

Santé Sexuelle

La revue de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins

Numéro 4
Printemps-été 2008



Elise M.

DANS CE NUMÉRO:

>**LE CLITORIS, DE L'ÂGE DE LA PIERRE À NOS JOURS** par Dr Marie-Madeleine Zufferey-Sudan

Die Klitoris von der Steinzeit bis heute

Il clitoride, dall'età della pietra ai nostri giorni

>**A PROPOS DE LA VAGINALITÉ...** par Dr Catherine Cabanis

Zur Vaginalität...

A proposito della vaginalità...

> La revue SANTÉ SEXUELLE est un organe d'information générale sur les avancées du sexocorporel et sur la croissance de l'ISI. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit l'envoyer par courriel à lise.desjardins@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'en-gagent 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 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 du sexocorporel

ACCEPTATION DES TEXTES

La décision d'accepter un texte sera prise par les membres de 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:

Lise Desjardins
lise.desjardins@sexologues.ca
tel : 514 574 3136



www.sexocorporel.com
info@sexocorporel.com

Comité de direction 2008-2009

Président d'honneur : Jean-Yves Desjardins

Président : Dominique Chatton

Vice-président : Jeffrey Pedrazzoli

Secrétariat et représentante de la commission des membres

et de la commission de la revue : Lise Desjardins

Trésorière et secrétaire adjointe : Joëlle Gourier

Lien ISI-CIFRES : Michèle Bonal

Conseillère et lien avec les membres italiens : Yoko Pedrazzoli

Représentante de la Suisse alémanique et représentante du comité d'organisation des journées scientifiques et cliniques : Christa Gubler

Responsable de la commission internet et des communications : Jérôme Métivier

Commission de la revue 2008-2009

Rédactrice en chef : Mélanie Tremblay

Selecture et corrections : Lise Desjardins, Isabelle Chaffaï, Joëlle Gourier, Mélanie Tremblay

Traduction français-allemand : Karoline Bischof, Marcel Bühler, Peter Gehrig, Christa Gubler, Sybille Schnorf

Traduction français-italien : Pamela Borelli, Patrizia Guerra, Sybille Schnorf

Collaboration du conseil scientifique suisse : Yvonne Iglesias

Conception, graphisme, illustration : Élise Morbidelli

IMPRIMÉ AU CANADA

SOMMAIRE :

Le mot du Président d'honneur

ARTICLES :

p.4 à 24 : *LE CLITORIS, DE L'ÂGE DE LA PIERRE À NOS JOURS* par Dr Marie-Madeleine Zufferey-Sudan

Die Klitoris von der Steinzeit bis heute

Il clitoride,dall'età della pietra ai nostri giorni

p.25 à 33 : *A PROPOS DE LA VAGINALITÉ...* par Dr Catherine Cabanis

Zur Vaginalität ...

A proposito della vaginalità

LE COURRIER DES LECTEURS

ÇA BOUGE ISI !

p.36 : Nouveau comité de direction

p.37 : Babillard

p.37-38 : Bon de commande (partie à détacher)

Le mot de la fin

LE MOT DE VOTRE PRÉSIDENT D'HONNEUR

Ein Vort vom Ehrenpräsidenten
La parola del vostro Presidente d'onore



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

AMALGAME COMPLEXE MAIS NON COMPLIQUÉ DE RICHESSE ÉROTIQUE FÉMININE

Ce numéro quatre de la revue constitue un autre pas en avant pour réduire l'obscurantisme entourant toujours la sexualité féminine et ses manifestations à l'interne.

Si les techniques de rééducation périnéales existent et se développent, la rééducation érotique à prédominance vaginale demeure un défi important pour les femmes en quête de plaisir sexuel et d'orgasmes en particulier dans leurs activités coitales.

En savoir davantage est essentiel. Comment aider les femmes à repérer et développer leur vaginalité érotique constitue un défi que le sexocorporel a choisi de relever.

BONNE LECTURE !

DER REICHTUM WEIBLICHER EROTIK - KOMPLEX ABER NICHT KOMPLIZIERT

Traduction : Peter Gehrig

Diese 4. Ausgabe der 'Revue' möchte Unklarheiten bezüglich der weiblichen Sexualität, insbesondere was deren Ausdruck im Bereich der innern Geschlechtsorgane betrifft, mindern.

Während das Beckenbodentraining stets erweitert wurde, blieb der Zugang zur erotischen Funktion der Vagina eine Herausforderung für Frauen auf der Suche nach sexueller Lust und Orgasmen in ihren koitalen Aktivitäten.

Weitere Kenntnisse sind erforderlich um Frauen zu helfen ihre erotische Vaginalität zu entwickeln.

GUTE LEKTÜRE !

AMALGAMA COMPLESSA MA NON COMPLICATA DI RICCHEZZE EROTICHE FEMMINILI

Traduction : Pamela Borelli

Questo quarto numero della rivista costituisce un altro passo in avanti per ridurre l'oscurità che da sempre avvolge la sessualità femminile e le sue manifestazioni interne.

Se le tecniche di rieducazione perineale esistono e si sviluppano, la rieducazione erotica a predominanza vaginale rimane una sfida importante per le donne in cerca del piacere sessuale e di orgasmi, in particolare nelle loro attività coitali.

Saperne di più è essenziale. Aiutare le donne a reperire e sviluppare la loro vaginalità erotica costituisce una sfida che il Sessocorporeo ha scelto di raccogliere.

BUONA LETTURA !

version française:

Santé sexuelle

version allemande:

Santé sexuelle

version italienne:

Santé sexuelle

LE CLITORIS, DE L'ÂGE DE LA PIERRE À NOS JOURS

Auteure : Dr Marie-Madeleine Zufferey-Sudan
 Gynécologue FMH
 Diplôme de Médecine psychosomatique
 et psychosociale
 Sexologue clinicienne

CONTINENT NOIR ET CLITORIS VIRIL DE FREUD

La sexologie scientifique est une discipline récente datant de la fin du 19ème siècle (Pasini U 2005) dont les pionniers étaient principalement des neurologues, des psychanalystes, des psychiatres. Par son génie de chercheur, Freud est, aujourd’hui encore, une référence incontournable, autant pour ceux qui adhèrent à ses théories que pour ses détracteurs. En 1908, il a conceptualisé la sexualité infantile et vers 1931, il a tenté d’explorer la sexualité féminine (Freud S 1969). Cependant, pour lui, « *la vie sexuelle de la femme adulte est bien encore pour la psychologie, un continent noir* » (Freud S 1986). Cette expression de « *continent noir* » est devenue commune en français, alors que Freud utilise les termes anglais de « *dark continent* ». Presque tous ces chercheurs se sont intéressés principalement à l’aspect psychique de la sexualité, ignorant l’anatomie. Pourtant, Freud part de l’anatomie : « *L'anatomie a reconnu que le clitoris, à l'intérieur de la vulve, était l'organe homologue du pénis et la physiologie des processus sexuels a pu ajouter que ce petit pénis, qui ne grandit pas, se comporte bel et bien dans l'enfance de la femme, comme un véritable pénis : il est le siège d'excitations qui conduisent à le toucher, son excitabilité confère à l'activité sexuelle de la petite fille un caractère masculin et une vague de refoulement est nécessaire dans les années de la puberté pour laisser apparaître la femme en évacuant cette sexualité masculine* ». Cette théorie publiée dans « *Les théories sexuelles infantiles* » a conduit aux pires aberrations. À de nombreuses reprises, comme l’a montré Ansermet F dans « *Chacun son cerveau* » (Ansermet F 2004), Freud a postulé l’existence d’une base biologique. Au sujet de la persistance chez certaines femmes de « *la fonction du clitoris viril* », Freud écrit dans « *Sur la sexualité féminine* » : « *Nous ne savons naturellement pas quelle est la base biologique de cette particularité de la femme; nous pouvons encore moins lui assigner un dessein téléologique.* » Mais l’anatomie a été ignorée presque totalement jusqu’à l’avènement des travaux de Master et Johnson (Master WH 1968).

THÉORIES ANATOMIQUES DE LÉONARD DE VINCI



Fig. 1. Dessin du coït d'après Léonard de Vinci¹

Bien avant Freud, Léonard de Vinci (1452-1519) avait bravé tabous et interdits et tenté de représenter selon son imagination et les théories médicales de l’époque, le coït d’un homme avec une femme. Voir Fig. 1. Il faut souligner que chez les Anciens, au temps d’Hippocrate ou de Galien, tous les textes médicaux ne présentaient ni planches anatomiques ni dessins. Il est intéressant de remarquer sur ce dessin, la dissymétrie de représentation des acteurs du coït. Une importance prépondérante est donnée au corps masculin, coiffé d’une chevelure exubérante. Son cerveau produit le sperme qui s’écoule par la moelle épinière jusqu’à l’extrémité du pénis. Un canal conduit le sang du cœur au pénis. À l’époque, on croyait encore à la théorie des philosophes et des médecins grecs, selon laquelle l’érrection résultait d’une insufflation d’air. Ayant observé une érection chez les pendus, Léonard de Vinci en a déduit que seul le sang pouvait remplir le pénis (Smits P 1988).

Cependant, fidèle à la théorie d’Aristote, il dessine les testicules comme des contrepoids qui peuvent monter et descendre. En face, le corps féminin, très rudimentaire et sans visage, est représenté seulement en fonction de la reproduction et d’une manière peu soignée. Le lait arrive au sein par un canal venu de l’utérus, conformément à la théorie d’Aristote. En anatomiste et fin observateur, Léonard de Vinci aurait pu corriger sur son dessin l’erreur d’Aristote, mais le poids de la pensée du grand Philosophe semble avoir été prédominant. Dans cette illustration, la femme en elle-même n’existe pas en tant que personne. L’emphase est mise sur l’homme et le féminin est quasi escamoté.

Le « continent noir » de Freud, c'est aussi le puits d'ignorance. Que savait-on autrefois de ce « *clitoris viril* » ? Un survol de quelques époques et d'auteurs choisis parmi les plus influents, nous a donné des pistes de compréhension de la pensée masculine sur la sexualité féminine. Car ce sont principalement les hommes qui ont cherché à comprendre, cadrer ou cacher la génitalité féminine. Les femmes n'ont pas eu droit de parole, hormis en des temps très récents.

ÉTYMOLOGIE

Le mot clitoris vient du grec *kleitoris* « *kleitoriz* ». Assez étonnement, le volumineux Dictionnaire grec français d'Anatole Bailly (Hachette, Paris 1963 (26e éd.)) traduit le substantif « *kleitoriz* » par « sorte de pierre » et ne propose nullement la signification « *clitoris* ». Le dictionnaire grec-anglais de Liddell et Scott (Greek-English Lexikon compiled by Henry George Liddell and Robert Scott revised and augmented throughout by Sir Henry Stuart Jones with the assistance of Roderick McKenzie, with a supplement 1968, Oxford University Press, Oxford 1989 (reprint). First edition: 1843) traduit « *kleitoriz* » par « *clitoris* ». La recherche étymologique semble proposer plusieurs dérivés provenant du verbe « *kleien* » qui signifie fermer avec une clé. Pour Zwang G (1997), « *avec le substantif, les Grecs avaient formé un verbe : kleitorizein, caresser en titillant* ». C'est dire la polysémie du mot *clitoris* : une petite pierre, un verrou, qu'il faut titiller pour entrer. Le latin n'a pas de mot dérivé de « *kleitoriz* » pour désigner le clitoris. Les Latins étant très pudiques dans leur vocabulaire face aux organes génitaux féminins, aucun mot précis n'existe pour cet organe. Le substantif « *landica* » était considéré comme obscène et vulgaire par Cicéron. Il est néanmoins utilisé par les médecins romains Mustio et Caelius Aurelius (Adams JN 1982). Ce mot a donné en vieux français les « *landies* » qui signifient les petites lèvres.

REPRÉSENTATIONS VULVAIRES PALÉOLITHIQUES

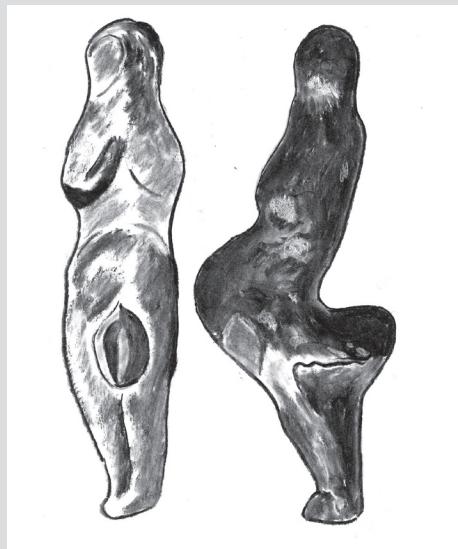


Fig. 2.



Fig. 3.

< Fig. 2. Dessin de la Vénus de Monpazier : figurine de 5,5 cm, taillée dans la pierre, date de 23'000 à 20'000 ans avant J.-C.

< Fig. 3.
Dessin de la Vénus de Chauvet, datée de 30'000 ans avant J.-C.

Les premières représentations vulvaires datent de l'ère paléolithique. Selon le site « http://www.hominides.com/html/art/art_parietal.html » (2 mars 2008), environ 250 statuettes de femmes nues et généralement très obèses, taillées dans la pierre, l'os ou l'ivoire, ont été retrouvées jusqu'à ce jour, dans plusieurs pays dont la France et portent le nom de Vénus paléolithiques. Elles sont en général répertoriées par le nom de l'endroit de leur découverte, comme la Vénus de Monpazier en France, découverte en 1970. Cette petite statuette (voir dessin en Fig. 2.) représente une femme enceinte à terme avec une vulve énorme ouverte.

D'autres Vénus, nommées « vénus impudiques », montrent un aspect plus érotique dans lequel la vulve avec son triangle pubien est caractéristique de ces représentations. Ces Vénus impudiques sont plus généralement représentées par des peintures rupestres. La plus célèbre et probablement la plus ancienne, découverte en 1994 en Ardèche, est la Vénus de Chauvet qui daterait d'environ 30'000 ans avant J.-C., voir dessin Fig. 3. (<http://www.uf.uni-erlangen.de/chauvet/chauvetvenus.htm>). On ignore la signification de ces Vénus et si leur confection a été réalisée uniquement par des mains masculines.

¹ Voir le dessin par Léonard de Vinci dans : Le coit. Windsor Castle. Dans « Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours » de Netter A, Rozenbaum H. Paris : Les Éditions Roger Dacosta, 1985, (ci-après cité Netter A 1985)

Fig. 4.>
Vase en forme de femme assise, en terre cuite, provenant d'Israël vers 4'000 ans avant J.-C.

Fig. 5.>
Statuette en terre cuite, Idole de la « Mère de tout vivant », provenant de Revadim, situé à 40 km environ de Jérusalem et datant de 1'300-1'200 avant J.-C.

Musée Bible+Orient Fribourg en Suisse.
Avec la permission de O. Keel



Fig. 4.



Fig. 5

LA FACE CACHÉE DU DIEU BIBLIQUE

La représentation que l'on se fait habituellement de Dieu est celle d'un homme à longue barbe. Le théologien et archéologue, Othmar Keel, vient de publier un ouvrage sur « L'Eternel féminin². Une face cachée du Dieu biblique» (Keel O 2007). Il présente de nombreuses pièces antiques découvertes en Israël, datant du temps où le féminin de Dieu apparaissait clairement et n'avait pas été proscrit par des clercs dirigeants. Deux pièces montrées au public lors d'une exposition , intéressent notre sujet: l'une, datant de 4'000 ans avant J.-C., représente une femme assise, portant un broc d'eau, les jambes écartées laissant voir sa fente vulvaire surmontée du triangle pubien (voir Fig. 4.) et l'autre, datant de 1'300-1'200 avant J.-C., est une petite idole, femme avec deux nouveaux-nés accrochés à ses seins, écartant les lèvres de sa vulve avec ses mains, statuette intitulée Idole de la « Mère de tout vivant » (voir Fig. 5.). Le génital et l'érotisme féminin, comme la sagesse, faisaient alors partie de Yahvé.

L'ANTIQUITÉ GRECQUE ET LATINE

Le site internet de Wikipedia indique qu'**Hippocrate (460-377 av.J.-C.)** connaissait déjà le clitoris. Dans son traité « De la Génération », Hippocrate écrit : « *Chez les femmes, le sexe étant frotté dans le coït et la matrice en mouvement, je dis que cette dernière est saisie comme d'une démangeaison qui apporte plaisir et chaleur au reste du corps.* » En fait, ce n'est qu'une allusion au clitoris.

Aristote (384-322 av.J.-C.) ne semble pas avoir repéré le clitoris. Son intérêt porte sur les causes et les effets. L'utérus seul est là pour enfanter. C'est l'organe qui différencie le corps de la femme de celui de l'homme. On peut lire dans « De la Génération des Animaux » : « *Les organes sont pour la femelle l'utérus, pour le mâle les testicules et l'organe génital* ».

L'Antiquité romaine. Le livre illustré de John R Clarke, spécialiste international en matière d'antiquité romaine et publié en français sous le titre « Le Sexe à Rome », montre la vie très libre de certains Romains en matière d'érotisme (Clarke JR 2004). Le phallus a une place de choix dans la vie courante des Romains. Les représentations symboliques sont multiples à l'entrée et au sein des maisons. L'auteur indique et illustre les pratiques de fellation et cunnilingus ; cependant, le clitoris n'est ni mentionné ni représenté. Gérard Zwang, gynécologue et sexologue, présente une illustration de petits pains (probablement de confection récente) figurant vulve avec clitoris et phallus (Zwang G. 1994).

² L'Eternel féminin. De la déesse orientale à l'image de Marie. Musée d'art et d'histoire CH 1700 Fribourg 07.12.07-06.04.08
Gott weiblich. Von der orientalischen Göttin zum Marienbild. CH 1700 Freiburg 07.12.07-06.04.08

Galien (131-201) et Avicenne (980-1037), selon Sevely JL, croyaient que l'homologue du pénis était le vagin (Sevely JL 1988).

Soranos d'Éphèse (fin du 1er et début du 2ème siècle après J.-C.) premier gynécologue de l'antiquité, décrit le clitoris dans son traité « Maladies des femmes » (Soranos D'Éphèse 2003) : « *vers le haut, les ailes (= petites lèvres) aboutissent à ce qu'on appelle le clitoris (ou nymphè). Ce dernier, qui forme le début des lèvres, est constitué d'une caroncule d'allure muscleuse ; si on le nomme la nymphè, c'est que cette petite formation charnue se dissimule sous les lèvres comme les jeunes mariées sous leurs voiles.* »

Saint Albert le Grand (1193-1280) médecin, philosophe, dominicain, théologien, influencé par la pensée d'Aristote, fut le maître de Saint Thomas d'Aquin. Il s'est beaucoup intéressé à la sexualité et a même, dit-on, interrogé des sages-femmes et des prostituées pour comprendre le plaisir féminin. Il rapporte dans son traité « De Animalibus », une observation très fine du mode d'excitation sexuelle archaïque³. Sans avoir identifié clairement le clitoris, il sait comment des femmes parviennent seules, à ce type d'orgasme. Il écrit, comme le rapporte Jacquot D (1981) : « *Se compriment crura plicando unum crus super alterum, ut sic una partium vulvae scalpat aliam, quia ex hoc oritur delectatio et pollutio.*⁴ »



Fig. 6. Dessin de La Vulva, d'après Léonard de Vinci⁵.

Léonard de Vinci (1452-1519) a été probablement le premier à dessiner des organes génitaux externes féminins, sous forme d'anatomie médicale, scientifique. Voir Fig. 6. Si, à première vue, le dessin paraît scientifique, comme d'autres planches anatomiques de Vinci, travaillées à partir de l'observation minutieuse de cadavres, cette étonnante représentation laisse plutôt entrevoir l'imaginaire du peintre. Les grandes lèvres ressemblent à l'arche ogivale d'une cathédrale gothique avec une entrée mystérieuse. Les esquisses au-dessous du dessin, suggèrent des fleurs. Les explications sur le dessin original sont difficilement lisibles, d'autant plus que Léonard de Vinci écrivait souvent ses textes à l'envers.

Fallope Gabriel (1523-1562) cité par Netter et Rozenbaum (Netter A 1985) serait le premier à avoir donné une description détaillée du clitoris en 1561, établissant que cette minuscule partie correspond au pénis chez l'homme.

Jacques Duval, professeur de médecine à Rouen, cité également par Netter et Rozenbaum, (Netter A 1985) a publié en 1612, un livre intitulé « Les hermaphrodites, accouchement des femmes et traitement qui est requis pour les relever en santé et bien élever leurs enfants. » Dans son chapitre « Les parties génitales », écrit en vieux français, il mentionne le clitoris sous ce terme.

Regnier de Graaf (1641-1673), après avoir rédigé un traité d'anatomie masculine, s'est mis à observer les organes génitaux féminins et à les dessiner. Le gland du clitoris est bien visible sur l'illustration présentée par Netter et Rozenbaum (Netter A 1985). On doit à ce médecin la découverte des follicules appelés depuis leurs follicules de Graaf.

Georg Ludwig Kobelt, cité par Moore LJ en 1995, est l'auteur d'un livre d'anatomie publié en 1844, dans lequel il décrit et dessine minutieusement l'anatomie du corps clitoridien. Il a donné son nom au plexus de Kobelt, sinuosité des veines, intermédiaire entre le corps et les bulbes du clitoris.

Sigmund Freud (1856-1939) connaissait bien le clitoris, du moins son concept. Dans son essai « De la sexualité féminine » daté de 1931, il montre l'existence de trois grands types de femmes : celles qui ont remplacé le désir du pénis par celui de l'enfant et sont devenues de vraies femmes, des femmes normales, vaginales, maternelles, éprouvant un orgasme vaginal lors du coït. D'autres ont renoncé à toute sexualité objectale et sont devenues comme des ouvrières dans la ruche. Le troisième groupe n'a pas accepté la réalité et se cramponne à sa virilité première ; ce sont les clitoridiennes. Cette théorie a été acceptée et même développée par l'une de ses analysées puis élève et amie, **Marie Bonaparte (1882-1962)** descendante de Bonaparte et princesse de Grèce. Elle a amplifié la théorie

³ Selon la définition du Sexocorporel.

⁴ « *Elles se compriment les jambes en les enroulant l'une sur l'autre, de telle sorte qu'une partie de la vulve gratte l'autre, parce que de cette manière, surgissent le plaisir et la pollution.* » Traduction personnelle.

⁵ Voir le dessin par Léonard de Vinci: La Vulva de Léonard de Vinci. Dans « L'Origine du monde. Histoire d'un tableau de Gustave Courbet » de Savatier T. Paris: Bartillat, 2006.

de Freud dans son livre « *La sexualité de la femme* » publié chez PUF en 1951 et réédité plusieurs fois. Pour elle, « *dans les cas idéaux féminins, le clitoris, ce petit phallus de la femme, doit vivre le sort de ces organes temporaires qui, tel le thymus, après avoir tenu leur rôle un temps transitoire, devraient succomber à l'involution, l'évolution ayant développé à côté d'eux, pour remplir une fonction analogue, un autre organe auquel la fonction adulte sera dévolue* ». Elle a contacté un célèbre gynécologue, Halban (prénom inconnu), Professeur à Vienne pour opérer les femmes clitoridiennes par « *section du ligament suspenseur du clitoris, fixation du clitoris aux plans profonds, et sa fixation en bas avec raccourcissement éventuel des petites lèvres* ». Elle-même souffrait d'être clitoridienne, souffrance psychique liée à l'idéologie freudienne qu'une femme mature et normale jouit lors de la pénétration vaginale. Marie Bonaparte se plaignait de son vagin insensible et n'obtenait un orgasme que par stimulation de son clitoris. Elle s'est faite opérée du clitoris à trois reprises par ce même professeur, sans succès, comme le rapporte Philippe Brenot dans « *Le sexe et l'amour* » (Brenot Ph 2003).

Il faut citer encore le Dr Isaac Baker Brown (1812-1873), fameux gynécologue-obstétricien à Londres, qui s'est rendu célèbre par sa technique de clitoridectomie pour traiter des femmes atteintes de certaines formes de troubles dits moraux (la masturbation), mentaux, d'épilepsie, de catalepsie et d'hystérie. Il avait observé dans les hôpitaux que les femmes épileptiques se masturbaient. Aussi, la clitoridectomie était logiquement pour lui la méthode de guérison. Le clergé britannique a même été informé, avec demande de recruter des paroissiennes atteintes de ces maux, information rapportée par le prestigieux British medical Journal: 1866a: 456. Une étude détaillée de cette affaire a été effectuée par une femme anthropologue, Sheehan E (1981).

DISPERSION DES CONNAISSANCES

Pour Béranger V, auteur de la fiche pédagogique accompagnant le film « *Le Clitoris, ce cher inconnu* » diffusé dès 2005 sur Arte dans la série Théma, « *les connaissances sur le clitoris, organe tabou par excellence, n'ont cessé, depuis Hippocrate, d'être rassemblées puis dispersées à nouveau sous la pression de la norme sociale et de l'Église, puis de la psychanalyse.* » « *Dispersées* » ? Peut-on vraiment disperser des connaissances ? Les auteures féministes, Moore LJ et Clarke AE (1995) ont révélé les représentations mentales prédominantes du clitoris de 1900 à 1991 et la disparition de ce dernier dans certains manuels d'anatomie, en particulier dans l'édition de 1948 de l'*Anatomie de Gray*. Dans l'édition de 1901, le clitoris est dessiné comme un petit « bouton » sur la coupe sagittale. Dans l'édition de 1948, le clitoris a totalement disparu.

Il importe de réaliser que si la sexualité et l'anatomie féminines sont objet aujourd'hui d'études scientifiques, elles ont été autrefois, objet et sujet du discours social, politique et religieux des hommes. Les femmes n'avaient pas la parole pour ce qui les concernait directement. Moore et Clarke relèvent combien la représentation mentale du clitoris est connotée en général négativement ou « en moins », alors que le pénis, standard de la norme est toujours « en plus ». On présente souvent le clitoris comme un minuscule pénis, une sorte de diminution de la norme et non pas une structure valable en elle-même, pour elle-même. Cette représentation collective du clitoris et de la génitalité et sexualité féminines est-elle encore présente au 21ème siècle ? En consultant le livre, « *Osons en parler !* » (2005) de Meyer S, connu pour ses recherches scientifiques, son respect et son attitude positive envers les femmes, nous lisons avec stupéfaction en page 19 : « *L'anatomie du clitoris est identique à celle d'un pénis miniaturisé.* » Il conclut ainsi son chapitre sur la sexualité féminine : « *La vie sexuelle d'une femme est moins "droite", moins constante dans son intensité, moins régulière, aussi peut-être souvent moins exigeante que la vie sexuelle d'un homme.* » p. 128. (Le souligné est personnel.) Des réminiscences de la pensée d'Aristote, selon laquelle « *la femme est un mâle manqué* », semblent persister dans la conscience collective d'aujourd'hui. Le modèle étant masculin, la comparaison entre homme et femme s'effectue parfois encore sur le mode de dualité.

Pour ma part, je me suis interrogée sur l'anatomie du clitoris, apprise auprès du Professeur Adolf Faller à l'Université catholique de Fribourg, dans les années 1968-70. À noter aussi que la grande majorité des cadavres sur lesquels les étudiants apprenaient la dissection étaient des cadavres masculins, ce qui fut le cas pour moi. J'ai repris mes anciens atlas d'anatomie pour vérification, en particulier le livre du Professeur A. Faller intitulé : « *Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion* » Von Prof. Dr. A. Faller. Freiburg, Schweiz 2. Auflage. Stuttgart : Georg Thieme Verlag, 1967. Voici en Fig. 7 et 8, les schémas des pages concernant l'anatomie féminine. Le clitoris est représenté comme un minuscule bouton, (ce que chaque femme peut vérifier par elle-même, pour autant qu'elle soit curieuse et s'en donne le droit). Les piliers et les bulbes sont absents dans ce dessin et passés sous silence dans tout le livre.

La question est alors posée si d'autres atlas ou d'autres livres d'anatomie comportaient les mêmes manques et si réellement l'anatomie exacte du clitoris était encore ignorée. Le dessin de Sobotta J, datant de 1948, montre une anatomie presque exacte, voir le schéma en Fig. 9. Cependant, les bulbes appelés « *bulbus vesibuli* » donnent à penser qu'ils n'appartiennent pas au clitoris.

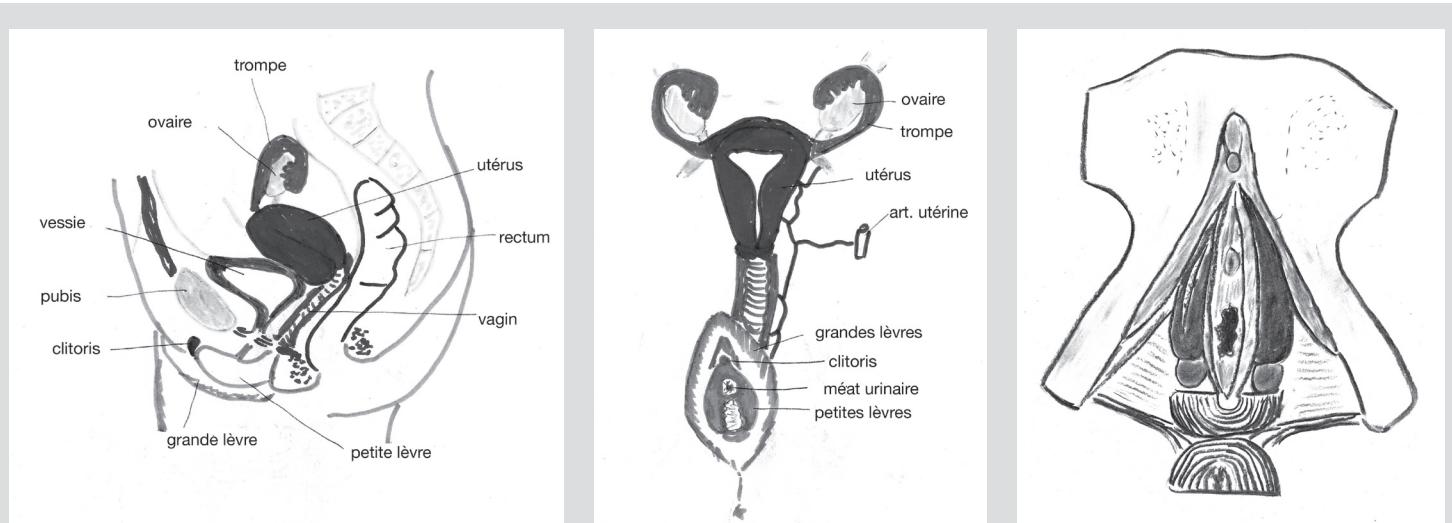


Fig. 7. Schéma de la coupe sagittale du bassin féminin, tiré de la page 196 du livre « *Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion* » de Faller A. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1967, (ci-après cité Faller A 1967)

Fig. 8. Schéma de la coupe frontale de l'utérus et du vagin avec représentation des trompes et des ovaires et vue externe de la vulve, tiré de la page 197 du même document cité ci-dessus.

Fig. 9. Schéma de l'anatomie génitale féminine, d'après l'*« Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen »* de Sobotta J. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1948.

LE CLITORIS DU 21ÈME SIÈCLE

Helen E O'Connell, une femme urologue australienne, a été la première à publier en 2004, une description précise et détaillée de l'anatomie du clitoris. Elle a proposé de modifier la nomenclature, en montrant que les bulbes appelés bulbes vestibulaires font partie du clitoris et qu'il faudrait les appeler « bulbes du clitoris ». Voir en Fig. 10. le dessin du clitoris reproduit à partir de l'article d'O'Connell HE (2004).

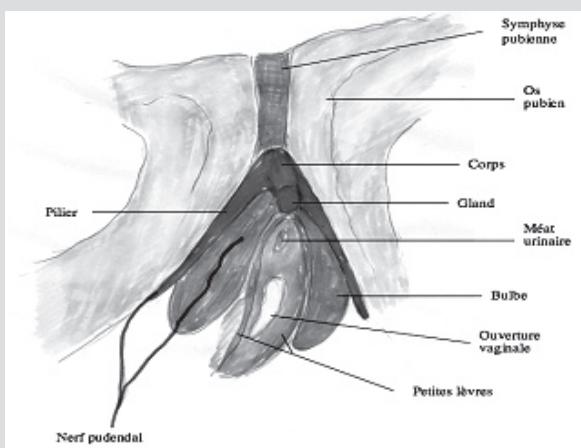


Fig. 10. Vue oblique du clitoris avec ses différentes parties : gland, corps, piliers et bulbes. (O'Connell HE 2004).

Le clitoris est un complexe qui se présente en trois plans, formés de plusieurs structures conjointes : le corps du clitoris, les piliers latéraux, le gland et les bulbes.

Le corps du clitoris mesure environ 4 cm de long. Il est formé par les extrémités des piliers latéraux qui se rejoignent sur la surface inférieure de la symphyse pubienne et se recouvrent en avant (en français, l'expression utilisée est le genou du clitoris) pour atteindre le gland.

Le gland est une structure superficielle qui recouvre les extrémités du corps clitoridien. Il est tapissé d'une muqueuse très richement innervée par des terminaisons nerveuses sensibles.

Les piliers du clitoris sont la continuation du corps clitoridien et longent de chaque côté les rameaux ischiopubiens osseux, sur une longueur d'environ 9 cm.

Les bulbes clitoridiens débutent au-dessus de l'urètre et descendent de chaque côté du vagin. Ils ont une forme oblongue, un peu aplatie latéralement et entourent le vagin, s'étendant postérieurement. Ils sont reliés sous le corps du clitoris par un réseau vasculaire très riche.

Le corps clitoridien est suspendu à la symphyse pubienne par un ligament suspenseur composé d'une couche fibro-adipeuse superficielle qui s'étend en triangle à base supérieure vers le mont du pubis et les grandes lèvres, et une couche profonde sur la symphyse, convergeant vers le corps et les bulbes du clitoris (Rees MA 2000). L'hypothèse du rôle de ce ligament serait d'assurer la stabilité du clitoris durant l'activité sexuelle. Le tissu adipeux aurait pour fonction de protéger les structures nerveuses, le nerf dorsal du clitoris étant très superficiel.

LE SEXOCORPOREL

Il a ainsi été observé dans la littérature des siècles derniers, littérature médicale en particulier, comme l'ont montré Moore LJ et Clark AE (Moore LJ 1995), l'entretien d'une ignorance au sujet du clitoris considéré comme passif et dépourvu d'intérêts, car il n'entre pas dans la fonction reproductive : « les hommes ont un sexe, les femmes des bébés ». Cette ignorance n'est qu'en partie responsable du non-savoir d'aujourd'hui. Les idéologies religieuses et psychanalytiques ont contribué à perdurer cette ignorance. L'interdit religieux de l'exploration personnelle (interdit de la masturbation, tant pour les hommes que pour les femmes) qui figure encore aujourd'hui dans le document « Catechisme de l'Église catholique », Art. 2352, p. 478-9, Paris: Mame/Plon, 1992 et 1998) a contribué à empêcher un grand nombre de femmes de se connaître.

Par ailleurs, il faut signaler aussi la complexité de l'anatomie du périnée féminin en grande partie cachée à l'intérieur du corps, inaccessible à l'œil et aux méthodes habituelles d'exploration. Il a fallu attendre les progrès de la recherche en anatomie, en histologie et surtout en radiologie pour permettre des approches plus précises sur des femmes vivantes. À noter que la plupart des recherches sur le clitoris ont été effectuées par des femmes. L'enjeu pour les femmes est important, comme le montre Wade LD (2005). Non seulement il leur faut découvrir leur anatomie génitale, mais encore apprendre à l'utiliser pleinement. À cet égard, le sexocorporel est une école sexothérapeutique très originale qui a développé des connaissances spécifiques sur le fonctionnement sexuel de la femme, permettant aux femmes d'apprendre à repérer dans leur corps l'excitation sexuelle à partir de la vulve et du clitoris ainsi que du senti interne vaginal. Les évaluations sexocliniques ont permis de dégager les différents modes d'excitation sexuelle utilisés par les femmes et de comprendre leur sexualité au travers de leur réalité, sans partir d'une vision préconçue. Le sexocorporel aide les femmes à comprendre leur fonctionnement, à s'approprier leur sexualité, à développer des habiletés visant à moduler l'excitation sexuelle, à la faire monter jusqu'au point de non-retour dans la décharge orgasmique. Un travail en sexocorporel permet aux femmes d'avoir des moyens pour apprendre à vivre l'excitation sexuelle dans l'harmonie du plaisir sexuel, affectif et relationnel. ■

Notice : Le présent article a été rédigé par l'auteur à partir de son travail de mémoire de Sexologie clinique à l'Université de Genève en 2007, intitulé : « Essai de compréhension de la dynamique du périnée féminin en sexualité ». La plupart des illustrations originales du présent article figurent dans son travail de mémoire. Si vous désirez vous procurer une copie du mémoire de Marie-Madeleine Zufferey-Sudan , veuillez contacter Madame Joëlle Gourier à l'adresse suivante : joelle.gourier@tele2.ch

Littérature :

- Adams JN. The Latin sexual vocabulary. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1982.
- Ansermet F, Magistretti P. A chacun son cerveau. Paris: Odile Jacob, 2004.
- Aristote. De la Génération des Animaux I. Paris: Édition Belles Lettres, 1961.
- Bonaparte M. La sexualité de la femme. Paris: PUF, 1951.
- Brenot Ph. Le sexe et l'amour. Paris: Édition Odile Jacob, 2003
- Clarke JR. Le Sexe à Rome. Paris: Éditions de La Martinière, 2004.
- Dominici M. Le clitoris, ce cher inconnu. Film documentaire sur la sexualité féminine. Cats & Dogs Films, Silicone, Arte France 2005. www.clitoris-films.com
- Faller A. Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion . 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1967.
- Freud S. Les théories sexuelles infantiles. Sur la sexualité féminine. In « La vie sexuelle ». Paris: Puf, 1969.
- Freud S. La question de l'analyse profane. Paris: Gallimard, 1986
- Hippocrate. De la Génération IV.1 Tome XI. Paris: Les Belles Lettres, 1970.
- Jacquart D, Thomasset C. Albert Le Grand et les problèmes de la sexualité. Firenze : Leo S. Olschki Editore, 1981.
- Keel O. L'Eternel féminin. Une face cachée du Dieu biblique. Genève: Éditions Labor et Fides, 2007.
- Masters WH, Johnson VE. Les réactions sexuelles. Paris: Robert Laffont, 1968.
- Meyer S. Osons en parler ! connaître son intimité, source de plaisir et de désir, gérer et traiter les problèmes d'incontinence. Lausanne: Éditions Favre SA, 2005.
- Netter A, Rozenbaum H. Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1985.
- O'Connell HE, Anderson CR, Plenter RJ, et al. The clitoris : A unified structure - histology of the clitoral glans, body, crura and bulbs. Urodinamica 2004;14:127-32.
- Pasini U. Les découvertes et les thérapies sexuelles dans le contexte historique et occidental. Certificat de Sexologie Clinique. Uni Ge. Cours du 2.12.2005.
- Rees MA, O'Connell HE, Plenter RJ, et al. The suspensory ligament of the clitoris: connective tissue supports of the erectile tissues of the female urogenital region. Clin Anat 2000;13:397-403.
- Sevely JL. The male clitoris. Am J Obstet Gynecol 1988;159:533-4.
- Sheehan E. Victorian clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his harmless operative procedure. Med Anthropol News 1981;12:9-15.
- Smitz P. La vision de Léonard de Vinci de l'anatomie du coït. Organorama 1988;3:22-25.
- Sobotta J. Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1948.
- Soranos D'Éphèse. Maladies des femmes. Texte établi, traduit et commenté par Burguière P, Gourevitch D et Malinas Y. Paris: Les Belles Lettres, 2003.
- Wade LD, Kremer EC, Brown J. The incidental orgasm: the presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. Women Health 2005;42:117-38.
- Zwang G. Histoire des peines de Sexes. Paris: Maloine, 1994.

DIE KLITORIS VON DER STEINZEIT BIS HEUTE

Auteure : Dr Marie-Madeleine Zufferey-Sudan

FMH Gynäkologie/Geburtshilfe

Psychosomatische Medizin SAPPM

Klinische Sexologin

Übersetzung auf Deutsch: Karoline Bischof

Relecture : Sybille Schnorf

DER DUNKLE KONTINENT UND DIE MÄNNLICHE KLITORIS NACH FREUD

Die Sexualforschung ist eine relativ junge Disziplin, die Ende des 19. Jahrhunderts ihren Ursprung nahm (Pasini U 2005). Ihre Pioniere waren in erster Linie Neurologen, Psychoanalytiker und Psychiater. Auf Sigmund Freud beziehen sich wegen seines Forschergeistes bis heute die Anhänger wie auch die Gegner seiner Theorien. 1908 entwarf er ein Konzept von der kindlichen Sexualität und versuchte 1931, die weibliche Sexualität zu erkunden (Freud S 1969). Dennoch blieb für ihn "die Sexualität der erwachsenen Frau für die Psychologie ein dunkler Kontinent" (Freud S 1986). Auf Französisch hat sich "continent noir" (der schwarze Kontinent) als Ausdruck eingebürgert, auch wenn Freud selbst den englischen Begriff "dark continent" gebrauchte. Fast alle Forscher interessierten sich in erster Linie für die psychologischen Aspekte der Sexualität und ignorierten die Anatomie. Freud geht hingegen von der Anatomie aus: "Die Anatomie hat erkannt, dass die Klitoris, im Inneren der Vulva, das homologe Organ zum Penis ist, und die Sexualphysiologie konnte dem beifügen, dass sich dieser kleine Penis, der nicht wächst, während der Kindheit der Frau gut und gern wie ein wahrer Penis benimmt: Er ist Sitz von Erregungen, die dazu verleiten, ihn zu berühren, seine Erregbarkeit verleiht der sexuellen Aktivität des kleinen Mädchens einen männlichen Charakter, und es braucht eine Welle von Verdrängung in den Jahren der Pubertät, damit die Frau zum Vorschein kommen kann und diese männliche Sexualität verschwindet". Diese in Theorien über "die kindliche Sexualität" veröffentlichte These hat zu schlimmsten Irrtümern geführt. Freud postulierte immer wieder die Existenz einer biologischen Basis, wie dies Ansermet F (2004) in "A Chacun son cerveau" (Jedem sein Hirn) gezeigt hat. Was die Persistenz der "Funktion der männlichen Klitoris" bei manchen Frauen anbelangte, so schrieb Freud in "Über die weibliche Sexualität": „Wir wissen natürlich nicht, was die biologische Basis dieser weiblichen Besonderheit ist; noch weniger können wir ihr eine teleologische Absicht zuordnen“. Aber bis zu den Arbeiten von Master und Johnson (1968) ist die Anatomie praktisch vollständig ignoriert worden.

ANATOMISCHE THEORIEN VON LEONARDO DA VINCI



Abb. 1. Zeichnung des Koitus nach Leonardo da Vinci¹

Lang vor Freud hatte es Leonardo da Vinci (1452-1519) gewagt, sich gegen Tabus und Verbote zu stellen und den Koitus zwischen Mann und Frau abzubilden nach seiner Vorstellung sowie nach den gängigen medizinischen Theorien (Abb. 1). Dabei muss beachtet werden, dass im Altertum, zur Zeit von Hippokrates oder Galen, die medizinischen Schriften keinerlei anatomische Tafeln oder Abbildungen enthielten. Auf der hier abgebildeten Zeichnung ist die Asymmetrie in der Darstellung der zwei Akteure interessant. Der männliche Körper wird dabei in den Vordergrund gestellt, ausgestattet mit üppiger Frisur. Sein Hirn produziert das Sperma, welches durch das Rückenmark bis zum Penis gelangt. Ein Kanal leitet das Blut vom Herzen zum Penis. Zu jener Zeit glaubte man noch an die Theorien der griechischen Philosophen und Ärzte, dass nämlich die Erektion durch das Einströmen von Luft entstand. Nachdem Da Vinci Erektionen bei Gehackten beobachtet hatte, folgerte er, dass einzig Blut den Penis füllen konnte (Smits P 1988).

Dennoch zeichnete er, getreu der Theorie von Aristoteles, die Hoden als Gegengewichte, die steigen und sich senken konnten. Dem gegenüber wird der weibliche Körper, rudimentär und Gesichtslos, nur in seiner Fortpflanzungsfunktion und wenig sorgfältig dargestellt. Dabei gelangt die Milch durch einen Kanal vom Uterus zur Brust, entsprechend Aristoteles Theorie. Als Anatom und genauer Beobachter hätte da Vinci in seiner Zeichnung Aristoteles Fehler korrigieren können, doch scheint die Denkweise des grossen Philosophen dominiert zu haben. Auf der Zeichnung existiert die Frau als eigene Person nicht. Die Betonung liegt auf dem Mann, und das Weibliche wird praktisch übergangen.

¹ Siehe in : Le coït. Windsor Castle. In : « Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours » (Netter 1985)

Der „dunkle Kontinent“ von Freud, das ist zugleich der Abgrund des Unwissens. Was wusste man früher über diese „männliche Klitoris“? Ein Überblick über mehrere Epochen und ausgewählte bedeutende Autoren hilft uns, die männlichen Überlegungen zur weiblichen Sexualität zu verstehen. Denn es waren in erster Linie die Männer, die versuchten, die weibliche Genitalität zu verstehen, einzugrenzen oder zu verstecken. Die Frauen hatten bis vor kurzer Zeit kein Mitspracherecht.

ETYMOLOGIE

Das Wort Klitoris stammt vom Griechischen „kleitoriz“. Erstaunlicherweise übersetzt das voluminöse Griechisch-Französische Wörterbuch von Anatole Bailly (Hachette, Paris 1963 (26e Ed.)) das Substantiv „kleitoriz“ mit einer Art von Stein und erwähnt die Bedeutung Klitoris nicht. Das Griechisch-Englische Wörterbuch (Liddell und Scott 1989) übersetzt „kleitoriz“ mit Klitoris. Etymologisch werden verschiedene Ableitungen des Verbs „kleien“ vorgeschlagen, das mit einem Schlüssel schliessen bedeutet. Gemäss Zwang G (1997) hatten die Griechen aus dem Substantiv ein Verb gebildet: „kleitoriazein“, kitzelnd streicheln. So heisst das Wort Klitoris mehrdeutig: ein kleiner Stein, ein Riegel, den man kitzeln muss, wenn man hinein will. Im Lateinischen gibt es kein von „kleitoriz“ abgeleitetes Wort für die Klitoris. Die Römer waren sehr schamhaft in ihrem Vokabular zum weiblichen Genitale, es existiert überhaupt kein präzises Wort hierfür. Das Substantiv „landica“ galt bei Cicero als obszön und vulgär. Dennoch wurde es von den römischen Ärzten Mustio und Caelius Aurelius verwendet (Adams JN 1982). Im Altfranzösischen sind daraus die „landies“ geworden, die inneren Lippen.

PALÄOLITHISCHE DARSTELLUNGEN DER VULVA



Abb. 2.



Abb. 3.

< Abb. 2. Zeichnung der Vénus de Monpazier:
Statue von 5,5 cm Höhe, aus Stein geschnitten,
23'000 bis 20'000 vor Christus.

< Abb. 3. Zeichnung der Vénus de Chauvet,
etwa 30'000 vor Christus

Die ältesten Vulvadarstellungen gehen auf das Paläolithicum zurück. Gemäss der Webseite Hominidés (2.3.2008) wurden in verschiedenen Ländern bis heute rund 250 kleine Statuen von nackten und meist sehr übergewichtigen Frauen aus Stein, Knochen oder Elfenbein gefunden, genannt Paläolithische Venus. Sie sind üblicherweise bezeichnet mit dem Namen ihrer Fundstätte, wie die 1970 entdeckte Venus de Monpazier aus Frankreich. Diese kleine Statue (siehe Abb. 2) stellt eine hochschwangere Frau dar mit einer enormen offenstehenden Vulva.

Andere Venus Statuen, genannt «unkeusche Venus», sind von erotischerer Erscheinungsform, mit charakteristischer Vulva mit Schamdreieck. Diese unkeuschen Veneres sind eher in Höhlenmalereien zu finden. Die berühmteste und wahrscheinlich älteste, 1994 in Ardèche entdeckt, ist die Vénus de Chauvet, datiert etwa 30'000 vor Christus (Abb. 3) (Züchner 2008). Es ist nicht bekannt, welche Bedeutung diese Statuen hatten und ob sie ausschliesslich von Männern fabriziert wurden.

Abb 4. >
Vase in Form einer sitzenden Frau, Terracotta,
Israel, 4'000 vor Christus

Abb. 5. >
Statuette aus Terracotta, Götzenbild der
"Mutter alles Lebendigen" aus Revadim, ca.
40 km von Jerusalem entfernt, 1'300-1'200
vor Christus.

Musée Bible+Orient Fribourg en Suisse. Mit freundlicher
Genehmigung von O. Keel.



Abb 4.

Abb 5.

DAS VERSTECKTE GESICHT DES BIBLISCHEN GOTTES

Die übliche Darstellung von Gott ist die eines Mannes mit langem Bart. In seinem Werk *L'Eternel féminin. Une face cachée du Dieu biblique* (Keel 2007) präsentiert der Theologe und Archäologe Othmar Keel zahlreiche antike Fundstücke aus Israel, die aus einer Zeit stammen, wo das Weibliche in Gott noch deutlich sichtbar und nicht verboten worden war durch den regierenden Klerus. Zwei Figuren, die in einer Ausstellung² zu sehen waren, betreffen unser Thema: die eine, um 4000 vor Christus, ist eine sitzende Frau, die einen Krug trägt, die gespreizten Knie erlauben den Blick auf den Spalt der Vulva mit dem Schamdreieck darüber (Abb. 4.). Die andere, um 1'300-1'200 vor Christus, ist ein kleines Götzenbild, eine Frau mit zwei Neugeborenen an ihren Brüsten, die die Lippen ihrer Vulva mit ihren Händen spreizt, mit dem Titel "Götzenbild der Mutter aller Lebendigen" (Fig. 5). Das Genitale und die weibliche Erotik waren also, wie die Weisheit, Teile von Jehova.

DAS GRIECHISCHE UND RÖMISCHE ALTERTUM

Gemäss Internetseite Wikipedia kannte bereits **Hippokrates (460-377 vor Christus)** die Klitoris. In seiner Abhandlung *Über die Zeugung* schreibt er: „Bei den Frauen, wenn das Geschlecht gerieben wird beim Koitus und die Matrix in Bewegung ist, sage ich, dass diese letztere wie von einem Juckreiz befallen wird, der dem Rest des Körpers Genuss und Hitze bringt.“ Tatsächlich ist dies eine Anspielung auf die Klitoris.

Aristoteles (384-322 vor Christus) scheint die Klitoris nicht entdeckt zu haben. Sein Interesse galt den Ursachen und Folgen. So war der Uterus einzig für das Gebären da und war das Organ, das den weiblichen Körper von dem des Mannes unterschied. In *Von der Fortpflanzung der Tiere* kann man lesen: «*Die Organe sind für das Weibchen der Uterus, für das Männchen die Hoden und das Geschlechtsorgan*».

Das römische Altertum. John R. Clarke, international bekannter Fachmann für das römische Altertum, zeigt in seinem illustrierten Buch *Le Sexe à Rome* (2004, Original: *Roman Sex*), dass manche Römer, was die Erotik betraf, ein sehr liberales Leben führten. Dabei hatte der Phallus eine wichtige Bedeutung im römischen Alltag. Zahlreiche symbolische Abbildungen finden sich über den Eingängen und im Inneren der Häuser. Fellatio und Cunnilingus werden in Wort und Bild dargestellt; jedoch findet sich keine Erwähnung oder Abbildung der Klitoris. Bei dem Gynäkologen und Sexologen Gérard Zwang findet sich eine Abbildung von Brötchen (wahrscheinlich neueren Datums), welche Vulva mit Klitoris und Phallus darstellen (Zwang G. 1994).

² Gott weiblich. Von der orientalischen Göttin zum Marienbild. Musée d'art et d'histoire CH 1700 Freiburg 07.12.07-06.04.08

Galen (131-201) und Avicenna (980-1037) glaubten nach J.L. Sevely (1988), dass die Vagina das Homolog zum Penis war.

Soranos von Ephesus (Ende 1. und Anfang 2. Jahrhundert), erster Gynäkologe des Altertums, beschreibt die Klitoris in seiner Abhandlung Krankheiten der Frauen (2003): « nach oben gehen die Flügel (= innere Lippen) über in das, was man die Klitoris (oder Nymphe) nennt. Die letztere, die den Anfang der Lippen bildet, besteht aus einer Muskel-ähnlichen Karunkel; wenn man sie die Nymphe nennt, so ist dies, weil dieses kleine fleischige Gebilde sich unter den Lippen versteckt wie junge Bräute unter ihren Schleieren.»

Albert der Große (1192-1280), Arzt, Philosoph, Dominikaner, Theologe, unter dem Einfluss von Aristoteles Denkweise, war der Lehrer von Thomas von Aquin. Er interessierte sich sehr für die Sexualität und befragte angeblich sogar Hebammen und Prostituierte, um die weibliche Lust zu verstehen. In seiner Abhandlung De Animalibus beschreibt er eine sehr genaue Beobachtung des archaischen sexuellen Erregungsmodus³. Ohne die Klitoris eindeutig identifiziert zu haben, wusste er, wie die Frauen alleine auf diese Art zum Orgasmus kamen. Nach Jacquot D (1981) schreibt er: «Se comprimunt crura plicando unum crus super alterum, ut sic una partium vulvae scalpat aliam, quia ex hoc oritur delectatio et pollutio⁴.»



Abb. 6. Zeichnung der Vulva, nach Leonardo da Vinci⁵.

Jacques Duval, Professor der Medizin in Rouen, gab 1612 ein Buch heraus mit dem Titel *Die Hermaphroditen, Niederkunft der Frauen und die Behandlung die nötig ist um sie wieder gesund aufzurichten und ihre Kinder gut zu erziehen*. Im Kapitel «Die Geschlechtsteile» erwähnt er die Klitoris unter diesem Namen (Netter 1985).

Regnier de Graaf (1641-1673), untersuchte und zeichnete die weiblichen Genitalien, nachdem er eine Abhandlung über die männliche Anatomie verfasst hatte. In der Abbildung bei Netter und Rozenbaum (1985) ist der Kopf der Klitoris gut sichtbar. Im weiteren verdanken wir diesem Arzt die Entdeckung der reifen Eierstockfollikel, die auch Graaf'sche Follikel genannt werden.

Georg Ludwig Kobelt ist der Autor eines Anatomiebuchs aus dem Jahre 1844, in welchem er die Anatomie des Klitorisschafts beschreibt und detailliert abbildet. Er gab dem Venenplexus zwischen dem Schaft und den Klitorisbulbi seinen Namen.

Sigmund Freud (1856-1939) kannte die Klitoris gut, zumindest als Konzept. In seinem Essay Über die weibliche Sexualität von 1931 beschreibt er drei Haupttypen von Frauen: Diejenigen, die den Wunsch nach einem Penis durch den Wunsch nach einem Kind ersetzt haben, sind wahre Frauen geworden, normale, vaginale, mütterliche Frauen, die beim Koitus einen vaginalen Orgasmus erleben. Ein anderer Typ Frauen hat sich jeglicher Sexualität entsagt und ist wie Arbeiterinnen im Bienenstock geworden. Die dritte Gruppe hat die Realität nicht akzeptiert und klammert sich an ihre ursprüngliche Männlichkeit, dies sind die kitoridalen Frauen. Diese Theorie wurde von einer seiner Analysandinnen und späteren Schülerin und Freundin übernommen und sogar weiter entwickelt: von Marie Bonaparte (1882-1962) Nachfahrin von Napoleon Bonaparte und Prinzessin von Griechenland. Sie baute Freuds Theorie aus in ihrem Buch Die Sexualität der Frau, das 1951 erschien und mehrmals neu aufgelegt wurde.

³ Nach der Definition des Sexocorporel.

⁴ «Sie pressen die Beine zusammen, indem sie das eine um das andere wickeln, so dass ein Teil der Vulva den anderen kratzt, da auf diese Weise Lust und Pollution entstehen.»

⁵ Siehe das Bild von da Vinci : La Vulva de Léonard de Vinci. In « L'Origine du monde. Histoire d'un tableau de Gustave Courbet », von Savatier T. Paris: Bartillat, 2006.

Für sie galt: «*Im weiblichen Idealfall muss die Klitoris, dieser kleine Phallus der Frau, das Schicksal der temporären Organe erleben. Wie der Thymus unterliegen diese der Involution, nachdem sie eine Zeitlang eine Rolle gespielt haben, während die Evolution an ihrer Seite ein anderes analog funktionierendes Organ entwickelt hat, das die erwachsene Funktion gewährleistet.*» Marie Bonaparte suchte Halban (Vorname unbekannt) auf, einen berühmten Gynäkologen und Professor in Wien, der klitoridale Frauen operierte durch «*Einschnitt des ligamentum suspensorium der Klitoris, Fixierung der Klitoris auf den tieferen Ebenen an der Basis mit eventueller Kürzung der inneren Lippen.*». Sie selbst litt daran, klitoridal zu sein – ein psychisches Leiden, das aus der Freudschen Ideologie entstand, dass eine reife und normale Frau während der vaginalen Penetration zum Orgasmus kommen muss. Marie Bonaparte beklagte sich über ihre unempfindliche Vagina und kam nur durch klitorale Stimulation zum Orgasmus. Sie liess sich dreimal von Halban operieren, ohne Erfolg, wie Phillipre Brenot in *Le sexe et l'amour* (2003) berichtet.

Erwähnenswert ist auch Isaac Baker Brown (182-1873), ein bekannter Gynäkologe aus London, der sich Berühmtheit verschaffte durch seine Technik der Klitoridektomie (Klitorisentfernung) zur Behandlung der Frauen, die an bestimmten so genannten moralischen Störungen (Masturbation), Epilepsie, Katalepsie und Hysterie litten. Er hatte in den Spitälern beobachtet, dass Epileptikerinnen masturbierten. So war für ihn die Klitoridektomie die logische Kur. Auch der britische Klerus wurde informiert und aufgefordert, Gemeindemitglieder, die von diesen Übeln befallen waren, anzuwerben – wie das renommierte British Medical Journal berichtete (BMJ 1866a: 456). Diese Angelegenheit wurde später von der Anthropologin Sheehan E (1981), detailliert beschrieben.

DIE ZERSTREUUNG DES WISSENS

Gemäss V. Béranger, Verfasser der pädagogischen Begleitschrift zum Film «*Die Klitoris, die schöne Unbekannte*», der 2005 auf Arte in der Reihe Thema ausgestrahlt wurde, haben «*die Kenntnisse über die Klitoris, dieses Tabuorgan par excellence, seit Hippokrates nicht aufgehört, angesammelt und wieder zerstreut zu werden unter dem Druck der sozialen Normen und der Kirche, später auch der Psychoanalyse.*». «*Zerstreut?*» Können Kenntnisse wirklich zerstreut werden? Die feministischen Autorinnen Moore und Clarke (1995) haben die vorherrschenden mentalen Repräsentanzen der Klitoris von 1900 bis 1991 untersucht und das Verschwinden der Klitoris aus einigen Anatomiebüchern, so auch der 1948 Ausgabe von Gray's Anatomy, beschrieben. In der Ausgabe von 1901 wird die Klitoris auf dem Sagittalschnitt noch als ein kleiner «Knopf» abgebildet. 1948 ist sie dann komplett verschwunden.

Es ist wichtig, festzuhalten, dass die weibliche Sexualität und Anatomie, die heute Inhalt wissenschaftlicher Untersuchungen ist, früher Inhalt des sozialen, politischen und religiösen Diskurs der Männer war. Die Frauen hatten hierzu nicht das Wort. Moore und Clarke zeigen, wie sehr die mentale Repräsentanz der Klitoris generell negativ konnotiert ist oder das «weniger» darstellt, während der Penis als Normstandard immer noch das «mehr» ist. So wird die Klitoris oft wie ein winziger Penis dargestellt, eine Art Normabweichung und nicht ein Organ mit eigenem Wert. Gibt es diese kollektive Darstellung der Klitoris und der weiblichen Genitalität und Sexualität auch noch im 21. Jahrhundert? Im Buch *Osons en parler!* (Wagen wir, darüber zu sprechen, Meyer S 2005) lesen wir mit Staunen auf Seite 19: «*L'anatomie du clitoris est identique à celle d'un pénis miniaturisé.*» (Die Anatomie der Klitoris ist identisch mit der eines Penis in Miniatur.) Das Kapitel über die weibliche Sexualität endet mit: «*Das sexuelle Leben einer Frau ist weniger «geradlinig», weniger konstant in seiner Intensität, weniger gleichförmig und vielleicht oft weniger anspruchsvoll als das sexuelle Leben eines Mannes.*» (S. 128, Hervorhebungen durch MMZ). Erinnerungen an die Denkweise von Aristoteles, nach der «*die Frau ein verfehlter Mann ist*» scheinen also im heutigen kollektiven Bewusstsein noch vorhanden zu sein. Modell ist die Männlichkeit, und der Vergleich zwischen Mann und Frau findet manchmal immer noch in der Dualität statt.

Mich selbst beschäftigte die Anatomie der Klitoris, als ich 1968-70 bei Prof. Adolf Faller an der katholischen Universität von Freiburg studierte. Bemerkenswert ist, dass die grosse Mehrzahl der Leichen, an denen die Studenten das Sezieren lernten, männlich waren, so auch meine. Ich habe meine alten Anatomie-Atlanten wieder hervor geholt und überprüft, insbesondere das Buch von Faller mit dem Titel *Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion* (1967). Nachfolgend auf Abb. 7 und 8 die Schéma, die die weibliche Anatomie betrafen. Die Klitoris wird dabei wie ein winziger Knopf dargestellt (den jede Frau bei sich selbst feststellen kann, wenn sie neugierig ist und sich das Recht dazu gibt). Schenkel und Bulbi fehlen auf dieser Abbildung und werden im ganzen Buch nicht erwähnt.

So stellte sich die Frage ob andere Atlanten und Anatomiebücher die gleichen Mängel aufwiesen und ob in der Tat die genaue Anatomie der Klitoris noch immer ignoriert wurde. Die Illustration von Sobotta aus dem Jahre 1948 zeigt eine nahezu vollständige Anatomie (Abb. 9). Jedoch scheinen die Bulbi, genannt *bulbus vestibuli*, nicht zur Klitoris zu gehören.

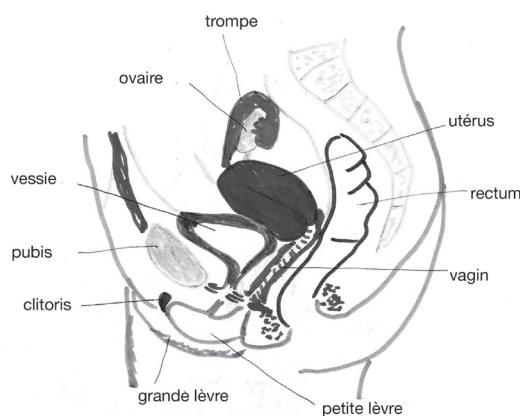


Abb. 7. Sagittalschnitt durch das weibliche Becken, aus *Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion* (Faller 1967, S. 196).

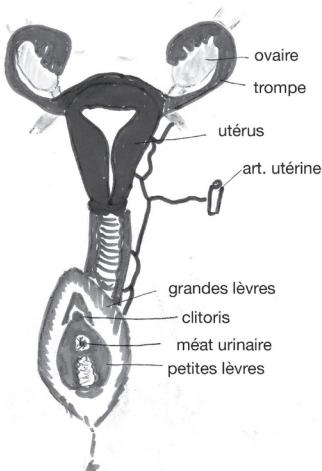


Abb. 8. Frontalschnitt durch Uterus und Vagina mit Darstellung der Eileiter und Ovarien und Aussenansicht der Vulva, S. 197 ebd.

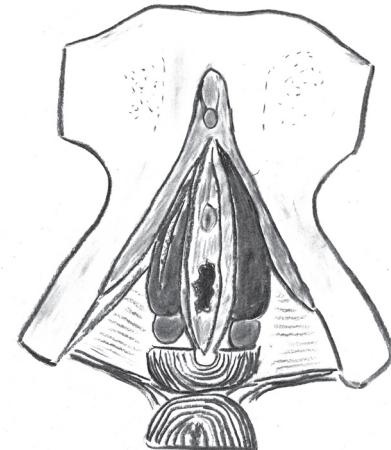


Abb. 9. Anatomisches Schema des weiblichen Genitale nach *Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen* (Sobotta 1948). S. 197 ebd.

DIE KLITORIS DES 21. JAHRHUNDERT

Helen O'Connell, Australische Urologin, war die erste, die 2004 eine präzise und detaillierte Beschreibung der Anatomie der Klitoris veröffentlichte. Sie empfahl eine Modifikation der Nomenklatur, indem sie zeigte, dass die sog. Vestibulärbulbi ein Teil der Klitoris sind und darum Klitorisbulbi genannt werden sollten (Abb. 10).

Die Klitoris ist ein Komplex, der sich in drei Ebenen präsentiert, die aus verschiedenen, mit einander verbundenen Strukturen gebildet werden: dem Schaft, den Schenkeln, dem Kopf und den Bulbi.

Der Schaft oder Körper der Klitoris ist etwa 4 cm lang. Er wird gebildet von den Schenkeln, die sich auf der Vorderseite der Symphyse vereinigen, nach vorne umbiegen (auf Französisch spricht man vom "Knie" der Klitoris) und in den Kopf münden.

Der Kopf (die Glans) ist eine oberflächliche Struktur am äusseren Ende des klitoralen Schafts. Er ist bedeckt von einer Schleimhaut, die sehr reich innerviert ist mit sensiblen Nervenendigungen.

Die Schenkel der Klitoris sind die Fortsetzungen des Schaftes, sie verlaufen beidseits entlang der unteren Schambeinäste auf einer Länge von ca. 9 cm.

Die Klitorisbulbi beginnen oberhalb der Urethra und verlaufen beidseits der Vagina. Sie haben eine längliche Form, seitlich etwas abgeflacht, umgeben die Vagina und erstrecken sich bis dahinter. Sie sind unter dem Klitorisschaft verbunden durch ein sehr ausgedehntes Gefäßnetz.

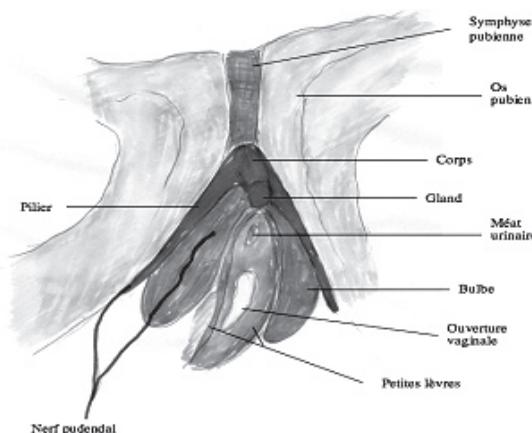


Abb. 10. Schrägaussicht der Klitoris mit ihren verschiedenen Anteilen: Kopf, Schaft, Schenkel und Bulbi. (O'Connell 2004).

Der klitorale Schaft ist an der Symphyse befestigt durch ein Ligament, das aus einer oberflächlichen binde- und fettgewebigen Schicht besteht, die sich dreiecksförmig zum Venushügel und den äusseren Lippen erstreckt, und einer tiefen Schicht auf der Symphyse, die beim Schaft und den Klitorisbulbi zusammenläuft (Rees 2000). Die Hypothese zur Funktion dieses Ligaments ist, dass es die Stabilität der Klitoris während sexueller Aktivitäten gewährleistet. Das Fettgewebe könnte dem Schutz der Nervenstrukturen dienen, zumal der dorsale Klitorisnerv sehr oberflächlich verläuft.

DER SEXOCORPOREL

Es ist also, wie Moore und Clark (1995) gezeigt haben, in der Literatur der letzten Jahrhunderte und insbesondere in der medizinischen Literatur ein beständiges Unwissen über die Klitoris zu beobachten, die als passiv und uninteressant angesehen wurde, da sie für die Fortpflanzung keine Bedeutung hatte: «*Die Männer haben ein Geschlecht, die Frauen Babies.*» Dieses Unwissen ist nur teilweise verantwortlich für die fehlenden Kenntnisse der heutigen Zeit. Religiöse und psychoanalytische Ideologien haben dazu beigetragen, das Unwissen aufrecht zu halten. Das religiöse Verbot der Selbstexploration (Verbot der Selbstbefriedigung sowohl für Männer als auch für Frauen), das noch heute in Dokumenten des katholischen Katechismus (1992 und 1998) zu finden ist, hat eine grosse Zahl von Frauen daran gehindert, sich selbst kennen zu lernen. Dazu kommt noch die Komplexität der Anatomie des weiblichen Beckenbodens, der grösstenteils im Inneren des Körpers versteckt ist und damit dem Auge und der oberflächlichen Exploration mehrheitlich verborgen bleibt. Erst fortschrittlichere Untersuchungsmethoden in Anatomie, Histologie und vor allem Radiologie erlaubten genauere Untersuchungen auch an lebenden Frauen. Übrigens sind die meisten Untersuchungen zur Klitoris von Frauen durchgeführt worden.

Dieser Einsatz für die Frauen ist wichtig, wie Wade (2005) zeigt. Es geht für sie nicht nur darum, ihre genitale Anatomie zu entdecken, sondern auch, zu lernen, wie sie sie voll nutzen können. Was dies anbelangt, so ist der Sexocorporel ein einzigartiger sexualtherapeutischer Ansatz, der spezifische Kenntnisse zur Sexualfunktion der Frau entwickelt hat und damit den Frauen ermöglicht, in ihrem Körper sexuelle Erregung sowohl von der Vulva und Klitoris aus als auch durch die Innenwahrnehmung der Vagina zu erleben. Klinische Evaluationen ermöglichen die Unterscheidung verschiedener sexueller Erregungsmodi bei den Frauen, wodurch ihre Sexualität verständlich wurde anhand der Realität anstatt anhand vorgefasster Meinungen. Der Sexocorporel unterstützt die Frauen darin, zu verstehen, wie sie funktionieren, sich ihre Sexualität anzueignen, Fähigkeiten zu entwickeln um die sexuelle Erregung zu modulieren und sie bis zur orgasmischen Entladung zu steigern. Die Arbeit im Sexocorporel gibt den Frauen Mittel, um ihre sexuelle Erregung zu geniessen auf der sexuellen, der emotionalen und der Beziehungsebene. ■

Anm.: Der vorliegende Artikel beruht auf der Abschlussarbeit der Autorin im Fach Klinische Sexologie an der Universität Genf 2007 „*Essai de compréhension de la dynamique du périnée féminin en sexualité*“ (Versuch, die Dynamik des weiblichen Beckenbodens in der Sexualität zu verstehen). Ein Grossteil der Originalabbildungen des vorliegenden Artikels ist aus dieser Abschlussarbeit. Eine Kopie der Abschlussarbeit kann bestellt werden bei Joëlle Gourier per Email: joelle.gourier@tele2.ch

Referenzen:

- Adams JN. The Latin sexual vocabulary. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1982.
- Ansermet F, Magistretti P. A chacun son cerveau. Paris: Odile Jacob, 2004.
- Aristote. De la Génération des Animaux I. Paris: Édition Belles Lettres, 1961.
- Bonaparte M. La sexualité de la femme. Paris: PUF, 1951.
- Brenot Ph. Le sexe et l'amour. Paris: Édition Odile Jacob, 2003
- Clarke JR. Le Sexe à Rome. Paris: Éditions de La Martinière, 2004.
- Dominici M. Le clitoris, ce cher inconnu. Film documentaire sur la sexualité féminine. Cats & Dogs Films, Silicone, Arte France 2005. www.clitoris-films.com
- Faller A. Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion . 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1967.
- Freud S. Les théories sexuelles infantiles. Sur la sexualité féminine. In « La vie sexuelle ». Paris: Puf, 1969.
- Freud S. La question de l'analyse profane. Paris: Gallimard, 1986
- Hippocrate. De la Génération IV.1 Tome XI. Paris: Les Belles Lettres, 1970.
- Jacquart D, Thomasset C. Albert Le Grand et les problèmes de la sexualité. Firenze : Leo S. Olschki Editore, 1981.
- Keel O. L'Eternel féminin. Une face cachée du Dieu biblique. Genève: Éditions Labor et Fides, 2007.
- Masters WH, Johnson VE. Les réactions sexuelles. Paris: Robert Laffont, 1968.
- Meyer S. Osons en parler ! connaître son intimité, source de plaisir et de désir, gérer et traiter les problèmes d'incontinence. Lausanne: Éditions Favre SA, 2005.
- Netter A, Rozenbaum H. Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1985.
- O'Connell HE, Anderson CR, Plenter RJ, et al. The clitoris : A unified structure - histology of the clitoral glans, body, crura and bulbs. Urodinamica 2004;14:127-32.
- Pasini U. Les découvertes et les thérapies sexuelles dans le contexte historique et occidental. Certificat de Sexologie Clinique. Uni Ge. Cours du 2.12.2005.
- Rees MA, O'Connell HE, Plenter RJ, et al. The suspensory ligament of the clitoris: connective tissue supports of the erectile tissues of the female urogenital region. Clin Anat 2000;13:397-403.
- Sevely JL. The male clitoris. Am J Obstet Gynecol 1988;159:533-4.
- Sheehan E. Victorian clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his harmless operative procedure. Med Anthropol News 1981;12:9-15.
- Smitz P. La vision de Léonard de Vinci de l'anatomie du coït. Organorama 1988;3:22-25.
- Sobotta J. Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1948.
- Soranos D'Éphèse. Maladies des femmes. Texte établi, traduit et commenté par Burguière P, Gourevitch D et Malinas Y. Paris: Les Belles Lettres, 2003.
- Wade LD, Kremer EC, Brown J. The incidental orgasm: the presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. Women Health 2005;42:117-38.
- Zwang G. Histoire des peines de Sexes. Paris: Maloine, 1994.

IL CLITORIDE, DALL'ETÀ DELLA PIETRA AI NOSTRI GIORNI

Autore: Dr Marie-Madeleine Zufferey-Sudan

Ginecologa FMH

Diploma di Medicina psicosomatica e psicosociale

Sessuologa Clinica

Traduction : Pamela Borelli, Patrizia Guerra, Sybille Schnorf

CONTINENTE NERO E CLITORIDE VIRILE DI FREUD

La sessuologia scientifica è una disciplina recente che risale alla fine del 19e secolo (Pasini U 2005) i cui pionieri erano soprattutto neu-rologi, psicanalisti, psichiatri. Con il suo genio di ricercatore, Freud è, oggi ancora, un riferimento inevitabile, sia per quelli che aderiscono alle sue teorie sia per i suoi detrattori. Nel 1908, ha sistematizzato la sessualità infantile e verso il 1931, ha tentato di esplorare la sessualità femminile (Freud S 1969). Tuttavia, per Lui, «la vita sessuale della donna adulta è ancora per la psicologia, un continente nero» (Freud S 1986). Quest'espressione di «continente nero» è diventata comune in francese, mentre Freud utilizza i termini inglesi di «dark continent». Quasi tutti questi ricercatori si sono interessati soprattutto all'aspetto psichico della sessualità, ignorando l'anatomia. Tuttavia, Freud parte dall'anatomia: «L'anatomia ha riconosciuto che il clitoride, all'interno della vulva, era l'organo omologo del pene e la fisiologia dei processi sessuali ha potuto aggiungere che questo piccolo pene, che non cresce, si comporta in realtà nell'infanzia della donna, come un vero pene» è la sede di eccitazioni che conducono al contatto, la sua eccitabilità conferisce all'attività sessuale della piccola ragazza un carattere maschile ed un'onda di rimozione è necessaria negli anni della pubertà per lasciare apparire la donna lasciando andare questa sessualità maschile. Questa teoria pubblicata in «Le teorie sessuali infantili» ha condotto alle aberrazioni peggiori. In più circostanze, come lo ha mostrato Ansermet F in «Ciascuno il suo cervello» (Ansermet F 2004), Freud ha ipotizzato l'esistenza di una base biologica. Sulla persistenza in alcune donne «della funzione del clitoride virile», Freud ha scritto in «Sulla sessualità femminile»: «Non sappiamo naturalmente quale sia la base biologica di questa particolarità della donna;» possiamo ancora meno assegnarle un disegno teleologico. Ma l'anatomia è stata ignorata quasi completamente fino all'arrivo dei lavori di Master e Johnson (Master WH 1968).

TEORIE ANATOMICHE DI LEONARDO DA VINCI



Ben prima di Freud, Leonardo da Vinci (1452-1519) aveva sfidato tabù e divieti ed aveva tentato di rappresentare secondo la sua immaginazione e le teorie mediche dell'epoca, il coito di un uomo con una donna. Vedi fig. 1. Occorre sottolineare che presso gli antichi, al tempo di Ippocrate o di Galieno, tutti i testi medici non presentavano né tavole anatomiche né disegni. È interessante sottolineare in questo disegno, la differenza di rappresentazione degli attori del coito. Un'importanza preponderante è data al corpo maschile, coperto di una chioma importante. Il suo cervello produce lo sperma che defluisce dal midollo spinale fino all'estremità del pene. Un canale conduce il sangue del cuore al pene. All'epoca, si credeva ancora alla teoria dei filosofi e dei medici greci, secondo la quale la erezione derivava da una insufflazione d'aria. Avendo osservato una erezione negli impiccati, Leonardo da Vinci ne dedusse che solo il sangue poteva riempire il pene (Smits P 1988).

Tuttavia, fedele alla teoria di Aristotele, disegna i testicoli come contrappesi che possono salire e scendere. Di fronte, il corpo femminile, molto rudimentale e senza viso, è rappresentato soltanto in funzione della riproduzione e di modo poco dettagliato. Il latte arriva al seno grazie ad un canale proveniente dall'utero, conformemente alla teoria di Aristotele. In quanto anatomista e fine osservatore, Leonardo da Vinci avrebbe potuto correggere sul suo disegno l'errore di Aristotele, ma il peso del pensiero del grande filosofo sembra essere stato predominante. In quest'illustrazione, la donna in sé non esiste come persona. L'enfasi è messo sull'uomo ed il femminile è quasi nascosto.

Fig. 1. Disegno del coito secondo Leonardo da Vinci¹

Il «continente nero» di Freud, è anche un pozzo d'ignoranza. Cosa si sapeva precedentemente di questo «clitoride virile»? Un revisione di alcune epoche e di autori scelti fra i più influenti, ci ha dato tracciati di comprensione del pensiero maschile sulla sessualità femminile. Poiché sono soprattutto gli uomini che hanno cercato di comprendere, inquadrare o nascondere la genitalità femminile. Le donne non hanno avuto diritto di parola, eccetto in tempi molto recenti.

ETIMOLOGIA

La parola clitoride viene dal greco kleitoris «kleitoriz». Abbastanza sorprendentemente, il ponderoso dizionario greco francese di Anatole Bailly (Hachette, Parigi 1963 (26a éd.) traduce il substantivo «kleitoriz» per «tipo di pietra» e non propone affatto il significato «clitoride». Il dizionario greco-inglese di Liddell e Scott (Greek-English Lexikon scritto da Henry George Liddell e Robert Scott rivisto e integrato da Sir Henry Stuart Jones con l'assistenza da Roderick McKenzie, supplemento del 1968, Oxford University Press, Oxford 1989 (ristampa). Prima edizione: 1843) ha tradotto «kleitoriz» con «clitoride». La ricerca etimologica sembra proporre molti derivati che provengono dal verbo «kleien» che significa chiudere con una chiave. Per Zwang G (1997), «con il sostantivo, i greci avevano formato un verbo: kleitorizein carezzare titillando». Cioè la polisemia della parola clitoride: una piccola pietra, un chiavistello, che occorre titillare per entrare. Il latino non ha parole derivate da «kleitoriz» per designare il clitoride. Essendo i latini molto pudichi nel loro vocabolario rispetto agli organi genitali femminili, nessuna parola precisa esiste per quest'organo. Il sostantivo «landica» era considerato come osceno e volgare da Cicerone. Tuttavia è utilizzato dai medici romani Mustio e Caelius Aurelius (Adams JN 1982). Questa parola ha dato luogo in francese antico alle «landies» che significano le piccole labbra.

RAPPRESENTAZIONI VULVARI PALÈOLITIQUES



Fig. 2.



Fig. 3.

< Fig. 2. Disegno di Venere de Monpazier: figurina di 5,5 cm, tagliata nella pietra, data di 23.000 a 20.000 anni prima di C.

< Fig. 3.
Disegno della Venere de Chauvet, datata 30.000 anni prima di C.

Le prime rappresentazioni vulvarie risalgono all'era paleolitica. Secondo il sito «http://www.hominides.com/html/art/art_parietal.html» (2 marzo 2008), circa 250 statuette di donne nude e generalmente molto obese, tagliate nella pietra, l'osso o l'avorio, sono state trovate fino ad oggi, in molti paesi tra i quali la Francia e portano il nome di Venere paleolitiche. Sono in generale indicate col nome del posto della loro scoperta, come la Venere de Monpazier in Francia, scoperta nel 1970. Questa piccola statuetta (vedi disegno in fig. 2.) rappresenta una donna incinta a termine con un vulva enorme aperta.

Altre Venere, nominate «Venere impudiche», mostrano un aspetto più erotico nel quale la vulva con il suo triangolo pubico è caratteristica di queste rappresentazioni. Queste Venere impudiche sono più generalmente rappresentate nei dipinti rupestri. La più famosa e probabilmente la più vecchia, scoperta nel 1994 in Ardèche, è la Venere de Chauvet che risalirebbe a circa 30.000 anni prima di C., vedi disegno fig. 3. (<http://www.uf.uni-erlangen.de/chauvet/chauvetvenus.htm>). Si ignora il significato di queste Venere e se la loro preparazione è stata realizzata soltanto da mani maschili.

¹ Vedere il disegno di Leonardo da Vinci nel: Il coito. Windsor Castle. Nella «Storia illustrata della contraccuzione dall'Antichità ai nostri giorni» di Netter A, Rozenbaum H. Paris: Le edizioni Roger Dacosta, 1985, (qui in seguito citato Netter A 1985)

Fig. 4.>

Vaso di forma di donna seduta, in terracotta, che proviene da Israele verso 4.000 anni prima di C.

Fig. 5.>

Statuetta in terracotta, idolo della «madre di tutto ciò che è vivo» che proviene da Revadim, situato a 40 km circa da Gerusalemme e che data 1.300-1.200 prima di C.

Museo Bible+Orient Fribourg in Svizzera.



Fig. 4.



Fig. 3.

LA FACCIA NASCOSTA DEL DIO BIBLICO

La rappresentazione che ci si fa di solito di Dio è quella di un uomo con la lunga barba. Il teologo ed archeologo , Othmar Keel, ha appena pubblicato un lavoro su "L'eterno femminino² . Una faccia nascosta del Dio biblico" ((Keel O 2007).» Presenta numerosi reperti antichi scoperti in Israele, che appartengono ad un tempo in cui il femminile di Dio appariva chiaramente e non era stato proibito da parte del clero dirigente. Due reperti mostrati al pubblico in occasione di un'esposizione, interessano il nostro argomento: l'una, che risale a 4.000 anni prima di C., rappresenta una donna seduta, che porta un brocca d'acqua, le gambe divaricate lasciano vedere la sua fessura vulvare sopra alla quale c'è il triangolo pubico (vedi fig. 4.) e l'altra, che risale al 1.300-1.200 prima di C., è un piccolo idolo, donna con due neonati appesi ai suoi seni , che allarga le labbra della sua vulva con le mani, statuetta intitolata idolo della «madre di tutto ciò che è vivo» (vedi fig. 5.). Il genitale e l'erotismo femminile, come la saggezza, facevano allora parte di Yahvé.

L'ANTICHITÀ GRECA E LATINA

Il sito Internet di Wikipedia segnala che Ippocrate (460-377 avanti. C) conosceva già il clitoride. Nel suo trattato «Della generazione», Ippocrate scrisse: «Nelle donne, essendo il sesso sfregato nel coito e l'utero in movimento, dico che quest'ultimo è sentito come un'unprurito che porta piacere e calore al resto del corpo.» In realtà, è soltanto un'allusione al clitoride.»

Aristotele (384-322 avanti C) non sembra avere situato il clitoride. Il suo interesse verte sulle cause e gli effetti. L'utero è là solo per partorire. È l'organo che differenzia il corpo della donna da quello dell'uomo. Si può leggere in «Della generazione degli animali»: «gli organi sono per la femmina l'utero, per il maschio i testicoli e l'organo genitale».

L'antichità romana. Il libro illustrato di John R Clarke, specialista internazionale in materia d'antichità romana e pubblicato in francese sotto il titolo «Il sesso a Roma», mostra la vita molto libera di alcuni Romani in materia d'erotismo (Clarke JR 2004). Il fallo ha un posto di primo piano nella vita corrente dei Romani. Le rappresentazioni simboliche sono multiple all'entrata e nell'interno delle case. L'autore indica ed illustra le pratiche di fellatio e cunnilingus; tuttavia, il clitoride non è né citato né rappresentato. Gérard Zwang ginecologo e sessuologo, presenta un'illustrazione di piccoli pani (probabilmente di fattura recente) che rappresentano vulva con clitoride e falli (Zwang G. 1994).

² L'eterno femminile. Dalla dea orientale all'immagine di Maria. Museo d'arte e di storia CH 1700 Friburgo 07.12.07-06.04.08

Galen (131-201) ed Avicenna (980-1037), secondo Sevely JL, credevano che l'omologo del pene fosse la vagina (Sevely JL 1988).

Sorano di Efeso (fine del 1 ed inizio del 2° secolo dopo C.) primo ginecologo dell'antichità, descrisse il clitoride nel suo trattato «Malattie delle donne» (Sorano di Efeso 2003): «verso l'alto, le ali (= piccole labbra) terminano in ciò che si chiama il clitoride (o ninfa). Quest'ultimo, che forma l'inizio delle labbra, è costituito da una caruncola di aspetto muscoloso; se si chiama ninfa, è perché questa piccola formazione carnosa si nasconde sotto le labbra come le giovani spose sotto il loro velo.”

Sant Alberto il Grande (1193-1280) medico, filosofo, domenicano, teologo, influenzato dal pensiero di Aristotele, fu il maestro di San Tommaso d'Aquino.» Si è molto interessato alla sessualità ed ha anche, si dice, interrogato ostetriche e prostitute per comprendere il piacere femminile. Riporta nel suo trattato «De Animalibus», un'osservazione molto fine del modo “arcaico”³ d'eccitazione sessuale. Senza avere identificato chiaramente il clitoride, sa come le donne raggiungono da sole, questo tipo d'orgasmo. Scrive, come lo riporta Jacquart D (1981): «Se comprimunt crura plicando unum crus super alterum, ut sic una partium vulvae scalpat aliam, quia ex hoc oritur delectatio e pollutio.»



Fig. 6. disegno della Vulva, secondo Leonardo da Vinci⁵.

Jacques Duval, il professore di medicina a Rouen, citato anche da Netter e Rozenbaum, (Netter A 1985) ha pubblicato nel 1612, un libro intitolato «Gli ermafroditi, parto delle donne e trattamento che è richiesto per trarre in salute e bene educare i loro bambini.» Nel suo capitolo «I genitali» scritto in francese antico, cita il clitoride sotto questo termine.»

Regnier de Graaf (1641-1673), dopo avere redatto un trattato d'anatomia maschile, si mise ad osservare gli organi genitali femminili e disegnarli. Il glande del clitoride è visibile sull'illustrazione presentata da Netter e Rozenbaum (Netter A 1985). Si deve a questo medico la scoperta degli follicoli chiamati da allora follicoli di de Graaf.

Georg Ludwig Kobelt, citato da Moore LJ nel 1995, è l'autore di un libro d'anatomia pubblicato in 1844, nel quale descrive e disegna minuziosamente l'anatomia del corpo del clitoride. Ha dato il suo nome al plesso di Kobelt, sinuosità delle vene, che sta tra il corpo ed i bulbi del clitoride.

Sigmund Freud (1856-1939) conosceva bene il clitoride, almeno il suo concetto. Nella sua opera «Della sessualità femminile» datata 1931, mostra l'esistenza di tre grandi tipologie di donne: coloro che hanno sostituito il desiderio del pene con quello del bambino e sono diventate vere donne, donne normali, vaginali, materne, che provano un orgasmo vaginale in occasione del coito. Altre hanno rinunciato ad ogni sessualità oggettivata e sono diventate come api operaie nell'alveare. Il terzo gruppo non ha accettato la realtà e si fissa alla sua virilità primaria: sono le clitoridee. Questa teoria è stata accettata ed anche sviluppata da una delle sue analizzate quindi allieva ed amica, **Marie Bonaparte (1882-1962)** discendente di Bonaparte e principessa di Grecia. Ha amplificato la teoria di Freud nel suo libro «La sessualità della donna» pubblicato da PUF nel 1951 e ristampato molte volte. Per essa, «nei casi ideali femminili il clitoride, questo piccolo fallo della donna, deve vivere il destino di quegli organi temporanei che, come il timo, dopo avere avuto il loro ruolo ruolo per tempo transitorio, dovrebbero soccombere

³ Secondo la definizione del Sessuocorporeo

⁴ «Esse si comprimono le gambe arrotolandole l'una sull'altra, in maniera che una parte della vulva gratta l'altra, poiché in questo modo, sorgono il piacere e la polluzione.»

Traduzione personale.

⁵ Vedere il disegno di Leonardo da Vinci: La Vulva di Leonardo da Vinci. nel «L'Origine del mondo. Storia di un quadro di Gustave Courbet» di Savatier T. Paris: Bartillat, 2006

all'involuzione, poiché l'evoluzione ha sviluppato accanto a loro, per svolgere una funzione simile, un altro organo al quale la funzione adulta sarà attribuita. Contattò un ginecologo famoso, Halban (nome sconosciuto), professore a Vienna per operare le donne clitoridee tramite «sezione del legamento sospensore del clitoride, fissazione del clitoride ai piani profondi, e la sua fissazione in fondo con accorciamento eventuale delle piccole labbra». Lei stessa soffriva nell'essere clitoridea, sofferenza psichica legata all'ideologia freudiana che sostiene che una donna matura e normale goda della penetrazione vaginale. Marie Bonaparte si lagnava della sua vagina insensibile ed otteneva un orgasmo soltanto con la stimolazione del clitoride. Si fece operare al clitoride in tre riprese da parte del questo stesso professore, senza successo, come riporta Philippe Brenot «Nel sesso e l'amore» (Brenot Ph 2003).

Occorre citare ancora il dott. Isaac Baker Brown (1812-1873), ginecologo-ostetrico famoso a Londra, che si è reso famoso con la sua tecnica di clitoridectomia per trattare delle donne colpite da alcune forme di disordini detti morali (la masturbazione), mentali, d'epilessia, di catalessia e d'isteria. Aveva osservato negli ospedali che le donne epilettiche si masturbavano. Pertanto, la clitoridectomia era logicamente per lui il metodo di cura. Il clero britannico ne fu anche informato, con la richiesta di reclutare parrocchiane affette da questi mali, informazione riportata dal prestigioso British Medical Journal: 1866a: 456. Uno studio dettagliato di questa faccenda è stato effettuato da una donna antropologa, Sheehan E (1981).

DISPERSIONE DELLE CONOSCENZE.

Per Béranger V, autore della scheda pedagogica che accompagna la pellicola «Le Clitoris, ce cher inconnu» diffuso fin dal 2005 su Arte nella serie Théma, «le conoscenze sul clitoride, organo tabù per eccellenza, non hanno cessato, da Ippocrate, di essere raccolte e quindi disperse nuovamente sotto la pressione della norma sociale e della chiesa, poi della psicanalisi.» «Disperse»? Si possono realmente disperdere conoscenze? Le autrici femministe, Moore LJ e Clarke AE (1995) hanno rivelato le rappresentazioni mentali predominanti del clitoride dal 1900 al 1991 e la scomparsa di quest'ultimo in alcuni manuali d'anatomia, in particolare nell'edizione del 1948 dell'Anatomia di Gray. Nell'edizione del 1901, il clitoride è disegnato come un piccolo «bottone» sulla sezione sagittale. Nell'edizione del 1948, il clitoride è completamente scomparso

Occorre realizzare che se la sessualità e l'anatomia femminili sono oggetto oggi di studi scientifici, sono state precedentemente, oggetto ed soggetti del discorso sociale, politico e religioso degli uomini. Le donne non avevano voce in capitolo per ciò che le riguardava direttamente. Moore e Clarke rilevano quanto la rappresentazione mentale del clitoride sia connotata in generale negativamente o «in meno», mentre il pene, modello della norma è sempre «in più». Si presenta spesso il clitoride come una minuscola pene, un tipo di diminuzione della norma e non una struttura valida in sé stessa, per sé stessa. Questa rappresentazione collettiva del clitoride e della genialità e sessualità femminili è ancora presente nel 21^e secolo? Consultando il libro, «Osiamo parlarne!» (2005) di Meyer S, conosciuto per le sue ricerche scientifiche, per il suo rispetto ed il suo atteggiamento positivo verso le donne, leggiamo con stupore a pagina 19: «L'anatomia dello clitoride è identica a quella di un pene in miniatura.» Conclude così il suo capitolo sulla sessualità femminile: «la vita sessuale di una donna è meno» diritta «meno costante nella sua intensità, meno regolare, così forse spesso meno esigente della vita sessuale di un uomo.» (p. 128.) (La Sottolineatura è personale.) Réminiscenze del pensiero di Aristotele, secondo il quale «la donna è un maschio mancato», sembrano persistere nella coscienza collettiva d'oggi. Essendo il modello maschile, il confronto tra uomo e donna si effettua a volte ancora con un modello duale.

Da parte mia, mi sono interrogata sull'anatomia del clitoride, appresa dal Professore Adolf Faller all'Università cattolica di Friburgo, negli anni 1968-70. Da notare anche che la grande maggioranza dei cadaveri sui quali gli studenti imparavano la dissezione erano cadaveri maschili, come avvenne di me. Ho ripreso i miei vecchi atlanti d'anatomia per verifica, in particolare il libro del professore A. Faller intitolato: «Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion». Dal Prof. dott. A. Faller. Freiburg, Schweiz 2. Auflage. Stoccarda: Georg Thieme Verlag, 1967. ecco in fig. 7 e 8, gli schemi delle pagine riguardando l'anatomia femminile. Il clitoride è rappresentato come un bottone minuscolo, (che ogni donna può verificare da sé, sempre che sia curiosa e se ne dia il diritto). I pilastri ed i bulbi sono assenti in questo disegno e passati sotto silenzio in tutto il libro.

La domanda è allora se altri atlanti o altri libri d'anatomia avessero le stesse mancanze e se realmente l'anatomia esatta del clitoride fosse ancora ignorata. Il disegno di Sobotta J, che è del 1948, mostra un'anatomia quasi esatta, vedi lo schema in fig. 9. tuttavia, i bulbi chiamati «bulbus vesibuli» fanno pensare che non appartengano al clitoride.

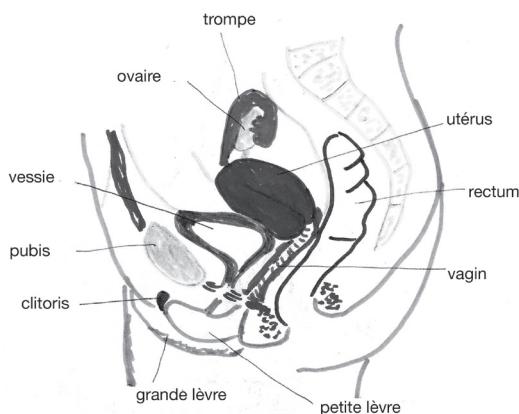


Fig. 7. Schema della sezione sagittale del bacino femminile, tratto dalla pagina 196 del libro «Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion» di Faller A. Stoccarda: Georg Thieme Verlag, 1967, (qui di seguito citato Faller A 1967).

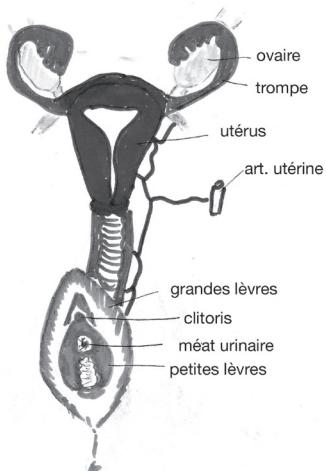


Fig. 8. Schema della sezione frontale dell'utero e della vagina con rappresentazione delle tube e delle ovaie e vista esterna della vulva, tratta della pagina 197 dello stesso documento citato sopra.

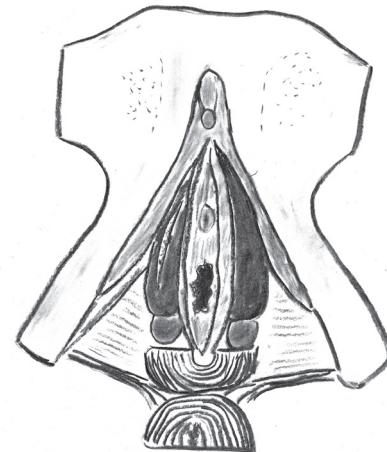


Fig. 9. Schema dell'anatomia genitale femminile, secondo «Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen» di Sobotta J. Berlino: Urban & Schwarzenberg, 1948.

IL CLITORIDE NEL 21^e SECOLO

Helen E O'Connell, una donna urologa australiana, è stata la prima a pubblicare nel 2004, una descrizione precisa e dettagliata dell'anatomia del clitoride. Ha proposto di modificare la nomenclatura, mostrando che i bulbi chiamati bulbi vestibolari fanno parte del clitoride e che bisognerebbe chiamarli «bulbi del clitoride». Vedi fig. 10 il disegno del clitoride riprodotto a partire dall'articolo di O'Connell HE (2004).

Il clitoride è un complesso che si presenta su tre piani, formati di molte strutture congiunte: il corpo dello clitoride, i pilastri laterali, il glande ed i bulbi.

Il corpo dello clitoride misura circa 4 cm di lunghezza. È formato dalle estremità dei pilastri laterali che si uniscono sulla superficie inferiore della sinfisi pubica e si piegano in avanti (in francese, l'espressione utilizzata è il ginocchio del clitoride) per raggiungere il glande .

Il glande è una struttura superficiale che copre le estremità del corpo clitorideo. È rivestito di una mucosa molto riccamente innervata da terminazioni nervose molto sensibili.

I pilastri clitoridei sono la continuazione del corpo clitorideo e sono su entrambi i lati rami ischiopubico ossei, per una lunghezza di circa 9 cm.

I bulbi clitoridei cominciano sopra uretra e scendono da ogni lato della vagina. Hanno una forma oblunga, un po' appiattita lateralmente e circondano la vagina, che estendendosi posteriormente. Sono collegati sotto il corpo dello clitoride da una rete vascolare molto ricca.

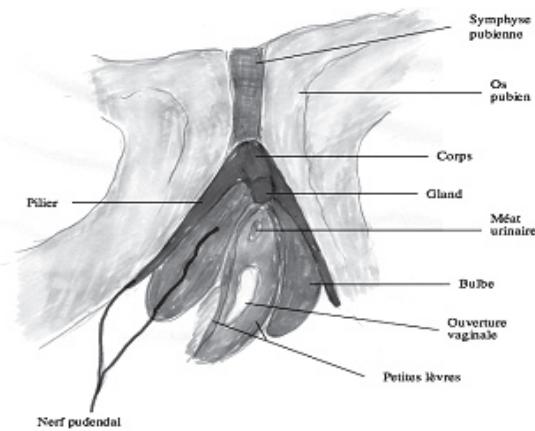


Fig. 10. Vista obliqua del clitoride con le sue varie parti: glande, corpo, pilastri e bulbi. (O'Connell HE 2004).

Il corpo clitorideo è sospeso alla sinfisi pubica da un legamento sospensorio composto da uno strato fibro- adiposo superficiale che si estende a triangolo con base superiore verso il monte del pube e le grandi labbra, ed uno strato profondo sulla sinfisi, che converge verso il corpo ed i bulbi dello clitoride (Rees MA 2000). L'ipotesi del ruolo di questo legamento sarebbe di garantire la stabilità del clitoride durante l'attività sessuale. Il tessuto adiposo avrebbe la funzione di proteggere le strutture nervose, essendo il nervo dorsale del clitoride molto superficiale.

IL SESSOCORPOREO

È stato così osservato nella letteratura dei secoli scorsi, letteratura medica in particolare, come l'hanno mostrato Moore LJ e Clark AE (Moore LJ 1995), la costante ignoranza sul clitoride considerato come passivo e privo di interesse, poiché non entra nella funzione riproduttiva: «gli uomini hanno un sesso, le donne dei figli». Quest'ignoranza è soltanto in parte responsabile della non conoscenza attuale. Le ideologie religiose e psicanalitiche hanno contribuito a mantenere questa ignoranza. Il divieto religioso dell'esplorazione personale (divieto di masturbarsi, sia per gli uomini che per le donne) che appare ancora oggi nel documento «Catechismo della Chiesa cattolica», art. 2352, p. 478-9, Parigi: Mame/Plon, il 1992 ed il 1998) ha contribuito ad impedire ad un grande numero di donne di conoscersi. D'altra parte, occorre segnalare anche la complessità dell'anatomia del perineo femminile in gran parte nascosto all'interno del corpo, inaccessibile agli occhi ed ai metodi abituali d'esplorazione. È stato necessario attendere i progressi della ricerca in anatomia, in istologia e soprattutto in radiologia per permettere approcci più precisi su donne vive. Da notare che la maggior parte delle ricerche sul clitoride è stata effettuata da donne. La sfida per le donne è importante, come dimostra Wade LD (2005). Non soltanto bisogna scoprire la loro anatomia genitale, ma ancora apprendere ad utilizzarla pienamente.

A tale riguardo, il sessocorporeo è una scuola sessuoterapeutica molto originale che ha sviluppato conoscenze specifiche sul funzionamento sessuale della donna, che permettono alle donne di apprendere a situare nel proprio corpo l'eccitazione sessuale a partire dalla vulva e dal clitoride come pure a sentire l'interno della vagina. Le valutazioni sessocliniche hanno permesso di individuare i diversi modi d'eccitazione sessuale utilizzati dalle donne e comprendere la loro sessualità attraverso la loro realtà, senza partire da una visione preconcetta. Il sessocorporeo aiuta le donne a comprendere il loro funzionamento, ad appropriarsi la loro sessualità, a sviluppare abilità che mirano a modulare l'eccitazione sessuale, a farla crescere fino al punto di non-ritorno nella scarica orgasmica. Un lavoro col sessocorporeo permette alle donne di avere strumenti per apprendere a vivere l'eccitazione sessuale nell'armonia del piacere sessuale, affettivo e relazionale. ■

Nota: Il presente articolo è stato redatto dall'autrice sulla base del suo lavoro di Sessuologia clinica all'università di Ginevra nel 2007, intitolato: «Prova di comprensione della dinamica del perineo femminile in sessualità». La maggior parte delle illustrazioni originali del presente articolo appaiono nel suo lavoro.

Se desiderate procurarvi una copia della memoria di Marie-Madeleine Zufferey-Sudan al seguente indirizzo: joelle.gourier@tele2.ch

Letteratura:

- Adams JN. The Latin sexual vocabulary. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1982.
Ansermet F, Magistretti P. A chacun son cerveau. Paris: Odile Jacob, 2004.
Aristote. De la Génération des Animaux I. Paris: Édition Belles Lettres, 1961.
Bonaparte M. La sexualité de la femme. Paris: PUF, 1951.
Brenot Ph. Le sexe et l'amour. Paris: Édition Odile Jacob, 2003
Clarke JR. Le Sexe à Rome. Paris: Éditions de La Martinière, 2004.
Dominici M. Le clitoris, ce cher inconnu. Film documentaire sur la sexualité féminine. Cats & Dogs Films, Silicone, Arte France 2005. www.clitoris-films.com
Faller A. Der Körper der Menschen, Einführung in Bau und Funktion . 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1967.
Freud S. Les théories sexuelles infantiles. Sur la sexualité féminine. In « La vie sexuelle ». Paris: Puf, 1969.
Freud S. La question de l'analyse profane. Paris: Gallimard, 1986
Hippocrate. De la Génération IV. Tome XI. Paris: Les Belles Lettres, 1970.
Jacquart D, Thomasset C. Albert Le Grand et les problèmes de la sexualité. Firenze : Leo S. Olschki Editore, 1981.
Keel O. L'Eternel féminin. Une face cachée du Dieu biblique. Genève: Éditions Labor et Fides, 2007.
Masters WH, Johnson VE. Les réactions sexuelles. Paris: Robert Laffont, 1968.
Meyer S. Os ons en parler ! connaître son intimité, source de plaisir et de désir, gérer et traiter les problèmes d'incontinence. Lausanne: Éditions Favre SA, 2005.
Netter A, Rozenbaum H. Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1985.
O'Connell HE, Anderson CR, Plenter RJ, et al. The clitoris : A unified structure - histology of the clitoral glans, body, crura and bulbs. Urodinamica 2004;14:127-32.
Pasini U. Les découvertes et les thérapies sexuelles dans le contexte historique et occidental. Certificat de Sexologie Clinique. Uni Ge. Cours du 2.12.2005.
Rees MA, O'Connell HE, Plenter RJ, et al. The suspensory ligament of the clitoris: connective tissue supports of the erectile tissues of the female urogenital region. Clin Anat 2000;13:397-403.
Sevely JL. The male clitoris. Am J Obstet Gynecol 1988;159:533-4.
Sheehan E. Victorian clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his harmless operative procedure. Med Anthropol News 1981;12:9-15.
Smitz P. La vision de Léonard de Vinci de l'anatomie du coït. Organorama 1988;3:22-25.
Sobotta J. Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1948.
Soranos D'Éphèse. Maladies des femmes. Texte établi, traduit et commenté par Burguière P, Gourevitch D et Malinas Y. Paris: Les Belles Lettres, 2003.
Wade LD, Kremer EC, Brown J. The incidental orgasm: the presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. Women Health 2005;42:117-38.
Zwang G. Histoire des peines de Sexes. Paris: Maloine, 1994.

À PROPOS DE LA VAGINALITÉ...

*Auteure : Docteur Catherine Cabanis
Sexothérapeute - Gynécologue
Toulouse*

La sexologie, science moderne, trouve de nouveaux termes pour désigner des réalités qui apparaissent avec la connaissance et la compréhension de la fonction sexuelle humaine ; le néologisme vaginalité en est un.

DÉFINITION :

La vaginalité se définit comme la possibilité pour une femme, d'atteindre un épanouissement et un plaisir sexuel passant par :

- la découverte
- l'appropriation
- le partage de son intimité, intériorité érotique : le vagin.

Cela renvoie pour la femme à :

- la capacité de percevoir dans son corps le vagin comme organe sexuel féminin
- la capacité de vivre la pénétration comme élément de la rencontre sexuelle
- la capacité d'érotiser le vagin et la pénétration par l'activation corporelle et les fantasmes.

Cela met la notion de vaginalité au centre de la santé sexuelle féminine et au centre de toutes les dysfonctions sexuelles féminines.

L'intérêt d'étudier cette notion de vaginalité permet de :

- comprendre les difficultés de l'apprentissage en terme de santé sexuelle
- appréhender les dysfonctions sexuelles féminines à la lumière de cette compréhension.

COMPRÉHENSION DE LA VAGINALITÉ :

La vaginalité existe potentiellement chez toutes les femmes (exemples de pathologie gynécologique majeure : malformation par exemple). Elle doit se mettre en place au cours du développement psychosexuel, en général à partir de la phase post-pubertaire. Cette acquisition de la vaginalité se fait au cours d'apprentissages que nous développerons plus loin.

Quand la vaginalité s'est mise en place, elle permet :

- la recherche et l'acceptation du coït dans la relation sexuelle
- l'accès au plaisir sexuel coital qui demande :
 - une excitation corporelle et génitale adaptée (sources et modes d'excitation sexuelle)
 - une intégration des émotions liées à la pénétration (sentiment amoureux, complémentarité érotique, fusion symbolique)
 - un renforcement de l'excitation sexuelle par l'imaginaire sexuel en lien avec la pénétration.
- l'accès au désir sexuel coital qui permet d'aller rechercher un certain type d'excitation sexuelle, certains fantasmes, des émotions spécifiques et l'abandon à tout cela pour aller vers le plaisir sexuel coital et l'orgasme coital. Il y a un renforcement permanent de l'orgasme coital au désir sexuel coital, et du désir sexuel coital à l'orgasme coital.

Quand la vaginalité est acquise, une évolutivité est possible, c'est-à-dire une adaptation :

- aux circonstances physiologiques et pathologiques de la vie de la femme (grossesse, accouchement....interventions chirurgicales génitales...)
- à l'âge, avec la ménopause et le vieillissement
- au temps et à la durée du couple.

Vaginalité présente = bonne fonctionnalité.

Quand la vaginalité n'est pas en place : elle peut être soit absente, soit mal établie, soit perturbée ou bloquée.

- absente : cela peut se relier à des inhibitions personnelles et/ou au sentiment d'appartenance à son sexe biologique ; à des anxiétés liées au corps ou au plaisir, à la sexualité...
- mal établie : un mauvais apprentissage peut en être responsable (mythes et tabous sur la sexualité féminine et masculine, éducation et environnement à impact négatif sur la sexualité...)
- perturbée ou bloquée : violence sexuelle physique et psychique, agression, abus...

Ces états vont empêcher :

- soit l'accès au plaisir sexuel coïtal : il s'agira d'anorgasmie coïtale
- soit l'élaboration, l'expression ou l'émergence du désir sexuel coïtal : il s'agira d'un trouble du désir sexuel coïtal
- soit le partage de la pénétration comme moment érotique de la rencontre sexuelle avec le partenaire : il s'agira des troubles de la pénétration, vaginisme et dyspareunie.

Ces trois types de dysfonctions sexuelles, qui sont intimement liées, découlent le plus souvent les unes des autres et ont en commun cette question de vaginalité.

Vaginalité déficiente = dysfonction sexuelle féminine.

APPRENTISSAGES OU ACQUISITION DE LA VAGINALITÉ :

C'est le plus souvent à partir de l'adolescence que se développent les apprentissages spontanés ou induits concernant la vaginalité.

1^e étape : découverte du vagin comme lieu intime du féminin de différentes façons :

- lors d'un examen gynécologique réalisé dans de bonnes conditions
- visualisation par dessins, planches anatomiques, livres...
- corporels : mise de tampons menstruels, repérage des sécrétions physiologiques vaginales, du sang des règles
- sexuelles : premier rapport sexuel avec pénétration, caresse sexuelle avec pénétration, auto-érotisme, rêve à contenu sexuel.

Il existe une grande variabilité dans cette étape qui explique les différences importantes d'une femme à une autre, d'une génération à une autre.

2^e étape : appropriation de l'intimité vaginale : il s'agit pour la femme, à partir de cette découverte, de faire de cette partie du corps un lieu vraiment à elle, qu'elle possède. Il faut donc une intégration au schéma corporel féminin. L'exploration personnelle du vagin par le doigt ou un objet, la perception des sensations physiques (pression vaginale, contraction du périnée, ouverture et relâchement vestibulaire, vont y contribuer).

3^e étape : érotisation = faire du vagin l'intériorité érotique de la femme. Repérer les sensations érotiques de l'excitation sexuelle (diffusion à partir du vagin) et de l'orgasme (spasmes plus ou moins intenses). Ceci en situation d'auto-érotisme ou de relation coïtale ou non coïtale et dans l'imaginaire sexuel (fantasmes, rêveries, rêves). Ces deux phases d'appropriation corporelle et de codage érotique sont capitales car l'appropriation du « creux érotique » renvoie à la confirmation du sentiment d'appartenance

à son sexe biologique et de l'individuation. La femme peut se placer alors en tant que sujet et dire « c'est mon vagin et c'est un lieu de plaisir ».

4^e étape : partage de l'intimité avec un partenaire.

Pour cela, il faut accepter sa propre intériorité face à l'autre, accepter l'intrusivité érotique de l'autre (doigt, pénis...), accepter l'abandon de son intimité érotique à son propre plaisir et au plaisir de l'autre ainsi que toutes les émotions qui les accompagnent. Etre autocentré dans l'érotisation de la pénétration va permettre la relation avec l'autre dans la recherche du plaisir sexuel coïtal. On note le paradoxe que c'est dans le moment le plus symbolique de la fusion, le coït, qu'il faut être le plus « individué » érotiquement pour accéder à la jouissance. L'apprentissage plus ou moins long (quelques semaines à quelques années) de la vaginalité, s'il n'y a pas d'incidents, va se traduire par une fonctionnalité sexuelle satisfaisante. A l'opposé, nous l'avons dit, différents facteurs de gravité variable peuvent déranger, perturber, bloquer cet apprentissage : la femme pourra alors se retrouver en situation de dysfonction sexuelle.

VAGINALITÉ ET THÉRAPIE SEXUELLE :

La thérapie sexuelle comprend en général l'évaluation sexoclinique et la conduite du projet thérapeutique. Dans les dysfonctions sexuelles les plus fréquentes, dyspareunie, vaginisme, anorgasmie coïtale et trouble du désir sexuel coïtal, on peut développer la place commune de la vaginalité dans l'évaluation et dans le projet thérapeutique.

Evaluation de la vaginalité en thérapie :

Trois composantes caractéristiques sont à explorer :

- la perception du vagin comme « creux érotique » symbolique du féminin avec l'excitation sexuelle qui y prend naissance, diffuse, puis s'y canalise
- la pénétration, rencontre sexuelle coïtale qui s'appuie sur une bonne assertivité sexuelle féminine, une autocentration et une individuation sans sentiment de menace venant de l'intrusivité masculine
- l'érotisation de la pénétration par le renforcement de l'excitation, par l'activation corporelle (intensité, rythme, mouvement) et l'activation fantasmatische ainsi que l'enivrissement émotionnel dans le lâcher prise.

Elle sera, bien sûr, associée à l'évaluation des autres composantes de la sexualité en sexocorporel :

- physiologiques : fonction d'excitation sexuelle
- personnelles : sentiment d'appartenance à son sexe biologique, plaisir sexuel, désir sexuel, codes d'attraction sexuelle, imaginaire sexuel, assertivité sexuelle, intensité sexuelle.

- cognitives : connaissances, idéologies, croyances, jugements de valeurs, systèmes de pensées.
- relationnelles : couple, lien amoureux, séduction, communication, habiletés érotiques.

L'évaluation approfondira ensuite certaines composantes en fonction du symptôme sexuel présenté. Le thérapeute dégagera de cette évaluation clinique de la vaginalité :

- ce qui est en place : lignes de force de la patiente
- ce qui manque : éléments du projet thérapeutique

Le travail sur la vaginalité dans le projet thérapeutique :

- Recadrage cognitif : apporter à la patiente les notions de santé sexuelle, d'apprentissage de la sexualité, l'amener à la compréhension de la vaginalité. Information et dédramatisation sont souvent déjà thérapeutiques.
- Travail corporel
 - sur la vaginalité : mise en place du senti interne (découverte, appropriation, érotisation du senti interne : réceptivité active, canalisation de l'excitation, lâcher-prise génital et émotionnel dans la double bascule).

En interaction, bien sûr, avec le travail :

- sur la fonction d'excitation sexuelle et ses réactions physiologiques
- sur les composantes personnelles déficitaires

- Travail sur l'imaginaire sexuel : développer les fantasmes intégrant la pénétration, excitation et plaisir sexuel associés.
- Travail verbal
 - sur les cognitions
 - sur les anxiétés repérées, liées au plaisir sexuel, à l'intrusivité phallique, à l'abandon...

Ici aussi, on insistera sur certains éléments en fonction de la personne, de son symptôme, de sa relation, mais aussi, comme dans toute thérapie, en respectant motivation, valeurs et objectifs du patient.

CONCLUSION :

La vaginalité et ses traductions en clinique sexologique, désir sexuel coïtal et orgasme coïtal, est une conquête personnelle. Elle ne se met pas en place automatiquement comme le pensent beaucoup d'hommes et de femmes ; elle nécessite des apprentissages personnels et relationnels pour aboutir à une fonctionnalité érotique et à un épanouissement sexuel ; elle nécessite une aide thérapeutique si ces apprentissages ont été perturbés ou bloqués par des difficultés personnelles et/ou relationnelles ou à des circonstances particulières. ■

ZUR VAGINALITÄT...

Autoren : Dr. med. Catherine Cabanis

**Klinische Sexologin (CIFRES, ASClif,
ISI) - Gynäkologin – Toulouse**

Übersetzung auf Deutsch: Peter Gehrig / Relecture : Sybille Schnorf

Die noch junge Sexualwissenschaft ist auf der Suche nach Begriffen um Realitäten zu bezeichnen, die dank neuer Erkenntnisse und einem vertieften Verständnis der menschlichen Sexualfunktion offensichtlich wurden. Der Neologismus **Vaginalität** ist ein Beispiel dafür.

DEFINITION:

Vaginalität definiert sich als Möglichkeit, die eine Frau hat, Zugang zu sexueller Lust und erotischem Geniessen zu finden über:

- Entdecken
- Aneignen
- Teilen ihres erotisierten inneren Geschlechts: der Vagina.

Das bedeutet für die Frau:

- Die Fähigkeit, die Vagina in ihrem Körper als weibliches Sexualorgan wahrzunehmen.
- Die Fähigkeit, die Penetration als Teil einer sexuellen Begegnung zu erleben.
- Die Fähigkeit, ihre Vagina und den Geschlechtsverkehr über körperliche Eigenaktivität und Fantasien zu erotisieren.

Der Begriff Vaginalität ist für ein vertieftes Verständnis weiblicher sexuelle Gesundheit, wie auch deren Störungen (Dysfunktionen), von entscheidender Bedeutung.

Das Interesse am Begriff Vaginalität ermöglicht:

- Ein besseres Verstehen der Lernschwierigkeiten im Rahmen sexueller Gesundheit.
- Aus der Sichtweise dieses Konzepts ein vertieftes Verständnis für die weiblichen sexuellen Dysfunktionen.

DIE BEDEUTUNG DER VAGINALITÄT:

Die Vaginalität ist ein Potential das alle Frauen haben. Ausgenommen sind schwere gynäkologische Pathologien wie beispielsweise angeborene Missbildungen. Frauen entwickeln Vaginalität meist nach der Pubertät im Rahmen ihrer psychosexuellen Entwicklung. Die Aneignung der Vaginalität geschieht über Lernschritte, auf die wir später eingehen werden.

Einmal entwickelt, ermöglicht sie :

- Akzeptanz und Wunsch nach Geschlechtsverkehr innerhalb einer sexuellen Beziehung und den
- Zugang zu sexueller Lust im Geschlechtsverkehr über:
 - Angemessene genitale und körperliche Erregung (Erregungsquellen, Erregungsmodi)
 - Integration der mit dem Geschlechtsverkehr verbundenen Emotionen (Liebesgefühl, symbolische Verschmelzung, erotische Komplementarität).
 - Verstärkung der sexuellen Erregung über Fantasien mit Bezug zur Penetration.
- Zugang zum koital sexuellen Begehrten welches die Suche nach der mit dem Koitus verbundenen sexuellen Erregung, den begleitenden Lustgefühlen, Fantasien, Emotionen und die Hingabe in einem koitalen Orgasmus begünstigt. Es bildet sich eine sich selber verstärkende Interaktion zwischen koitalem Orgasmus und koital sexuellem Begehrten bzw. koital sexuellem Begehrten und koitalem Orgasmus.

Einmal angeeignet ermöglicht die Vaginalität weitere Entwicklungen im Sinne einer Anpassungsfähigkeit bezüglich:

- Physiologischer Veränderungen im Leben einer Frau (Schwangerschaft, Geburt, ...) aber auch an Erkrankungen und Operationen im Bereich der Genitalorgane.
- Lebensphasenspezifische Veränderungen: Wechseljahre, älter werden.
- Veränderungen der Lebensumstände und solche innerhalb länger dauernder Partnerschaften.

Angeeignete Vaginalität = gute sexuelle Funktionalität

Nicht entwickelte Vaginalität hat unterschiedlicher Ausprägung:

- Fehlende Vaginalität aufgrund persönlicher Hemmungen und/oder mit Grenzen bezüglich des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit. Auch Ängste bezogen auf die Sexualität, das „Genießen dürfen“ u.a.m. spielen eine Rolle.
- wenig entwickelte Vaginalität beruht auf ungenügenden Lernschritten auf Grund von Tabus und Mythen bezüglich weiblicher / männlicher Sexualität, sowie auf negativen Einflüssen durch Erziehung oder Umfeld.

- gestörte oder blockierte Vaginalität kann im Zusammenhang mit körperlicher und / oder psychischer Gewalt, sexuellen Grenzverletzungen, Vergewaltigung stehen.

Dies verhindert alleine oder kombiniert:

- Zugang zu koital sexueller Lust: koitale Anorgasmie.
- Entwicklung und Ausdruck eines koital sexuellen Begehrrens: Störung des koital sexuellen Begehrrens.
- Gemeinsames Erleben der Penetration als erotische Begegnung mit einem Partner, einer Partnerin: Störung der Penetration im Sinne einer Dyspareunie, eines Vaginismus.

Diese drei Formen, oft ineinander übergehender sexueller Dysfunktionen, stehen in engem Zusammenhang mit der Vaginalität. Fehlende, ungenügend entwickelte,

Vaginalität = weibliche sexuelle Dysfunktion.

LERNSTUDIEN BZW. ANEIGNEN DER VAGINALITÄT

Meistens beginnt die Aneignung der Vaginalität mit der Adoleszenz. Diese Entwicklung kann spontan oder mit von aussen angeregten Lernschritten beginnen.

1. Etappe: Entdecken der Scheide als weiblichen Innenraum über:

- eine gut erlebte gynäkologische Untersuchung
- Visualisierung durch Zeichnungen, anatomische Darstellungen in Büchern usw
- Körperliches Ertasten beim Einführen von Tampons, Wahrnehmen physiologischer vaginaler Ausscheidungen, Menstruation, feucht werden bei sexueller Erregung.
- Sexuelle Erfahrungen: sexuelle Zärtlichkeiten, Selbststimulation, sexuelle Träume, sexuelle Spiele mit Anderen, erster Geschlechtsverkehr.

In dieser Phase finden wir ein breites Spektrum an Erfahrungen, was die grossen Unterschiede von einer Frau zur andern, bzw. unter verschiedenen Generationen erklärt.

2. Etappe: Aneignung der vaginalen Intimität: Ausgehend von den Entdeckungen der ersten Etappe vermag die Frau diesen Bereich ihres Körpers als persönlichen und ihr gehörenden Raum wahrzunehmen. Dies erfordert eine Integration ins Körperschema der Frau und geschieht durch persönliches Erforschen der Scheide mit Fingern, Objekten und das Wahrnehmen der dadurch bewirkten körperlichen Empfindungen (Druck auf die Vaginalwand, Anspannen des Beckenbodens, Öffnen und Entspannen des Scheidenvorhofes tragen dazu bei).

3. Etappe: Erotisieren. Die Scheide wird über das Wahrnehmen und das Entdecken, der mit sexueller Erregung einhergehenden Sinnesempfindungen (Diffusion ausgehend von der Vagina) und

der im Orgasmus ausgelösten Reaktionen (spasmatische Reaktionen), zum „weiblichen erotischen Innenraum“. Dies geschieht durch autoerotische Aktivitäten, wie Fantasien und Träume oder durch koitale und nicht koitale sexuelle Begegnungen mit Partnern / Partnerinnen. Die letzten beiden Etappen des körperlichen Aneignens und des erotischen Kodifizierens dieses „Innenraumes“ spielen für die Entwicklung des Gefühls der Geschlechtszugehörigkeit und die Individuation eine zentrale Rolle. Sie ermöglichen es der Frau, sich als Subjekt zu erleben und zu betonen: „Das ist meine Scheide, ein Ort lustvollen Erlebens.“

4. Etappe: Teilen ihrer „Intimität“ mit einem Partner oder einer Partnerin.

Dies erfordert das Annehmen des eigenen inneren Geschlechts im Kontakt mit einer andern Person und das Annehmen der erotischen Intrusivität der Partnerin oder des Partners (Finger, Penis usw.). Es erfordert aber auch die Fähigkeit, sich der eigenen erotischen Intimität, der eigenen Lust und der Lust des Andern, sowie aller dabei entstehenden Emotionen, hinzugeben. Im Erotisieren der Penetration auf sich selbst zentriert bleiben, ermöglicht die Suche nach koital sexueller Lust in der Beziehung mit einer andern Person. Das scheinbare Paradox, dass der Moment intensivster symbolischer Verschmelzung ein hohes Mass an erotischer Individuation, die als Orgasmie Voraussetzung für lustvolles Genießen ist, erfordert, mag erstau-nen. Der Aneignung der Vaginalität kann sehr unterschiedlich lang dauern (Wochen bis Jahre) und ermöglicht, wenn nicht schwerwiegender Ereignisse die Aneignung behindern, eine **befriedigende sexuelle Funktionalität**. Andererseits vermögen die bereits erwähnten Ereignisse und Umstände Lernschritte zu hemmen, zu stören und zu verändern: die Frau läuft Gefahr, eine **sexuelle Störung** zu entwickeln.

VAGINALITÄT UND SEXUALTHERAPIE:

Eine Sexualtherapie umfasst eine Evaluation des Problems und Durchführung des Therapieprojekts. Bei den häufigsten weiblichen sexuellen Dysfunktionen, Dyspareunie, Vaginismus, koitale Anorgasmie sowie Störungen des koital sexuellen Begehrrens, steht die Vaginalität im Zentrum der Evaluation und des Therapieprojekt.

Evaluation der Vaginalität:

Sie umfasst drei wichtige Bereiche:

- Wahrnehmung der Vagina als „erotischer Innenraum“ und Symbol der Weiblichkeit, Ausgangspunkt sexueller Erregung, dies ich zunächst ausbreitet und diffundiert, um sich wieder zu kanalisieren.
- Die Penetration als sexuelle koitale Begegnung stützt sich auf eine gute sexuelle Selbstsicherheit der Frau, Autozentrierung und eine Individuation, die sie die männliche Intrusivität nicht als Bedrohung erleben lässt.

- Die Erotisierung der Penetration über eine Steigerung der sexuellen Erregung durch Verstärkung der körperlichen Aktivität (Intensität, Rhythmus, Bewegung) und der Fantasietätigkeit sowie die emotionale Hingabe im Loslassen.

Hinzu kommt im Sexocorporel natürlich die Evaluation der anderen Komponenten der Sexualität:

- Physiologische Komponenten: Erregungsfunktion
- Persönliche Komponenten: Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, sexuelle Lust, sexuelles Begehrten, sexuelle Attraktionskodes, sexuelle Fantasien, sexuelle Selbstsicherheit, emotionale Intensität.
- Kognitive Komponenten: Kenntnisse, Ideologien, Glaubenssysteme, Wertesystem, Vorstellungen bezüglich Partnerschaft, Geschlechtsrollen.
- Beziehungskomponenten: Liebesgefühl, Verführung, Kommunikation und erotische Fähigkeiten.

Bestimmte Komponenten werden in Abhängigkeit vom sexuellen Problem vertieft evaluiert.

Die Therapeutin definiert mittels Evaluation der Vaginalität:

- Was angeeignet ist: die Stärken der Patientin
- Fehlende Elemente: auf diese Grenzen fokussiert das therapeutische Projekt.

Arbeit an der Vaginalität im therapeutischen Projekt :

- Kognitive Ebene: Einführen und erklären der Begriffe sexueller Gesundheit, Bedeutung sexuellen Lernens, Verstehen der Vaginalität. Informieren und Entdramatisieren sind hilfreiche therapeutische Interventionen.
- Körperübungen bezogen auf die Vaginalität: innere Empfindungen sexueller Erregung über aktive Rezeptivität

entdecken, aneignen und erotisieren, Kanalisieren der sexuellen Erregung, genitales und emotionales Loslassen über die doppelte Schaukel.

Interaktiv mit der Arbeit bezüglich:

- Erregungsfunktion und ihren physiologischen Reaktionen, Veränderung des Erregungsmodus.
- Grenzen in den persönlichen Komponenten.
- Sexuelle Fantasien, Vorstellungen: Entwickeln von Fantasien, welche die Penetration integrieren, in Verbindung mit sexueller Erregung und sexueller Lust.
- Ängste im Zusammenhang mit sexuellem Genießen, Intrusivität, Loslassen usw.

Gewisse Elemente gewichten wir unterschiedlich in Abhängigkeit von der Person, ihres Problems, ihrer Beziehungen und natürlich, wie in jeder Therapie unter Respektierung ihrer Motivation, ihrer Werte und ihren persönlichen Zielsetzungen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN :

Die sexuelle Erregung über das äußere Geschlecht wird von den meisten Frauen bereits in oder vor der Adoleszenz entdeckt. Die Vaginalität und ihre Übersetzung in der sexologischen Klinik als koital sexuelles Begehrten und koitale Orgasmie, ist eine persönliche Herausforderung. Sie stellt sich nicht automatisch ein, wie Frauen und Männer oft fälschlicherweise glauben.

Lernschritte auf persönlicher und der Beziehungsebene sind Voraussetzung für die erotische Funktionalität und das sexuellen Genießen. Fehlen diese Lernschritte oder wurden sie durch Schwierigkeiten auf persönlicher Ebene, Beziehungsprobleme oder andere Einflüsse gestört oder blockiert, ist eine therapeutische Unterstützung notwendig.■

A PROPOSITO DELLA VAGINALITÀ...

*Autore : Dottoressa Catherine Cabanis
 Sessoterapeuta - Ginecologa Tolosa
 Traduction : Pamela Borelli, Patrizia Guerra, Sybille Schnorf*

La sessuologia, scienza moderna, trova dei nuovi termini per designare delle realtà che nascono a seguito della conoscenza e della comprensione della funzione sessuale umana; il neologismo vaginalità è uno di questi.

DEFINIZIONE :

La vaginalità si definisce come la possibilità per una donna, di raggiungere una realizzazione e un piacere sessuale passando da:

- la scoperta
- l'appropriazione
- la condivisione della propria intimità, interiorità erotica: la vagina.

Questo per la donna rinvia alla:

- capacità di percepire nel proprio corpo la vagina come organo sessuale femminile
- capacità di vivere la penetrazione come un elemento dell'incontro sessuale
- capacità di erotizzare la vagina e la penetrazione grazie all'attivazione corporea ed ai fantasmi.

Questo mette la nozione di vaginalità al centro della Salute sessuale femminile e al centro di tutte le disfunzioni sessuali femminili.

L'interesse di studiare questa nozione di vaginalità consiste nel:

- comprendere le difficoltà dell'apprendimento in termini di Salute sessuale
- capire le disfunzioni sessuali femminili alla luce di questa comprensione.

COMPRENSIONE DELLA VAGINALITÀ :

La vaginalità esiste potenzialmente in tutte le donne (che non presentano una patologia ginecologica maggiore: malformazione per esempio). Deve installarsi nel corso dello sviluppo psicosessuale, generalmente a partire dalla fase post-pubertà. Questa acquisizione della vaginalità avviene durante un apprendimento che verrà illustrato in seguito.

Quando la vaginalità si è installata, permette :

- la ricerca e l'accettazione del coito nella relazione sessuale
- l'accessibilità al piacere sessuale coitale, il quale richiede :
 - un'eccitazione corporea e genitale adatta (fonte e modi di eccitazione sessuale)
 - un'integrazione delle emozioni legate alla penetrazione (sentimento amoroso, complementarietà erotica, fusione simbolica)
 - un rinforzamento dell'eccitazione sessuale dato dall'immaginario sessuale in legame con la penetrazione.
- L'accessibilità al desiderio sessuale coitale, il quale permetta di andare a cercare un tipo di eccitazione sessuale, dei fantasmi, delle emozioni specifiche e che doni la possibilità di abbandonarsi a tutto questo per raggiungere il piacere sessuale coitale e l'orgasmo coitale. C'è un rinforzamento permanente dall'orgasmo coitale al desiderio sessuale coitale, e dal desiderio sessuale coitale all'orgasmo coitale.

Quando la vaginalità è acquisita, un'evoluzione è possibile, ossia un adattamento:

- alle circostanze fisiologiche e patologiche della vita della donna (gravidanza, parto... interventi chirurgici genitali...)
- all'età, con la menopausa e l'invecchiamento
- al tempo e alla durata della coppia.

Vaginalità presente = buona funzionalità.

Quando la vaginalità non è installata: può essere assente, malamente stabilita, perturbata o bloccata.

- assente : questo può legarsi a delle inibizioni personali e/o al sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico; a delle ansie legate al corpo o al piacere, alla sessualità...
- malamente stabilita : un apprendimento sbagliato può esserne responsabile (miti e tabù sulla sessualità femminile e maschile, educazione ed ambiente con un impatto negativo sulla sessualità...)
- perturbata o bloccata: violenza sessuale fisica e psichica, aggressione, abusi...

Questi stati impediscono:

- l'accesso al piacere sessuale coitale: si tratterà di anorgasmia coitale
- l'elaborazione, l'espressione o l'emergenza del desiderio sessuale coitale: si tratterà di un disturbo del desiderio sessuale coitale
- la condivisione della penetrazione come momento erotico dell'incontro sessuale con il partner: si tratterà di disturbi della penetrazione, vaginismo e dispareunia.

Questi tre tipi di disfunzione sessuale, che sono intimamente legati, derivano il più spesso gli uni dagli altri ed hanno in comune il tema della vaginalità.

Vaginalità deficiente = disfunzione sessuale femminile .

APPRENDIMENTO O ACQUISIZIONE DELLA VAGINALITÀ :

Nella maggior parte dei casi, gli apprendimenti spontanei od indotti concernenti la vaginalità si sviluppano a partire dall'adolescenza.

1° stadio : scoperta della vagina come luogo intimo del femminile in diverse maniere:

- in occasione di un esame ginecologico realizzato in buone condizioni
- visualizzazione con dei disegni, tavole anatomiche, libri,...
- corporei: uso di tamponi mestruali, riconoscimento delle secrezioni fisiologiche vaginali, del sangue delle mestruazioni
- sessuali: primo rapporto sessuale con penetrazione, carezze sessuali con penetrazione, auto-erotismo, sogni con contenuto sessuale.

La grande variabilità esistente in questo stadio spiega le importanti differenze da una donna all'altra, da una generazione all'altra.

2° stadio : appropriazione dell'intimità vaginale : per la donna si tratta, a partire da questa scoperta, di appropriarsi di questa parte del corpo, ch'ella possiede. Bisogna dunque integrarla allo schema corporeo femminile. L'esplorazione personale della vagina con un dito o con un oggetto, la percezione delle sensazioni fisiche (pressione vaginale, contrazione del perineo, apertura e rilassamento vestibolare, vi contribuiranno).

3° stadio: erotizzazione = rendere la vagina l'interiorità erotica della donna. Reperire le sensazioni erotiche dell'eccitazione sessuale (diffusione a partire dalla vagina) e dell'orgasmo (spasmi più o meno intensi). Questo in situazione di auto-erotismo o di relazione coitale o non coitale e nell'immaginario sessuale (fantasmi, sogni). Queste due fasi di appropriazione corporea e di codificazione erotica sono capitali poiché l'appropriazione della « cavità erotica » rinvia alla conferma del **sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico e dell'individuazione**. La donna allora può porsi in quanto soggetto e dire « è la mia vagina ed è un luogo di piacere».

4° stadio: condivisione dell'intimità con un partner.

Per condividere, bisogna accettare la propria interiorità rispetto all'altro, l'intrusività erotica dell'altro (dita, pene,...), l'abbandono della propria intimità erotica al proprio piacere e al piacere dell'altro così che tutte le emozioni che li accompagnano. Essere autocentrata nell'erotizzazione della penetrazione permette la ricerca del piacere sessuale coitale nella relazione con l'altro. E paradossale come, nel momento più simbolico della fusione, il coito, eroticamente bisogna essere il più « individuale» possibile per accedere al godimento. L'apprendimento più o meno lungo (da qualche settimana a qualche anno) della vaginalità, se non ci sono incidenti, si traduce in una funzionalità sessuale soddisfacente. A l'opposto, l'abbiamo detto, differenti fattori di variabile gravità possono differire, perturbare, bloccare questo apprendimento: la donna potrà allora trovarsi in una situazione di disfunzione sessuale.

VAGINALITÀ E TERAPIA SESSUALE :

In generale, la terapia sessuale comprende la valutazione sessoclínica e la condotta di un progetto terapeutico. Nelle disfunzioni sessuali più frequenti, dispareunia, vaginismo, anorgasmia coitale e disturbo del desiderio sessuale coitale, si può sviluppare il tema comune della vaginalità nell'evoluzione e nel progetto terapeutico.

Valutazione della vaginalità in terapia :

Tre componenti caratteristiche sono da esplorare:

- la percezione della vagina come « cavità erotica », simbolica del femminile, con l'eccitazione sessuale che vi prende nascita, si diffonde, poi si canalizza
- la penetrazione, incontro sessuale coitale che si appoggia ad una buona assertività sessuale femminile, ad un'autocentrante e ad un'individuazione senza sentimento di minaccia derivante dall'intrusività maschile
- l'erotizzazione della penetrazione con il rinforzamento dell'eccitazione, con l'attivazione corporea (intensità, ritmo, movimento), con l'attivazione fantasmatica e con l'invasione emotionale nell'abbandono.

Ella sarà, certamente, associata all'evoluzione delle altre componenti della sessualità nel sessocorporeo:

- fisiologiche: funzione di eccitazione sessuale
- personali : sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico, piacere sessuale, desiderio sessuale, codici d'attrazione sessuale, immaginario sessuale, assertività sessuale, intensità sessuale.
- cognitive : conoscenze, ideologie, credenze, giudizi di valore, sistemi di pensiero.

- relazionali: coppia, legame amoroso, seduzione, comunicazione, abilità erotiche.

La valutazione approfondirà certe componenti in funzione del sintomo sessuale presentato. Da questa valutazione clinica della vaginalità, il terapeuta estrarrà:

- quello che è presente: linee di forza della paziente
- quello che manca: elementi del progetto terapeutico

Il lavoro sulla vaginalità nel progetto terapeutico :

- Reinquadramento cognitivo: apportare alla paziente le nozioni di salute sessuale e d'apprendimento della sessualità ed infine portarla alla comprensione della vaginalità. Informazione e sdrammatizzazione spesso sono già terapeutiche.

Lavoro corporeo

- sulla vaginalità: chiarificazione di quel che si sente interiormente (scoperta, appropriazione, erotizzazione di quel che si sente internamente: ricettività attiva, canalizzazione dell'eccitazione, abbandono genitale ed emozionale nella doppia oscillazione (double bascule).

Sicuramente in interazione con il lavoro:

- sulla funzione d'eccitazione sessuale e le sue reazioni fisiologiche
- sulle componenti personali deficitarie

- Lavoro sull'immaginario sessuale: sviluppare i fantasmi integrando penetrazione, eccitazione e piacere sessuale associati.

Lavoro verbale

- sulle cognizioni
- sulle ansie reperite, legate al piacere sessuale, all'intrusività fallica, all'abbandono...

Anche qui, si insisterà su certi elementi in funzione della persona, del suo sintomo, della sua relazione, ma anche, come in tutte le terapie, rispettando la motivazione, i valori e gli obiettivi della paziente.

CONCLUSIONE:

La vaginalità e le sue traduzioni nella clinica sessuologica, nel desiderio sessuale coitale e nell'orgasmo coitale, sono una conquista personale. La vaginalità non si installerà automaticamente come pensano molti uomini e molte donne: essa necessita degli apprendimenti personali e relazionali per raggiungere una funzionalità erotica e una realizzazione sessuale; necessita inoltre di un aiuto terapeutico se questi apprendimenti sono stati perturbati o bloccati da delle difficoltà personali e/o relazionali o da delle circostanze particolari. ■



LE COURRIER DES LECTEURS

PAR :

Isabelle Chaffai (Albi, France)

Lise Desjardins (Montréal, Canada)

Mélanie Tremblay (Montréal, Canada)

Chers lecteurs,

Vous avez des questions concernant le sexocorporel et/ou l'ISI ? N'hésitez pas à nous les faire parvenir !

Envoyez les à : lise.desjardins@sexologues.ca

Veuillez noter que les réponses aux questions sont faites en regard du sexocorporel. Les réponses sont générales et ne sont pas exhaustives puisque la sexothérapie requiert une évaluation précise. Nous vous invitons à approfondir ces notions en supervision pour avoir des moyens spécifiques pour chaque cas clinique.

(Nous utilisons le masculin pour alléger le texte)

Question: Comment amener une femme à apprécier son sexe alors qu'elle en ressent du dégoût?

Réponse: En sexocorporel, lorsque nous recevons en consultation une femme qui présente une dysfonction sexuelle (manque de désir sexuel, anorgastie, vaginisme, etc.), l'une des étapes du traitement sera de l'amener à développer ses appropriations génitales. Toutefois, lorsque la femme vit du dégoût par rapport à ses parties génitales, elle ne peut découvrir aisément cette zone de son corps qui lui suscite toutes sortes d'idées négatives.

Dans un premier temps, nous devons l'aider à dépasser cette limite pour poursuivre une sexothérapie. Si nous voulons qu'elle participe activement au traitement, elle devra d'abord **adhérer cognitivement et émotionnellement** à ce qui lui est proposé. Cette adhésion est essentielle et incontournable à toute autre étape du traitement et à la poursuite des rencontres avec elle. Sans adhésion (ou avec une adhésion partielle), elle poursuivra peut-être les rencontres pendant quelques temps, mais finira par abandonner puisqu'elle ne se sentira pas rejoints dans sa difficulté. L'adhésion cognitive survient lorsque la personne comprend la logique de son système et les causes de sa difficulté. L'adhésion émotionnelle apparaît lorsque la personne ressent une motivation intrinsèque pour s'investir dans la sexothérapie. C'est ce qui lui permettra de dépasser ses limites.

Cette étape de la sexothérapie est cruciale et nécessaire à la poursuite de la démarche thérapeutique.

Très souvent, la femme qui ressent du dégoût face à sa génitalité va nous dire qu'elle n'aime pas toucher son sexe car cela la dégoûte. Par ailleurs, ce sont des femmes qui sont généralement à l'aise dans les contacts amoureux de l'ordre de la tendresse, mais sans connotation génitale. Toutefois, plusieurs vont tenter d'éviter ces contacts affectifs par crainte d'éveiller chez leur partenaire un désir sexuel. Un premier recadrage cognitif peut alors s'avérer très utile avec une femme qui consulte en sexothérapie pour cette difficulté. En fait, elle n'est pas dégoûtée par la sexualité mais bien par la génitalité. En lui expliquant que la sexualité englobe à la fois les émotions, les affects, les cognitions et plusieurs autres composantes, cette femme peut faire une distinction importante. De plus, elle peut réaliser qu'elle possède des lignes de forces au niveau de l'échange émotionnel et amoureux avec l'autre. Elle peut ainsi se réapproprier son corps de femme et accéder à certains échanges érotiques. Cela lui permettra également de réaliser qu'elle peut vivre une certaine forme de sexualité et que sa difficulté se limite à la méconnaissance et à la perception négative de sa génitalité. Il se crée alors une ouverture au traitement puis-

que la difficulté semble beaucoup plus circonscrite qu'elle ne l'était au point de départ.

Dans ce recadrage cognitif, une autre étape sera de l'aider à acquérir des connaissances sur la génitalité (anatomie et fonctionnement). Cette ignorance de son fonctionnement génital est à la base de ses peurs et de ces idées irrationnelles. En apprenant à mieux connaître sa génitalité et son fonctionnement, les craintes et le dégoût diminuent progressivement pour laisser place à une réalité tangible de ce qu'est une vulve et un vagin.

Utiliser une symbolique positive constitue un autre moyen en sexothérapie. Comparer la vulve et le vagin à une image positive et agréable comme une fleur ou un joli coquillage en sont des exemples symboliques. L'amener progressivement à percevoir son sexe comme une partie du corps qui est belle, douce et agréable au même titre que la joue ou la poitrine. Lui donner envie de s'approprier sa génitalité plutôt que de l'éviter et de l'ignorer. Il est important de prendre le temps de la laisser apprivoiser cognitivement cette partie de son corps. Par la suite, on pourra l'aider à de repérer visuellement et sensoriellement son sexe en respectant certaines étapes. Vouloir aller trop rapidement vers des exercices ne fera qu'amplifier sa perception



négative et mènera la sexothérapie dans une impasse. Soyons à l'écoute de nos patientes afin de leur proposer une sexothérapie efficace dans le respect de leur rythme et de leur progression.

Une femme qui, par exemple, va affirmer que son sexe est sale, laid et dégoûtant va peut-être changer son discours en apprenant à le connaître avec des mots justes, le regarder dans un miroir, le voir avec des symboles positifs, le toucher, en apprécier la texture, la couleur, la chaleur et les sensations. C'est en

créant le contact et en apprivoisant cette partie de son corps que la femme apprendra peu à peu à aimer son sexe et à avoir envie de le connaître davantage. Une fois le dégoût éliminé, un grand pas est franchi et on peut alors débuter les apprentissages directement liés à sa fonction d'excitation sexuelle. ■

Question: *Comment amener une femme anorgastique primaire à accéder à l'orgasmie coïtale?*

Réponse: Une causalité directe de l'anorgastie primaire chez la femme est liée à manque d'appropriation génitale. Dans un premier temps, il est essentiel de l'aider à se situer par rapport à ses propres apprentissages sexuels. Une évaluation sexologique rigoureuse constitue le point de départ de la sexothérapie. Beaucoup de confusion et d'ignorance seront soulevées lors de l'évaluation. Il est donc important d'apporter des connaissances sur le fonctionnement sexuel des femmes et sur l'excitation génitale.

Par la suite, un objectif sera de l'amener à développer des apprentissages directement liés à sa fonction d'excitation sexuelle à partir des points de repères déjà existants. Ce sont précisément ces apprentissages qui amèneront cette femme à développer sa capacité orgasmique. En plusieurs étapes bien définies, la femme pourra explorer différents types de toucher en jouant avec les lois du corps pour faire naître l'excitation génitale. Par la suite, elle pourra apprendre à augmenter son excitation pour éventuellement la canaliser afin de franchir le point de non retour et accéder à la décharge orgasmique. Elle pourra également apprendre à bouger son corps dans une double bascule afin d'accompagner son excitation génitale de charges émotionnelles de plaisir et accéder ainsi à l'orgasme.

Afin d'assurer la continuité et la motivation, il est important d'mentionner

à la femme que c'est par la répétition des explorations et par un repérage sensoriel progressif qu'elle pourra accéder à son rêve. Ces apprentissages se feront d'abord seule et pourront ensuite être explorés avec partenaire.

Parallèlement à ces apprentissages, la femme peut commencer à explorer son vagin et les sensations qui y sont associées. L'exploration par pressions sur les parois vaginales lui permettra de découvrir peu à peu les sensations agréables du vagin. Elle découvrira également que ces simples pressions peuvent déclencher son excitation génitale et qu'elle peut développer le désir d'être pénétrée. En effet, la conscientisation de cet espace vaginal et son exploration en concomitance avec le mouvement de la double bascule peut susciter un imaginaire de réceptivité sexuelle. À ce moment, la femme développe l'érotisation de ses creux. Ces exercices d'exploration permettront d'atteindre un double objectif : l'excitabilité vaginale et le développement du désir sexuel coïtal.

En diversifiant les stimulations et en utilisant le jeu des lois du corps, la femme pourra apprendre à augmenter cette excitation vaginale pour atteindre le point de non retour et la décharge orgasmique. Une fois ces nouvelles habiletés en place, elle pourra expérimenter avec son partenaire, dans différents jeux sexuels, et éventuellement dans le coït. Il est important de rap-

peler que les apprentissages et les expérimentations répétées sont nécessaires pour pouvoir atteindre la décharge orgasmique dans la pénétration.

À ce stade de la sexothérapie, les apprentissages du mouvement dans le coït deviennent essentiels pour accéder à l'orgasmie coïtale. La femme apprendra à harmoniser le mouvement de la bascule du bassin (pour amplifier l'excitation vaginale) au mouvement de la bascule des épaules et de la tête (pour amplifier les charges émotionnelles de plaisir associé). En associant le plaisir sexuel à la montée de l'excitation génitale lors de la pénétration et en accédant au point de non retour dans un double lâcher prise (émotionnel et génital), l'objectif de la sexothérapie sera atteint puisque la femme accédera à l'orgasmie coïtal.

Il est important de garder en tête qu'il y a des étapes incontournables dans le traitement de l'anorgastie primaire. Or, comme dans tous autres traitements sexologiques, il faut partir de là où la personne se trouve pour la faire cheminer vers son objectif. Il ne s'agit pas d'appliquer un protocole de traitement comme un mode d'emploi, mais bien d'être à l'écoute de notre patiente afin que ses apprentissages soient motivants et qu'elle en mesure les bénéfices au cours de sa vie de femme. ■

NOUVEAU COMITÉ DE DIRECTION

Suite à l'Assemblée générale de l'ISI qui s'est tenue à Lausanne en Suisse le 9 mai 2008, nous sommes fiers de vous faire connaître notre nouveau Comité de direction ainsi que les membres impliqués dans les diverses Commissions. Comme vous l'avez constaté, plusieurs personnes investissent de leurs temps pour assurer la bonne continuité de l'ISI. Nous aimerions remercier chaleureusement chacune de ces personnes!

Comité de direction :

Jean-Yves Desjardins	<i>Président d'honneur</i>
Dominique Chatton	<i>Président</i>
Jeffrey Pedrazzoli	<i>Vice-président</i>
Lise Desjardins	<i>Secrétariat et représentante de la commission des membres et de la commission de la revue.</i>
Joëlle Gourier	<i>Trésorière et secrétaire adjointe.</i>
Michèle Bonal	<i>Lien ISI-CIFRES</i>
Yoko Pedrazzoli	<i>Conseillère et lien avec les membres italiens</i>
Roland Nicolas	<i>Représentant de la commission des formations</i>
Christa Gubler	<i>Représentante de la Suisse alémanique et représentante du comité d'organisation des journées scientifiques et cliniques.</i>
Jérôme Métivier	<i>Responsable de la commission internet et des communications</i>

Commission des membres :

Responsable : Lise Desjardins

Karoline Bischof, Isabelle Chaffaï, Patricia Faure, Sybille Schnorf (pour les membres étudiants), vacant.

Commission des formations :

Responsable : Roland Nicolas

Mireille Baumgartner, Isabelle Chaffaï, Dominique Chatton, Lise Desjardins, Christa Gubler, Françoise Jablon, Yoko Pedrazzoli, Jeffrey Pedrazzoli, Mélanie Tremblay.

Commission de la revue :

Responsable : Lise Desjardins (dès le numéro 5)

Karoline Bischof, Pamela Borrelli, Marcel Bühler, Isabelle Chaffaï, Joëlle Gourier, Christa Gubler, Patricia Guerra, Yvonne Iglesias(GSS), Sybille Schnorf, (Merci à Peter Gehrig pour la traduction d'un article dans le présent numéro!).

Commission Internet :

Responsable : Jérôme Métivier

Guy Bonnard, Isabelle Chaffaï, Martine Drapeau, vacant.

Commission des budgets et des contrats :

Responsable : Joelle Gourier

Dominique Chatton, Lise Desjardins, Yoko Pedrazzoli, vacant.

RAPPEL AUX MEMBRES :

On reste branché!

N'oubliez pas de mettre vos coordonnées à jour afin de garder le contact avec l'ISI et d'éviter des erreurs d'envois. Tenez-nous informés de tout changement d'adresse, de courriel et de numéro de téléphone.

Vous déménagez? Faites-nous le savoir à info@sexocorporel.com

TRADUCTEURS !!!!!

L'ISI a besoin de traducteurs bénévoles! Que ce soit pour traduire une lettre, une page de site web ou un document, votre aide est la bienvenue en tout temps!!

français-italien

français-allemand

français-espagnol

et français-anglais

Veuillez nous contacter :

info@sexocorporel.com

ARTICLES POUR LA REVUE

Vous aimeriez écrire un article portant sur le sexocorporel? Pourquoi attendre? Notre équipe de la revue Santé sexuelle est là pour vous relire, vous aider et vous guider afin de publier votre projet! Partagez votre savoir dès maintenant!

Écrivez-nous à l'adresse :

lise.desjardins@sexologues.ca

**VOUS VOULEZ ÊTRE MEMBRE DE L'ISI?
REmplissez le formulaire qui figure sur le site de l'ISI :
WWW.SEXOCORPOREL.COM**

**IL VOUS MANQUE UN OU DES NUMÉROS POUR COMPLÉTER VOTRE COLLECTION?
OU
VOUS AVEZ ENVIE DE RENOUVELER VOTRE ABONNEMENT?**

BON DE COMMANDE AU VERSO!!!!

Modalités :

- Vous recevrez deux numéros de la revue Santé sexuelle pour l'année en cours dont le numéro printemps-été et celui de l'automne-hiver.
- Tous les membres de l'ISI reçoivent gratuitement la revue Santé sexuelle.
- Cette revue est vendue au plan international. Les abonnements annuels (pour 2 numéros) comprennent les frais postaux.
- Abonnements à des paquets de revues : (nouveau !)
Suite à l'engouement engendré par la revue et à vos demandes, vous avez dorénavant la possibilité de souscrire un abonnement pour des « paquets » contenant 5, 10 ou 50 abonnements pour les deux mêmes numéros. Ainsi, vous pouvez les distribuer dans votre entourage (famille, amis, collaborateurs, patients, etc.).

- > Envoyez par la poste ce formulaire d'abonnement en y incluant le paiement dans la même enveloppe à l'adresse suivante :

Pour la comptabilité de l'ISI

Joëlle Gourier
122 route du Rawyl
1966 AYENT
SUISSE

- > Vous avez des questions? : info@sexocorporel.com

BON DE COMMANDE

Revue Santé sexuelle



Institut *Sexocorporel* International
Jean-Yves Desjardins

VEUILLEZ COCHER :

Je veux recevoir les numéros suivants :

Le tarif par abonnement comprends 2 numéros et les frais postaux¹ : 15 Euros pour l'Europe
15 Dollars pour le Canada

- Pour le numéro 1 (automne-hiver 2006) = 7,50 (€ / \$)
- Pour le numéro 2 (printemps-été 2007) et le numéro 3 (automne-hiver 2007) = 15,00 (€ / \$)
- Pour le numéro 4 (printemps-été 2008) et le numéro 5 (automne-hiver 2008) = 15,00 (€ / \$)
- Pour le numéro 6 (printemps-été 2009) et le numéro 7 (automne-hiver 2009) = 15,00 (€ / \$)
- Pour le numéro 8 (printemps-été 2010) et le numéro 9 (automne-hiver 2010) = 15,00 (€ / \$)
- Pour le numéro 10 (printemps-été 2011) et le numéro 11 (automne-hiver 2011) = 15,00 (€ / \$)

TOTAL =

Je veux un abonnement par paquets de revues

Veuillez préciser :

- 5 abonnements des mêmes numéros = 60 (€ / \$) (numéro 1 seul: 30 €/ \$)
- 10 abonnements des mêmes numéros = 107 (€ / \$) (numéro 1 seul: 54 € / \$)
- 50 abonnements des mêmes numéros = 518 (€ / \$) (numéro 1 seul: 259 € / \$)

TOTAL =

Pour quels numéros ?

- Pour le numéro 1 (automne-hiver 2006)
- Pour le numéro 2 (printemps-été 2007) et le numéro 3 (automne-hiver 2007)
- Pour le numéro 4 (printemps-été 2008) et le numéro 5 (automne-hiver 2008)
- Pour le numéro 6 (printemps-été 2009) et le numéro 7 (automne-hiver 2009)
- Pour le numéro 8 (printemps-été 2010) et le numéro 9 (automne-hiver 2010)
- Pour le numéro 10 (printemps-été 2011) et le numéro 11 (automne-hiver 2011)

Veuillez écrire clairement et en caractères d'imprimerie :

Monsieur

Madame

Nom : _____

Prénom : _____

Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____

Télécopieur : _____

Adresse postale :

Courriel : _____

¹Les frais ont été ajustés selon le pays en fonction des tarifs postaux envoyés à partir du Canada

LES PARUTIONS

NUMERO 1. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2006

> *Origine du département de sexologie à Montréal*
par Nicole Audette

> *Les sexologues à l'unisson...vers un modèle de santé sexuelle!*
par Lise Desjardins et Mélanie Tremblay

NUMERO 2. SANTÉ SEXUELLE Printemps-été 2007

> *Jadis, il était une fois un homme et une femme du XXIe siècle,*
par Mélanie Tremblay

> *Homme, Femme : identité ou perceptions modifiables?*
par Dr Dominique Chatton

NUMERO 3. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2007

> *Dimensions de la santé sexuelle associées aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes : une approche empirique exploratoire,*
par Martin Blais, Ph.D. et Isabelle Chaffai

> *Les facteurs influençant l'érection,*
par Karoline Bischof et Peter Gehrig

> *Troubles orgasmiques chez la femme,*
par Karoline Bischof et Peter Gehrig

ABONNEMENTS

L'abonnement comprend deux numéros par année. les parutions ont lieu au printemps-été et à l'automne-hiver. 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 pour les institutions**

S'il vous manque un numéro pour compléter votre collection, veuillez contacter info@sexocorporel.com pour vous le procurer.

LE MOT DE LA FIN...

L'ENVOLÉE

La conception et la naissance d'une revue internationale sur la santé sexuelle, diffusant les connaissances en sexocorporel, a été pour moi l'aboutissement d'un rêve devenu réalité. Ce fut une aventure stimulante et riche d'expériences. Ce projet d'envergure a pu voir le jour grâce à l'appui et à la confiance du Comité de direction ainsi qu'à toutes les personnes qui se sont impliquées avec moi dans la Commission de la Revue. Il est évident que sa croissance rapide et son ampleur, par la traduction des articles en Allemand et en Italien, n'auraient pas pu se faire sans la collaboration de notre équipe de traducteurs(trices) qui ont offert généreusement leur temps et leur riche savoir.

Je tiens à remercier de tout cœur chaque personne qui a contribué à la croissance et au succès de cette revue. Je tiens également à remercier tous les membres de l'ISI pour la confiance qu'ils m'ont accordée pendant ces quatre dernières années afin d'assurer divers rôles tels que secrétaire, vice-présidente et rédactrice en chef de cette revue. Je remercie également nos lecteurs pour leur intérêt et leur appréciation qui nous stimulent à assurer la continuité des publications!

Puisque d'autres projets et défis m'interpellent, je suis heureuse de remettre le flambeau à Lise Desjardins qui sera votre nouvelle rédactrice en chef et ce, dès le prochain numéro. Je me sens privilégiée et j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec cette belle équipe dynamique et dévouée.

Ma passion pour le sexocorporel se poursuit et je suis ravie de continuer à m'y investir en collaboration avec l'ISI. Bonne continuité à tous!

Mélanie Tremblay

**INSTITUT SEXOCORPOREL INTERNATIONAL
JEAN-YVES DESJARDINS**

www.sexocorporel.com

info@sexocorporel.com

0041 22 349 29 73