

Santé Sexuelle

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

Numéro 9
Hiver-printemps 2011-2012



DANS CE NUMÉRO :

- > **DYSPAREUNIE D'ORIGINE ORGANIQUE**
DYSPAREUNIA OF ORGANIC ORIGIN
Par Dr Michèle Bonal – By Dr. Michèle Bonal
- > **VAGINISME**
VAGINISMUS
Par Dr Jeffrey Pedrazzoli – By Dr. Jeffrey Pedrazzoli
- > **L'intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions : Médecin psychiatre**
Interest of Sexocorporel in other professional areas : Psychiatrist
Interview réalisé par Isabelle Chaffai auprès de Mme Suzanne Giliand – Interview by Isabelle Chaffai with Ms Suzanne Giliand
- > **Travailler avec des couples en alliant la Thérapie Relationnelle Imago et le Sexocorporel**
Combining Imago Relationships Therapy and Sexocorporeal Approach in Couples Therapy
par Antoinette Liehti Maccarone – by Antoinette Liehti Maccarone

> 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'engagent que les auteur(e)s.



www.sexocorporel.com
info@sexocorporel.com

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 World 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
revue@sexocorporel.com
tel: 514 574 3136

Comité de direction 2011

M. Jeffrey Pedrazzoli
Président

Mme Michèle Bonal
Vice-présidente

Mme Joëlle Gourier
*Trésorière, responsable de la Commission du budget et des contrats
et responsable de la Commission internet et des communications*

Mme Lise Desjardins
Secrétaire générale, responsable de la Commission de la revue

M. Pascal Benoist
Responsable du Comité scientifique

Mme Christa Gubler
Représentante de la Suisse alémanique

M. Roland Nicolas
Responsable de la Commission des formations

Mme Yoko Pedrazzoli
Coordonnatrice des séminaires Vivre en amour

Mme Claude Roux-Deslandes

Commission de la revue 2011-2012

Responsable de la commission :

Lise Desjardins

Relecture et corrections :

Lise Desjardins, Joëlle Gourier

Traduction français-anglais :

Muriel Galzin

Illustration :

Élise Morbidelli

Conception graphique & mise en page :

Kim Brière-Charest

IMPRIMÉ À EPINAL, FRANCE
Imprimerie Flash et Fricotel

Beaucoup de temps s'est écoulé depuis la parution du dernier numéro de la revue. Le Comité de direction ainsi que les diverses commissions poursuivent leur travaux. Les journées annuelles de formation 2011 ont eu lieu à Zurich avec grand succès. Nous tenons à remercier chaleureusement toute l'équipe du ZISS pour cette organisation ainsi que tous les conférenciers et animateurs des ateliers qui ont tous contribué au succès de ces journées.

Comme plusieurs d'entre vous le savez déjà, Jean-Yves nous a quitté le 22 septembre dernier, chez lui et entouré de sa famille comme il le souhaitait. Notre institut est en deuil d'un grand homme et d'un mentor. Pour ma part, je suis aussi en deuil d'un père et d'un modèle m'ayant fortement inspiré depuis plusieurs années. Au cours des deux dernières années, ses activités étaient très réduites à cause de la maladie qui gagnait lentement du terrain. Malgré tout, il est demeuré calme, serein et souriant, à l'image de l'homme que nous avons tous connu.

Comme plusieurs, je ressens fortement son absence et le vide qu'il nous laisse. Toutefois, je me sens remplie de tout ce qu'il m'a appris, de sa lumière et de son énergie. Nous devons maintenant poursuivre la route qu'il nous a tracée avec détermination et force. L'apport de Jean-Yves à la sexologie clinique est considérable et c'est à nous, par notre travail, nos enseignements et nos travaux, de le faire briller et de le faire reconnaître à sa juste valeur.

En terminant, je souhaite vous informer qu'une revue hommage sera préparée en l'honneur de Jean-Yves. Nous souhaitons mettre en évidence tout le travail et la réflexion de ce pionnier de la sexologie. Cette revue sera publiée à l'automne 2012 pour souligner le premier anniversaire de son décès.

Merci de votre soutien et de vos encouragements,

Lise Desjardins



It has been a long time since the publication of the latest issue of the journal. The steering Committee along with the different boards are conducting their studies. The 2011 annual training days have successfully taken place in Zurich. We wish to warmly thank all the ZISS team for this organization as well as all the speakers and workshop facilitators who all contributed to the success of these days.

As several of you already know, Jean-Yves Desjardins passed away on September 22nd at his home and surrounded by his family as he wished. Our institute is mourning for a great man and a mentor. As for me, I am also mourning for a father and a model who has strongly inspired me for many years. During the last two years his activities were very reduced because of the disease which slowly progressed. However he remained calm, serene and smiling, just as the man we have all known. As several of you do, I miss him a lot and feel the vacuum he leaves behind him.

However I feel full of all he has learnt me, of his light and his energy. We must now follow the path he has marked out for us with determination and strength. What Jean-Yves has brought to clinical sexology is huge and it is our duty to burnish it and to make sure it is recognised as it should be thanks to our work, our lessons and our studies.

As a conclusion I want to inform you that a tribute issue will be prepared in the honour of Jean-Yves. We want to highlight all the work and reflection of this pioneer of sexology. This issue will be published in Autumn 2012 to mark the first anniversary of his death.

Thank you for your support and encouragements,

Lise Desjardins

Santé Sexuelle

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

Numéro 9 — hiver-printemps 2011-2012



Introduction 3

ARTICLES:

Dyspareunie d'origine organique 5 - 12

Dyspareunia of organic origin

Par Dr Michèle Bonal – By Dr. Michèle Bonal

Vaginisme 13 - 17

Vaginismus

Par Dr Jeffrey Pedrazzoli – By Dr. Jeffrey Pedrazzoli

7ÈME JOURNÉE SCIENTIFIQUE ET CLINIQUE DE L'ISI 18 - 19

CHRONIQUES:

L'intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions : Médecin psychiatre 20 - 22

Interest of Sexocorporel in other professional areas : Psychiatrist

Interview réalisé par Isabelle Chaffai auprès de Mme Suzanne Giliand – Interview by Isabelle Chaffai with Ms Suzanne Giliand

Travailler avec des couples en alliant la Thérapie Relationnelle Imago et le Sexocorporel 23 - 26

Combining Imago Relationships Therapy and Sexocorporeal Approach in Couples Therapy

par Antoinette Liechti Maccarone – by Antoinette Liechti Maccarone

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

10€ ou 15 \$ CAD pour les non-membres

12.50€ ou 17 \$ CAD pour les institutions

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

DYSPAREUNIE D'ORIGINE ORGANIQUE – DYSPAREUNIA OF ORGANIC ORIGIN

Auteure : Dr Michèle Bonal (Toulouse, France) – Author : Dr. Michèle Bonal (Toulouse, France)

Texte tiré d'une communication lors de la journée de l'ISI en avril 2010 à Toulouse

This text is an excerpt from a paper given on the ISI day in April 2010 in Toulouse

Dans le cadre des journées de l'ISI en avril 2010 à Toulouse, il s'agissait de faire le point sur les dyspareunies d'origine organique avant d'envisager les formes cliniques et l'évaluation du vaginisme, développées par Jeffrey Pedrazzoli.

L'objectif de cette communication était de donner des repères biomédicaux permettant de se situer quant à la question des douleurs périnéales chroniques qui sont « fréquentes, invalidantes, insuffisamment identifiées sur le plan diagnostique et thérapeutique » (10). Les causes organiques sont fréquentes dans les dyspareunies et doivent être systématiquement recherchées (11).

Je resterai cependant dans une vision sexologique selon laquelle les symptômes de dyspareunie et de vaginisme peuvent être réunis dans une même compréhension sur le plan de la sexodynamique féminine ; le vaginisme pouvant évoluer vers une dyspareunie et la dyspareunie pouvant évoluer vers un vaginisme. La dyspareunie et le vaginisme ne sont que des « expressions différentes d'une même souffrance et d'une même crainte, celle de la pénétration » (5). Les concepts développés par Jean-Yves Desjardins (Jean-Y Desjardins dans l'Approche Sexocorporelle (8)), comme le « désir sexuel coïtal » et la notion de « réceptivité sexuelle » dans l'archétype féminin, permettent de comprendre les interactions entre le corps et les aspects psycho-émotionnels chez ces femmes pour lesquelles la douleur chronique s'accompagne à la longue d'une altération de l'image corporelle et d'une fragilisation de leur vie de couple. Rappelons que Jean-Yves Desjardins parlait de « coïtalgie » quand il voulait désigner une douleur survenant pendant la pénétration. La localisation est précise et aiguë, évoquant une lésion de la muqueuse ou du muscle. Nous employons peu souvent ce terme car la plupart du temps les femmes nous consultent après un certain temps d'évolution et l'échec de diverses thérapies.

INTÉRÊT

La dyspareunie est une plainte fréquente en consultation de gynécologie et/ou de sexologie. Elle est amenée par des femmes de tous âges : jeunes femmes au début de leur vie sexuelle, ou des femmes plus âgées pour lesquelles la dyspareunie peut correspondre à la ménopause et à la privation hormonale ou à l'apparition de pathologies. L'origine est mul-

During the ISI days in april 2010 in Toulouse, we meant at taking stock of our knowledge regarding the dyspareunia of organic origin before considering the clinical forms and the evaluation of vaginismus Jeffrey Pedrazzoli has elaborated.

The objective of this paper was to give biomedical grounds to develop full understanding regarding chronic perineal pains which are “ frequent, invalidating and unsufficiently identified regarding the prognosis and therapeutic aspects” (10). Organic causes are frequent in dyspareunia and have to be systematically investigated (11).

I will though remain in the sexological vision according to which the symptoms of dyspareunia and vaginismus may be united within a common understanding regarding female sexodynamics, since vaginismus may evolve into dyspareunia and dyspareunia into vaginismus. Dyspareunia and vaginismus are but the « different expressions of a same suffering and of a same fear, that of penetration » (5). The concepts Jean-Yves Desjardins has developed (Jean-Yves Desjardins in l'Approche Sexocorporelle (8)), such as « coital sexual desire » and the notion of « sexual receptivity » in the female archetype, help us understand how the body and the psycho-emotional aspects interact among these women for whom chronic pain is associated in the long run to an alteration of the body image and to an erosion of their couple's life. Let's remember Jean-Yves Desjardins talked about « coitalgia » when he wanted to define a pain occuring during penetration. The location is precise and sharp and reminds of a lesion of the mucous membrana or of the muscle. We don't use this word very often because most of the time women consult after a certain time of evolution and after different therapies have failed.

INTEREST

Women often complain about dyspareunia when consulting a gynaecologist and/or a sex therapist. All women are concerned : young women starting their sexual life or older women for whom dyspareunia may correspond to menopause and to hormonal deprivation or to the appearance of pathologies. It comes from multiple factors at the core of gynaecology, sexology and psychosomatics(5), which will influence the therapeutic reflexion. Prevention is important among the patients and we need to develop

tifactorielle, au carrefour de la gynécologie, de la sexologie et de la psychosomatique (5), ce qui va influencer la conduite thérapeutique. La prévention est importante auprès des patientes et il faut développer une formation spécifique auprès des divers professionnels de santé pour favoriser une prise en charge plus précoce. En l'absence d'une prise en charge efficace des dyspareunies d'origine organique, on voit s'installer tout un processus de détérioration de la fonctionnalité sexuelle et de la vie du couple (12).

DÉFINITIONS

D'après le DSM4 : La dyspareunie est une douleur génitale persistante et récurrente, associée à l'activité sexuelle, et entraînant une détresse marquée, personnelle ou interpersonnelle.

Le vaginisme est un spasme involontaire de la musculature du tiers inférieur du vagin qui empêche les rapports sexuels et qui cause une détresse marquée ou des difficultés interpersonnelles.

Sur le plan médical, les dyspareunies sont dites superficielles quand il s'agit de douleurs à l'entrée du vagin, et profondes quand les douleurs apparaissent par des pressions du fond vaginal.

Elles ont, sur le plan étiopathogénique, des causalités différentes - la dyspareunie profonde évoquant des pathologies génitales comme l'endométriose, les kystes ovariens, les fibromes compliqués, le syndrome de Masters et Allen (déchirure du ligament large), qui peuvent être explorées par l'échographie pelvienne, l'IRM pelvien, ou la coelioscopie.

Sur le plan sexologique il est intéressant de comprendre dans un continuum les symptômes du vaginisme, de la dyspareunie et de l'anorgasme coïtale, car ils peuvent de façon évolutive glisser de l'un à l'autre (tableau 2).

DESCRIPTION CLINIQUE

La douleur peut être d'intensité très variable allant d'une simple gêne à une douleur intolérable et cette intensité peut se manifester avec une certaine périodicité (par exemple liée au cycle). Les femmes parlent de brûlure, crampe, serrement, échauffement, déchirure, fissures, obstruction...

La localisation peut être superficielle, à l'entrée du vagin, ou profonde, parfois unilatérale, ou diffuse. La douleur apparaît pendant ou après le rapport sexuel. Elle peut être liée à certaines postures coïtales et accompagne le plus souvent l'intromission (on parle de dyspareunie d'intromission,

a specific training for the different health professionals to bring about an earlier management of the problem. Without an efficient management of the dyspareunia of organic origin, a process of deterioration of the sexual functionality and of the couple's life occurs. (12).

DEFINITIONS

According to DSM4 : dyspareunia is a recurring, persistent and genital pain which is associated to sexual activity and results in a marked personal or interpersonal distress.

Vaginismus is an involuntary spasm of the muscles of the inferior third of the vagina and which makes sexual relations impossible while causing a marked distress or interpersonal difficulties.

On a medical point of view, dyspareunia is called superficial when it applies to pains at the vaginal entrance, and deep when pains appear when the vaginal fundus is pressured.

Their origins are different on an etio-pathogenic point of view : deep dyspareunia suggests genital pathologies such as endometriosis, ovarian kysts, complicated fibroids and Masters and Allen syndrome (tear of the large ligament) which may be examined with a pelvic echography, pelvic MRI or colonoscopy.

On a sexological point of view, it is interesting to understand the symptom of vaginismus, dyspareunia and coital anorgasm in a continuum because they may evolve from one to the other (see table 2).

CLINICAL DESCRIPTION

Pain may be of a variable intensity, from a simple discomfort to an intolerable pain, and this intensity may occur quite periodically (for instance linked to menstrual cycle). Women talk about burn, cramp, tightening, heating sensation, tear, crack, obstruction...

The location may be superficial, at the vaginal entrance, or deep, sometimes unilateral, or diffuse. Pain occurs during or after the sexual act. It may be linked to certain coital postures and often takes place on intromission (it is thus called intromission dyspareunia which is the most frequent in sexology). Other pains also occur during the excitement phase if lubrication is not sufficient and painful uterine spasms then appear with the orgasm, as in the case of certain hormone deficiencies after menopause or during pregnancy.

Dyspareunia may accompany a vulvodynia, a cystalgia, or an anorectal symptomatology.

la plus fréquente en sexologie). Il existe aussi des douleurs accompagnant la phase excitatoire, si la lubrification est insuffisante, et des spasmes utérins douloureux apparaissant avec l'orgasme, comme dans certaines carences hormonales après la ménopause, ou pendant la grossesse.

La dyspareunie peut accompagner une vulvodynie, une cystalgie, ou une symptomatologie anorectale.

Enfin on peut noter qu'une dysfonction sexuelle, même si elle a une cause organique bien identifiée, reste rarement isolée et qu'il existe des formes de passage entre les différentes dysfonctions (6) (4) :

- passage d'une dysfonction à une autre, par exemple de la dyspareunie au trouble du désir ;
- passage de la femme à l'homme et inversement, par exemple la dyspareunie féminine pouvant entraîner une dysfonction érectile chez son partenaire.

FORMES CLINIQUES

On distingue les dyspareunies primaires et secondaires :

Les dyspareunies primaires sont présentes dès les premiers rapports sexuels et, comme dans le vaginisme primaire, doivent faire rechercher une malformation vulvo-vaginale, un hymen scléreux, une bride hyménale, une déchirure de l'hymen qui a pu se propager aux tissus voisins après les premiers rapports sexuels (11)

Les dyspareunies secondaires apparaissent après une période plus ou moins longue de rapports sexuels satisfaisants et, suivant C. Cabanis (5) nous développerons 4 tableaux cliniques correspondant aux circonstances les plus fréquentes d'apparition des dyspareunies superficielles secondaires.

1) Les infections vaginales aiguës et surtout récidivantes

Certaines de ces infections sont banales et bénignes comme les candidoses ou les vaginoses bactériennes. D'autres entrent dans le cadre des ITS (infection transmissible sexuellement) et sont plus inquiétantes. Même si les traitements spécifiques rétablissent rapidement l'intégrité physique, il y a pour ces femmes contaminées la perception d'un sexe sale et souillé, ou stérilisé par la répétition des traitements désinfectants, la grande peur du SIDA et, sur le plan relationnel, l'entrée dans le doute, la suspicion, le conflit.

Les infections à papillomavirus dépistées par les frottis de dépistage systématique prennent une place particulière parce qu'elles se révèlent chez des femmes asymptomatiques qui ne se sentent pas « malades » et nécessitent une surveillance médicale répétée parfois sur plusieurs années (colposcopie,

Finally we may note that a sexual dysfunction rarely remains isolated even if it comes from a clearly identified organic cause, and that forms of transition exist between the different dysfunctions (6) (4) :

- transition from a dysfunction to another, for instance from dyspareunia to desire disorder ;
- transition from woman to man and inversely, for instance female dyspareunia may cause an erectile dysfunction of her partner.

CLINICAL FORMS

There are primary and secondary dyspareunia :

Primary dyspareunia occur from the first sexual acts on and, as in the case of primary vaginismus, should lead to a search for a vulvovaginal malformation, a sclerotic hymen, a hymenal adhesion, a tear of the hymen which may have widespread to the neighbouring tissues after the first sexual acts. (11)

Secondary dyspareunia appear after a period of variable length with satisfying sexual acts and according to C. Cabanis (5) we will develop 4 clinical tables corresponding to the circumstances when the secondary superficial dyspareunia occur the most frequently.

1) *Intense vaginal infections and above all, recurrent infections*

Some of these infections are ordinary and minor, such as bacterial candidiasis or vaginosis. Other are to be found among STI (sexually transmitted infections) and are more alarming. Even if specific treatments rapidly reconstruct physical integrity, these infected women feel their sex is dirty and stained or sterilized by the repeated disinfectant treatments, they are frightened by aids and on a relational point of view begin to doubt, to become suspicious or aggressive.

The papillomavirus infections detected thanks to the smears of systematic testing are of particular importance because they occur among asymptomatic women who don't feel « ill » and who need a medical supervision sometimes repeated over several years (colposcopy, biopsies, smears) and sometimes uncomfortable treatments (laser, excision on the loop, conization) (Conization consists in removing a conical fragment of tissue at the basis of the cervix). This intervention enables to confirm the exact type of anomaly of the cervix and its extent (biopsy). But conization is also often therapeutic and thus prevents the development into a cervical cancer. In addition to the very alarming perspective of the risk of a cervical cancer there is a loss of intimacy due

biopsies, frottis) avec parfois des traitements inconfortables (laser , exérèse à l'anse , conisation (La conisation consiste en l'ablation d'un fragment de tissu en forme de cône à la base du col de l'utérus). Cette intervention permet de confirmer le type exact d'anomalie du col de l'utérus et son étendue (biopsie). Mais la conisation est aussi souvent thérapeutique et évite ainsi l'évolution vers un cancer du col. Outre la perspective très inquiétante du risque de cancer du col de l'utérus, il y a une perte de l'intimité par la multiplication des examens, la perception d'être dépossédée de son sexe objet des soins médicalisés et il peut apparaître une dyspareunie secondaire. L'intervention médicale se doit d'être efficace et, surtout, la moins iatrogénique possible dans ses conséquences sur la sexualité, ce qui nécessite un temps d'écoute et d'information dans les consultations.

2) *Le post- partum*

L'accouchement et la pratique de l'épisiotomie ont un accompagnement médical bien balisé aujourd'hui par les recommandations et les consensus de prise en charge. Cependant ils peuvent être ressentis par certaines femmes comme un traumatisme du fait de la méconnaissance de leur corps et d'une non- information. Que ce soit dans un contexte phobique ou dans un contexte d'insécurité, ces femmes peuvent développer des peurs à regarder ou à toucher leur propre sexe et la cicatrice. Elles ont la perception d'un sexe béant, d'un trou ou d'un sexe trop serré par les points, à moins que ne survienne la peur que la cicatrice puisse éclater.

La douleur, réelle au début, va s'installer dans la durée, par le maintien d'un imaginaire inadéquat, qui doit être recherché, évalué et pris en compte dans le projet thérapeutique.

3) *La chirurgie gynécologique et les traitements anti cancéreux*

Tous les cancers peuvent retentir sur la fonction sexuelle par plusieurs mécanismes : le traumatisme lié à l'annonce même de la maladie, l'impact particulier quand cela affecte la génitalité et la féminité et les effets iatrogènes des différents traitements.

Dans le cadre des gestes thérapeutiques pouvant entraîner une dyspareunie secondaire, nous évoquerons essentiellement la chirurgie pour du cancer gynécologique pelvien, et en particulier le traitement des cancers du col utérin, car ils touchent des femmes de plus en plus jeunes (9). Deuxième cancer au rang mondial, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de mortalité féminine dans les pays en voie de développement ; en France, l'apparition, il y a 50 ans, du test de dépistage par le frottis cervico vaginal, a fait régresser l'incidence (10^{ème} rang) et la mortalité de ce cancer (15^{ème}

to the multiple exams, the feeling to be dispossessed of one's sex which is thus the object of nursing care and a secondary dyspareunia may appear. The medical intervention has to be efficient and, above all, as little iatrogenic as possible regarding its consequences on sexuality, which implies a time for listening and informing during the consultations.

2) *Post- partum time*

Childbirth and the practice of episiotomy nowadays benefit from a medical support which is very well defined by the recommendations and consensus of management. However they may be perceived by some women as a trauma because of a lack of knowledge of their body and of non-information. These women may develop fears watching or touching their own sex and the scar either in a phobic or insecurity context. They have the feeling their sex is a yawning hole or that the suture is too tight, or they might as well fear that the scar could burst open.

Pain, which is real at first, settles durably through the persistency of an inadequate imagination which has to be sought, evaluated and taken into account in the therapeutic project.

3) *Gynaecological surgery and anti cancer treatments*

All cancers may have consequences on the sexual function through several mechanisms : the trauma linked to the very announcement of the disease, the peculiar impact when it affects genitality and femininity and the iatrogenic effects of the different treatments.

Among the therapeutic actions which may cause a secondary dyspareunia we will mainly talk about the surgery linked to a pelvic gynaecological cancer, and particularly the treatment of cervical cancers, because they affect women who are younger and younger (9). As the second cancer on a world scale, cervical cancer is the main cause of female mortality in developing countries ; in France, the appearance 50 years ago of a screening test by vaginal cervical smear has reduced the incidence (10th rank) and the mortality linked to this cancer (15th rank).

The standard treatment of the advanced cervical cancer includes an external radiotherapy and a concomitant chemotherapy which may be associated to an intracavitary radiation and to a radical hysterectomy ending the treatment. 65 % of women think that the disease has had negative consequences on their sexual life (9).

Women may also feel guilty because of the links established in epidemiological surveys - echoed and disseminated by the media - between STI and cervical cancer because these may induce thoughts of fault, sin and punishment.

rang). Le traitement standard du cancer du col avancé comporte une radiothérapie externe et une chimiothérapie concomitante, qui peuvent être associés à une curiethérapie endocavitaire et une chirurgie de clôture. 65 % des femmes estiment que la maladie a eu des conséquences négatives sur leur vie sexuelle (9)

Les femmes peuvent aussi être culpabilisées par les liens qui sont faits dans les enquêtes épidémiologiques - reprises et diffusées par les médias - entre les ITS et le cancer du col, car ceux-ci peuvent induire des pensées de faute, de péché, de punition.

Nous voyons, là aussi, la nécessité d'un accompagnement adapté allant dans le sens de la prise en charge globale de ces patientes, avec la formation des professionnels de santé qui doivent intégrer des connaissances sur la sexualité humaine et des compétences en conseil sexologique.

4) L'atrophie vulvo- vaginale par carence hormonale physiologique et iatrogénique

La dyspareunie apparaissant à la ménopause dans le contexte de la carence hormonale physiologique est souvent une cause d'arrêt de la vie sexuelle.

L'atrophie vulvo- vaginale de la ménopause est très variable d'une femme à une autre en fonction de son statut hormonal : certaines femmes n'ont aucune plainte, même en post ménopause, d'autres rencontrent les premiers troubles en pré ménopause ; en dehors de tout traitement hormonal substitutif le maintien d'une activité sexuelle régulière améliore la trophicité. La reprise de la vie sexuelle après une période d'arrêt (veuvage, divorce) peut entraîner une dyspareunie et c'est souvent le problème des nouveaux couples qui se constituent au 3ème âge.

Le traitement hormonal substitutif est très efficace dans cette indication. Chez les femmes plus âgées, le traitement avec des œstrogènes locaux sous forme d'ovules ou de crème intra vaginale résolvent rapidement la dyspareunie. Il faut les informer et les encourager pour améliorer la compliance à long terme pour ces formes galéniques de traitements.

La carence hormonale est brutale et profonde dans la castration, geste thérapeutique qui peut accompagner certains cancers (sein, utérus, ovaires) ; l'atrophie vulvo- vaginale peut être majeure avec une pâleur des muqueuses, parfois une perte du relief vulvaire ou un accollement des petites lèvres et un rétrécissement de l'orifice vaginal ; cet état est réversible par un traitement local à base d'œstrogènes. Les œstrogènes locaux peuvent être proposés en traitement externe, en particulier le Promestriène qui a un passage systémique négligeable. Il existe maintenant plusieurs

We can notice once more how necessary it is for the support to be adapted and to tend towards a global care for these patients including the training of health professionals who have to assimilate knowledge on human sexuality and abilities in sexological advice.

4) Vulvovaginal atrophy by iatrogenic and physiological hormone deficiency

The dyspareunia appearing with menopause in the context of physiological hormone deficiency is often the cause of the cessation of sexual activity.

Menopause vulvovaginal atrophy varies widely from a woman to another depending on her hormonal status : some don't complain even in post-menopause, others feel the first troubles in pre-menopause ; outside any substitution hormone treatment the persistency of a regular sexual activity improves trophicity. Resuming sexual life after a time of cessation (widowhood, divorce) may cause a dyspareunia and this often occurs among the newly-formed senior couples.

The substitution hormone treatment is very efficient in this indication. The treatment with local oestrogens in the form of ovules or of an intravaginal cream rapidly cures the dyspareunia among older women. They have to be informed and encouraged to improve the long-term compliance for these galenic forms of treatments.

Hormone deficiency is brutal and deep in the castration : this therapeutic action may accompany certain cancers (breast, uterus, ovaries) ; vulvovaginal atrophy may be major with a pallor of the mucous membranes and sometimes a loss of the vulval relief or an apposition of the labia minora and a narrowing of the vaginal orifice ; this condition is reversible with a local oestrogene treatment. Local oestrogens may be proposed as an external treatment, particularly Promestriène which has a negligible systemic passage. Nowadays many products exist for intravaginal use with a hydrating action as well as lubricators to be used during the sexual relations.

In these 4 tables the pain which is real at first has to be well managed in order to prevent a process of deterioration of all the sexual functionality.

RISK FACTORS FOR THE TRANSITION TO A CHRONIC STAGE

However we have to point out that any woman is not going to settle in a chronic state of the painful symptom and that we can identify more fragile women with a risk profile conditioning the appearance of dyspareunia : the persistency and duration of the painful symptoms have to force to

produits à utiliser en intra-vaginal ayant une action hydratante, ainsi que des lubrifiants à utiliser au moment des rapports sexuels.

Dans ces 4 tableaux la douleur, réelle du début, doit être correctement prise en charge de façon à prévenir un processus de détérioration de l'ensemble de la fonctionnalité sexuelle.

FACTEURS DE RISQUES FAVORISANT LE PASSAGE À LA CHRONICITÉ

Cependant, il faut souligner que ce n'est pas n'importe quelle femme qui va s'installer dans une chronicité du symptôme douloureux, et que l'on peut repérer des femmes plus fragiles, avec un profil de risques conditionnant l'apparition de la dyspareunie ; la persistance et la durée des symptômes douloureux doivent faire penser à un profil de personnalité particulier et/ou à une histoire psycho-sexuelle singulière qu'il faudra rechercher dans l'évaluation (13) (tableau 5).

En particulier, on peut repérer la vulnérabilité des femmes fusionnelles, avec récurrence des symptômes douloureux dans des situations de séparation (déménagements, départs des enfants, deuil, dérobades de l'autre ...) (3)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- *La vulvodynie* peut aller d'un simple inconfort vulvaire jusqu'à des douleurs vulvaires chroniques à type de brûlures, parfois lancinantes et invalidantes, présentes dans la vie quotidienne et pouvant être réactivées par les rapports sexuels ; elle peut entraîner secondairement une dyspareunie en induisant des tensions musculaires du périnée. Certaines causes spécifiques doivent être recherchées :

- causes infectieuses comme les candidoses, les infections herpétiques, ou les condylomes, ainsi que la notion de dermites de contact caustiques ou allergiques liées à l'utilisation de produits d'hygiène ou de soins.
- causes dermatologiques comme le lichen scléreux atrophique.

Le site du laboratoire d'étude de la douleur gynécologique, université du Québec, Montréal, donne un listing détaillé des conseils pour les femmes atteintes de douleurs vulvo-vaginales (2)

- *La névralgie pudendale et le syndrome neuromyofascial* (1) Le diagnostic de la névralgie pudendale n'est pas aisé mais doit être évoqué chaque fois que la douleur apparaît sur le territoire du nerf pudendal (nerf rectal inférieur, nerf périnéal, nerf dorsal du clitoris) ; cette douleur est aggravée

consider a profile of particular personality and/or a singular psycho-sexual story which will have to be investigated in the evaluation (13) (table 5).

We can particularly identify the vulnerability of fusional women with recurrence of the painful symptoms in situations of separation (moving, children leaving home, mourning, avoidance of the partner...) (3)

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

- *Vulvodynia* includes everything from a simple vulval discomfort to chronic burn-like vulval pains which may sometimes be stabbing and debilitating and which occur in everyday life and can be reactivated by sex ; it may secondarily cause a dyspareunia resulting from the muscular tensions of the perineum. Certain specific causes have to be sought :

- Infectious causes, such as candidiasis, herpetic infections or warts and also the notion of allergic or caustic contact dermatitis linked to the use of care or health products.
- Dermatological causes, such as the atrophic lichen sclerosus.

The website of the center for gynaecological pain at the University of Quebec in Montreal gives a detailed list of advices for women suffering from vulvovaginal pains (2)

- *Pudendal neuralgia and neuromyofascial syndrom* (1) The pudendal neuralgia diagnosis is not easy but has to be considered each time the pain appears in the territory of the pudendal nerve (inferior rectal nerve, perineal nerve, dorsal nerve of the clitoris) ; the pain is increased by the setting position. Several etiologies are possible :

- entrapment of Alcock nerve
- traumatic causes which are rarely surgical but more often obstetrical
- myofascial etiologies by contractures of the piriform muscles which are the internal obturator muscles and the ani levator muscles

The diagnosis relies on a pelvian echography and a pelviperineal MRI which enable to eliminate a tumor, on the echo-doppler of the pudendal arteries where the flow elevation gives information regarding the pressure elevation within the pudendal canal, on a treatment based on physical therapy test with release perineal reeducation and/or on the response to a therapeutic test based on pudendal injections.

par la position assise. Plusieurs étiologies sont possibles :

- la compression canalaire du nerf d'Alcock
- des causes traumatiques, rarement chirurgicales, plus souvent obstétricales
- les étiologies myofasciales par contractures des muscles piriformes, obturateurs internes et élévateurs de l'anوس

Le diagnostic repose sur l'échographie pelvienne et l'IRM pelvipérinéale, qui permettent d'éliminer une tumeur, l'écho-doppler des artères pudendales où l'élévation des flux permet de renseigner sur l'élévation des pressions dans l'enceinte du canal pudendal, sur un traitement d'épreuve de kinésithérapie avec rééducation périnéale en relâchement et /ou la réponse à des infiltrations pudendales.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Elle exige une évaluation, un cadre et des objectifs sexologiques.

ÉVALUATION

Elle s'appuie sur une évaluation médicale tenant compte de la cause immédiate de la dyspareunie, de son évolution dans le temps et des traitements déjà entrepris.

Elle tient compte de la multifactorialité de la douleur et, pour éviter une vision mécaniciste du symptôme, elle s'appuiera sur une évaluation sexologique large des différentes composantes de la fonctionnalité sexuelle :

- La fonctionnalité sexuelle
- L'individuation et l'identité sexuelle
- La vie relationnelle

Il peut être nécessaire de rechercher des éléments de l'histoire psycho-sexuelle.

CADRE THÉRAPEUTIQUE

Il nécessite :

- le traitement approprié de la cause médicale, avec importance des soins locaux
- l'attitude empathique du thérapeute, avec un temps d'écoute, d'information, d'encouragement
- la sexothérapie proprement dite qui doit se faire en lien avec l'équipe médicale

OBJECTIFS

- apporter des connaissances sur la maladie et ses traitements pour permettre une meilleure maîtrise des événements médicaux

THERAPEUTIC MANAGEMENT

It requires an evaluation, a framework and sexological objectives.

EVALUATION

It relies on a medical evaluation taking into account the immediate cause of the dyspareunia, of its evolution in the time and of the treatments already instituted.

It also takes into account the multifactoriality of the pain and it will rely on an broad sexological evaluation of the different components of the sexual functionality in order to avoid a mechanicist vision of the symptom :

- Sexual functionality
- Individuation and sexual identity
- Relational life

It may be necessary to investigate for the elements of the psycho-sexual story.

THERAPEUTIC FRAMEWORK

It requires :

- the appropriate treatment of the medical cause giving due importance to local care
- the therapist's empathic attitude, with time for listening, informing and encouraging
- the sex therapy itself which has to be carried out in connection with the medical team

OBJECTIVES

- bring the knowledge regarding the disease and its treatments to better master medical events
- bring the knowledge regarding sexuality and the differences between men and women to better understand each person's expectations
- recover a vaginal permeability that would be no longer painful or integrate a new sexual body transformed by the disease
- the work regarding sexual assertivity will be particularly relevant to restore a better self image and to fight irrational or negative thoughts
- reinforce coital sexual desire and receptivity in the imagination and in the body life
- make communication regarding the disease and sexuality easier within the couple.

- apporter des connaissances sur la sexualité et les différences entre hommes et femmes pour mieux comprendre les attentes de chacun
- récupérer une perméabilité vaginale non douloureuse ou intégrer un nouveau corps sexué, transformé par la maladie
- le travail sur l'assertivité sexuelle sera particulièrement pertinent pour restaurer une meilleure image de soi et lutter contre les pensées négatives ou irrationnelles
- renforcer le désir sexuel coïtal et la réceptivité, dans l'imaginaire et dans le vécu corporel
- faciliter la communication dans le couple autour de la maladie et de la sexualité.

CONCLUSION

Les femmes souffrant de dyspareunie doivent bénéficier d'une prise en charge plus nuancée et plus efficace. Des connaissances médicales et sexologiques plus précises nous éclairent sur les différentes situations cliniques et nous permettent de nous situer au plus près de chacune.

Ce travail nous invite à réfléchir à notre place de sexothérapeute et à sa spécificité quand il s'inscrit en collaboration avec les équipes médicales ; trop souvent méconnue, notre intervention doit faire sa place dans les institutions de soins.

CONCLUSION

The medical care the women affected by dyspareunia benefit from has to be more subtle and efficient. More precise medical and sexological knowledge sheds light on the different clinical situations and enables us to develop more understanding about them.

This work forces us to think about our position as sex therapist and about its specificity when it is carried out together with the medical teams ; our intervention is too often unknown and has to take its place within care institutions.

BIBLIOGRAPHIE – BIBLIOGRAPHY

- (1) Bautrant E. ; et coll., numéro 148, octobre 2010, « Que faire devant une névralgie pudendale ? », pp. 23-26.
- (2) Bergeron S. ; Laboratoire d'étude de la douleur gynécologique, Université du Québec, Montréal.
- (3) Bonal M. ; Sexe et Guérison, 1998, collection l'harmattan, « Quand le sexe donne ou peut donner la maladie : la femme, le gynécologue, la sexualité », pp.107-116.
- (4) Bonal M. ; Journées pyrénéennes de Gynécologie, Tarbes, 4 octobre 1996, « Douleur ou absence de désir ? »
- (5) Cabanis C. ; Cahiers de Sexologie Clinique, approche psychosomatique des dyspareunies féminines ».
- (6) Cabanis C. ; Manuel de Sexologie, Patrice Lopès, François Xavier, Poudat, 2007, éd. Masson, « analyse clinique des dysfonctions sexuelles féminines » ; pp. 90-99.
- (7) Cabanis C. ; Sexe et Guérison, 1998, collection l'Harmattan,
- « Du symptôme et de la guérison dans l'approche intégrative en sexothérapie », pp. 305-317.
- (8) Desjardins J.Y. ; La Sexothérapie, carrefour des psychothérapies, éd. de Boeck, chapitre 2, « Approche Sexocorporelle ».
- (9) Grange C. « Qualité de vie sexuelle et cancer du col avancé » mémoire pour le Diplôme Inter- Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine, Université Paul Sabatier Toulouse, 2011.
- (10) Grimaldi M. ; Réalités en Gynécologie Obstétrique, numéro 149, novembre 2010, « Douleurs périnéales, dyspareunies et vulvodynies : reconnaître l'origine neuromyofasciale ».
- (11) Mimoun S. ; Réalités en Gynécologie Obstétrique, numéro 104, octobre 2005 « Comment j'explore les dyspareunies chroniques ? ».
- (12) Tremblay R. ; Couple Sexualité et Société, éd. Payot, 1993.
- (13) Trudel G. ; Les Dysfonctions Sexuelles, Presse de l'Université du Québec, 2003.

VAGINISME – VAGINISMUS

Auteur : Dr Jeffrey Pedrazzoli (Lugano, Suisse) – Author : Dr. Jeffrey Pedrazzoli (Lugano, Switzerland)

Texte tiré d'une communication lors de la journée de l'ISI en avril 2010 à Toulouse

Text based on a communication given on ISI day in April 2010 in Toulouse

Je me propose traiter le sujet du vaginisme qui est un trouble sexuel féminin que rencontrent un certain nombre de femmes. En proportion, ce n'est pas un trouble fréquent, mais il est invalidant et très anxiogène. En règle générale, c'est la patiente elle-même qui l'a diagnostiqué ou il est découvert grâce à une consultation gynécologique. Dans bien des cas, la patiente pense d'abord qu'elle a un trouble anatomique ou physiologique. D'ailleurs, il a fallu attendre la fin des années 60 pour que le vaginisme soit identifié comme pouvant être traité. Ceci fut possible grâce aux travaux de Masters et Johnson (Harrison, 1996).

Le vaginisme n'est pas un défaut physique, ni une maladie. C'est un état émotionnel dans lequel les causes psychologiques se manifestent par une réponse physiologique. Le vaginisme est, du point de vue anatomo-physiologique, une contraction réflexe et involontaire de certains muscles entourant le vagin: le muscle releveur de l'anus, le « constricteur du vagin » et les adducteurs. Ils sont situés au même niveau que l'hymen. Comme nous contractons de manière réflexe les muscles abdominaux lors d'un coup que nous recevons, la femme contracte involontairement ses muscles pelviens lors d'une tentative de pénétration: l'intromission du pénis est impossible. Le corps possède un système de défense qui interdit toute intrusion d'un corps étranger. La contracture elle-même n'est pas douloureuse, c'est plutôt lorsqu'il y a tentative de pénétration que la douleur est ressentie.

Voici un exemple du mécanisme qui se met en place dans le vaginisme :

1. La peur d'avoir mal, que cette douleur soit physique ou morale, crée une anticipation négative qui met le corps sous tension.
2. Cette tension généralisée provoque une contracture involontaire des muscles pelviens et de la musculature de tout le corps.
3. La douleur bloque l'excitation et la lubrification et augmente l'intensité de la contraction musculaire de défense.
4. Le spasme musculaire induit par la peur entraîne une douleur lors de la tentative de pénétration et rend l'intromission du pénis dans le vagin impossible.
5. L'expérience négative d'angoisse et douleur, si répétée, peut causer une dépression réactive et une chute secondaire du désir sexuel coïtal, jusqu'à l'évitement des rapports.
6. Le cercle vicieux se constitue: cette peur d'avoir mal provoque une contraction qui provoque une douleur, qui provoque la peur d'avoir mal..., et ainsi de suite.

I would like to deal with vaginismus, which is a female sexual disorder a certain number of women suffer from. Proportionally speaking this does not occur that much but this is disabling and causes anxiety. Generally speaking, either the patient herself has diagnosed it or it has been detected during a gynaecological consultation. The patient often believes she has an anatomical or physiological disorder. By the way it is only at the end of the sixties that we discovered that vaginismus could be treated thanks to studies Masters and Johnson (Harrison, 1996) had conducted.

Vaginismus is neither a physical defect nor a disease. It is an emotional state where there is a physiological reaction to psychological causes. On an anatomo-physiological point of view vaginismus is a reflex and involuntary contraction of certain muscles around the vagina : the levator ani muscle, the « constrictor muscle of the vagina » and the adductor muscles. They are located at the same level as the hymen.

As we contract abdominal muscles in a reflex way when we are struck the woman involuntarily contracts her pelvic muscles during an attempt at sexual intercourse : the intromission of the penis is made impossible. The body's defense system forbids any intrusion of a foreign object. The contracture itself is not painful, but the attempt at penetration is.

Here is an example of the mechanism at the core of vaginismus:

1. The fear of the pain, whether physical or mental, creates a negative anticipation tensing the body.
2. This generalized tension causes an involuntary contraction of the pelvic muscles and of all the muscles of the body.
3. The pain prevents both the excitation and the lubrication and increases the intensity of the muscle defense contraction.
4. The muscular spasm caused by fear provokes a pain on the attempt at penetration and makes the intromission of the penis impossible.
5. The negative experience of anguish and pain, if repeated, may cause a reactive depression and a secondary drop in the coital sexual desire which may lead to avoid sexual intercourse.
6. The vicious circle is thus formed : this fear to suffer causes a contraction which causes a pain which causes the fear to suffer,... and so on.

Le vaginisme s'accompagne souvent d'un sentiment de honte, ce qui explique pourquoi les femmes vaginiques et leurs partenaires souffrent en silence et sont réticents à exposer leurs problèmes. Nous vivons dans une société qui associe sexualité et pénétration et par conséquent, les couples trouvent extrêmement difficile d'admettre qu'ils ne sont pas capables de faire ce qu'ils imaginent que d'autres font naturellement.

Quelles sont les classifications possibles du vaginisme?

On distingue le vaginisme primaire, avec lequel jamais aucune pénétration n'a été possible, c'est à dire, impossibilité depuis toujours de pénétration du pénis dans le vagin et ce dès les premières tentatives de coït. Et le vaginisme secondaire qui se met en place au fil du temps, suite à une fonctionnalité vaginale. Souvent associé à une dyspareunie antérieure, il faudra chercher un éventuel problème organique.

Parmi les femmes souffrant de vaginisme on peut encore reconnaître celles qui ont une absence complète d'investissement vaginal, c'est à dire qui sont incapables de supporter toute forme de pénétration vaginale (ex : doigt, tampons, pénis) de celles qui peuvent supporter diverses formes de pénétration, exception faite du pénis. Elles ont une capacité à vivre une excitation sexuelle, à la faire monter jusqu'à la décharge orgasmique, qui est en général bien vécue, mais en l'absence de toute pénétration.

Deux grandes catégories de vaginisme:

le Vaginisme Phobique et le Vaginisme d'Angoisse

Dans le vaginisme phobique, l'élément le plus important est la crainte de la douleur associée à la pénétration. L'origine de l'apparition de la phobie n'est pas toujours facile à localiser:

- dans certains cas, il peut être lié à une vulnérabilité neurobiologique à des stimuli phobiques, c'est à dire sur une base constitutionnelle (parfois associée à d'autres phobies);
- dans d'autres cas, l'attitude phobique est causée par des facteurs psycho-représentés, comme par exemple une éducation sexuelle trop rigide ou des expériences traumatisantes.

La contraction musculaire ne concerne pas seulement les muscles qui entourent le vagin, mais tous les muscles du corps: l'hypertonie est très répandue. La localisation de la douleur est identifiée avec précision par la femme à l'entrée du vagin. Dans le vaginisme phobique, la crainte de la douleur est associée à « faire entrer ». Cela ne concerne pas seulement l'insertion du pénis, mais aussi l'excitation de l'homme. La peur est d'ailleurs présentée comme la crainte de perdre le contrôle et la peur de la grande proximité dans le contact corporel. La composante phobique qui accompagne le trouble peut se produire avec différents degrés d'intensité.

Si, dans le vaginisme phobique, la localisation de la douleur

Vaginismus is often accompanied by a feeling of shame, which explains why vaginic women and their partners silently suffer and are reluctant to talk about their problems. We live in a society associating sexuality and penetration and therefore couples often find it extremely difficult to admit that they are unable to do what they think others naturally do.

What are the possible classifications of vaginismus?

First of all there is the primary vaginismus : no penetration has ever been possible, which means impossibility forever for the penis to penetrate the vagina, and this ever since the first coital attempts.

Then there is the secondary vaginismus which settles gradually as a consequence of a vaginal functionality. It is often associated to a previous dyspareunia, a possible organic problem will thus have to be sought.

Among the women with vaginismus we may still distinguish those with a complete absence of vaginal involvement, that is the women who are unable to accept any form of vaginal penetration (for instance : finger, menstrual tampon, penis) from those who can, except for the penis. They are able to feel a sexual excitation, to increase it until the orgasmic discharge which is generally well accepted but without any form of penetration.

Two broad categories of vaginismus:

Phobic Vaginismus and Anxiety Vaginismus

Regarding phobic vaginismus, the most important element is the fear to suffer associated to penetration.

The reason why this phobia appeared is not always easy to determine :

- it may sometimes be linked to a neurobiological vulnerability to phobic stimuli, that is on a constitutional basis (sometimes associated to other phobias);
- the phobic attitude may some other times be caused by psycho-represented factors, such as for instance a sexual education which has been too strict, or traumatizing experiences.

The muscular contraction does not only involve the muscles around the vagina, but also all the muscles of the body : the hypertonia is very widespread.

The localization of the pain is precisely identified by the woman at the entry of her vagina. Regarding phobic vaginismus the fear to suffer is associated to « make enter ». It does not only concern the intromission of the penis but also the male excitation. By the way the fear is presented as the fear to lose control and the fear to be too close in the

est identifiée par la femme avec précision à l'entrée du vagin, dans le vaginisme d'angoisse, il n'y a pas de capacité de localiser la douleur car elle est perçue comme trop diffuse. Un facteur permettant de discriminer les 2 types de vaginismes est la possibilité pour la femme de verbaliser, après l'avoir reconnu, le point où elle ressent la douleur au moment de la pénétration.

Ce qui caractérise la femme présentant un **vaginisme d'angoisse**, c'est l'appropriation limitée de sa propre féminité. C'est une femme chez qui le processus d'individuation ne s'est pas déroulé adéquatement et qui maintient, à l'âge adulte, une relation fusionnelle avec la figure maternelle. La fille, pour grandir et atteindre la maturité, a besoin d'intégrer ses organes génitaux dans sa structure psychique. La femme fusionnelle, dans différents aspects de sa féminité, n'a pas grandi dans une modalité adulte. Elle est restée ancrée dans son rôle de fille-enfant. Même avec son partenaire, dans la relation amoureuse, elle tend à instaurer un lien très étroit, exclusif et symbiotique dans lequel la sexualité est difficilement reconnue et acceptée. La femme fusionnelle est souvent impliquée dans une relation très étroite avec sa mère (relation harmonieuse ou conflictuelle). Assumer sa féminité est vécu comme une menace et comme un risque de défusion. Le sentiment d'appartenance à son propre sexe est fragile, comme est fragile sa perception d'elle-même dans les relations affectives en général.

Le rejet et la peur de vivre sa sexualité sont également accompagnés par la crainte ou le déni de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité. Elle n'arrive pas à se percevoir enceinte et ressent comme une incapacité à prendre «soin de». Elle se dit qu'elle arrive difficilement à prendre soin d'elle-même alors elle n'arrive pas à s'imaginer prendre soin d'un bébé.

En résumé, dans le Vaginisme d'angoisse, on retrouve une femme qui n'arrive pas à se percevoir pleinement dans sa féminité et dont le processus de maturation a été bloqué ou entravé par une relation fusionnelle à la mère. Si l'on considère le vagin comme une porte d'entrée et de sortie, dans ce cas, la crainte est liée à la « sortie » et au lâcher prise. Cette peur de lâcher prise, nous la retrouvons à plusieurs niveaux:

- la respiration,
- l'incapacité à pleurer,
- à expulser (par exemple le temps de l'expulsion de l'accouchement)

Le pénis, donc, représenterait l'élément capable de rompre la fusion et potentiellement d'amener une grossesse. Le syndrome fusionnel met en évidence un problème au niveau de la maturation sexuelle et du sentiment d'appartenance

physical contact. The phobic component accompanying the trouble may occur with different degrees of intensity.

In the case of phobic vaginismus the localization of the pain is clearly identified by the woman at the entry of her vagina whereas regarding anxiety vaginismus it is not possible to localize the pain because it is perceived as too widespread.

One way to distinguish both vaginismus is the ability for the woman who has recognized it to verbalize the place where she has felt the pain on the time of penetration.

The woman with **anxiety vaginismus** is characterized by the limited appropriation of her own femininity. Her process of individuation has not taken place properly and as an adult she maintains a very close relationship with the mother figure. To grow up and get mature a girl needs to integrate her genital organs within her psychic structure. A symbiotic woman has not grown up into adult standards regarding several aspects of her femininity. She remains stuck in her

girl-child role. Even with her partner in the loving relationship she tends to establish a very close, exclusive and symbiotic link in which sexuality is hardly recognized and accepted.

The symbiotic woman is often involved in a very close relationship with her mother (either harmonious or controversial). She considers embracing her femininity as a threat and a risk of breaking the symbiosis. The feeling of belonging to her own sex is fragile, just as is her perception of herself in emotional relationships as a whole. The reject and the fear to live her sexuality are also accompanied by the fear or the rejection of pregnancy, childbirth and maternity. She is unable to see herself as pregnant and feels something like an inability to "take care of".

She finds it hard to take care of herself therefore she can't imagine herself taking care of a baby.

In summary, anxiety vaginismus concerns women who can't totally perceive their femininity and whose process of maturation has been blocked or impeached by a very close relationship with the mother. If we consider the vagina as a gateway, then the fear is linked to the « way out » and to "let go". This fear appears on several levels :

- breathing,
- the inability to cry,
- the inability to expell (for example the time of the expulsion during birth)

The penis would therefore represent the element able to break the symbiosis and potentially to bring a pregnancy.

à son sexe biologique (SASB). Au cours de la sexothérapie, l'objectif n'est pas seulement de rendre le vagin pénétrable et fonctionnel, mais aussi d'affronter et d'approfondir les composantes intrapsychiques qui soutiennent le vaginisme.

A partir de l'observation corporelle (posture, démarche, façon de s'asseoir dans le cabinet, niveau de tension musculaire dans le corps, etc.) on retrouve des profils différents entre le vaginisme d'angoisse et le vaginisme phobique. Dans le vaginisme phobique la femme sera généralement beaucoup plus tendue et aura une fermeture du bas du corps évidente (jambes serrées l'une sur l'autre ou jambes croisées ou même double croisées) alors que la femme qui souffre de vaginisme d'angoisse pourra donner une impression de « petite-fille » par sa façon de s'asseoir et par sa présentation (vêtement, cheveux, accessoires...).

Aux classifications entre ces deux formes de vaginisme phobique et d'angoisse correspondent deux typologies bien distinctes, même si nous pouvons trouver un large éventail de types intermédiaires. Nous constatons qu'il existe une absence d'intégration du vagin au niveau du schéma corporel. Si, anatomiquement, cette femme vaginique possède un vagin parfaitement normal, elle est totalement incapable de se le représenter mentalement. Bien souvent, elle n'arrive pas à se créer une représentation mentale complète de ses organes internes (vagin, utérus, ovaires, les trompes de Fallope). Nous pouvons le vérifier facilement en demandant à la femme de dessiner ses organes tels qu'elle se les imagine. Les organes génitaux externes (grandes lèvres, clitoris, méat urinaire, introïts vaginal) sont souvent confondus et méconnus.

Les organes génitaux masculins sont aussi soumis à des distorsions cognitives et perceptives. Le pénis est souvent perçu comme trop grand (trop gros, énorme, pouvant être dangereux et risquer de blesser) par rapport à l'ouverture vaginale qu'elle imagine être trop petite et qui ne semble pas être en mesure d'accueillir ce pénis. Poussé à l'extrême, c'est un peu comme si elle ne possédait pas de vagin. Le vaginisme, témoin d'une altération profonde du schéma corporel, avec sa peur de perforation, engage toute la personnalité dans un déni de la féminité.

La femme peut souhaiter avoir un rapport sexuel, elle peut avoir du désir, elle peut aimer la personne, mais son sexe ne répond pas à son souhait parce qu'il est fermé et empêche l'intromission. Par contre, une femme vaginique n'est pas obligatoirement anorgastique ou anorgasmique. Certaines ont une sexualité importante (masturbation, rapports bucco-génitaux) dans laquelle elles ressentent beaucoup d'excitation et de plaisir sexuel. Parmi les femmes vaginiques, la capacité de s'exciter peut être exprimée avec des différences considérables. Dans certains cas, elle peut être extrêmement

The symbiotic syndrome underlines a problem on the level of the sexual maturation and of the sense of belonging to one's biological sex (SASB). In the course of the sexotherapy the objective is not only to make the vagina penetrable and functional, but also to face and deepen the intrapsychic components at the core of vaginismus.

Based on the observation of the body (posture, way to walk, way to sit in the practice, level of muscular tension in the body, etc.) we can distinguish different profiles between anxiety vaginismus and phobic vaginismus. In the case of phobic vaginismus the woman will generally be more tensed and the lower part of her body will be obviously closed (legs tightly together one over the other or legs crossed or even doubly crossed) while the woman with anxiety vaginismus will give the impression of being a « little girl » in her way to sit and in her appearance (clothes, hair, accessories, ...).

To the classifications between these two forms of vaginismus - phobic and anxiety - correspond two separate typologies, even if we can find a large range of intermediary types.

We may observe there is an absence of integration of the vagina regarding the body map. If this vaginic woman has an anatomically normal vagina, she is totally unable to represent it mentally to herself. Very often she is unable to create her own complete mental representation of her internal organs (vagina, uterus, ovaries, fallopian tubes). It is easy to check by asking the woman to draw her organs as she pictures them. The external genital organs (labia majora, clitoris, urinary meatus, vaginal entrance) are confused and unknown.

The male genitals are also subject to cognitive and perceptive distortions. The penis is often perceived as too big (too big, enormous, possibly dangerous, and possibly able to hurt) in comparison to the vaginal entrance she imagines too small and unable to admit this penis. Taken to the extreme she nearly seems to have no vagina. Vaginismus is the sign of a deep alteration of the body map with its fear of perforation and it engages the whole personality in a denial of femininity. The woman can feel like having sex, she can have desire, she can love her partner but her sex does not meet her wish because it is closed and prevents the intromission. On the contrary, vaginic women are not necessarily anorgastic or anorgasmic. Some of them have an important sexuality (masturbation, oral sex) where they feel a lot of excitation and sexual pleasure. Regarding vaginic women the capacity to excite oneself can be expressed with considerable differences. It may sometimes be extremely limited with difficulties to recognize their own excitation. Autoeroticism may be totally absent or if it exists it is practiced in such a way that there is no direct contact with the genital area. The

limitée, avec des difficultés à reconnaître sa propre excitation. L'autoérotisme peut être totalement absent ou, s'il est présent, il est pratiqué de façon à ce qu'il n'y ait pas de contact direct avec la zone génitale. La stimulation peut être réalisée par pression accompagnée de mouvement et de contraction des muscles du bassin et des cuisses (mode archaïque). Dans d'autres cas, cependant, la femme a une bonne capacité à reconnaître sa réponse excitatoire lorsqu'elle s'excite par la stimulation directe du clitoris (mode mécanique). Dans les deux cas, la décharge orgasmique est possible. Toutefois, ce qui est toujours manquant c'est la perception interne de l'excitation dans le vagin. Ce manque de repérage sensoriel est généralement en lien avec la peur de la pénétration.

Le mode d'excitation utilisé se reflète également sur la sexualité du couple. On va de la possibilité de stimulation réciproque jusqu'à l'atteinte de l'orgasme, à une intimité limitée où chaque rapprochement de la zone génitale, même avec les doigts, est évité ou vécu comme gênant ou dégoûtant. Le désir sexuel est souvent diminué chez les femmes vaginiques, en particulier dans le vaginisme d'angoisse, parce qu'il se confond facilement avec le désir d'intimité émotionnelle plutôt que physique. Dans certains cas, cependant, le désir sexuel peut être vif, en particulier dans la période précédant l'apparition du problème dans toute son intensité. Avec la persistance des difficultés, une chute de l'intérêt pour les activités sexuelles devient presque inévitable.

Dans le vaginisme d'angoisse, le besoin de proximité physique et affective avec le partenaire ne permet pas de créer et de maintenir une distance nécessaire pour nourrir le désir sexuel. Même l'érotisation de la différence morphologique et psychologique entre le féminin et le masculin est fortement limitée par la mauvaise perception de soi-même comme sujet/objet sexuel. Par conséquent, même l'imaginaire érotique peut être pauvre, absent ou caractérisé exclusivement par des contenus sentimentaux et affectifs. Le plaisir sexuel lié à la pénétration est absent puisque la femme n'a pas développé son senti interne vaginal. De plus, comme la peur de la pénétration est présente, elle anticipe négativement ce moment de la relation sexuelle.

Pour obtenir un succès thérapeutique, il est fondamental de poser un diagnostic précis qui tient compte des différents types de vaginisme, car chaque forme de vaginisme nécessite une approche thérapeutique bien différenciée. Pour ce faire, une lecture corporelle et une évaluation sexologique précises sont indispensables. Le diagnostic doit toujours être complété par un examen gynécologique pour exclure tous les composants organiques qui peuvent provoquer ou accompagner le problème. Dans ce cas, un traitement efficace s'impose.

stimulation may be realized by pressure with movements and contractions of the muscles of the pelvis and the thighs (archaic mode).

However in other cases the woman can easily recognize her excitatory answer when she excites herself by direct stimulation of the clitoris (mechanic mode).

In both cases the orgasmic discharge can occur. However the internal perception of the excitation into the vagina is still lacking. This lack of sensory location process is generally linked to the fear of penetration. The excitation mode used reflects on the sexuality of the couple. The range spreads from the reciprocal stimulation until the orgasm, to a limited intimacy where each approximation of the genital area is avoided or felt as embarrassing or disgusting, even with the fingers.

The sexual desire is often lessened regarding vaginic women, particularly in the case of anxiety vaginismus because it is often confused with the desire of emotional rather than physical intimacy.

Sometimes however there may be a strong sexual desire, in particular right before the problem occurs in all its intensity. As difficulties persist the drop of interest for sexual activities is almost inevitable.

Regarding anxiety vaginismus the need for physical and affective proximity with the partner doesn't allow to create and maintain a necessary distance to feed the sexual desire. Even the eroticization of the morphological and psychological difference between male and female is strongly limited by the bad perception of oneself as sexual subject/object. Therefore even the erotic imaginary may be poor, absent or exclusively characterized by sentimental and affective contents.

There is no sexual pleasure linked to penetration since the woman has not developed her vaginal internal feeling. Moreover since she is afraid of penetration she negatively anticipates this moment of the sexual intercourse.

To make a successful therapy it is fundamental to get a precise diagnose taking into account the different types of vaginismus because each form requires a well-differentiated therapeutic approach. To this end a body reading and a sexological evaluation are essential.

The diagnose must always be completed by a gynaecological examination to exclude all the organic components which may cause or accompany the problem. In this case an efficient treatment is required.



7ème Journée scientifique et clinique de l'ISI

PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Le modèle de santé sexuelle de l'École Canadienne

du Pr. Jean-Yves Desjardins

Les 20 et 21 avril 2012



Université Pierre et Marie Curie
21, rue de l'Ecole de Médecine Paris VI, France

LIEU
Université Pierre et Marie Curie – Les Cordeliers
21, rue de l'Ecole de Médecine Paris VI, France – Métro Odéon

TARIFS
Atelier d'approfondissement en Sexocorporel: 20.04.2012
Membre de l'ISI: 70€
Non membre de l'ISI: 80€

7ème journée scientifique et clinique de l'ISI: 21.04.2012
Matinée: Présentations plénières
Tarif unique: 80€
Après-midi: Ateliers
Membre de l'ISI: 70€
Non membre de l'ISI: 80€

Programme complet: 20 et 21.04.2012
Membre de l'ISI: 200€
Non membre de l'ISI: 220€

Dîner et Soirée ISI: 21.04.2012
Tarif unique: 60€

INFORMATIONS – INSCRIPTIONS
Joëlle Gourier: +41 (0) 79 828 97 68 – joelle.gourier@orange.fr

Pour toutes autres informations :
Catherine Bassereau: +33 (0) 2 23 25 37 30
catherine.bassereau@wanadoo.fr
Prisca Jami: +33 (0) 6 17 96 72 66 – priscajami@msn.com
Elisabeth Le Goguic: +33 (0) 3 90 50 59 33 – ellicel@free.fr

FORMULAIRES D'INSCRIPTIONS
<http://www.sexocorporel.com/journees2012>

LIENS
<http://www.sexocorporel.com>
<http://formation-sexocorporelle.fr>

PROGRAMME

Vendredi 20 avril 2012

Atelier d'approfondissement en Sexocorporel

9h00 – 13h00

Le point sur les avancées des neurosciences

Jeffrey Pedrazzoli (Lugano, Suisse) et Pascal Benoist (Paris, France)

Serge Wunsch, Docteur en neurosciences (Talence, France)

Dans une première partie, le Dr Wunsch reviendra sur les données actuelles de la sexualité humaine à partir des dernières avancées des neurosciences. Il développera ensuite la composante somato-sensorielle. Enfin, nous tenterons ensemble de mettre en évidence les points de convergences avec le Sexocorporel et les approfondissements à envisager pour le futur.

PAUSE

Réunions des commissions

16h00 – 19h00

Assemblée générale ISI

Samedi 21 avril 2012

7ème Journée scientifique et clinique de l'ISI

9h00 – 9h40

Introduction et Hommage au Pr Jean-Yves DESJARDINS

Jeffrey Pedrazzoli (Lugano, Suisse) et Roland Nicolas (Boulogne, France)

9h40 – 10h40

La grille d'évaluation sexologique selon le modèle de santé sexuelle

L'outil clinique du praticien

Lise Desjardins (Montréal, Canada)

10h40 – 11h00

Pause

11h00 – 12h00

De l'anamnèse au diagnostic

La logique du système

Patricia Faure (Annemasse, France)

12h00 – 13h00

La prise en charge sexologique

Démarche thérapeutique et traitement

Peter Gehrig (Zurich, Suisse)

13h00 – 14h30

Pause midi

14h30 – 16h30

Atelier sur les modes d'excitation sexuelle

Patricia Anex (Yverdon, Suisse) et Yoko Pedrazzoli (Osaka, Japon)

Atelier sur la double bascule

Roland Nicolas (Boulogne, France) et Linda Rossi (Lugano, Suisse)

Atelier sur l'érotisation de l'archétype sexuel

Dominique Chatton (Genève, Suisse) et Michèle Bonal (Toulouse, France)

Atelier sur la logique du système

Claude Roux (Pau, France) et Karol Bischof (Zurich, Suisse)

17h00 – 18h00

Retour sur les ateliers, remerciements et conclusion

Michèle Bonal (Toulouse, France)

20h00

Dîner et soirée ISI

Lieu : "Le Petit Journal Montparnasse"

80, avenue du Maine, Paris 14ème

métro Gaîté ou Montparnasse-Bienvenue

Dimanche 22 avril 2012

9h00 – 13h00

Réunions des formateurs

Lieu : Université Paris Descartes – Centre universitaire des Saints-Pères

45, rue des Saints-Pères 75006 Paris

métro Saint-Germain-des-Prés

L'INTÉRÊT DU SEXOCORPOREL DANS D'AUTRES PROFESSIONS : MÉDECIN PSYCHIATRE INTEREST OF SEXOCORPOREL IN OTHER PROFESSIONAL AREAS : PSYCHIATRIST

Auteure : Mme Isabelle Chaffai – Author : Ms Isabelle Chaffai

Interview réalisée par Isabelle Chaffai (IC) auprès de Mme Suzanne Giliand (SG)

Interview by Isabelle Chaffai (IC) with Ms Suzanne Giliand (SG)

IC : Comment avez-vous entendu parler du Sexocorporel ?

SG : C'est lors de ma formation de conseillère en planning familial (CPF) que j'ai rencontré la Dresse Claude Roux-Deslandes qui m'a beaucoup impressionnée par sa façon d'être et de bouger. Sur ses conseils, j'ai participé aux 5 week-ends Vivre en Amour (VEA) et j'ai fait la connaissance du Pr. Jean-Yves Desjardins qui m'a apporté des recadrages cognitifs et des habiletés corporelles très importants pour ma vie privée. L'ensemble des cours VEA m'ont donné envie de faire la formation en Sexocorporel pour approfondir ce que je découvrais et pour avoir des outils pour parler autrement de la sexualité dans ma profession de CPF.

IC : Quelle est votre profession ?

SG : Au début de la formation j'étais conseillère en planning familial. En octobre 2007, lors du 2ème cycle, j'ai repris ma profession de médecin - mise de côté pendant quelques années pour raison familiale – afin de faire ma formation post graduée de spécialiste en psychiatrie.

IC : Qu'est-ce que la formation en Sexocorporel vous a apporté dans le cadre de votre profession ? Quels sont les outils et/ou habiletés acquises au cours de la formation, qui vous servent dans votre profession ?

SG : Le modèle de santé sexuelle m'a donné des repères pour comprendre la sexualité en général et comprendre comment je fonctionnais dans ce domaine. J'ai pu mettre en relief mes lignes de forces et mes limites. Il m'a été très utile de pouvoir aborder la sexualité par un modèle de « santé » et non de pathologie. C'était très différent de ce que j'avais appris à faire dans ma formation médicale. Par la suite, dans la cadre des entretiens de planning familial, j'ai pu parler très différemment de la sexualité avec une vision positive mettant en évidence ce qui fonctionne et avec une vision plus claire. C'est grâce au modèle de santé sexuelle du Sexocorporel que j'ai pu y arriver.

IC : Qu'est-ce qui vous a donné envie de poursuivre votre formation en deuxième niveau ? Et que vous a apporté ce deuxième niveau ?

SG : L'envie d'approfondir ce que j'avais découvert en premier lieu pour moi-même et passer du plan personnel au plan

IC : How have you heard of Sexocorporel ?

SG : During my training in family counselling I met Dr Claude Roux-Deslandes who impressed me a lot in her way of being and moving. Following her advice I took part to the 5 Vivre en Amour -VEA- (Living in Love) week-ends where I met Pr. Jean-Yves Desjardins who helped me work out a cognitive refocusing and get body abilities which were very important for my private life. The VEA sessions made me want to train in Sexocorporel to further develop what I was discovering and to get the tools to talk differently about sexuality in my job as a family counsellor.

IC : What do you do ?

SG : When my training started I was a family counsellor. During the 2nd cycle in October 2007 I took up my medical career - which I had set aside during a few years for personal reasons – in order to have a postgraduate training in psychiatry.

IC : What has the training in Sexocorporel provided you professionally speaking ? Which tools and/or skills acquired during this training are useful in your profession ?

SG : The model of sexual health has provided me benchmarks to understand sexuality in general and to understand how I functioned in this domain. I was able to highlight my key elements and my limits. It was very useful to be able to consider sexuality as a “health” model and not as a pathology. It was very different from what I had learnt to do during my medical training. Subsequently in the family counselling interviews I was able to talk about sexuality in a very different and clear way, with a positive point of view bringing to light what works well. The model of sexual health has helped me get there.

IC : What was your motivation to pursue your training in the second level ? What has this second level provided you ?

SG : First of all I felt like understanding better what I had discovered and then to transfer from a personal point of view to a general point of view. Learning body reading was very useful to become more objective and to understand how my observations could be influenced by my own system logic.

général. L'apprentissage de la lecture corporelle a été un très bon exercice pour devenir plus objective et comprendre en quoi mes observations pouvaient être influencées par ma propre logique de système.

Ce deuxième niveau m'a aussi permis d'approfondir les connaissances ce que j'avais reçues en premier niveau, aussi bien sur le plan des connaissances générales en Sexocorporel que sur le plan de mes appropriations personnelles. Le fait d'entendre des informations, déjà en partie connues, m'a permis de me détacher des informations de base pour voir des détails et les subtilités de la méthode. Par ailleurs, l'exercice de l'observation et de la lecture corporelle objective a été un très bon exercice. Cela n'a pas été facile au début, mais c'est un apprentissage qui s'acquiert peu à peu dans le groupe des observateurs par la mise en commun des observations de la même personne sous la guidance du/de la responsable du groupe. L'apprentissage de la lecture corporelle a été un très bon exercice pour devenir plus objective et comprendre en quoi mes observations pouvaient être influencées par mon propre fonctionnement.

Actuellement, la lecture corporelle s'intègre dans ma pratique psychiatrique en complétant mes investigations et observations cliniques. L'attention au corps du patient mise en lien avec ce qui est dit sur le plan verbal est très utile pour voir si il y a une complémentarité ou une opposition entre ce qui est dit et montré. Cela me permet de mieux orienter la suite de mes entretiens.

IC : Et que vous a apporté ce troisième niveau et comment vous vous en servez dans le cadre de votre travail ?

SG : Faire un troisième cycle alors que je connaissais déjà bien le modèle de santé sexuelle, m'a permis d'être très libre pour observer le savoir faire des enseignants, surtout dans les ateliers, et pouvoir me l'approprier. J'ai pu observer les diverses façons de proposer les exercices, quelles techniques spécifiques chacun avait développé pour expliquer et faire exercer différentes habilités (ex : centration - loi du corps - bascule du bassin - bascule du haut du corps - respiration, ...). En m'appuyant sur d'autres techniques corporelles que je pratique dans le privé, j'ai pu approfondir pour moi-même les divers mouvements pour qu'ils soient de moins en moins des exercices « volontaires » en référence à un « modèle extérieur » mais qu'ils deviennent plus intégrés et « naturels », comme partant du centre de soi. J'ai constaté, sur le plan personnel, que si j'utilise la respiration comme moteur pour initier le mouvement de la double bascule, je ressens le mouvement comme venant de moi. Si je fais la double bascule et que j'accompagne ensuite avec la respiration, j'ai l'impression de faire de la gymnastique.

This second level has also helped me develop further what I had learnt during the first level regarding both general knowledge in Sexocorporel and my personal knowledge. Hearing information I already partly knew has enabled me to break away from the basic information to consider the details and subtleties of the method. Moreover observation and body reading objectively has been very useful. It has not been easy at first but you progressively get this knowledge in the group of observers when sharing the observations on the same person under guidance of the group leader. Learning body reading has been very useful to improve my objectivity and understand how observations could be influenced by my own way of functioning.

Currently body reading is part of my psychiatric practice in conjunction with my clinical investigations and observations. The attention paid to the patient's body associated to what is verbally expressed is useful to define whether a complementarity or an opposition lies between what is said and shown. It helps me guide the course of the interviews.

IC : What has this third cycle provided you and how do you use it as part of your work ?

SG : Taking a third cycle while I knew already well the model of sexual health helped me be very open-minded when observing the teachers' know-how, especially during the workshops, and to grab it. I was able to consider the different ways to propose exercises, which specific techniques each person had developed to explain and make practice different skills (for instance : centration – body law – double tilting – pelvis tilting – breathing...). Building on other body techniques I privately practise, I was able to further develop the different movements for myself : indeed I wanted them to be less and less « voluntary » exercises as a reference to an exterior model but to become more integrated and « natural » as though originating from the centre of the self. On a personal point of view I have noticed that if I use my breathing as an engine to initiate the double tilting movement, I can feel the movement as though originating from me. If I do the double tilting and then breathe, I feel I am performing gymnastics.

IC : What would be your conclusion ?

SG : Since I have worked as a psychiatrist I practice little sex therapy. Only few patients are addressed to me or consult because of a sexological problem while there is often a secondary sexological difficulty underlying the psychiatric pathology or the treatment (antidepressants and neuroleptics). However I use my knowledge in Sexocorporel

IC : Quel serait votre mot de la fin ?

SG : Depuis que je travaille en psychiatrie, je pratique peu de sexologie. Je n'ai que quelques rares patients qui me sont adressés ou qui consultent pour un problème sexologique, bien que souvent il existe une difficulté sexologique secondaire à la pathologie psychiatrique ou au traitement (antidépresseurs et neuroleptiques). J'utilise malgré tout mes connaissances du Sexocorporel ainsi que d'autres techniques (ex: méthodes de libération des cuirasses, QI-Gong).

Avec beaucoup de patients, j'utilise la respiration abdominale ou faire des soupirs, s'étirer et bailler afin de susciter la détente et une meilleure perception du corps. J'essaie d'amener le patient à prendre conscience du fait que passer d'une respiration superficielle et thoracique à une respiration abdominale amène à plus de stabilité émotionnelle, car la respiration abdominale permet d'ancrer les émotions dans le centre de gravité du corps. Pour augmenter le grounding, je travaille sur les genoux et les pieds. Je démontre au patient comment, en hyper extension des genoux, la stabilité semble là mais un faible choc physique provoque l'instabilité. Avec une légère flexion, il y a plus de souplesse et de possibilité d'encaisser les chocs aussi bien physiques qu'émotionnels. Je travaille aussi les pieds, par exemple avec des massages des pieds, les petites balles qui détendent la musculature et permettent une meilleure conscience de l'enracinement.

IC : Je vous remercie pour votre participation et je vous souhaite bon succès dans la poursuite de vos projets.

along with other techniques (for instance : methods of release of the armors, QI-Gong).

With a lot of patients I practice abdominal breathing or sighing, stretching and yawning to relax them and make them better aware of their body. I try to help the patient feel that an abdominal breathing brings him/her more emotional stability than a superficial thoracic breathing because abdominal breathing helps settle the emotions in the body centre of gravity. To improve the grounding I work on my knees or on my feet. I demonstrate the patient how stability seems to be good when the knees are hyper-extended but how a little physical shock causes instability. A slight flexion gives more flexibility and possibility to accept physical and emotional shocks. I also deal with feet, for instance massaging them with small balls which relax muscles and help feel rooting better.

IC : I thank you for your participation and wish you much success for your projects.

TRAVAILLER AVEC DES COUPLES EN ALLIANT LA THÉRAPIE RELATIONNELLE IMAGO ET LE SEXOCORPOREL

COMBINING IMAGO RELATIONSHIPS THERAPY AND SEXOCORPORAL APPROACH IN COUPLES THERAPY

Auteure : Mme Antoinette Liechti Maccarone – Author : Ms Antoinette Liechti Maccarone

Lorsque les couples arrivent en consultation sexologique ou en thérapie de couple en amenant une problématique sexuelle, fréquemment ils sont pris dans un conflit où la difficulté sexuelle devient une lutte de pouvoir. C'est le cas lorsqu'il y a une disrépance du désir sexuel. Celui qui a moins de désir vit son partenaire comme harcelant et rejette tout contact physique, même si l'intention de ce dernier est affective et non sexuelle, déprivant ainsi le couple d'une connexion émotionnelle et physique. Un autre cas de figure est celui où, suite à une longue période où la difficulté sexuelle est apparue chez l'un des deux (par exemple une éjaculation précoce ou un trouble érectile, une dyspareunie ou absence de désir sexuel chez madame qui de ce fait évite tout contact sexuel) et qu'il/elle tarde à réagir, créant ainsi des tensions importantes dans le couple. Dans ces situations-là, il est souvent nécessaire de faire un travail de « ventilation » du conflit pour aider le couple à redevenir des alliés et donner de meilleures chances à la sexothérapie. En effet, sans ce travail relationnel préliminaire, la personne qui consulte pourra faire des progrès personnellement, mais au moment de les mettre en pratique avec son/sa partenaire elle risque de se retrouver face à un mur de ressentiments accumulés et il arrive souvent qu'elle laisse tomber. Par ailleurs, cette alliance de travail avec le couple permet parfois de constater qu'il y a aussi du travail sexocorporel à faire chez les deux personnes et pas uniquement sur « le patient désigné ».

Pour faire ce travail relationnel, la Thérapie Relationnelle Imago est un outil de premier choix. Cette approche a été développée aux USA par Harville Hendrix, Ph.D. dans les années 80. Elle part d'un paradigme relationnel où la relation en elle-même est le centre de l'attention du thérapeute et des clients.

Quelques principes de base dans la Thérapie Relationnelle Imago

L'espace entre est sacré. Tout ce que chaque partenaire y met - ou n'y met pas - a un impact sur la relation, soit dans le sens de la nourrir, soit dans celui de la polluer. Le couple apprend à voir combien chacun est co-responsable dans la relation à tous les niveaux (y compris sexuel). Le mariage (ou la relation engagée) n'est pas un problème à résoudre, ni une maladie à guérir. C'est au contraire un laboratoire vivant pour la co-création de deux adultes mûrs. Lorsque nous venons au monde nous sommes de l'énergie qui pulse et qui cherche à s'exprimer à travers les quatre canaux principaux par lesquels s'écoule l'énergie à savoir la pensée, l'action, les sensations et

When couples come to a sex therapy session or to an Imago session with a sexual concern, they are frequently caught in a conflict where the sexual difficulty has become a power struggle. This is often the case when there is a difference in sexual desire. Often the partner with less desire experiences the other as harassing and tends to reject any physical contact, even if the intention beneath the physical contact is emotional and not sexual, thus depriving both of them of tenderness and emotional connection. Another scenario is where, after a long period when the sexual difficulty has been present for one of the partners (eg premature ejaculation or erectile dysfunction for him or dyspareunia or lack of desire for her, which makes her avoid any sexual contact) and he / she is reluctant to do something, therefore creating significant tensions between the couple. In these situations, it is often necessary to make a work of "ventilation" of the conflict to help the couple become allies again and give better chances to sex therapy or relational therapy. Indeed, without this preliminary work on the relationship, the person attending the sex therapy sessions does progress on a personal level, but when time comes to put into practice with his / her partner she/he may end up facing a wall of resentment that has been building up over time and therefore she/he tends to give up. Moreover, offering a sexocorporal evaluation for each partner can sometimes show that there is also some work to do for both partners, not just for the "identified patient".

To work on the relationship, Imago Relationship Therapy is a tool of choice. Harville Hendrix Ph.D developed this approach in the USA in the 80's. It is based on a relational paradigm where the relationship itself is the center of attention of the therapist and clients.

Some core principles in Imago Relationship Therapy

The space between is sacred. Whatever each partner brings or does not bring in the space between has an impact on the relationship, either nourishing it or polluting it. The couple learns to see how everyone is co-responsible in the relationship at all levels (including the sexual one).

Marriage (or a committed relationship) is not a problem to solve or a disease to cure. It is instead a living laboratory for the co-creation of two mature adults. When we are born, we are a pulsating energy that seeks to express itself through four main channels through which energy flows: thoughts,

les émotions. Au cours de notre processus de développement et de socialisation, nous allons perdre certains aspects de nous, nous adapter en fonction de ce que l'on attend de nous et donc sous-développer ou sur-développer certaines façons d'être au monde. Une fois en couple, la plupart du temps notre partenaire va nous demander de faire des choses que nous n'avons pas l'habitude de faire et nous inviter ainsi à développer ces aspects manquants. Souvent ces demandes vont venir de besoins non satisfaits de l'enfance et nous allons rejouer certaines des danses relationnelles de notre passé avec notre partenaire, que nous avons justement choisi sur cette base-là !

En effet, le choix notre partenaire se fait sur la base d'une image inconsciente du partenaire idéal (l'Imago) que nous portons en nous et qui est construite durant l'enfance à partir des aspects positifs et négatifs des personnes qui se sont occupées le plus de nous (généralement parents et fratrie). Lorsque nous trouvons quelqu'un qui correspond à cet Imago, nous tombons amoureux et vivons une première période d'amour romantique, soutenus par le cocktail neurohormonal qui accompagne l'état amoureux. L'un des effets de cette chimie amoureuse est notamment d'anesthésier l'amygdale, centre de contrôle de la peur, ce qui explique pourquoi durant cette période nous sommes ouverts à toutes sortes d'expériences (y compris sexuelles), nous nous montrons sous notre meilleur jour, baissons nos gardes et sommes comme sur un nuage rose. Une fois la relation devenue stable, ce cocktail diminue et le couple passe à l'étape suivante, étape naturelle de la relation : la lutte de pouvoir. Durant celle-ci, nous allons faire en sorte que de gré ou de force notre partenaire nous fasse nous sentir comme au début de la relation, convaincus qu'il/elle a arrêté de faire ou d'être « comme avant ». En fait nous réagissons surtout au fait que notre chimie interne a changé. Nous ne nous sentons plus aussi vibrants et l'attribuons à notre partenaire alors qu'en fait c'est simplement le cocktail chimique qui diminue ! Ce temps de lutte de pouvoir est souvent coloré par des négociations, compromis, sacrifices, ennui, conflits à différents degrés et sur divers aspects de la relation. La sexualité devient parfois elle aussi un enjeu dans cette lutte de pouvoir. Faire l'amour devient une « commodité » que les couples emploient comme un chantage pour obtenir de l'attention, une décharge ou de l'affection.

Les outils proposés par la Thérapie Relationnelle Imago

La thérapie Imago aide le couple à créer un cadre de sécurité pour dialoguer en suivant un processus très structuré. Cette structure crée de la sécurité. Dans ce dernier il y a un émetteur et un récepteur et les rôles ne changent pas en cours de route. L'émetteur prend la responsabilité de dire les choses dans le but d'aider son partenaire à le comprendre, en parlant de lui-

action, sensations and emotions. During our process of development and socialization, we lose some aspects of us, and adapt according to what is expected from us and therefore under- or over-develop certain ways of being in the world. Once in a couple, our partner will ask us to do things that we do not normally do and invite us to develop these missing aspects. Often these requests will be rooted in unmet needs from childhood and we will replay some of the dances of our childhood relationships with our partner, because we picked up our partner to do that!

Indeed, another basic assumption is that we choose our partner based on our Imago, an unconscious image of the ideal partner that we carry within us, and which is built during childhood out of the positive and negative traits of our caretakers (usually parents and siblings). When we find someone who matches this Imago, we fall in love and live in a first period of romantic love, supported by the neuro-hormonal cocktail that comes with love. One effect of this love chemistry is to anesthetize the amygdala, the central control of fear in the brain, which explains why during this period we are open to all kinds of experiences (including sexual), we show the best of ourselves, let down our guard and are like floating on a pink cloud. Once the relationship has become stable, this cocktail decreases and the relationship moves to the next natural step: the power struggle. During this period, we will ensure that willingly or by force our partner makes us feel like at the beginning of the relationship, because we are convinced that he / she has stopped doing or being "like before." In fact we are reacting mostly to the fact that our internal chemistry has changed. We no longer feel so vibrant and blame our partner for that. This time of power struggle is often marked by negotiations, compromises, sacrifices, boredom and conflict at different degrees and in various aspects of the relationship. Sexuality, money and children's education are the most common issues in this power struggle phase. Sex too often becomes a "commodity" couples use to blackmail or bargain for release, time or affection.

The tools offered by Imago Relationship Therapy

Imago therapy helps the couple to create a safe framework for dialogue following a very structured process. Structure creates safety. In a dialogue, there is a sender and a receiver and you only switch roles when the sender has been fully heard and understood.

The sender takes responsibility to say things in order to help his partner to understand him, speaking of himself and leaving aside criticism, shame, blame and accusations. This helps to break the widespread symbiotic idea that "If you really loved me you would know" or the one that takes for

même et en laissant de côté les critiques, blâmes, reproches et accusations. Cela l'aide à sortir de l'idée symbiotique trop souvent répandue que « si tu m'aimais vraiment, tu saurais » ou celle où, après un certain temps passé ensemble, l'autre devrait nous connaître comme sa poche et donc deviner nos besoins. Lorsque nous sommes l'émetteur, nous apprenons à exprimer nos besoins et sentiments clairement sans être dans une réactivité destructrice. La responsabilité du récepteur est d'apprendre à écouter avec toute sa présence, en laissant de côté momentanément son point de vue, ses interprétations. Il fait le « Miroir », qui est de répéter ce que l'autre a dit en vérifiant si c'est exact. Le Miroir permet de donner le message que nous avons vraiment entendu l'autre là où il est et pas là où nous aimerions qu'il soit. Le récepteur apprend ainsi à gérer sa propre réactivité et à faire de la place pour la réalité de son partenaire qui est différente de la sienne.

Le dialogue comporte différentes étapes : le Miroir (l'émetteur partage un seul sujet en l'approfondissant avec le miroir par le récepteur), le Résumé et la Validation par le récepteur (qui valide le sens que cela peut avoir pour l'émetteur de penser ou de sentir cela) et enfin l'Empathie qui consiste à imaginer les sentiments de l'émetteur. La Validation est centrale car elle permet au récepteur d'apprendre à se décentrer pour se mettre à la place de l'autre et comprendre que le point de vue de l'autre est tout aussi valable que le sien. Cela permet d'apprendre que comprendre ne veut pas dire être d'accord et qu'ils peuvent avoir des points de vue différents et s'aimer quand même. Les couples passent la plupart de leur temps à se disputer plutôt qu'à être en lien. A mesure que le couple s'exerce à dialoguer, ils apprennent des moyens pour calmer leur réactivité, intégrer progressivement la notion fondamentale de l'altérité et être à même de devenir des alliés pour travailler en équipe.

Le rôle du thérapeute Imago est différent du rôle plus classique en thérapie de couple, vu qu'il est là pour aider le couple à communiquer entre eux et non pas pour être un intermédiaire/arbitre à qui le couple parle. C'est une approche qui vise à redonner du pouvoir au couple et à leur faire contacter et travailler à partir de leurs compétences (un peu comme en Sexocorporel où on part des lignes de force).

Intégrer Imago et Sexocorporel

Lorsque la tension au sein du couple est trop forte autour de la sexualité, quelques séances Imago pour apprendre à s'écouter et à se parler différemment sont utiles pour plusieurs raisons. Elles permettent à la personne qui présente le trouble sexuel le plus évident de partager son vécu autour de cette difficulté et cela aide souvent l'autre à avoir plus de compassion et de patience. Par exemple, un homme éjaculateur précoce, à prédominance fusionnelle, dont le seul moyen de se sentir proche de sa femme est de faire l'amour, même si ça le laisse

granted that after a certain time together we should perfectly know each other and guess our mutual needs. As a sender, we learn to express our needs and feelings clearly without being defensive.

The responsibility of the receiver is to learn to listen with his full presence, momentarily leaving aside his point of view and interpretations. He uses the "Mirror", which is to repeat or paraphrase what the sender said, checking for accuracy. The mirror gives the message that we really hear our partner where he is and not where we want him to be. When we are the receiver, we learn to manage our reactivity in order to make room for the reality of our partner, which is most of the time different from ours.

A dialogue is structured in different steps: Mirror (the sender shares his experience about one subject, deepening it), Summary and Validation by the receiver (validating the feelings and thoughts the sender just shared) and finally Empathy (imagining the feelings of the sender). Validation is central because it invites the receiver to decenter by putting himself into the shoes of his partner and understand that her point of view is just as valid as his. This allows him to learn that understanding does not mean agreeing with. They may have different views and still love each other. Couples often argue primarily to be right, yet in this way of listening to each other, they can see that being connected is more important than being right! As the couple learns to talk, both learn ways to calm their reactivity, gradually integrating the fundamental notion of otherness and being able to become allies and work as a team.

The Imago therapist's role is different from more traditional roles in marital therapy, as he is more of a coach helping the couple communicate directly with each other. Therefore he is not an intermediary / referee to whom the couple talks. This approach is intended to empower the couple and work from their skills (just as in the Sexocorporeal Approach we work from the strengths and abilities the person has).

Integrating Imago and Sexocorporeal

When the tension between the couple is too high around the sexual issue, a few Imago sessions to learn to listen and speak differently are useful. The person with the identified sexual trouble can share his experience around this difficulty and this often helps the other partner to have more compassion and patience. For example, a man with premature ejaculation, predominantly fused (eg the need behind his sexual behavior is more an affective one than a genital one) whose only way to feel close to his wife is to have sex even if, because of his premature ejaculation, this leaves him with the frustration of being unable to control

dans la frustration d'être incapable de contrôler la montée de son excitation sexuelle et dans le sentiment d'être un amant incompetent (et parfois dans la crainte du rejet de son épouse). Sa femme peut entendre que contrairement à l'idée qu'elle se faisait (« il prend son plaisir et moi je reste sur le carreau »), cette situation est aussi douloureuse pour lui et ainsi elle peut avoir plus de compassion et s'adoucir. Cela permet aussi à l'homme d'entendre combien sa partenaire souffre de ne pas se sentir vue et pas importante, sentiments souvent masqués par la colère et la frustration avec laquelle elle réagit. Si chacun est plus à même d'avoir un regard et une compréhension plus aimante envers l'autre, le stress diminue et cela crée de meilleures conditions de travail relationnel et sexologique.

Une fois que le couple a pu expérimenter cet espace de collaboration et voir que je suis l'alliée de leur relation et non pas de l'un ou de l'autre (extrêmement important lorsque le couple est très polarisé), je conjugue un suivi de couple et un suivi individuel en sexocorporel. J'invite toujours le partenaire qui en apparence ne présente pas de difficulté sexuelle à être curieux et voir comment contribuer à améliorer non seulement la relation mais aussi son propre plaisir. Comme il est souvent difficile de parler de sa sexualité sans se sentir vite vulnérable et sur la défensive, les séances de couple peuvent être un temps privilégié où ils partagent sur leur sexualité avec le dialogue Imago. Ils peuvent ainsi apprendre à dialoguer sur ce qu'ils aiment dans leur relation sexuelle, ce que la relation sexuelle représente pour eux au niveau affectif, physique et parfois même spirituel. Ils apprennent à parler de leurs désirs, de ce qui les excite, des positions ou touchers qu'ils préfèrent (souvent ces dialogues plus intimes sont donnés comme travail à la maison ou lors d'un stage de couples où ils ont un espace pour travailler seuls). Ceci crée un sentiment profond d'intimité, ce que beaucoup de personnes rêvent de vivre dans leur relation.

En Imago on travaille avec le couple sur des moyens pour ramener plus d'énergie et de vitalité dans la relation. Le même principe peut être appliqué pour les aider à ramener plus d'intensité et de présence dans leur connection lors de leurs rencontres sexuelles. Ainsi, intégrer les habiletés proposées par le Sexocorporel (être un bon amant est un art corporel fait d'apprentissages, processus qui évolue tout au long de la vie) avec les outils proposés dans l'Imago (être un bon partenaire est un apprentissage qui dure toute une vie) aide le couple à créer une relation plus consciente et aimante. C'est la combinaison parfaite entre deux théories qui permet aux couples de vivre vraiment « faire l'amour » comme une expérience qui est bien plus que la rencontre de deux corps...

Pour en savoir plus : www.institutalma.com

the rise of his sexual arousal and feeling like a lousy lover (and sometimes fearing the negative rejection from the spouse). If she can hear that contrary to what she thought ("He takes his pleasure and I don't count"), this situation is also painful for him, she can have more compassion and soften herself. It also allows the man to hear her deep pain of not feeling seen and cared for, which is very often hidden by anger and frustration. When they both learn how to listen and understand each other, and therefore be more loving, stress decreases and this creates a better work alliance for both relational and sexological therapy.

Once the couple is able to experience this collaborative space and experience me as an ally for their relationship, not for one or the other (extremely important when the couple is very polarized), I combine couples work and individual sexocorporeal work. I always invite the partner who apparently has no difficulty to do an evaluation and be curious to see how he may contribute to improve things not only for his partner but also for himself in terms of the quality of his pleasure.

As it is often difficult to talk about sexuality without feeling vulnerable and quickly becoming defensive, couple sessions may also be a privileged time when they share about their sexuality using the Imago dialogue. Dialogue can be about what they enjoy in their sexual relationship, what does intercourse mean for them in terms of their affective, physical and sometimes even spiritual experience. They learn to talk about their desires, what excites them, or which touch or positions they prefer (often these intimate dialogues are given as homework or during a couple workshop where the couples have a private space to share in dyads). This creates a deep sense of intimacy, which is what most people long for.

In Imago you work towards finding ways to bring more energy and vitality in the relationship. I apply the same principle to bring more intensity and presence in their connection when they have sex. Therefore integrating the skills offered by the Sexocorporeal Approach (being a god lover is a body art made of apprenticeships, an evolving learning process that lasts a lifelong) with the unique tools of Imago (being a good partner is also a lifelong apprenticeship) helps the couple to create a more conscious and loving relationship. It is a perfect match between two theories that can enable you to really live the experience of "making love" as an experience, which is much more than the encounter of two bodies...

More on www.almainstitute.com



RAPPEL AUX MEMBRES :

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

ON RESTE BRANCHÉ!

N'oubliez pas d'aller visiter régulièrement le site de l'Institut au www.sexocorporel.com.

Vous y trouverez plusieurs informations intéressantes, les actualités relatives aux activités de l'ISI ainsi qu'un calendrier de formation de séminaire «Vivre en amour» mis à jour régulièrement.
info@sexocorporel.com

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 XXI^e 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

NUMERO 4. SANTÉ SEXUELLE Printemps-été 2008

- > *Le clitoris, de l'âge de la pierre à nos jours* par Dr Marie-Madeleine Zufferey-Sudan
- > *À propos de la vaginalité...* par Dr Catherine Cabanis

NUMERO 5. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2008

- > *La consultation sexologique au Tessin* par Linda Rossi
- > *Les membres de notre institut* par Lise Desjardins

NUMERO 6. SANTÉ SEXUELLE Printemps-été 2009

- > *Bases neurophysiologiques du mouvement de la double-bascule* par Joël Monzée et Mélanie Tremblay

NUMERO 7. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2010

- > *L'apprentissage sexuel : Le corps comme mise en scène des jeunes femmes dans la société urbaine européenne* par Christa Gubler
- > *Anaïs : Illustration clinique* par Patrizia Anex

NUMERO 8. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2011

- > *Éjaculation rapide :*
 - Formes cliniques et évaluation* par Lise Desjardins
 - Schéma thérapeutique* par Linda Rossi
- > *Périnée et composantes de santé sexuelle* par Françoise Jablon & Roland Nicolas
- > *L'intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions : entretien avec Marco Benney* par Isabelle Chaffai
- > *Parlez-nous de... Sexoanalyse* par Candy Carrier

INSTITUT SEXOCORPOREL INTERNATIONAL
JEAN-YVES DESJARDINS

www.sexocorporel.com
info@sexocorporel.com
0041 22 349 29 73