorsque je l'avais vue pour la première fois à la salle d'attente, j'avais eu l'impression d'avoir affaire à un jeune homme. Quel ne fut pas mon étonnement en entendant sa demande qui était que je l'aide à modifier sa perception des hommes ! Elle disait les craindre, ayant vécu l'expérience très désagréable d'avoir été coincée par l'un d'eux dans les toilettes d'un dancing et d'avoir subi l'introduction forcée de ses doigts dans son vagin.

Ensuite, le cas plus courant d'un homme s'étant senti une fille jusque vers l'âge de 11 ans, époque où, découvrant la masturbation pénienne, la perception de son sexe biologique s'était établie de manière plus harmonieuse, même s'il gardait une orientation homosexuelle.

La constitution du sentiment d'appartenance à son sexe biologique

Voici donc rapidement brossés les éléments m'ayant conduit à penser qu'il ne s'agit pas d'identité sexuelle, mais d'une perception, c'est-à-dire du sentiment d'appartenance à son sexe biologique (et je n'ai volontairement pas mentionné toutes les autres situations plus simples, ou celles touchant plutôt à l'orientation sexuelle, dans lesquelles j'ai fait les mêmes constations).

En bref, la constitution du sentiment d'appartenance à son sexe biologique passe par un investissement cohérent et fonctionnel des organes génitaux, la découverte non conflictuelle de la différence (notamment anatomique) des sexes, une identification aux pairs (adultes et enfants) qui peut se renforcer par de bons contacts avec le parent du même sexe ou son remplaçant et par des jeux avec des enfants du même sexe et du même âge, des

éléments symboliques liés au sexe que l'on retrouve dans les jeux de l'enfance, seuls d'abord (pistolet par exemple), puis en groupe (football ou autres).

Les personnes souffrant d'un trouble important ou d'une inversion du sentiment d'appartenance à son sexe biologique y compris le transsexualisme, montrent un développement sexuel particulier, en partie bien décrit dans le DSM-4, que l'on peut résumer ainsi : manque d'investissement des organes génitaux ou investissement particulier sur un mode d'excitation sexuelle ne favorisant pas une perception cohérente de son sexe biologique ; identification aux personnes (adultes et enfants) de l'autre sexe, intérêts typiques de l'autre sexe, partenaires de jeux de l'autre sexe, etc.

Voici quelques messages que je retire de notre expérience clinique en Approche Sexocorporelle :

1. nous avons maintenant des évidences suffisamment convaincantes sur le plan clinique pour affirmer, sans aucune crainte d'être contredits par quiconque se penchera vraiment sur la question en faisant table rase de ses a priori, que les troubles de l'identité sexuelle sont des troubles du développement sexuel traitables par la sexothérapie;
2. il est faux de dire que les choses sont fixées à partir d'un certain âge. Elles sont parfaitement modifiables, même si cela nécessite un investissement important du patient et du thérapeute, et que cela n'est pas chose tout à fait facile;
3. un facteur limitant, dans les cas ayant un trouble d'inversion du sentiment d'appartenance à son sexe biologique, est l'élément phobique concernant les organes génitaux. Cet élément peut faire un barrage important à toute idée de traitement sexologique chez le patient. Cependant, si l'on ne cautionne pas en psychothérapie le traitement d'une phobie par l'évitement de l'objet phobogène, pourquoi en serait-il autrement ici ? D'autant plus que la seule alternative offerte consiste en un traitement mutilant et iatrogène (hormonothérapie à vie, atteinte à la fonction d'excitation génitale et castration), de plus coûteux à tous points de vue.

J'ose affirmer que ce message, révolutionnaire en sexologie et en psychologie, dérange. En effet, il remet en cause la plupart des croyances infondées, sur lesquelles s'appuient bien des praticiens et chercheurs actuels. Je comprends parfaitement que l'on puisse être dérangé. Je l'ai été moi-même quand il a fallu que j'applique une politique cohérente avec mes constatations, en n'acceptant plus de prendre en charge

des patients venant me demander d'être le simple exécutant d'une thérapie qu'ils avaient eux-mêmes prescrite (à savoir la réassignation hormono-chirurgicale sans démarche sexologique préalable).

Ceci ne représente pas pour moi une raison suffisante pour renoncer à trouver des moyens de faire connaître mieux ces constations et à pouvoir en faire bénéficier les patients qui le souhaitent.

Nouvelles avenues sexocliniques

Tenant compte de la réalité actuelle dans la prise en charge des patients souffrant d'une inversion de l'identité sexuelle, je pense qu'une nouvelle proposition thérapeutique devrait leur être faite. Il peut ne pas paraître réaliste, à ce stade, de suggérer l'abandon pur et simple de la réassignation hormono-chirurgicale du sexe. Je le fais cependant ici venant de vivre une expérience clarifiante pour moi de ce point de vue avec un patient. Je me suis en effet rendu compte ne plus pouvoir accompagner un patient dans un sens qui me paraît maintenant aussi incohérent. Un patient traité m'ayant consulté en crise, ayant repris des comportements de travestissement et demandant à nouveau une réassignation hormono-chirurgicale de son sexe, ceci dans le contexte de grosses difficultés conjugales. Confronté à cette nouvelle demande venant de sa part qui m'avait montré une si belle évolution vers un investissement cohérent de son corps, il était devint clair pour moi que l'accompagner dans sa demande serait maintenant impossible pour moi. Une étape me paraît indispensable dans tous les cas et elle devrait à mon sens être le plus rapidement possible adoptée par les équipes spécialisées dans ce domaine. Cette étape devrait intégrer, avant toute hormonothérapie, une sexothérapie impliquant l'exploration et l'investissement des organes génitaux par le patient^[7].

Voici donc, après vous avoir esquisssé certains éléments de ma démarche, où j'en suis actuellement de ma réflexion sur ce domaine complexe. En résumé, voici ce que je propose d'offrir aux patients :

1. un modèle cohérent de développement du sentiment d'appartenance au sexe biologique et une évaluation sexologique complète, suivi d'un reflet cohérent de notre compréhension de leur situation actuelle, de la

logique permettant de comprendre la distorsion perceptuelle. L'information est toujours un élément fondamental d'une thérapie bien conduite, à mon sens. Il s'agit en premier lieu, de permettre au patient de comprendre ce qui lui arrive, et secondairement, d'élaborer ce que l'on peut lui proposer sur le plan thérapeutique;

2. un projet thérapeutique qui passera inévitablement par un travail d'abord sensoriel, puis symbolique et fonctionnel au niveau des organes génitaux, le but étant d'obtenir un confort psychocorporel (corps-cerveau) avec les organes génitaux et dans l'excitation sexuelle.

La réassignation hormono-chirurgicale me semble devoir être abandonnée dans la mesure où l'on admettra enfin que le sentiment d'appartenance à son sexe biologique est une perception modifiable et non quelque chose d'intangible.

Un travail sexologique sur l'investissement réel des organes génitaux pourrait tout à fait s'intégrer avec les programmes de prise en charge des centres pratiquant les traitements classiques, si tant est qu'ils montreraient une ouverture dans cette direction. Elle pourrait amener une autre perception de la réalité clinique, partant d'observations nouvelles. Mais bien entendu, dans ces programmes nouveaux, les traitements sexologiques devraient être conduits par des sexologues compétents dans le domaine du renforcement du sentiment d'appartenance à son sexe biologique et plus généralement de la gestion de la fonction d'excitation génitale. Des connaissances se limitant au fonctionnement psychologique ne suffisent absolument pas dans ce domaine.

Ce sont là les pistes de développement que je vois dans ce domaine controversé. Je suis convaincu qu'il s'agit d'une démarche cohérente, tenant compte de la réalité à la fois des habitudes prises de traitement hormono-chirurgicaux et à la fois de la nécessité d'affiner notre expérience clinique. J'espère que ces constations, déduction et propositions puissent intéresser certains à travailler à poursuivre le développement des connaissances en ce domaine fondamental pour l'être humain.

[7] Le Prof. Desjardins et moi-même, sommes tout à fait disposés à aider quiconque souhaiterait développer ses compétences dans la prise en charge de patients souffrant de tels problèmes, n'hésitez donc pas à nous contacter à ce sujet.

ARTIKEL **(Traduit en Allemand)**

Mann, Frau: Identität oder modifizierbare Wahrnehmungen?

Autor: Dr. Dominique Chatton,

FMH Psychiatrie/Psychotherapie, Klinischer Sexologe ISI, ASCLiF und AIHUS

Schlüsselworte: Geschlechtsidentität – Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit – Wahrnehmung

Das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit ist eine grundlegende Komponente der sexuellen Gesundheit, die dynamisch ist und ausgebaut werden kann. Dieses Gefühl kann im Verlauf der Zeit entstehen, sich entwickeln, sich aber auch abschwächen. Es handelt sich also nicht um ein stabiles Element im Sinne der Identität eines Individuums (“Geschlechtsidentität”), sondern um eine veränderbare Wahrnehmung im Zusammenhang mit dem biologischen Geschlecht, die wir eine Kodifizierung nennen.

Mehrere Beispiele aus der Klinik ermöglichen uns die Beobachtung von bedeutenden und raschen (innerhalb weniger Monate) Veränderungen im Bereich des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit. Diese wurden ausgelöst durch spezifische Interventionen, die unter anderem eine adäquate sensorielle und funktionelle Aneignung der Genitalorgane betrafen.

Der vorliegende Artikel entspricht in groben Zügen einem Vortrag gehalten am von Linda Rossi organisierten ausserordentlichen Sexologie Kongress in Lugano vom 30. März bis 1. April 2007.

Wie andere vor mir habe ich aufgrund meiner klinischen Erfahrung festgestellt, dass sich als Mann oder Frau zu fühlen eine Wahrnehmung ist, die sich verstärken kann. Sich nicht (genügend) als Mann oder Frau zu fühlen ist in erster Linie durch Grenzen bedingt, die ich eindeutig dem Gebiet der Sexualität und der sexuellen Entwicklung der betroffenen Person zuordne, und nicht dem Bereich der psychischen Erkrankungen.

Wie bin ich dazu gekommen, etwas, das allgemein als Identität und unveränderbar gilt, als eine Wahrnehmung und damit als veränderbar anzusehen? Ich werde dies in drei Argumenten erläutern.

Erstens habe ich anlässlich eines Vortrages in Lugano einige Aspekte meiner persönlichen Entwicklung als Junge und als Mann dargelegt, welche mir halfen, rückblickend die Entwicklung des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit besser zu verstehen. Ohne

hier schriftlich die persönlicheren Details zu wiederholen, beschränke ich mich auf das Wesentliche. Dies betrifft meine Begegnung mit Prof. Jean-Yves Desjardins und seinen Einfluss auf mein Verständnis der *Störungen in der Entwicklung des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit*, wie wir sie jetzt nennen.^[1] ».

Zweitens werde ich meine Erfahrungen als klinischer Sexologe bei der Betreuung transsexueller Patienten schildern.

Drittens werde ich einige klinische Verläufe beschreiben und die Folgerungen, die ich daraus ableiten konnte.

1. Selbsterfahrung

Ich hatte das Glück, während 8 Jahren eine bioenergetische Analyse zu absolvieren. Dank dieser Therapie konnte ich ein besseres Bewusstsein entwickeln für meinen Körper, für meine Person, und auch den Mann in mir stärken.

Einige Jahre später, im Frühling 1998, hatte ich in Lugano die Gelegenheit, mein Gefühl der Männlichkeit noch weiter zu entwickeln anlässlich eines *Vivre en Amour* Seminars über die weibliche Sexualität von Jean-Yves Desjardins. Linda Rossi, Psychomotorik-Therapeutin an der psychosomatischen und sexologischen Einheit der Genfer Universitätsspitäler (UGPS), hatte dieses Seminar organisiert und mich hierzu eingeladen. Ich bin ihr noch heute sehr dankbar dafür, dass ich auf diese Weise Bekanntschaft mit Jean-Yves Desjardins schliessen konnte.

Anlässlich eines Workshops in diesem Seminar machte ich eine neue Erfahrung: ich erlebte – als Mann – einen grossen Genuss, während ich

^[1] Die klassische psychiatrische Nomenklatur (DSM IV und ICD-10) ordnet diese Diagnose der Rubrik “Störungen der Geschlechtsidentität” zu.

selbstsicher die Frauen betrachtete, die vor uns defilierten und ihre Weiblichkeit durch ihren Gang hervor strichen. Es fehlen mir die Worte zu beschreiben, welch einschlagende Wirkung dieses Erlebnis sinnlich, emotional und kognitiv auf mich hatte, aber ich kann bestätigen, dass es mir damals und noch Jahre später half, Fragestellungen im Zusammenhang mit dem komplexen Gebiet der Geschlechtszugehörigkeit zu klären.

Im Anschluss an dieses Seminar organisierte ich in Genf einen ersten Ausbildungszyklus im Approche Sexocorporelle mit Jean-Yves Desjardins, bei dem ich sehr wirkungsvolle Mittel zur Verbesserung meiner sexuellen Funktionalität und auch meiner Partnerschaft erlernte.

Ausserdem wuchs auch mein Gefühl, ein Mann zu sein, der sich in seiner Männlichkeit wohl fühlt, der sie gelassen trägt, der seine phallische Seite entwickelt hat und sich lustvoll penetrerend erlebt. Und dies bevor erste Alterungsprozesse sich ankündigen und mir, wie allen Männern, das Leben diesbezüglich ein bisschen erschweren konnten!

2. Patientenbetreuung als klinischer Sexologe

Als klinischer Sexologe musste ich mich bereits im Oktober 1994, im ersten Monat meiner Arbeit an der sexologischen Einheit des Genfer Universitätsspitals HUG (UGPS), auseinandersetzen mit der Behandlung einer Patientin mit einer Inversion des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit im Sinne eines Transsexualismus. Aufgrund meiner bioenergetischen Ausbildung besprach ich mit dieser Patientin gleich die Möglichkeit einer "körperorientierten" Therapie. Ohne Vorstellung von einem spezifischen Vorgehen dachte ich mir doch, dass eine Unterstützung ihrer körperlichen Wahrnehmungen nicht schaden könnte. Mit ihrem Einverständnis begannen wir also während mehrerer Sitzungen an einer "bioenergetischen" Arbeit mit *grounding*, Zentrierung und leichten mit der Atmung assoziierten (nicht genitalen) körperlichen Bewegungen.

Da ich bei dieser Arbeit keine bioenergetische Supervision hatte (der nächste Supervisor wohnte in Basel), da ich mich zur gleichen Zeit in einer postgraduierten Ausbildung zur analytischen Psychotherapie befand, und weil die Patientin, die in unserer Arbeit wenig Sinn sah, kaum ermutigende

Reaktionen zeigte, gab ich leider ziemlich schnell die Bioenergie mit ihr auf zugunsten einer klassisch analytisch ausgerichteten Psychotherapie[2].

Drei Jahre später wurde ich mit Unterstützung von Prof. Willi Pasini in die Leitung des UGPS ernannt und hatte den Wunsch, dass diese Institution den Patienten, welche sie wegen Transsexualismus aufsuchten, weiterhin eine ihres Namens würdige Behandlung anbot. Zwischenzeitlich war die eben beschriebene Patientin operiert worden, im Anschluss an eine gelungene Hormonbehandlung von über einem Jahr und einen Alltagstest[3]. Alles war sehr gut gelaufen für sie, oder, genauer gesagt, für *ihn*. Ich erlaube mir auch zu erwähnen, dass der Chirurg, ein Spezialist für Phalloplastik, angab, noch selten eine Patientin operiert zu haben, die so gut auf die Intervention vorbereitet war wie diese.

In der gleichen Zeit hatte ich auch einige andere Patienten für eine Evaluation und teils auch eine Therapie. Aber obwohl die Begleitung der erstgenannten Patientin bis hin zur hormonell-chirurgischen Geschlechtsumwandlung sehr positiv und ermutigend verlaufen war, war ich nicht restlos überzeugt davon, dass dies die beste therapeutische Strategie darstellte. Denn die Geschlechtsumwandlung erschien mir doch, was die Fortpflanzungsfunktion betraf, sehr verstümmelnd[4].

Auch die Tatsache, dass eine Person mit einem eigentlich gesunden Organismus lebenslang iatrogen Hormone einnehmen sollte mit allen Risiken, die diese mit sich brachten, erschien mir nicht wirklich befriedigend, auch wenn meine Patientin damit offenkundig zufrieden war.

[2] Das am UGPS für diese Patienten vorgeschriebene Protokoll richtete sich damals nach dem Harry Benjamin Institut, es wurde aber als Voraussetzung für jegliche Hormonbehandlung eine mindestens zweijährige Psychotherapie verlangt. Anschliessend folgte der Alltagstest (siehe nachfolgende Fussnote) während mindestens einem Jahr, und dann, wenn der Wunsch weiter bestand, die Chirurgie.

[3] Der Alltagstest besteht darin, ein Leben zu führen, das so gut wie möglich den Stereotypen des neuen Geschlechts entspricht. Er ist auch der Zeitpunkt des coming out (sofern dies nicht schon vorher stattfand), d.h. das Offenbaren des "Identitäts"-Problems gegenüber der Umwelt (Eltern, Freunde, im Beruf, etc.).

[4] Zu jener Zeit schenkte ich, wie die meisten meiner Kollegen, der genitalen Erregungsfunktion wenig Aufmerksamkeit, zumal diese den Patienten auch keine Schwierigkeiten zu bereiten schien und von ihnen nicht spontan erwähnt wurde. Infolgedessen sprachen auch wir nie darüber, selbst wenn (selten) Sexualität ein Thema war, wie z.B. bei dieser Patientin wegen ihrem Wunsch, mit ihrer Partnerin zu koitieren und sie zu penetrieren.

Ich fragte mich stets, ob ich nicht durch die Bioenergie, also durch eine körperorientierte Psychotherapie, andere Perspektiven anbieten konnte, und wie die Kompetenzen der Psychomotorik-Therapeutinnen des Teams, einschliesslich Linda Rossi, genutzt werden konnten.

Ich hatte das Gefühl, an einem Scheideweg zu stehen was die Behandlung dieser Patienten betraf. Motiviert durch meine Fragen zur therapeutischen Strategie, interessierte ich mich für die Arbeit mit diesen Patienten, um das komplexe Problem besser zu verstehen. Ich ahnte aber, dass es schwierig sein würde, meinen Elan aufrecht zu erhalten angesichts der unerschütterlichen Überzeugung der Patienten, die in vollständigem Widerspruch stand zu ihrem morphologischen Erscheinungsbild, und ihrer Entschlossenheit zur – um nicht zu sagen: ihrem Anspruch auf – Geschlechtsumwandlung. Ich sah mich zehn oder zwanzig Jahre in der Zukunft, wie manche Kollegen vor mir, mich resigniert beschränkend auf die Funktion eines Weichenstellers: die “guten Fälle”, die “wahren Transsexuellen”, zur Operation, die “schlechten Fälle”, die “falschen”, abgelehnt. Meine Arbeit würde sich also auf ein Zuteilen beschränken, während die eigentliche Therapie den Endokrinologen und Chirurgen überlassen würde[5].

Diese Perspektive begeisterte mich gar nicht. Ebenso wenig begeisterte mich das Gefühl, nur dazu zu dienen, eine selbst gestellte Diagnose zu bestätigen oder zu entkräften und eine selbst verordnete Behandlung zu empfehlen.

Mich in meiner Rolle als Arzt so dem Patienten auszuliefern konnte ich nicht ohne weitere Überlegungen akzeptieren.

Im oben erwähnten Seminar *Vivre en Amour*, als ich das erste mal Gelegenheit hatte, mich mit Jean-Yves Desjardins auszutauschen, fragte ich ihn, was er von einer körperorientierten Behandlung der Transsexuellen hielt. Gab es da etwas, was man mit

dem Approche Sexocorporelle tun konnte? Zu meiner grossen Überraschung hatte er eine sehr präzise Vorstellung von dieser Problematik im Sinne einer Wahrnehmungsverzerrung, die sich durch den fehlenden Aufbau einer Beziehung zu den eigenen Genitalorganen erklären liess. Er hatte selbst 15 Patienten erfolgreich behandelt und war bereit, mit mir ein Behandlungsprotokoll zu erarbeiten.

Unter anderem trug auch dies sehr zu meinem Entschluss bei, ihn nach Genf einzuladen um eine Ausbildung im Approche Sexocorporelle anzubieten. So begann im Januar 1999 der erste Zyklus der Genfer Ausbildung. Am 20. Oktober 1999 begründeten Prof. Desjardins und ich am UGPS ein Seminar über die Behandlung von Patienten, die an einer Störung des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit litten. Dieses dreistündige Seminar wurde 20mal durchgeführt, zuletzt am 9. Juni 2004, einige Monate bevor ich das HUG verliess.

3. Entwicklung der sexualtherapeutischen Behandlungsmethode

Selbstverständlich begann ich rasch die Behandlungen meiner Patienten mit Störungen des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit zu modifizieren. Zusammenfassend ging ich zunächst über zu einer umfassenden sexologischen Evaluation der Situation, in der sich die Patienten befanden. Hierbei zeigten sich jedes Mal deutliche Einschränkungen in der Lerngeschichte was die genitale sexuelle Erregung anbelangte. Ich erklärte den Patienten die Logik ihres Funktionierens, so wie ich sie verstanden hatte, und schlug ihnen vor, an der Entwicklung einer besseren Beziehung zu ihrem Genitale zu arbeiten. Ihr Projekt sollte sein, das besser kennen zu lernen, wovon sie sich so sehnlich zu trennen wünschten, das besser kennen zu lernen, was ihnen so Angst machte. Noch ohne Erfahrung mit dieser neuen Behandlungsmethode erschien mir anfangs die hormonell-chirurgische Geschlechtsumwandlung nach dem Protokoll des Harry Benjamin Institutes noch nicht so problematisch wie heute.

Ich hatte das Glück, eine ca. 20jährige Patientin zu behandeln, die mich aufsuchte zu dem Zeitpunkt als sie sich fragte, ob sie nicht “transsexuell oder mindestens homosexuell” sei. Sie kam gerade aus einer Filmvorstellung von *Boys don't cry* und hatte erstmals gehört, dass eine Frau sich als Mann fühlen kann.

[5] Diesbezüglich bestätigte am letzten Kongress der World Association of Sexual Health (WAS) in Sydney (15.- 20. April 2007) Eli Coleman, ein Fachmann in diesem Gebiet, voll Überzeugung, dass bezüglich der hormonell-chirurgischen Geschlechtsumwandlung bei Transsexualismus nicht mehr die Intervention an sich sondern nur noch die Auswahl der Patienten, die davon profitieren sollen, zur Diskussion steht.

Sie selbst hatte sich seit ihrer Kindheit "männlich" gefühlt. Der einzige Unterschied, den ich zwischen ihr und anderen transsexuellen Patienten sah, war, dass sie in diese erste Konsultation nicht mit der gleichen unerschütterlichen Überzeugung kam, dem anderen Geschlecht anzugehören [6].

Die Sexualtherapie dieser Patientin dauerte acht Monate. Danach war ihr ihre Geschlechtszugehörigkeit klar, und sie fühlte sich wohl als heterosexuelle Frau (obwohl sie im Vorfeld homosexuelle Erfahrungen positiv erlebt hatte), in der Tat erwog sie einige Monate nach Abschluss der Therapie ernsthaft, zu heiraten und Kinder zu haben. Diesen für die Klinik des Transsexualismus wichtigen Verlauf stellte ich am WAS Kongress in Paris 2001 vor.

In der Folge betreute ich einen Mann, der eine partielle Geschlechtsumwandlung wünschte (er wollte als Frau leben, aber seinen Penis behalten). Ein weiterer Patient wollte eine vollständige Umwandlung, er bezeichnete sich als eine im falschen Körper gefangene Frau. Diese beiden Patienten akzeptierten das neue Protokoll (nicht ohne mehrere Sitzungen dauernde, harte Verhandlungen über die Therapie) und machten eine spektakuläre Entwicklung durch, bei der sie durch die Sexualtherapie progressiv eine harmonische Wahrnehmung ihres biologischen Geschlechtes entwickelten. Den zweiten Patienten habe ich kürzlich wieder gesehen, zwei Jahre nach Ende der Sexualtherapie. Er fühlt sich immer besser als Mann und als Vater, wenn auch gelegentliche Krisen ihn etwas verunsichern können. So haben wir kürzlich anlässlich der Trennung von seiner Partnerin einige konsolidierende Sitzungen vereinbart.

Andere Fälle zeigten weniger günstige Verläufe, da die Patienten wegen ihrer Phobie vor den Genitalorganen und der fehlenden Motivation, sich eine andere Lösung des Problems vorzustellen, die angebotene Behandlung nicht akzeptierten. Doch auch ihre Evaluationen unterstützen das Modell sexueller Entwicklung im Sinne von Jean-Yves Desjardins. Diese Entwicklung wird in der Literatur und im DSM-IV zum Teil ausführlich beschrieben. Sie wird dort allerdings anders verstanden. So werden bestimmte

[6] Allerdings war auch meine erste Patientin, deren Behandlung ich oben beschrieben habe, mit der Frage gekommen, was sie denn sei (Mann oder Frau). Sie fühlte sich als Mann, bejahte aber nicht völlig, einer zu sein, konnte sich aber auch nicht vorstellen, dass sie sich jemals anders, d.h. als Frau, fühlen könnte.

früh auftretende Verhaltensmuster als Ausdruck des frühen Einsetzens der Störung interpretiert. Sie sollten aber auch und in erster Linie als Faktoren betrachtet werden, die die bereits früh einsetzende Wahrnehmungsverzerrung verstärken. So wird zum Beispiel das Interesse eines Jungen an Mädchenkleidern verstanden als Ausdruck seiner Inversion. Natürlich ist das richtig, aber dabei geht vergessen, wie wesentlich das Tragen von Mädchenkleidern seinerseits die Wahrnehmung dieses Jungen als feminoid verstärkt.

Ich erinnere mich an zwei Patienten mit besonders interessanten klinischen Aspekten. Der erste war ein Mann der sich in seiner Autoerotik auf besondere Weise sexuell erregte: er drückte mit den Fingern auf den Ansatz des Penis, wie eine Frau, die auf ihre äusseren Labien drückt. Er spannte auch seine Beckenbodenmuskulatur an, was wahrscheinlich seine Fantasien förderte, in denen er sich von einem Mann penetriert sah.

Die zweite Patientin war eine Frau, die sich nicht selbst sexuell erregte (was häufig vorkommt) und die angab, den einzigen Genuss in ihrem Leben beim Tanz zu erleben. Beim genaueren Nachfragen beschrieb sie sehr angenehme Wärmeempfindungen in ihrem Unterbauch mit Ausstrahlung in die Brust- und Halsregion. Als sie erfuhr, dass dieser intensive Genuss verknüpft war mit der Erregungsreaktion in ihrem weiblichen Genitale, war sie sehr beunruhigt. Überzeugt von ihrem Wunsch nach hormonell-chirurgischer Geschlechtsumwandlung und – nach mehr als zwei Jahren Psychotherapie – bereit für die Hormonbehandlung und den Alltagstest, entschied sie sich doch für weitere sechs Monate Psychotherapie, da sie sich offenbar weder in die eine noch in die andere Richtung entscheiden konnte. Jedoch konnte sie interessanterweise wegen einer starken Hemmung im Sinne einer Phobie die vorgeschlagene Erkundung ihrer Genitalorgane nicht durchführen. Sie sagte, sie fühle sich hierzu nicht bereit.

An den WAS Kongressen in Kuba 2003 und in Montréal 2005 stellte ich unter anderem je ein Poster zu diesem Thema vor, ausgehend von einer wachsenden Anzahl klinischer Beobachtungen. Beim Kongress in Sydney im letzten April präsentierte ich ein Poster über zwei Fälle mit spontaner Entwicklung.

Zunächst der Fall einer Frau, welche, nachdem sie im Alter von 15 Jahren eine hormonell-chirurgische Geschlechtsumwandlung sehr ernsthaft erwogen hatte, sich als 20jährige als heterosexuell orientierte Frau erlebte. Zwischenzeitlich hatte sie einige gelungene homosexuelle Beziehungen gehabt dank derer sie etwas gelernt hatte was es braucht um sich als Frau zu fühlen: sie hatte gelernt, ihre Vagina zu erotisieren. Das gab ihr auch – wie allen Frauen – die Voraussetzung, um die vaginale Penetration durch einen phallischen Mann zu erotisieren.

In der sexologischen Evaluation wies sie alle für die Entwicklung transsexueller Patienten typischen Etappen auf. Jedoch präsentierte sie sich trotz grundlegender Veränderungen ihrer Wahrnehmung auf der Ebene der Stereotypen sehr zweideutig. So hatte ich, als ich sie erstmals im Wartezimmer sah, den Eindruck gehabt, es handle sich um einen jungen Mann. Wie erstaunt war ich dann, als sie mich darum bat, ihr zu helfen, ihre Wahrnehmung der Männer zu verändern! Sie sagte, sie habe Angst vor ihnen, da sie ein sehr unangenehmes Erlebnis gehabt hatte, bei dem ein Mann sie auf der Toilette einer Diskothek festgehalten und sie gegen ihren Willen mit den Fingern vaginal penetriert hatte.

Der zweite Fall betraf einen Mann, der sich bis 11jährig als Mädchen gefühlt hatte und dann, als er die Masturbation mit seinem Penis entdeckte, eine harmonischere Wahrnehmung seines Geschlechts entwickelte, wobei er eine homosexuelle Orientierung beibehielt.

Die Entwicklung des Gefüls der Geschlechtszugehörigkeit

Das also war ein kurzer Überblick über die Aspekte, die mich zur Überzeugung führten, dass es sich beim Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit nicht um eine Frage der Identität sondern um eine Frage der Wahrnehmung handelt (und ich lasse bewusst weitere einfachere Beispiele unerwähnt sowie jene, die mehr die sexuelle Orientierung betreffen, in denen ich aber stets die gleichen Feststellungen gemacht habe).

Kurz gesagt, das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit entwickelt sich über eine Aneignung der Genitalorgane und ihrer Funktion, ein konfliktfreies Entdecken des (anatomischen) Geschlechtsunterschiedes und eine Identifikation mit dem gleichen Geschlecht (Erwachsene und Kinder). Es kann sich verstärken durch den guten Kontakt mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil oder seinem Vertreter und durch Spiele mit gleichaltrigen,

gleichgeschlechtlichen Kindern, durch Elemente mit geschlechtlichem Symbolcharakter im Kinderspiel allein (z.B. Pistolen) und in der Gruppe (z.B. Fussball).

Die Menschen, die an schweren Störungen oder einer Inversion des Gefüls der Geschlechtszugehörigkeit einschliesslich Transsexualismus leiden, weisen eine besondere sexuelle Entwicklung auf, die teilweise gut beschrieben ist im DSM-IV und sich wie folgt zusammenfassen lässt: Fehlende Aneignung der Genitalorgane oder Erlernen eines sexuellen Eregungsmodus, der eine kohärente Wahrnehmung des eigenen Geschlechts nicht unterstützt; Identifikation mit Menschen (Erwachsene oder Kinder) des anderen Geschlechts; für das andere Geschlecht typische Interessen; Spielgefährten des anderen Geschlechts, etc.

Nachfolgend die Schlussfolgerungen die ich aus unserer klinischen Erfahrung mit dem Approche Sexocorporelle ableite:

1. Wir haben jetzt genügend überzeugende klinische Evidenz um zu bestätigen, dass Störungen der Geschlechtsidentität Störungen in der sexuellen Entwicklung sind, die durch Sexualtherapie behandelt werden können. Wer sich ernsthaft mit dieser Thematik auseinandersetzt und bereit ist, seine Vorurteile hinter sich zu lassen, wird hier nicht widersprechen können.
2. Es ist falsch zu sagen, dass das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit ab einem bestimmten Alter determiniert ist. Es ist jederzeit veränderbar, selbst wenn dies nicht ganz einfach ist und von Seiten des Patienten und des Therapeuten einen beträchtlichen Einsatz verlangt.
3. Ein limitierender Faktor bei den Menschen mit einer Inversion des Gefüls der Geschlechtszugehörigkeit ist die Phobie bezüglich der eigenen Genitalien. Diese kann für den Patienten ein wichtiges Hindernis darstellen für eine sexologische Behandlung. Jedoch wird in der Psychotherapie von Phobien nie eine Therapie durch Vermeidung des die Phobie auslösenden Objektes empfohlen, weshalb sollte es also hier anders sein? Umso mehr weil die einzige therapeutische Alternative eine verstümmelnde Behandlung mit Nebenwirkungen darstellt (lebenslange Hormonbehandlung, Beeinträchtigung der genitalen Erregungsfunktion, Kastration), die in allen Gesichtspunkten teurer zu stehen kommt.

Ich bin mir bewusst, dass diese für die Sexologie und die Psychologie revolutionären Schlussfolgerungen irritieren. Tatsächlich stellen sie die meisten unbewiesenen Denkweisen zu diesem Thema in Frage, auf die sich Praktiker und Forscher heute abstützen.

Ich verstehe sehr gut, dass man sich hierdurch gestört fühlen kann. Ich war es selbst auch, als ich eine mit meinen Folgerungen übereinstimmende Politik einführen musste, in der ich keine Behandlungen mehr aufnahm mit Patienten, die von mir nur verlangten, simpler Vollstrecke einer Therapie zu sein, die sie sich selbst verschrieben hatten (die hormonell-chirurgische Geschlechtsumwandlung ohne vorhergehende sexologische Therapie).

Dies ist für mich jedoch nicht Grund genug, davon abzusehen, diese Schlussfolgerungen weiter zu verbreiten und die Patienten, die es wünschen, davon profitieren zu lassen.

Neue klinisch-sexologische Wege

Unter Berücksichtigung der Realität der aktuellen Behandlungsprotokolle sollte m. E. den Patienten, die an einer Inversion der Geschlechtsidentität leiden, ein neuer therapeutischer Weg vorgeschlagen werden. Man könnte es momentan als unrealistisch beurteilen, die hormonell-chirurgische Geschlechtsumwandlung ganz aufzugeben. Für mich ist es jedoch unabdingbar, habe ich doch kürzlich erlebt, dass ich einen Patienten in diese in meinen Augen so verkehrte Richtung nicht mehr begleiten wollte, der sich sehr erfolgreich in Richtung einer Harmonisierung mit seinem Geschlecht entwickelt hatte, dann aber aufgrund einer Ehekrise wieder eine Geschlechtsumwandlung verlangte. Eine Etappe erscheint mir in all diesen Fällen unabdingbar, und sie sollte m. E. so schnell wie möglich von allen Spezialisten in diesem Gebiet übernommen werden. Diese Etappe sollte vor jeglicher Hormontherapie eine Sexualtherapie beinhalten mit dem Ziel der Exploration und Aneignung der Genitalorgane durch den Patienten^[7].

Nach dieser Skizze einiger Stationen meines Weges stehe ich nun also hier mit meinen Überlegungen zu diesem komplexen Thema. Zusammenfassend schlage ich heute vor, den Patienten folgendes anzubieten:

1. Ein zusammenhängendes Modell der Entwicklung des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit und, davon ausgehend, eine vollständige sexologische Evaluation, sowie die Erläuterung ihrer aktuellen Lebenslage und der Logik ihrer Wahrnehmungsverzerrung nach unserem

Verständnis. Information ist m. E. ein fundamentales Element einer guten Therapie. Es geht also erstens darum, den Patienten zu ermöglichen zu verstehen, was bei ihnen abläuft, und, zweitens, ihnen einen Therapievorschlag zu erläutern.

2. Ein therapeutisches Projekt, bei dem die Arbeit am Genitale auf Ebene der Sinneswahrnehmungen, der Funktion und der Symbolik unumgänglich ist, wobei das Ziel ist, ein psychisches und körperliches Wohlbefinden (Körper-Hirn) mit den eigenen Geschlechtsorganen und der sexuellen Erregung zu erlangen.

Die hormonell-chirurgische Geschlechtsumwandlung sollte meines Erachtens verlassen werden insoweit, als endlich anerkannt wird, dass das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit eine veränderbare Wahrnehmung ist und nicht etwas Unabänderliches.

Die sexologische Arbeit zur Aneignung der Genitalien liesse sich ohne weiteres integrieren in die Therapieprogramme von Zentren mit der derzeit üblichen Behandlung, sofern sie sich demgegenüber offen zeigen. Von neuen Beobachtungen ausgehend, könnte sie zu einer anderen Wahrnehmung der klinischen Realität führen. Es müssten jedoch in diesen neuen Programmen die sexologischen Behandlungen von Therapeuten ausgeführt werden, die die nötige Kompetenz aufweisen im Bereich der Verstärkung des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit und im Umgang mit der sexuellen Erregungsfunktion. Kenntnisse, die sich auf die psychische Funktionalität beschränken, genügen hier keinesfalls.

Das also ist in meinen Augen die Richtung, in die sich dieses kontroverse Gebiet weiter entwickeln sollte. Ich bin überzeugt, dass es sich um eine logische Entwicklung handelt, die sowohl den aktuell üblichen hormonell-chirurgischen Behandlungsgewohnheiten als auch der Notwendigkeit Rechnung trägt, unsere klinische Erfahrung zu vertiefen. Ich hoffe, dass diese Beobachtungen, Schlussfolgerungen und Vorschläge das Interesse geweckt haben für die Arbeit an der Weiterentwicklung des Wissens über dieses für den Menschen so bedeutende Gebiet.

[7] Jean-Yves Desjardins und ich sind bereit, denjenigen zu helfen, die ihre Kompetenzen in der Behandlung entsprechender Patienten erweitern möchten – zögern Sie nicht, uns hierzu zu kontaktieren.

ARTICOLO

(Traduit en Italien)

Uomo, Donna : identità o percezioni modificabili ?

Autore : Dr Dominique Chatton,
psichiatra psicoterapeuta FMH, sessuologo clinico ISI, ASCLI-F et AIHUS

PAROLE CHIAVE: identità sessuale- identità di genere – sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico

Il sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico è una componente fondamentale, dinamica e “sviluppamentale” della salute sessuale. Questo sentimento può evolvere nel tempo, svilupparsi, ma anche indebolirsi. Non si tratta dunque di un elemento stabile nel senso di un’identità dell’individuo («identità sessuale»), bensì di una percezione modificabile, legata al sesso biologico, in altri termini una codificazione.

Parecchie situazioni cliniche ci hanno permesso di osservare delle modifiche importanti e rapide (in qualche mese) a livello del sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico. Modifiche che sono state ottenute con degli interventi specifici comprendenti delle appropriazioni sensoriali e funzionali adeguate degli organi genitali.

Questo articolo riprende a grandi linee una comunicazione che ho fatto al Congresso straordinario di sessuologia organizzato dalla Sign.a Linda Rossi dal 30 marzo al 1° aprile 2007 Lugano.

Come altri prima di me, a partire dalla mia esperienza clinica, da parecchi anni ho constatato che sentirsi uomo o donna è una percezione che si può rinforzare. Non sentirsi (sufficientemente) uomo o donna è innanzitutto uno stato legato ad un limite che si trova chiaramente nel campo della sessuologia e dello sviluppo sessuale della persona in causa, piuttosto che in quello della malattia mentale.

Come sono arrivato a considerare come percettivo e quindi modificabile quel che è generalmente considerato come identitario e non modificabile? Svilupperò tre punti alfine di esplicitarlo.

In primo luogo, durante la mia comunicazione al congresso di Lugano, ho evocato certi aspetti del mio sviluppo personale, come ragazzo, poi come uomo, che mi hanno aiutato a meglio comprendere retrospettivamente certi punti dello sviluppo del sentimento di appartenenza al proprio sesso, avendoli

vissuti in prima persona. Non desidero comunque riprendere tutti questi elementi relativamente intimi per iscritto, non ne riterrò che l’essenziale. Concerne il mio incontro con il Prof. Jean-Yves Desjardins e l’impatto che questo incontro ha avuto sullo sviluppo della mia comprensione di quelli che ora chiamiamo «*disturbi dello sviluppo del sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico*»^[1].

In secondo luogo, descriverò una parte della mia storia di sessuologo clinico confrontato alla presa a carico di pazienti transessuali.

In terzo luogo, evocherò l’evoluzione di certe situazioni cliniche e le constatazioni che esse mi hanno permesso di fare.

1. Presa di coscienza personale

Ho avuto la fortuna di fare un’analisi bioenergetica durante 8 anni. Grazie a questa terapia, ho potuto sviluppare una migliore coscienza del mio corpo, della persona che ero e anche di rinforzare l’uomo in me.

Parecchi anni più tardi, nella primavera del 1998, a Lugano, ho avuto l’occasione di lavorare a sviluppare ancora di più il mio sentimento di appartenenza alla mascolinità, assistendo a un seminario «Vivere in Amore» sulla sessualità femminile che dava il Prof. Jean-Yves Desjardis. La Signora Linda Rossi, psicomotricista a tempo parziale all’Unità di ginecologia psicosomatica e di sessuologia degli Ospedali Universitari di Ginevra (UGPS), organizzava questo seminario e mi invitò. Ancora oggi le sono molto riconoscente dell’opportunità che mi ha dato di fare la conoscenza di Jean-Yves Desjardins.

In occasione di un atelier di questo seminario, ho potuto vivere un’esperienza mai vissuta fino ad allora: il piacere per l’uomo (e il maschio, se oso scriverlo) che sono, di guardare con sicurezza delle donne che

^[1] La nomenclatura psichiatrica classica (DSM-4 o CIM-10) classifica questi problemi sotto la rubrica «Disturbi dell’identità sessuale».

sfilavano davanti a noi lavorando, loro, a migliorare la loro femminilità attraverso degli esercizi centrati sulla loro camminata. Qui non posso descrivere esattamente l'impatto sensoriale, emozionale, cognitivo, che ha avuto questa esperienza, ma posso affermare che mi ha aiutato a chiarire, sul momento e ancora negli anni a seguire, degli interrogatori che potevo avere su questo soggetto complesso dell'appartenenza di genere.

In seguito a questo seminario, ho deciso di organizzare a Ginevra un primo ciclo di formazione all'Approccio Sessocorporeo dispensato dal Prof. Desjardins. Così, ho avuto la fortuna di apprendere dei mezzi molto efficaci per migliorare ulteriormente il mio funzionamento sessuale così come la mia vita di coppia.

Inoltre, il mio sentimento d'essere un uomo, che sta bene nella sua pelle d'uomo, sereno per quanto riguarda la sua mascolinità, capace di portarla, di investire il suo lato fallico e penetrante con piacere, si è molto chiaramente rinforzato. Ho voglia di dire che ha raggiunto il suo apogeo prima che gli effetti dell'invecchiamento non si annunciano e non vengono, come per tutti gli uomini, a rendere la vita un po' più difficile da questo punto di vista!

2. Presa a carico in quanto sessuologo clinico

Come sessuologo clinico, sono stato confrontato fin dal primo mese d'attività all'Unità di sessuologia des HUG (UGPS), nell'ottobre 1994, alla presa a carico di una paziente che consultava per un'inversione del sentimento di appartenenza al suo sesso biologico nel senso di un transsessualismo. Avendo una formazione in bioenergia, ho subito parlato a questa paziente della possibilità di lavorare «corporeamente». All'epoca, non sapevo troppo come affrontare la cosa specificatamente, ma in maniera generale, mi dicevo che rinforzare la sua percezione corporea non poteva nuocere. Con il suo accordo, durante qualche seduta abbiamo quindi cominciato con un lavoro «bioenergetico» sul radicamento, la centrazione e una mobilizzazione corporea dolce (non genitale) associata alla respirazione.

Non essendo supervisionato in bioenergia in questo lavoro (trovandomi il supervisore più vicino a Basilea), essendo in formazione post-graduata in psicoterapia analitica all'epoca, e a causa del poco ritorno

incoraggiante da parte della paziente che non vedeva il senso di quel che facevamo, purtroppo ho abbandonato abbastanza rapidamente la bioenergia con lei, per tornare ad una psicoterapia d'ispirazione analitica classica^[2].

Tre anni più tardi, essendo stato nominato, con il sostegno del Prof. Pasini, alla testa dell'UGPS, mi preoccupavo che questa istituzione potesse continuare ad offrire una presa a carico degna di questo nome ai pazienti consultanti per transsessualismo. Intanto, la paziente di cui ho parlato poc'anzi era appena stata operata, dopo più di un anno di trattamento ormonale ben sopportato e di « *real life test* »^[3]. Le cose erano andate molto bene per lei, ora devo dire per lui! Ho anche la pretesa di affermare che il chirurgo, uno specialista delle falloplastiche aveva detto nei suoi riguardi che raramente aveva operato una paziente così ben preparata all'intervento.

Durante lo stesso periodo, ho ricevuto qualche altro paziente per una valutazione e ne avevo anche in terapia. Avevo dunque vissuto un'esperienza molto positiva e piuttosto incoraggiante nell'accompagnamento di questa paziente fino alla trasformazione ormono-chirurgica. Tuttavia, questo non mi aveva completamente convinto che la trasformazione ormono-chirurgica fosse la migliore risposta terapeutica. Questo intervento mi appariva tutto sommato molto mutilante per la funzione riproduttiva^[4].

Anche il fatto di partire da un organismo sano e di finire in maniera iatrogena a una persona che deve prendere una medicazione ormonale per tutta la vita, con tutti i rischi che questo comportava, non poteva apparirmi come totalmente soddisfacente, malgrado l'evidente soddisfazione della mia paziente.

^[2] Il protocollo che utilizziamo all'UGPS per il seguito dei pazienti s'ispirava, all'epoca, da quello del Harry Benjamin Institut, ma domandavamo un tempo di psicoterapia precedente all'ormonizzazione di un minimo di 2 anni. Seguiva il « *real life test* » (vedere la nota qui sotto) che durava almeno un anno, poi la chirurgia in caso di mantenimento della domanda in questo senso.

^[3] Il « *real life test* » è il fatto di fare l'esperienza più vicina possibile a quello che sarà la vita sotto i nuovi stereotipi ed è anche il momento (per coloro che non l'hanno ancora fatto) di fare il loro « *coming out* », cioè aprire a tutti (genitori, amici, relazioni professionali, ecc.) il loro problema « identitario ».

^[4] Devo dire che all'epoca, proprio come la maggior parte dei miei colleghi, non davo molta attenzione alla funzione d'eccitazione genitale che d'altronde non sembrava porre dei problemi particolari ai pazienti che non ne parlavano spontaneamente. D'altronde, non ne parlavamo mai, anche se succedeva (raramente) che parlavamo di sessualità, per esempio per questa paziente della sua voglia di accoppiarsi e di penetrare la sua amica dell'epoca.

Continuavo a pormi delle questioni sulla possibilità di offrire delle altre prospettive date dalla bioenergia, cioè da una psicoterapia corporea. In questo senso, mi domandavo come utilizzare eventualmente le competenze degli psicomotricisti dell'équipe, tra i quali talaltro la Sign.a Rossi, per un lavoro specifico in questo senso.

Avevo il sentimento di essere all'incrocio dei cammini per la presa a carico di questi pazienti. In effetti, sentendomi ancora motivato da un interrogatorio a proposito della terapeutica, il lavoro con questi pazienti mi interessava per conoscere meglio questo problema che vedeva essere complesso. Ma presentivo la difficoltà nel mantenere questo spirito a lungo termine, confrontato instancabilmente alla convinzione apparentemente incrollabile di questi pazienti in completa contraddizione con la loro apparenza morfologica e alla loro determinazione, per non dire alla «loro rivendicazione», a cambiare sesso. Mi proiettavo dieci o venti anni più tardi e mi vedeva allora, come altri colleghi prima di me, rassegnato a non cercare più di fare qualcosa di meglio che una sorta di lavoro di segnalatore: i «buoni casi», i «veri transessuali», verso l'operazione, i «cattivi casi», i «falsi», riusciti. Il lavoro essenziale non consisterebbe più allora che nel selezionarli bene, ma sul piano a propriamente parlare terapeutico, l'essenziale sarebbe lasciato all'endocrinologo e al chirurgo^[5].

Questa prospettiva non m'incantava per niente. Come non m'incantava per niente il fatto d'avere il sentimento, infine, di non servire che a confermare o infirmare una diagnosi autoproclamata e a raccomandare un trattamento autoprescritto.

Il mio ruolo di medico non mi appariva più, in questa prospettiva, che a dover essere abbandonato al paziente, quel che non potevo risolvermi ad accettare senza rifletterci ulteriormente.

Al seminario «Vivere in Amore» già evocato qui sopra, avendo avuto l'occasione di interagire per la prima volta con il Prof. Desjardins, gli domandai cosa

^[5] A questo proposito, all'ultimo congresso dell'Associazione mondiale della salute sessuale (WAS) a Sydney, (15-20 aprile 2007), il Prof. Eli Coleman, specialista nel campo, ha affermato con convinzione, in sostanza, che attualmente non ci si poneva più la domanda dell'interesse della riassegnazione ormono-chirurgica del sesso in caso di transessualismo, ma solamente di chi doveva beneficiarne.

pensava di una presa a carico corporea dei pazienti «transessuali». C'era qualche cosa da fare con l'Approccio Sessocorporeo? Con mia grande sorpresa, scoprì che aveva una visione molto precisa di questi disturbi in quanto distorsione percettiva spiegabile con la mancanza d'investimento degli organi genitali. Era pronto a riflettere ad un protocollo di trattamento con me, avendo lui stesso trattato con successo una quindicina di pazienti.

Questo contribuì molto per me alla decisione che maturavo di invitarlo a Ginevra per dare una formazione all'Approccio Sessocorporeo. È così che nel gennaio 1999 iniziava il primo ciclo della formazione ginevrina. Qualche mese più tardi, sia il 20 ottobre 1999, mettemmo in piedi all'UGPS, il Prof. Desjardins ed io, un seminario centrato sulla presa a carico dei pazienti sofferenti di un disturbo del sentimento di appartenenza al loro sesso biologico. L'abbiamo tenuto a 20 riprese durante 3 ore i mercoledì pomeriggio durante quasi 5 anni, fino al 9 giugno 2004, qualche mese prima della mia partenza dagli HUG.

3. Evoluzione delle prese a carico in sessoterapia

Beninteso, rapidamente, cominciai a modificare le prese a carico che proponevo ai pazienti consultanti per i disturbi dell'identità sessuale. Riassumendo, procedevo prima di tutto a una valutazione sessuologica completa della situazione del paziente. Questa mostrava ogni volta dei limiti importanti nell'investimento dell'eccitazione genitale. Su questa base, dopo avergli spiegato la logica del loro funzionamento tale a come l'avevo capita, gli proponevo di lavorare progressivamente allo sviluppo di un migliore rapporto con i loro organi genitali nella loro conformazione di base. Il progetto era per loro di meglio conoscere quello di cui si auguravano così ardente mente di sbarazzarsi, di meglio conoscere ciò che nella maggior parte del tempo gli faceva così paura. A quest'epoca, non avendo esperienza in questo nuovo tipo di presa a carico, non vedeva ancora nella riassegnazione ormono-chirurgica il trattamento problematico che vedo effettivamente ora nel protocollo del Harry Benjamin Institut.

Ebbi anche la fortuna di ricevere una giovane paziente di circa 20 anni, che mi sollecitò nel momento in cui si domandava «se lei non era una transessuale o almeno un'omosessuale». Aveva appena assistito alla proiezione del film «Boy's don't cry» e appreso che una donna poteva sentirsi un uomo.

Lei stessa si sentiva «mascolina» dall'infanzia. La sola differenza che vedeva in confronto alle altre pazienti transessuali era ch'ella non arrivava a questa prima consultazione con la convinzione incrollabile di essere dell'altro sesso^[6].

La sessoterapia della seconda paziente durò 8 mesi dopo i quali diceva di sentirsi in chiaro, bene nella sua pelle di donna eterosessuale (quando aveva avuto delle esperienze omosessuali ben vissute antecedentemente), a tal punto che qualche mese dopo la fine della terapia appresi da lei che stava seriamente progettando di sposarsi e d'avere dei bambini.

Ho presentato questa situazione, che mi appariva importante per la clinica del transessualismo, al congresso della WAS a Parigi nel 2001.

In seguito, ho avuto il caso di un uomo desiderante una riassegnazione parziale (cioè che voleva vivere la sua vita da donna, conservando però il suo pene). Poi, un paziente richiedente una riassegnazione completa, dicendosi donna prigioniera nel corpo sbagliato. Questi due pazienti accettando il nuovo protocollo (non senza un'aspra negoziazione del trattamento su parecchie sedute) hanno fatto un'evoluzione spettacolare nel senso di veder nascere progressivamente in loro, attraverso la sessoterapia, una percezione in armonia con il loro sesso biologico. Recentemente ho rivisto il secondo paziente, 2 anni dopo la fine della sessoterapia. Si sente sempre meglio nella sua pelle di uomo e di padre.

Altre situazioni erano dall'evoluzione meno favorevole, nel senso in cui la fobia dei loro organi genitali e la loro mancanza di motivazione a progettare un'altra soluzione al loro problema, non gli aveva permesso di accettare il trattamento che gli proponevo, tuttavia ogni volta aumentavano le evidenze nel senso del modello di comprensione dello sviluppo sessuale come capito dal Prof. Desjardins. Questo sviluppo, del quale certi elementi sono abbastanza ben descritti da altri nella letteratura così come nel DSM-4, è tuttavia compreso.

[6] Tuttavia, la prima paziente seguita di cui ho già evocato degli elementi del trattamento qui sopra, era anch'ella arrivata ponendosi la domanda di sapere cos'era (uomo o donna?). Si sentiva uomo, non affermando totalmente di esserne uno, non vedendo comunque in nessun modo come avrebbe potut un giorno sentirsi diversamente, cioè sentirsi una donna.

Si prendono come espressione dell'inizio precoce del disturbo, dei comportamenti che sono da vedere anche e soprattutto, come dei fattori che aiutano a consolidare la distorsione percettiva già presente così precocemente. Per esempio, l'interesse di un piccolo ragazzo per gli abiti femminili è compreso come l'espressione della sua inversione. Beninteso, questo è vero, ma si dimentica il ruolo sicuramente consolidante che ha sulla percezione di questo piccolo ragazzo come avente dei tratti femminili.

Mi ricordo di due pazienti di cui certi aspetti della clinica mi parevano particolarmente interessanti. Il primo, un uomo che aveva una maniera particolare di stimolarsi sessualmente nel suo autoerotismo, facendo pressione alla base del suo pene con le dita, come una donna schiaccerebbe sulle sue grandi labbra. Esercitava anche delle tensioni muscolari a livello del suo perineo, ciò che gli dava senza dubbio a livello del suo immaginario uno scenario nel quale si vedeva essere penetrato in questa regione da un uomo.

La seconda, una donna che non si stimolava personalmente sul piano sessuale (ciò che è frequente) e che diceva di vivere il suo solo piacere nella vita attraverso la danza. Interrogata a questo soggetto, descriveva delle sensazioni di calore molto piacevoli nel suo basso ventre che salivano verso il suo petto e la sua gola. Scoprendo che questo piacere intenso era legato alla vibrazione interna dei suoi organi genitali di donna, ne fu molto turbata. Allorquando si diceva determinata a domandare la riassegnazione ormono-chirurgica del sesso, che poteva domandare il passaggio all'ormono-terapia e al « real life test » dopo più di 2 anni in psicoterapia, ella proseguì ancora per 6 mesi questa terapia, non potendo apparentemente risolversi, né in un senso, né nell'altro. È interessante notare che quel che la riteneva dall'esplorare i suoi organi genitali, come le avevo suggerito, era secondo me una forte inibizione ad andamento fobico nei loro riguardi. Ella diceva di non sentirsi pronta.

Al congresso della WAS a Cuba nel 2003, a quello di Montréal nel 2005, ho proposto delle comunicazioni su questo soggetto e ho presentato 2 posters a partire dalle osservazioni cliniche ogni volta più numerose che facevo e delle quali ho parlato qui sopra. Nell'aprile scorso, al congresso di Sydney, ho presentato un poster a proposito di due casi mostranti un'evoluzione spontanea.

In primo luogo, quello di una donna che, dopo avere pensato molto seriamente di domandare una riassegnazione ormono-chirurgica del suo sesso all'età di 15 anni, attualmente, all'età di 20 anni, si dirige verso l'eterosessualità, sentendosi una donna. Nell'intervallo, ha vissuto delle relazioni omosessuali ben investite attraverso le quali ha progressivamente fatto quel che bisognava per sentirsi una donna: ha appreso a investire ereticamente la sua vagina. Questo le dava anche delle basi, come d'altronde a tutte le donne, per erotizzare la penetrazione vaginale da parte di un uomo fallico.

Alla valutazione sessuologica, ella presentava tutte le tappe dello sviluppo tipico dei pazienti transessuali. Inoltre, malgrado la modificazione fondamentale della sua percezione, si presentava nonostante tutto in una maniera molto ambigua sul piano degli stereotipi sessuali. Così, quando l'avevo vista per la prima volta in sala d'attesa, avevo avuto l'impressione d'avere a che fare con un giovane uomo. Quale non fu la mia sorpresa sentendo la sua domanda che era di aiutarla a modificare la sua percezione degli uomini! Ella diceva di averne paura, avendo vissuto l'esperienza molto spiacevole d'essere stata bloccata da uno di loro nelle toilettes di un dancing e d'avere subito l'introduzione forzata delle sue dita nella sua vagina.

In secondo luogo, il caso più corrente di un uomo che si era sentito una ragazza fin verso l'età di 11 anni, epoca in cui, scoprendo la masturbazione del pene, la percezione del suo sesso biologico si era stabilita in maniera più armoniosa, anche se manteneva un'orientamento omosessuale.

La costituzione del sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico

Ecco quindi rapidamente esposti gli elementi che mi hanno condotto a pensare che non si tratta di un'identité sessuale, ma di una percezione, cioè di un sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico (e volontariamente non ho menzionato tutte le altre situazioni più semplici, o quelle toccanti piuttosto all'orientamento sessuale, nelle quali ho sempre fatto le stesse constatazioni).

In breve, la costituzione del sentimento d'appartenenza al proprio sesso biologico passa da uno sviluppo coerente e funzionale degli organi genitali, la scoperta non conflittuale della differenza (notamente anatomica) dei sessi, un'identificazione ai pari (adulti e bambini) che può rinforzarsi con dei buoni contatti con il genitore dello stesso sesso o il suo sostituto e da dei giochi con dei bambini dello stesso sesso e della stessa età, degli

elementi simbolici legati al sesso che ritroviamo nei giochi d'infanzia, soli prima (pistola per sempio), poi in gruppo (calcio per esempio).

Le persone che soffrono di un disturbo importante o di un'inversione del sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico compreso il transessualismo, mostrano uno sviluppo sessuale particolare, in parte ben descritto nel DSM-4, e che si può riassumere così: mancanza di investimento degli organi genitali o investimento particolare su un modo d'eccitazione sessuale che non favorisce una percezione coerente del proprio sesso biologico; identificazione con le persone (adulti e bambini) dell'altro sesso, interessi tipici dell'altro sesso, partners di gioco dell'altro sesso, ecc.

Ecco qualche messaggio che estraggo dalla nostra esperienza clinica nell'Approccio Sessocorporeo :

1. abbiamo ora delle evidenze sufficientemente convincenti sul piano clinico per affermare, senza alcuna paura d'essere contraddetti da nessuno che rivolgerà veramente la sua attenzione sulla questione facendo tabula rasa nei suoi a priori, che i disturbi dell'identità sessuale sono dei disturbi dello sviluppo sessuale trattabili in sessoterapia ;
2. è falso dire che le cose sono fissate a partire da una certa età. Esse sono perfettamente modificabili, anche se questo necessita un investimento importante del paziente e del terapeuta, e che questa non è una cosa esattamente facile ;
3. un fattore limitante, nei casi di un disturbo di inversione del sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico, è l'elemento fobico concernente gli organi genitali. Questo elemento può creare uno sbarramento importante ad ogni idea di trattamento sessuologico nel paziente. Tuttavia, se in psicoterapia non abbiamo mai garantito il trattamento di una fobia con l'evitamento dell'oggetto generatore della fobia stessa, perché qui dovrebbe essere altrimenti? Tanto più che la sola alternativa offerta consiste in un trattamento mutilante e iatrogena (ormono-terapia a vita, oltraggio alla funzione d'eccitazione genitale e castrazione), per di più costoso sotto tutti i punti di vista.

Oso affermare che questo messaggio, rivoluzionario in sessuologia e in psicologia, disturba. In effetti, rimette in causa la maggior parte delle credenze infondate, sulle quali si appoggiano molti praticanti medici e ricercatori attuali. Comprendo perfettamente che si possa essere disturbati. Lo sono stato io stesso quando ho dovuto applicare una politica coerente con le mie constatazioni, non accettando più di prendere a carico

dei pazienti che venivano a domandarmi d'essere il semplice esecutore di una terapia che loro stessi si erano prescritti (ossia la riassegnazione ormono-chirurgica senza un procedimento sessuologico antecedente).

Questo non rappresenta per me una ragione sufficiente per rinunciare a trovare dei mezzi per fare conoscere meglio queste constatazioni e poterne fare beneficiare i pazienti che lo desiderano.

Nuove piste sessocliniche

Tenendo conto della realtà attuale nella presa a carico dei pazienti che soffrono di un'inversione dell'identità sessuale, penso che una nuova proposizione terapeutica dovrebbe essere fatta. Può non sembrare realistico, a questo stadio, suggerire l'abbandono puro e semplice della riassegnazione ormono-chirurgica del sesso. Tuttavia, qui lo farò in quanto ho appena vissuto, con un paziente, un'esperienza che per me è stata chiarificatrice da questo punto di vista. In effetti, mi sono reso conto di non poter più accompagnare un paziente in una direzione che oramai mi appare così incoerente. Un paziente trattato che mi ha consultato in crisi, avendo ripreso dei comportamenti di travestimento e domandando nuovamente una riassegnazione ormono-chirurgica del suo sesso, questo nel contesto di grandi difficoltà coniugali. Confrontato a questa nuova domanda che veniva da parte di una persona che mi aveva mostrato una così bella evoluzione verso un investimento coerente del suo corpo, mi fu chiaro che ora, accompagnarlo nella sua domanda, mi sarebbe impossibile. In ogni caso, una tappa mi sembra indispensabile e dovrebbe secondo me essere adottata il più rapidamente possibile dalle équipes specializzate in questo campo. Questa tappa dovrebbe integrare, prima di ogni ormono-terapia, una sessoterapia implicante l'esplorazione e l'investimento degli organi genitali da parte del paziente^[7].

Ecco dunque, dopo avervi abbozzato certi elementi del mio procedimento, dove ne son attualmente nella mia riflessione su questo ambito complesso. Attualmente e riassumendo, quel che propongo d'offrire ai pazienti è semplice:

1. Un modello coerente di sviluppo del sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico e, partendo da qui, una valutazione sessuologica

completa, poi un riflesso coerente della nostra comprensione della loro situazione attuale, della logica che permette di comprendere la distorsione percettiva. L'informazione è sempre un elemento fondamentale di una terapia ben condotta, secondo me. Si tratta in primo luogo, di permettere al paziente di comprendere quel che gli succede, e secondariamente, di elaborare quel che si può proporgli sul piano terapeutico ;

2. un progetto terapeutico che passerà inevitabilmente da un lavoro prima sensoriale, poi simbolico e funzionale a livello degli organi genitali, essendo lo scopo, quello di ottenere un confort psicocorporeo (corpo-cervello) con gli organi genitali e nell'eccitazione sessuale.

La riassegnazione ormono-chirurgica mi sembra debba essere abbandonata nella misura in cui si ammetterebbe finalmente che il sentimento di appartenenza al proprio sesso è una percezione modificabile e non qualcosa di intangibile.

Un lavoro sessologico sull'investimento reale degli organi genitali potrebbe senza dubbio integrarsi con i programmi di presa a carico dei centri praticanti i trattamenti classici, se mostrassero un'apertura in questa direzione. Questa potrebbe portare ad un'altra percezione della realtà clinica, partendo da nuove osservazioni. Ma beninteso, in questi nuovi programmi, i trattamenti sessologici dovrebbero essere condotti da dei sessuologi competenti nel campo del rinforzamento del sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico e più generalmente della gestione della funzione di eccitazione genitale. Delle conoscenze che si limitano al funzionamento psicologico non sono assolutamente sufficienti in questo campo.

Sono queste le piste di sviluppo che vedo in questo campo controverso. Sono convinto che si tratta di un procedimento coerente, tenente conto della realtà al contempo relativa alle abitudini prese del trattamento ormono-chirurgica e alla necessità di affinare la nostra esperienza clinica. Spero che queste constatazioni, deduzioni e proposizioni possano interessare taluni a lavorare per permettere lo sviluppo delle conoscenze in questo campo fondamentale per l'essere umano.

[7] Il Prof. Desjardins ed io, siamo completamente disposti ad aiutare chiunque desideri sviluppare le sue competenze nella presa a carico dei pazienti che soffrono di tali problemi, dunque non esitate a contattarci a questo soggetto.

Ca bouge ISI !

Depuis notre assemblée générale du 30 mars 2007 à Lugano, on peut dire que toutes les Commissions de l'ISI travaillent comme des fourmis et font un excellent travail!

Comme vous pouvez le constater dans ce second numéro, la *Commission de la revue* s'est agrandie et compte officiellement 7 membres bien actifs! Vous trouverez la liste des membres de la Commission de la revue en page 2 ainsi que leur fonction! J'aimerais offrir mes sincères remerciements à toutes les personnes qui s'occupent de la relecture, de la correction et de la traduction de ce grand projet. Chapeau à toute l'Équipe qui fait que cette revue Internationale constitue un outil de référence et de diffusion maintenant accessible à tous!

L'ISI compte actuellement 99 membres !! Lise Desjardins (notre nouvelle secrétaire officielle, rémunérée et bien implantée dans l'ISI) et Joëlle Gourier (notre trésor de trésorière encore bénévole à ce jour) font un excellent travail! Merci!

Pour sa part, la Commission des membres continue à étudier les dossiers pour déterminer les catégories des membres afin de vous envoyer vos cartes et numéros officiels ISI. Quelle bonne nouvelle! Le Comité de direction s'est d'ailleurs déjà réuni pour nommer officiellement les membres titulaires. Il s'agit d'un moment historique pour l'ISI! La liste des membres titulaires officiels seront publiés dans le prochain numéro... À suivre!

À mettre dans vos agendas ...

- ✓ La prochaine assemblée générale aura lieu à Gènes en Italie. Les dates exactes sont les 18 et 19 avril 2008 pour la journée d'approfondissement et la journée scientifique. L'assemblée générale se tiendra au cours de l'une de ces journées. L'organisation de ces journées est en progrès. Nous vous donnerons plus amples informations concernant ces journées dans un prochain numéro de la revue.
- ✓ *En ce qui concerne l'assemblée générale ainsi que la journée scientifique de 2009, elles ont été fixées les 24 et 25 avril 2009, à Vienne ou à Zurich.*
- ✓ N'oubliez pas que le paiement de votre cotisation de 2007 doit être versé avant la fin de l'année civile! *Vous recevrez une lettre lorsque la cotisation de 2008 sera due et dans cet envoi postal, vous recevrez en annexe le reçu concernant le paiement de votre cotisation pour l'année 2007.*
- ✓ *N'oubliez pas de mettre vos coordonnées à jour afin de garder le contact avec l'ISI et d'éviter des erreurs d'envois. Nous vous suggérons de nous tenir informé de tout changement dans votre adresse, votre courriel et vos numéros de téléphone. Tout changement doit être envoyé à l'adresse suivante : info@sexocorporel.com.*



Rappel pour les membres :

N'oubliez pas de faire parvenir votre curriculum vitae pour que la commission des membres puisse continuer à faire leur travail, étudier les dossiers et pouvoir vous répertorier dans la bonne catégorie de membre!



Il nous fait plaisir de vous présenter les membres d'Honneurs de l'ISI. Ce sont des professionnels ayant contribués de façon significative à l'évolution de la sexologie clinique générale.



Membres d'Honneurs

Pierre Assalian

Claude Crépault

François Ferrero

Ursula Pasini

Willy Pasini

Claude Roux-Deslandes

Francesca Santerelli

Vous pouvez aller lire leurs contributions ainsi que les mises à jour sur le site internet de l'ISI à l'adresse suivante:

www.sexocorporel.com



**CONGRESSO
STRAORDINARIO
DI SESSUOLOGIA
2007**



SESSUALITÀ SEXUALITE SEXUALITÄT
SALUTE SANTE GESUNDHEIT
CULTURA CULTURE KULTUR

PALAZZO DEI CONGRESSI LUGANO

VE 30.3 - SA 31.3 - DO 1.4.2007

FÉLICITATIONS !

Le congrès « Sexualité-Santé-Culture » a été un lieu d'échange et d'approfondissement en sexologie. Nous tenons à remercier Linda et Sara Rossi pour avoir offert une place privilégiée à l'ISI ainsi qu'à l'Approche Sexocorporelle.

*Cet événement a été un franc succès !
Merci pour l'organisation et l'accueil chaleureux ! Toutes nos félicitations !*

Le Comité de direction de l'ISI



Photo: Isabelle Chaffai

(Gauche:Sara Rossi Droite:Linda Rossi)

Le calendrier des formations

Veuillez noter que nous mentionnons seulement les formations qui débutent. Si vous souhaitez savoir à quelle session les autres formations sont rendues, veuillez aller sur le site www.sexocorporel.com. Nous vous donnons également les informations pour connaître les séminaires de Vivre en Amour et le thème abordé.

Septembre 2007

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
				Canada	Canada	Canada
10	11	12	13	14	15	16
				Autriche	Autriche	Autriche
17	18	19	20	21	22	23
				Canada	Canada	Canada
24	25	26	27	28	29	30
				Suisse	Suisse	Suisse
				Suisse	France	France

Legende :

Atelier Formation Supervision

Octobre 2007

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
1	2	3	4	5	6	7
				France	France	France
8	9	10	11	12	13	14
				Allemagne	Allemagne	Allemagne
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31			Suisse	Suisse

Legende :

Atelier Formation Supervision

Zurich (Suisse), novembre 2007

Séminaire : désir sexuel et sentiment amoureux

Informations / inscription

Mme Esther Schütz

Esther.schuetz@bluewin.ch

Genève (Suisse), mai 2008

Inscription

Dr Dominique Chatton

Email : dchatton@bluewin.ch

Montréal (Canada), 21 au 23 septembre 2007

Inscription

Lise Desjardins

Téléphone : 514 574 3136

Email : lise.desjardins@sexologues.ca

Wien (Autriche), 13 au 16 septembre 2007

Inscription

Mag. Wolfgang Kostenwein

Téléphone : 0043 1 328 66 30

Email : team@sexualpaedagogik.at

Genève (Suisse), 22 et 23 septembre 2007

Séminaire : Erotisme au féminin

Inscription

Mme Anne Chatton

dchatton@bluewin.ch

Paris (France), 29 et 30 septembre 2007

Séminaire : Habillets érotiques et expression de l'amour

Inscription

François Parpaix

Email : francois.parpaix@club-internet.fr

Paris (France), 4 au 7 octobre 2007

Inscription

Françoise Jablon-Dreyfus

Téléphone : 01 40 60 90 89 / 06 80 25 19 01

Email : francoise.jablon@wanadoo.fr

Roland Nicolas

Téléphone : 01 49 09 06 79 / 06 60 40 80 81

Email : roland.nicolas2@aliceadsl.fr

Mainz (Autriche), 11 au 14 octobre 2007

Inscription

Contact : Ute Horstmann

Téléphone : +49/(0)431/671284

Email : info@dgkv.de

Genève (Suisse), 6 et 7 octobre 2007

Séminaire : Érotisme au masculin

Inscription

Mme Anne Chatton

dchatton@bluewin.ch

Lugano (Suisse), 27 et 28 octobre 2007

Séminaire : Érotisme au masculin

Inscription

Jeffrey Pedrazzoli (+41919714224)

Yoko Pedrazzoli (+41919714224)

Email : jpedrazzoli@ticino.com

Le courrier de MÉLI



Mélanie Tremblay,
Rédactrice en chef de la revue

Chers lecteurs,
Voici une toute nouvelle chronique
spécialement pour vous! Le courrier
de MÉLI vise à répondre à vos
questions concernant l'Approche
Sexocorporelle. Nous espérons
qu'elle saura susciter votre
intérêt et votre engouement!



Lise Desjardins
Secrétaire de l'ISI

Est-ce possible d'être membre de l'ISI même si ma formation à l'Approche Sexocorporelle n'est pas terminée?



Vous aimeriez savoir si une personne en cours de formation peut être membre de l'ISI même si la catégorie « étudiants » n'est pas actuellement encore en fonction? Réponse: OUI !! Toutes les personnes qui sont présentement en formation peuvent devenir membres sympathisants pour un tarif préférentiel de 50%, faire partie d'un Institut International et recevoir gratuitement la revue Santé sexuelle! Le formulaire d'adhésion se trouve au www.sexocorporel.com !

Méli

Bonjour MÉLI! Serait-il possible d'avoir la liste des ouvrages de Jean-Yves Desjardins ?

Comme on dit: Demandez et vous recevrez!! Voici enfin la liste des ouvrages de Jan-Yves Desjardins tant attendue!

Publication de livres :

- Le mythe du péché solitaire (Desjardins – Crépault), 1969
- La complémentarité érotique (Desjardins – Crépault), 1978
- L'érotisme au masculin (Desjardins), 1980
- L'érotisme au féminin (Desjardins), 1980
- L'érotisme au quotidien (Desjardins), 1980
- Les corps érotiques (Desjardins – Crépault), 1981
- Co-direction des revues « Vivre en Amour » + de 90 numéros

*Pour vous procurer ces documents veuillez contacter
Nicole Audette à l'adresse suivante:
nicoleaudette@sympatico.ca ou info@naudette.com*

Productions vidéo et cinématographique :

- Ton sexe et l'autre (disque pour les 10-12 ans), 1969
- Judith et Pierre (pour les adolescents(es), 1972
- Paul et Hélène I (Le langage érotique);, 1976
- Paul et Hélène II, (Le langage des corps) 1976
- Paul et Hélène III (Les corps érotiques), 1976
- Clara et François (l'érotisme au troisième âge), 1976
- L'érotisme au féminin, 1976
- À mi-corps (parapléquique), 1978
- Amour, érotisme et grossesse, 1978
- Amour, érotisme et enfant, 1979
- L'érotisme au masculin, 1980
- Les corps érotiques, 1981
- La mouvance érotique, 1981
- Vent du sud, 1981
- L'érotisme et les âges de la vie, 1981
- Le contrôle ejaculatoire : une histoire d'amour, 1996





En ce qui concerne les archétypes, je me demandais pourquoi les femmes ont un archétype de maternité alors que les hommes ne l'ont pas?

L'archétype sexuel de la femme est la réceptivité sexuelle et celui chez l'homme est l'archétype d'intrusivité sexuelle. Puisque l'Approche Sexocorporelle se développe et se précise, nous parlons d'un second archétype chez la femme jadis appelé, l'archétype de maternité. Puisque la maternité constitue non pas un archétype mais un stéréotype (puisque il s'agit d'un concept social), nous parlons maintenant seulement des archétypes sexuels qui permettent, chez l'homme et chez la femme, la reproduction. Néanmoins, les femmes ont une prédominance à vouloir enfanter. Une spécificité de la femme est que leur archétype de réceptivité sexuelle est étroitement lié à leur cycle menstruel, donc à la reproduction. D'ailleurs, l'article « Jadis, il était une fois un homme et une femme du XXIe siècle... » pourra éclaircir ces notions.

Méli



J'ai un peu de difficulté à bien situer les diverses composante de la grille de santé sexuelle. Est-ce possible de me donner une clarification sur ce point ?

Pour être en mesure de faire une sexothérapie efficace, il est nécessaire de connaître et de tenir compte de toutes les composantes impliquées dans la sexualité humaine.

Composantes qui interagissent dans l'exercice de la sexualité

Composantes fondamentales :

- Identité sexuelle

Composantes Physiologiques :

- Excitation génitale

- vasocongestion réflexe
- mode d'excitation sexuelle
- courbes d'excitation sexuelle

Composantes cognitives :

- Connaissances et croyances sur la sexualité
- Idéologies, jugements de valeurs et systèmes de pensées

Composantes sexodynamiques personnelles :

- Plaisir sexuel
- Sentiment d'appartenance à son sexe biologique
- Assertivité sexuelle
- Désir sexuel
- Imaginaire érotique
- Codes d'attraction sexuelle
- Intensité émotionnelle sexuelle

Composantes relationnelles :

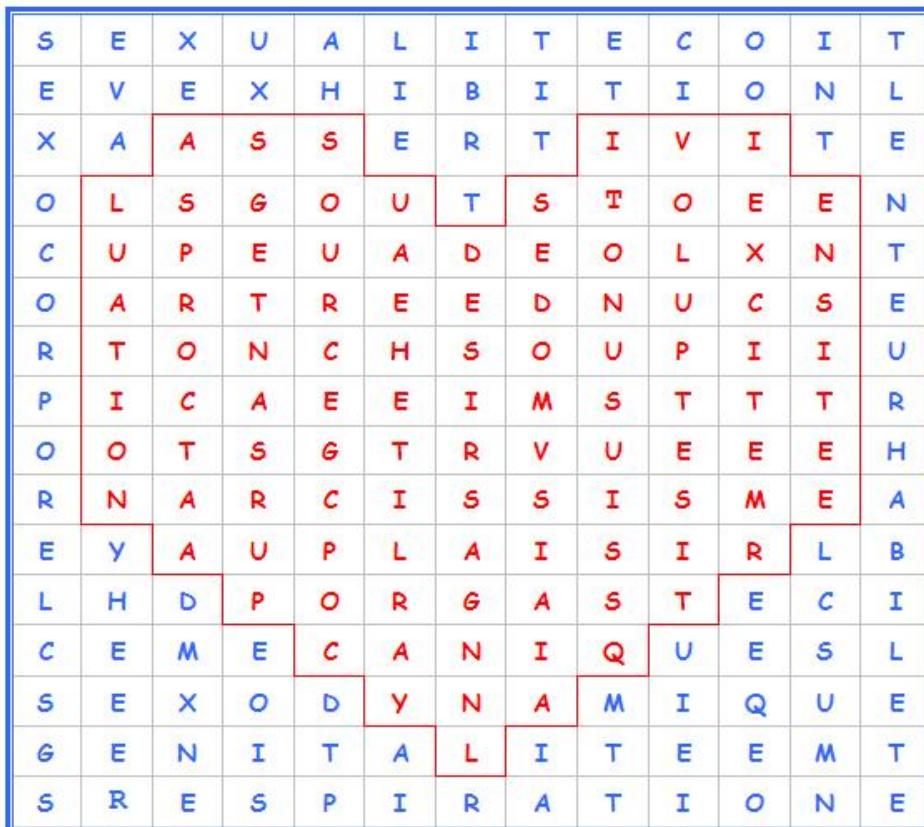
- Sentiment amoureux
- communication amoureuse
- Habilités de séduction
- Habilités érotiques relationnelles

Envoyez vos questions sur :
melanie.tremblay@sexologues.ca

Dans l'espoir que cette nouvelle rubrique vous a plu, on se dit au prochain numéro!

MÉLI

L'inspiration spontanée

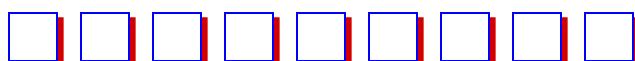


Voici les mots à encercler dans cette grille:

Assertivité	Goût	Santé
Charge	Intensité	Séduction
Coït	Lenteur	Sexe
Corps	Mécanique	Sexocorporel
Désir	Modes	Sexodynamique
Évaluation	Muscle	Sexualité
Excite	Narcissisme	Tonus
Exhibition	Orgaste	Vague
Habileté	Plaisir	Volupté
Génitalité	Respiration	Vue

Les lettres restantes constituent le mot à trouver.

Un indice? Il s'agit de la fondation du sentiment d'appartenance à son sexe biologique :



AVIS DE RECHERCHE

L'ISI est à la recherche de traducteurs bénévoles supplémentaires pour le site web et pour ses autres documents!

Merci de nous offrir votre aide pour favoriser l'accès à tous !
Votre Comité de direction

S'il vous manque un numéro pour compléter votre collection, veuillez contacter Mélanie Tremblay pour vous le procurer!

Parutions

➤ Numéro 1 : Automne 2006

Dossier:

Origine du département de sexologie à Montréal

Article:

Les sexologues à l'unisson... vers un modèle de santé sexuelle!



Le mot de la fin ...

J'espère que vous avez apprécié ce deuxième numéro de la revue **Santé sexuelle** qui a été possible grâce à toutes les personnes qui ont donné de leur temps généreusement! Cette revue suscite votre intérêt et constitue déjà un lieu d'échange, de mobilisation et de diffusion concernant l'Approche Sexocorporelle!

Je vous invite à collaborer avec moi afin d'assurer un contenu riche, stimulant et dynamique! N'hésitez pas à m'envoyer vos textes, vos questions, vos suggestions ou vos commentaires avant le 1er septembre 2007 à cet adresse :

melanie.tremblay@sexologues.ca

Nous vous souhaitons un été splendide, rempli de soleil et de bons moments! Nous nous donnons rendez-vous à l'automne pour le prochain numéro!

Toute l'équipe de la Commission de la revue!





www.sexocorporel.com