

Santé Sexuelle

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



Dans ce numéro

- *Sexocorporel dans la promotion du plaisir sexuel*
> Sexocorporel und die Förderung des sexuellen Lusterlebens
par Karoline Bischof

- *Le plaisir. Quel est le chemin entre le désir et le plaisir ? Ces deux notions sont-elles liées et si oui, comment s'influencent-elles ?*
> Lust. Welchen Weg gibt es zwischen Lust und Verlangen ? Sind diese beiden Begriffe miteinander verbunden, und, wenn ja, wie beeinflussen sie sich ?
par Joëlle Gourier

- *L'intérêt du sexocorporel dans d'autres professions*
> Die Bedeutung von Sexocorporel in anderen Berufe
Interview réalisée par Isabelle Chaffaï auprès de Sylvie Sapin

Numéro 11
Automne 2013

La revue *SANTÉ SEXUELLE* est un organe d'information générale sur les avancées du sexocorporel et sur la croissance de l'ISI. Toute personne désirant publier un texte dans la revue doit l'envoyer par courriel à :

 **Elizabeth Le Coguic**
Mail : elllicel@gmail.com

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 leur auteur.



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.

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



CRITÈRES D'ÉVALUATION

Tous les textes sont évalués en fonction des critères suivants :

- qualité de la langue du Sexocorporel
- 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 :

Elizabeth Le Coguic
elllicel@gmail.com
tel: +33 (0)3 90 50 59 33



www.sexocorporel.com
info@sexocorporel.com

Comité de direction 2012 - 2013

Jeffrey Pedrazzoli (Suisse)
Président

Michèle Bonal (France)
Vice-présidente

Lise Desjardins (Canada)
Secrétaire générale

Joëlle Gourier (Suisse)
Trésorière, responsable de la Commission du budget et des contrats, responsable de la Commission internet et des communications

Pascal Benoist (France)
Responsable du Conseil Scientifique

Christa Gubler (Suisse)
Représentante de la Suisse allemande

Yoko Pedrazzoli (Suisse)
Coordonnatrice des séminaires Vivre en amour

Claude Roux-Deslandes
Roland Nicolas

Les Commissions et leur responsables

Mélanie Tremblay
Responsable de la Commission des formations

Mme Elizabeth Le Coguic
Responsable de la Commission de la revue

Karoline Bischof (Suisse)
Responsable de la Commission des membres

Joëlle Gourier (Suisse)
Responsable de la Commission du budget et des contrats
Responsable de la Commission internet et communication

Pascal Benoist (France)
Responsable de la Commission du conseil scientifique

Commission de la revue 2013

Elizabeth Le Coguic
Responsable de la commission

Isabelle Chaffaï, Lise Desjardins, Joëlle Gourier, Elizabeth Le Coguic
Relecture et corrections

Muriel Galzin
Traduction français-anglais

Jeanne Berger
Illustration, Conception graphique & mise en page

Thomas André
pour la traduction allemande

Patrizia Guerra
pour la traduction italienne, exemplaire tiré à part

Éditorial

Chers Lecteurs !

Le plaisir sexuel fait ici l'objet d'observations et d'appréciations, ancrées aussi bien dans l'observation clinique, que dans sa réalité neuro-physiologique. Resitué dans l'histoire de la sexologie, il trouve une place de choix parmi les composantes personnelles du modèle de Santé Sexuelle,

C'est ainsi que la lecture de ce numéro nous permet de mieux comprendre le plaisir sexuel, de mettre les mots justes là où le patient exprime le flou et le manque, qui signent sa souffrance. Au-delà de cette précision d'entomologiste, j'aimerais, dire avec le philosophe : "Le plaisir s'ajoute à l'acte comme à la jeunesse sa fleur" (Aristote)

L'homme qui recherche à prendre et à donner du plaisir dans l'acte sexuel, est, de même que les épiciens, dans une recherche éminemment humaine.

A la lecture de ces articles me revient l'un des maîtres-mots du Sexocorporel : « érotisation », « érotiser ». Termes novateurs, excitants et porteurs de sens : dynamiques :

Si l'archétype sexuel, inscrit dans l'anatomie, renvoie à la reproduction et à la survie de l'espèce, son érotisation pose l'acte sexuel en un acte des plus humain: elle en fait un art !

Elizabeth Le Coguic

Liebe Leser !

Die sexuelle Lust ist hier Objekt der Beobachtungen und Wertschätzungen, verankert sowohl in der klinischen Beobachtung als auch in ihrer neuro-physiologischen Realität. Betrachtet man sie im Rahmen der Geschichte der Sexologie, findet sie einen besonderen Platz bei den persönlichen Komponenten des Modells der sexuellen Gesundheit.

Und so ist es – die Lektüre dieser Ausgabe ermöglicht es uns, die sexuelle Lust besser zu verstehen, die richtigen Worte dort einzusetzen, wo der Patient das Unklare und den Mangel ausdrückt, die sein Leiden zeichnen.

Über die Präzision von Entomologisten hinausgehend möchte ich mit dem Philosophen sagen:

„Die Lust kommt zum Akt hinzu wie zur Jugend die Blüte der Jahre“ (Aristoteles).

Der Mensch, der recherchiert, um im sexuellen Akt Lust zu nehmen und zu geben, unternimmt, genau wie die Epikureer, eine höchst menschliche Recherche.

Bei der Lektüre dieser Artikel kommt mir eines der Schlüsselwörter des Sexocorporellen wieder in den Sinn: « Erosierung », « erotsieren ».

Innovative Begriffe, erregend und sinnesträchtig : dynamisch : Wenn der sexuelle Archetyp, der auf Grundlage der Anatomie auf die Fortpflanzung und auf das Überleben der Art gerichtet ist, durch seine Erosierung den sexuellen Akt verwandelt, wird er zu einem der menschlichsten Akte: Die Erosierung macht daraus eine Kunst !

Elizabeth Le Coguic

Santé Sexuelle

La revue de l'Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins
Numéro 11 – Été - Automne 2013

Sommaire

- Editorial p 3
par Elizabeth Le Coguic

Articles

- Le Sexocorporel dans la promotion du plaisir sexuel. p 6
> Sexocorporel und die Förderung des sexuellen Lusterlebens p 14
par Karoline Bischof
- Le plaisir. Quel est le chemin entre le désir et le plaisir ?
Ces deux notions sont-elles liées et si oui, comment s'influencent-elles ? p 22
> Lust. Welchen Weg gibt es zwischen Lust und Verlangen ? Sind diese beiden Begriffe miteinander verbunden, und, wenn ja, wie beinflussen sie sich ? p 28
par Joëlle Gourier

Interview

- L'intérêt du sexocorporel dans d'autres professions :
Interview réalisée par Isabelle Chaffaï
auprès de Sylvie Sapin p 38
> Die Bedeutung von Sexocorporel in anderen Berufe
Interview von Isabelle Chaffaï mit
Sylvie Sapin p 40

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.

ARTICLE

LE SEXOCORPOREL DANS LA PROMOTION DU PLAISIR SEXUEL

Par Karoline Bischof

Extrait : In : Pleasure and Health (Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS), 2012; ed. Kontula O.; p. 59-68.

Le Sexocorporel est une vue globale de la sexualité humaine qui prend en considération toutes les composantes physiologiques, émotionnelles, cognitives et relationnelles qui interviennent dans une expérience sexuelle. Développé par le professeur Jean-Yves Desjardins au Département de Sexologie de l'Université de Montréal au Québec dans les années 80, il a été appliqué, enseigné et affiné par les sexothérapeutes au Canada et dans divers pays européens. La promotion du plaisir sexuel est un objectif central dans la thérapie sexuelle du Sexocorporel. Afin de comprendre comment cela se fait, nous nous intéresserons de plus près à son concept de santé sexuelle.

Le Sexocorporel propose une définition de santé sexuelle fondée sur la capacité à expérimenter le plaisir sexuel (Desjardins 1996). En sexologie en général, le rôle du plaisir sexuel est souvent étonnamment négligé. La recherche sur le plaisir sexuel commence à peine à se mettre en place (Komisaruk 2010). Les plaisirs non-sexuels correspondent aux composantes sensorielles, affectives et cognitives (Kringelbach 2009). En Sexocorporel, les mêmes composantes sont attribuées au plaisir sexuel, et les conditions sont définies pour leur fonctionnalité optimale afin de permettre d'atteindre un plaisir maximal :

1 · **Composante physiologique** : la capacité d'amener son excitation sexuelle au point de décharge orgasmique en utilisant son corps de la meilleure façon pour permettre les sensations physiques hédoniques (source de plaisir).

2 · **Composante affective** : la capacité à percevoir ses sensations physiques pendant l'excitation et l'orgasme combinées à des émotions hédoniques intenses et à un relâchement émotionnel.

3 · **Composante cognitive** : la capacité à donner une signification positive à l'expérience. En réalité ces composantes interagissent intimement, mais pour des raisons didactiques nous les considérerons séparément.

I. *Les composantes physiologiques du plaisir sexuel*

L'excitation sexuelle génitale est agréable. Cette observation semble relever du sens commun, et pourtant ce n'est pas le cas. Beaucoup de nos clients viennent nous voir justement parce que ce n'est pas ainsi qu'ils le ressentent. Assez étonnamment, beaucoup d'écoles de thérapie sexuelle ne tiennent pas particulièrement compte de la véritable réalité génitale de l'expérience sexuelle d'une personne. En Sexocorporel, il s'agit d'un sujet central. L'excitation sexuelle génitale se fonde sur un réflexe inné. Celui-ci peut être déclenché par un grand nombre de sources et de stimuli. On peut déjà l'observer en intra-utérin chez les fœtus mâles. Cela provoque une vasocongestion génitale, une accélération de la respiration, une élévation du tonus musculaire ainsi que nombre de changements concomitants du système nerveux autonome. Une fois la vasocongestion génitale arrivée à sa limite, et sous l'influence de nombreux facteurs pas encore bien compris, une deuxième réaction semblable à un réflexe est déclenchée – la décharge orgasmique, accompagnée de contractions musculaires spasmodiques et suivies par la résolution.

Depuis Masters and Johnson, des descriptions et des recherches en détail physiologique ont été effectuées sur ce cycle de réponse sexuelle. Le simple processus du cycle en soi cependant ne nous dit rien sur la qualité de l'expérience, ni, en fait, sur la réalité de sa perception ou pas. D'après des mesures effectuées en laboratoire, l'excitation sexuelle génitale chez les femmes ne serait pas nécessairement ressentie ou perçue comme agréable (Meston 1995). La vasocongestion génitale provoque des sensations de chaleur, de picotements, de tension, de pression, d'humidité etc. A la différence de la vasocongestion dans d'autres endroits du corps, ces sensations peuvent être perçues comme agréables uniquement dans le cas de l'excitation sexuelle génitale. Cependant, elles ne sont pas automatiquement perçues ainsi. Une expérience clinique, comme dans le cas des femmes anorgastiques, montre que la capacité à les percevoir s'accroît par la pratique. Ces femmes commencent souvent par ne ressentir que très peu de plaisir dans leurs parties génitales. Elles peuvent consulter avec cette question :

« Ai-je seulement un clitoris ? Je ne ressens rien à cet endroit. »

On suggère de pratiquer une stimulation répétitive de la vulve et du vagin, et cela donne de bons résultats. Sur un plan neurologique, cette stimulation répétitive des récepteurs nerveux sensoriels périphériques amène à un développement des synapses correspondantes dans le cortex somatosensitif et dans les centres cérébraux du plaisir. De nombreuses femmes atteignent l'âge adulte sans avoir eu beaucoup d'occasions, de permissions ou d'encouragements à jouer avec leurs propres parties génitales et à développer ces synapses. C'est une des raisons pour lesquelles les difficultés à parvenir à l'orgasme, en particulier pendant les relations et les rapports sexuels, sont parmi les plaintes les plus fréquemment exprimées par les femmes, bien plus que par les hommes qui, dès leur plus jeune âge ont généralement un contact tactile et visuel avec leurs parties génitales et par conséquent plus de chances de développer certaines synapses. Mais même les hommes dans leurs habitudes d'auto stimulation ne font souvent pas usage de toute la potentialité neurologique de leurs parties génitales et peuvent trouver leur excitation compromise dans la relation sexuelle.

Cela nous amène à une deuxième raison physiologique importante expliquant les difficultés à être excité avec un partenaire ou à obtenir du plaisir de cette excitation.

Desjardins a observé que les humains ont tendance à utiliser leur corps suivant des schémas de préférence ou répétitifs pendant l'excitation sexuelle, schémas susceptibles d'avoir une influence sur la perception et l'expérience émotionnelle de cette excitation (Chatton 2005).

Il a appelé ces schémas les modes d'excitation sexuelle. Les données empiriques montrent qu'il y a essentiellement 4 types différents de modes d'excitation, avec des conséquences très différentes pour l'expérience du plaisir sexuel. Desjardins a noté que l'acquisition d'un mode d'excitation particulier était le résultat d'un processus d'apprentissage. Les observations parentales et pédiatriques et les matériaux vidéo prouvent que les bébés même à l'âge de 3 à 6 mois sont tout d'abord capables d'obtenir une excitation sexuelle en appliquant une pression rythmique à leur région génitale et pelvienne. Yang (2005), Hansen (2008) et d'autres ont décrit l'auto stimulation chez les enfants par l'application d'une pression à leur région génitale par tension musculaire tout en exerçant des mouvements stéréotypés, « semblables à la dystonie » du torse, du pelvis et des jambes, un étirement et un resserrement des bras et des jambes, le tout accompagné par les symptômes neurovégétatifs propres à l'excitation sexuelle chez l'adulte, comme la respiration irrégulière, les grognements, la transpiration et le rougissement du visage. Dans certains cas, des décharges spastomodiques ont même été observées. Les enfants étaient toujours conscients et pouvaient être interrompus dans leur activité. Les désordres neurologiques ou autres étaient exclus – les enfants étaient tous en bonne santé et correctement développés. Les auteurs et les pédiatres ont conclu que c'était un comportement normal et non pathologique pour un enfant. Desjardins a nommé ce schéma d'excitation le mode d'excitation archaïque – dans la mesure où c'est le premier accessible à l'être humain, avant même de pouvoir effectuer

des mouvements ciblés avec la main. Desjardins a nommé ce schéma d'excitation le mode d'excitation archaïque – dans la mesure où c'est le premier accessible à l'être humain, avant même de pouvoir effectuer des mouvements ciblés avec la main.

De nombreuses personnes, plus souvent des femmes que des hommes, conservent ce mode d'excitation leur vie durant, au moins pendant la phase d'auto stimulation. Les femmes exercent des pressions sur leurs parties génitales, leur pubis ou le bas de l'abdomen avec le poignet, les doigts, ou des objets comme des oreillers, s'étendant sur le ventre ou s'appuyant contre des meubles en croisant leurs jambes et les pressant de manière rythmique ou continue, ou en usant nombre d'autres techniques permettant de comprimer la région pelvienne. Qu'elles utilisent ou non leurs mains, la tension musculaire est cependant toujours présente. La tension peut être si forte que les muscles sont douloureux le jour suivant.

La respiration est faible et peut être bloquée. La plupart des femmes qui croient atteindre la décharge orgasmique uniquement grâce à leurs fantasmes seuls ne sont sûrement pas conscientes qu'elles exercent en fait une pression importante sur leurs muscles pelviens. Ce type de stimulation sollicite toujours les récepteurs nerveux profonds ainsi que les propriocepteurs. Beaucoup de femmes la combinent avec des frottements de la vulve, excitant les terminaisons nerveuses superficielles (mode d'excitation archaïco-mécanique). Les hommes exercent des pressions sur leur pénis ou les parties avoisinantes comme le périnée ou l'aine, souvent en pressant une partie ou l'ensemble du pénis avec les mains ou des objets, étendus sur celui-ci, le courbant et le comprimant entre les cuisses, ou le frottant très fort avec les doigts ou le poignet. Là encore, la stimulation se conjugue avec une tension musculaire importante.

Le mode d'excitation archaïque est typiquement très efficace pour augmenter l'excitation, et on peut atteindre une décharge orgasmique en quelques secondes ou quelques minutes. Si la pression est forte, chez l'homme l'éjaculation peut se produire avec un pénis mou ou partiellement dressé. La décharge orgasmique est souvent très brève et concentrée en un endroit, et le relâchement des muscles qui s'ensuit est perçu comme relaxant et source de plaisir.

Il semble qu'il soit dans la nature des modes d'excitation sexuelle que les gens aiment s'en tenir à leurs habitudes. Beaucoup de personnes acquièrent différents modes et sont capables de passer de l'un à l'autre, mais plus nombreux sont ceux qui conservent ce qui a bien fonctionné en premier. Dans une étude italienne, 30% des femmes et 21% des hommes dans un échantillon non-clinique de 345 personnes utilisaient exclusivement le mode d'excitation archaïque pour atteindre une décharge orgasmique (Santarelli 1987). Dans un échantillon non-clinique de 1417 suisses âgées de 17 à 65 ans, 47% utilisaient le mode archaïque dans la masturbation, 19% pendant la relation sexuelle (Bischof-Campbell 2012). En pratique clinique, la prééminence d'un mode archaïque exclusif est plus élevée, car c'est le mode le plus susceptible de causer des difficultés

dans la relation sexuelle : il nécessite le même type de stimulation que pendant la masturbation pour augmenter l'excitation. Les femmes ont besoin d'une pénétration intense, puissante accompagnée par une pression musculaire élevée ou une pression relativement forte sur la vulve, comme on peut l'obtenir en frottant le bassin contre l'os pubien du partenaire, ou en appuyant une main contre elle, ou en facilitant la pénétration par l'arrière tout en bombant le ventre, avec la possibilité de presser les jambes entre elles et d'augmenter la tension musculaire. Les problèmes d'excitation et d'anorgasmie coïtale ou du partenaire sont fréquents avec ces femmes. Les hommes peuvent trouver que la pression exercée par un vagin ou une bouche sur le pénis est insuffisante et préférer les rapports anaux, ou utiliser une main pour appuyer sur la base de leur pénis.

Il est possible que les deux sexes se reposent en grande partie sur la stimulation par les fantasmes, les jeux de rôle et d'autres sources mentales d'excitation parce que la stimulation physique par le partenaire n'est pas assez intense pour convenir à leur schéma d'excitation. On rencontre encore plus souvent ce que Desjardins a nommé le mode d'excitation mécanique. Plus de 50 % des hommes et 40 % des femmes environ l'utilisent. Il s'agit de la stimulation des récepteurs nerveux superficiels par frottement rapide des parties génitales – la vulve ou le clitoris, le pénis ou une partie du pénis. Le mouvement de frottement stéréotypé peut être fait avec peu d'investissement conscient, automatiquement – d'où « mécanique ». La stimulation peut commencer plus lentement et être plus variée, et augmenter en même temps que l'excitation jusqu'à ce que son schéma uniforme rapide et typique apparaisse dans les dernières minutes de la courbe d'excitation où elle pourra nécessiter un rituel très précis centré sur des points anatomiques précis, par ex. « 3 mm à gauche de la membrane du clitoris, avec exactement cette vitesse et cette pression ». Généralement la tension musculaire augmente aussi mais à un degré moindre que dans le mode archaïque. La colonne peut se cambrer, le bassin, les jambes et l'abdomen se raidir, la respiration être courte et bloquée. Pendant la masturbation le corps est fréquemment immobile pendant que la main fait tout le travail. L'excitation sexuelle est ressentie très localement dans la zone stimulée. Le mode d'excitation mécanique constitue en général une méthode d'auto stimulation très efficace qui mène au relâchement orgasmique en quelques minutes.

Insistons sur le fait que pendant la relation sexuelle, une personne qui se limite au mode mécanique aura besoin d'une stimulation physique très particulière. Pour les hommes hétérosexuels, il peut s'agir de rapports avec des mouvements de frottement rapides sur l'ensemble du torse "en bloc", et il est possible qu'ils aient aussi besoin de suffisamment de frottements du vagin, c'est-à-dire qu'il soit assez étroit et pas trop humide. Certains hommes préféreront peut-être des rapports anaux qui procurent un frottement plus intense. Certains ont rencontré des difficultés érectiles après l'enfance si le vagin est moins étroit. Des femmes hétérosexuelles qui se concentrent sur la stimulation clitoridienne dans la masturbation peuvent trouver que le rapport sexuel pénis-vagin n'est pas particulièrement excitant

à moins d'une stimulation clitoridienne en même temps. Avec un schéma excitatoire très limité, elles peuvent avoir besoin d'une stimulation très précise que leur partenaire ne peut leur donner par manque d'une rétroaction biologique. Chez les femmes avec un mode mécanique plus large, la stimulation orale et manuelle par le partenaire peut constituer un moyen facile d'atteindre la décharge orgasmique. Comme dans le mode archaïque, si la stimulation physique dans la relation sexuelle est vécue comme insuffisante, il est possible que les personnes fonctionnant sur le mode mécanique se concentrent fortement sur la stimulation par des artifices mentaux, fantasmes, jeux de rôle etc. Les personnes fonctionnant sur un mode mécanique étroit pourraient trouver que la relation sexuelle est fastidieuse à cause de l'effort mental ou physique nécessaire pour maintenir l'excitation. Il est possible que les individus qui favorisent exclusivement les stimulations par vibration s'en tiennent plutôt au mode archaïque puisque leurs réactions corporelles sont similaires. Les vibrateurs sollicitent les récepteurs de vibration. En général, la tension musculaire et les récepteurs de pression sont aussi impliqués. Il en va de même pour la stimulation par l'eau courante, comme la douche ou les jets de piscine.

Dans les deux modes archaïques et mécaniques, la plupart du temps, la tension musculaire est élevée dans la région pelvienne et souvent dans des parties avoisinantes du corps. Ils présentent peu de mouvements du corps et une respiration limitée. Nous verrons plus tard en quoi cela peut constituer une limite au ressenti du plaisir sexuel. Les deux modes restants, le mode ondulatoire et le mode en vagues ont en commun une grande mobilité du corps, une respiration profonde et s'accompagnent de niveaux de plaisir bien plus élevés. Les femmes fonctionnant sur ce mode appréciaient l'excitation, les sensations dans leur corps et leur vagin, et l'orgasme, alors que les femmes aux modes archaïques et mécaniques appréciaient uniquement l'orgasme (Bischof-Campbell, 2012).

Dans le mode ondulatoire, tout le corps bouge autour de son axe vertical dans toutes les directions, en mouvements fluides et voluptueux d'intensité musculaire variable. Les terminaisons proprioceptives et extéroceptives sont ainsi stimulées dans tout le corps sans concentration particulière sur la région génitale. Ce mode apporte un haut degré de sensations de plaisir. La respiration se fait librement. Les mouvements sont souvent lents et délibérés pour tirer un maximum de plaisir du mouvement et du contact. De même, pendant l'activité auto érotique de nombreuses parties du corps bougent, sont touchées et stimulées. De la même manière, pendant la relation sexuelle, l'ensemble des corps se trouve en contact sensuel de diverses façons. Ce mode n'est pas orienté vers l'orgasme dans la mesure où l'état d'excitation en lui-même, même s'il n'est pas particulièrement élevé, apporte tant de plaisir qu'il peut être totalement satisfaisant. En général, comme ce mode ne nécessite pas une grande tonicité musculaire, nous trouvons ce mode plus chez les femmes que chez les hommes dont la tonicité musculaire est plus élevée. Certaines écoles tantra utilisent des techniques comparables.

Le mode en vagues combine des mouvements ondulatoires autour de l'axe vertical du corps avec un mouvement coor-

donné dans l'axe vertical appelé la « double bascule » (Bischof K. Sexocorporel and the promotion of sexual pleasure) : le bassin bascule de telle sorte que les parties génitales bougent vers l'avant pendant l'expiration et vers l'arrière pendant l'inspiration dans un mouvement de bascule (la “bascule du bassin”). Simultanément, (la“bascule supérieure”), la tête bascule vers l'arrière et le sternum s'effondre pendant l'expiraison. Le mouvement de double bascule inclut donc toute la colonne qui se cambre vers l'extérieur lors de l'expiraison et vers l'intérieur lors de l'inspiration, le cou effectuant des mouvements opposés. La double bascule fait partie du comportement sexuel inné chez nombre de mammifères mâles. Il est évident qu'il n'est pas génétiquement inscrit chez l'homme mais on peut l'observer dans d'autres mouvements réflexes impliquant les spasmes musculaires abdominaux comme tousser, rire, vomir ou sangloter.

Il apparaît dans les grandes expressions émotionnelles enfantines tandis que les adultes ont appris à le supprimer quand ils rient ou pleurent. On peut le ressentir durant les spasmes de l'orgasme. Les mouvements du mode en vagues sont d'intensité, de rythme et d'amplitude variables. Ils sollicitent les récepteurs nerveux sensibles superficiels et profonds dans tout le corps, en se concentrant sur la région pelvienne et génitale, ce qui permet de guider la montée de l'excitation à la fois pendant l'auto stimulation et pendant la relation sexuelle vers un orgasme puissant. En résumé, les modes d'excitation influencent l'expérience du plaisir sexuel en étant plus ou moins bien adapté à la relation sexuelle. On conseille à nos patients de pratiquer des variations dans leur auto stimulation afin d'élargir leur répertoire sensuel (autrement dit synaptique) et de nourrir plus facilement leur excitation par le contact physique avec leurs partenaires. Par exemple, la sensibilité du vagin peut être augmentée par des contacts répétés, ce qui rend la pénétration plus satisfaisante pour la femme, ou un homme peut apprendre à stimuler son pénis plus lentement et doucement pour imiter la douceur du vagin pendant le rapport.

Une autre influence importante des modes d'excitation sur le plaisir sexuel se trouve dans leur degré varié de tension musculaire, de respiration et de mouvement. Comme il s'agit d'un élément significatif mais peu connu, nous l'explorerons en détail. De manière plus spécifique, la tension musculaire tonique (= « continue », par opposition à « ponctuelle ») élevée inhibe l'expérience du plaisir sexuel de nombreuses manières : en influençant les neurones sensoriels afférents, la circulation sanguine et le système nerveux autonome.

1. Tension musculaire et neurones afférents

La tension musculaire élevée invoque une forte stimulation des terminaisons nerveuses sensorielles proprioceptives et profondes, tandis qu'elle inhibe la perception des stimuli superficiels. Ceci peut être facilement exploré en caressant l'avant-bras de quelqu'un, une fois avec le bras détendu,

l'autre avec le poignet fermé. Le même type de caresse sera perçu différemment, surtout en cas de « contact limbique ». Cette caresse lente et légère dépasse le cortex somatosensoriel pour provoquer des sensations de plaisir directement dans le cortex insulaire antérieur gauche. Elle régule les réponses hormonales et émotionnelles et il semble qu'elle favorise directement l'attachement à la personne qui touche. On ne trouve les récepteurs que dans la peau poilue, et les afférents sont amyéliniques (Loken 2009). Ils ne réagissent que lorsqu'ils sont caressés à une certaine vitesse (ca. 2 - 8cm/sec), et seul ce type de caresse a été associé au plaisir et au bien-être par les personnes du test.

Réciproquement, les personnes ayant un mode d'excitation élevé de la tension musculaire, notamment le mode archaïque, associent ce contact à des perceptions désagréables. Il est possible que la contribution neurologique de la tension musculaire élevée bloque celle du contact limbique, peut-être de la même manière que cela bloque la douleur. L'individu trouve cela délicat et essaie généralement de l'éviter. Certaines personnes qui « ne peuvent supporter » les caresses tendres ont été à tort identifiées comme souffrant d'une pathologie psychique, avec une incapacité de s'attacher affectivement ou une « frigidité émotionnelle », alors qu'en fait leur seul problème réside dans l'habitude de crisper leur muscle quand elles sont excitées. C'est un exemple important de l'unité corps-esprit, et qui montre comment ce que nous faisons avec notre corps peut influencer nos émotions et nos interactions sociales. (Bischof K. Sexocorporel and the promotion of sexual pleasure)

On apprend à apprécier le contact limbique et d'autres caresses en modifiant la tension musculaire. A travers des mécanismes similaires peut-être, la tension musculaire élevée dans la poitrine, le diaphragme et l'abdomen semble inhiber la contribution nerveuse sensorielle superficielle de régions plus distales du corps comme les parties génitales. Par conséquent, la somme de « contribution hédonique » est réduite et l'expérience de plaisir aussi. Chez certains individus, même la capacité d'amener son excitation à l'orgasme est empêchée si le diaphragme est bloqué.

2.Tension musculaire et circulation sanguine

La forte contraction du muscle tonique du bassin dans les modes archaïques et parfois mécaniques inhibent la *diffusion* de l'excitation sexuelle. Gardons à l'esprit que la circulation sanguine pelvienne élevée et l'engorgement génital constituent ce que l'on ressent comme chaleur, picotement et source de plaisir pendant l'excitation. Beaucoup de muscles striés sont plus forts que la tension artérielle systolique et arrêteront la circulation sanguine artérielle dans le muscle pendant la forte contraction. En voici les conséquences :

- a) Au lieu que les muscles soient gorgés de sang et qu'ainsi la sensation agréable de la tension sexuelle dans le bassin augmente, l'ischémie musculaire et les réactions biochimiques concomitantes deviennent désagréables si les contractions durent trop longtemps.

b) La contraction musculaire tonique inhibe aussi la circulation sanguine vers les organes avoisinants comme le tiers inférieur du vagin, inhibe l'engorgement vaginal et la lubrification. Ceci explique pourquoi certaines femmes même bien excitées n'arrivent pas à lubrifier suffisamment. Le manque d'engorgement vaginal inhibe aussi le gonflement vaginal nécessaire pour percevoir un vide à l'intérieur du vagin et donner le désir de le remplir – ce qui constitue un pré-requis pour le désir sexuel coïtal. Au lieu de cela, le vagin peut ne pas être perçu comme un espace du tout mais comme quelque chose de solide, une « pelote serrée » ou un « tube solide », ainsi que certaines femmes le décrivent. Chez certains hommes âgés ou ayant des problèmes vasculaires, la tension musculaire tonique du bassin semble inhiber la circulation sanguine vers le pénis et poser des problèmes d'érection.

c) Si la vasocongestion est concentrée sur les parties génitales externes parce que la circulation sanguine à l'intérieur du bassin est réduite, la zone qui ressent l'excitation avec plaisir demeure très petite et restreinte – uniquement le pénis ou le clitoris. L'excitation devient un phénomène local et réduit – par opposition à un corps en mouvement fluide où l'augmentation de la circulation sanguine est agréablement ressentie dans tout le bassin et autres parties du corps. De la même manière, une décharge orgasmique est ressentie comme « petite » par comparaison si elle ne concerne qu'une toute petite zone, par opposition aux grandes parties du corps. Les personnes fonctionnant avec un mode archaïque ou mécanique tendent à décrire leur orgasme comme « bien », « bref » et « semblable à un bon éternuement », et apprécient surtout la relaxation musculaire qui s'ensuit.

d) L'excitation confinée à une petite zone d'engorgement peut être facilement perturbée : si la stimulation elle-même est interrompue juste brièvement, le peu de vasocongestion qu'il peut y avoir est rapidement drainé – et l'excitation est perdue. Les femmes nécessitant un rite de stimulation très précis ou qui peuvent être facilement distraites peuvent appartenir à cette catégorie, ainsi que les hommes avec des problèmes d'érection après un certain âge.

3.Tension musculaire et système nerveux autonome

La tension musculaire tonique qui induit l'ischémie semble mener à une activation du système nerveux sympathique qui va au-delà de l'activation sympathique nécessaire pour l'excitation sexuelle. Un stress sympathique trop élevé est nuisible à l'excitation sexuelle et au plaisir (Ulrich-Lay 2010).

La tension des muscles abdominaux et pelviens bloque le mouvement du diaphragme.

La respiration devient moins profonde et rapide. Ce type de respiration active les branches combat-fuite-tétanisation du système nerveux autonome, d'une manière qui ne permet pas de ressentir le plaisir sexuel. Une fois atteint cette respiration pendant l'excitation, la nécessité d'arriver à la décharge orgasmique devient puissante. Avec l'hypoxie générale qui s'installe en raison de la tension musculaire généralisée, le corps est en véritable situation d'urgence, et la décharge devient d'une urgence vitale. Les personnes qui expérimentent ceci durant leur excitation sexuelle tendent à rechercher une décharge rapide – dans le mode archaïque, ce peut être après 30 secondes, dans le mode mécanique, après quelques minutes. Il n'y a pas de motivation à prolonger l'excitation sexuelle, pas de plaisir dans son augmentation, uniquement le plaisir anticipé de la décharge, le relâchement qui s'ensuit et la ré-oxygénéation qui constitue le plus grand plaisir sensuel de l'ensemble de l'acte.

Derrière de nombreux cas d'éjaculation rapide, on retrouve le mode mécanique qui se concentre sur l'éjaculation et offre peu de plaisir dans le moyen d'y parvenir. Ces hommes peuvent vouloir durer plus longtemps pour la partenaire, sans avoir conscience qu'ils peuvent gagner du plaisir en apprenant à ralentir. En somme, la tension musculaire tonique élevée, comme celle que l'on peut trouver chez un nombre considérable de personnes pendant l'excitation sexuelle, inhibe physiologiquement le plaisir sexuel de nombreuses manières. Cependant, il n'est pas indiqué de recommander une relaxation musculaire générale. Si celle-ci peut aider à apprécier l'expérience du toucher limbique et d'autres échanges de tendresse, elle ne mène pas à l'excitation sexuelle. Le relâchement complet des muscles pelviens interrompt en général la réaction d'excitation et la résolution/le relâchement s'ensuit. Nous sommes par conséquent confrontés à la question de savoir comment donner au corps la tension musculaire qu'il exige tout en évitant les effets négatifs de la tension tonique. La réponse est évidemment la tension musculaire phasique. La meilleure manière de l'obtenir est par le mouvement. Le mouvement peut créer une importante tension dans certains muscles tout en relaxant simultanément les partenaires. Dans le mode ondulatoire, c'est ce principe qui mène à des états de plaisir élevés et prolongés. Comme dans ce mode la tension musculaire phasique ne se concentre pas particulièrement dans

la région génitale, atteindre l'orgasme devient difficile, voire impossible. Par contraste, le mouvement de bascule pelvien du mode en vagues implique des muscles qui facilitent la circulation sanguine vers les parties génitales et pelviennes : les muscles psoas, les muscles abdominaux inférieurs, et le plancher pelvien. Cela permet d'augmenter l'excitation sexuelle génitale tout en conservant tout le corps en mouvement. C'est la raison pour laquelle ce mouvement est particulièrement bien adapté pour procurer physiologiquement un maximum de plaisir pendant l'excitation sexuelle et l'orgasme. On apprend à nos patients à pratiquer ce mouvement jusqu'à ce qu'il devienne automatique et qu'ils l'utilisent pendant l'excitation, ainsi que la respiration abdominale profonde et les mouvements d'ondulation de l'ensemble du corps – tout d'abord seuls, puis, une fois compétents, avec leur partenaire sexuel. On doit garder à l'esprit que les modes d'excitation sont des schémas longuement pratiqués qu'il est difficile de modifier. Par conséquent, les patients doivent être avertis que leur excitation peut être altérée au début des nouveaux essais.

2. Les composantes émotionnelles du plaisir sexuel

Un problème central dans la recherche sur les composantes émotionnelles du plaisir sexuel est que les gens, lorsqu'on leur demande ce qui leur est agréable dans le sexe, sont susceptibles de donner des centaines de réponses différentes qui vont des plaisirs sensuels, physiques au bonheur avec ses propriétés d'attachement et de vecteur d'amour en passant par la gratification des besoins narcissiques (Meston, Buss 2007).

Par conséquent, ce qu'une personne considère comme épouvantable au niveau sensuel peut être hautement gratifiant pour une autre à cause des implications émotionnelles. Si nous regardons de plus près les implications émotionnelles de la relation sexuelle, nous trouvons deux catégories principales :

1) la sécurité, la fusion et l'affirmation du lien relationnel : le rapport sexuel apporte du plaisir parce que cela me montre qu'il m'aime / que nous pouvons être vraiment proche / que notre relation est célébrée / que je suis en sécurité avec elle / qu'il ne me quittera pas, etc.

2) la gratification narcissique : le rapport sexuel apporte du plaisir parce que cela me montre que je suis un homme ou une femme sexy / que l'on peut me désirer ou m'aimer / que je suis sexuellement compétente, etc.

Bien qu'il s'agisse de propriétés importantes de l'expérience de l'acte sexuel, elles ne dépendent pas directement de cette qualité. Au contraire, leurs propriétés qui accroissent le plaisir reposent sur de nombreuses influences relationnelles et personnelles qui peuvent changer, comme la nécessité courante de validation, la qualité de la relation, etc. Le rapport sexuel peut être vécu comme extrêmement agréable dans une nouvelle relation justement parce qu'il prouve la désirabilité de la personne et le nouveau lien d'excitation qui se développe. La biochimie émotionnelle du nouvel amour est si puissante qu'elle peut provoquer l'excitation sexuelle et l'orgasme. Après trois ans de mariage, cependant, la biochimie est à nouveau rendue au niveau de base, le lien est bien établi, et nous savons à satiété que l'autre nous désire. De telles émotions sont très volatiles et par conséquent ne peuvent servir de vecteur au plaisir sexuel. Certaines formes de thérapie visent à les rendre plus fiables, d'autres suggèrent des jeux de rôles ou des stratégies similaires pour ramener la tension émotionnelle dans le sexe. Le Sexocorporel tend à augmenter l'intensité de l'expérience émotionnelle, fût-elle amoureuse, en vue de sécurité ou d'auto-assertion par des moyens corporels et en accroissant la qualité hédonique sensuelle du sexe.

Un des principes au cœur du Sexocorporel est l'unité neurophysiologique du corps et de l'esprit, en particulier le fait que nous percevions nos émotions à travers des sensations somatiques; ainsi l'anxiété peut être ressentie par une

crispation dans la poitrine, la joie peut être un « bouillonnement dans l'estomac ». Des changements au niveau du corps peuvent provoquer ou modifier des émotions – dans un moment de stress, essayez de faire des respirations abdominales profondes, et en supprimant le sympathique et en stimulant le système nerveux parasympathique, l'anxiété diminuera exactement autant que vous pouvez l'amplifier inversement en contractant votre poitrine et en faisant des respirations rapides et superficielles, vous plaçant ainsi réellement en mode combat-ou-fuite. La mobilisation de la poitrine et du diaphragme joue un rôle central dans la facilitation du plaisir sexuel car, par le biais du système nerveux autonome, ils aident le cerveau à passer d'un état hyper attentif à un état de vigilance légèrement réduite essentiel à l'expérience du plaisir et du laisser-aller.

Qui plus est, l'intensité des émotions peut être amplifiée par une plus grande mobilité de la poitrine, du cou, de la mâchoire et des muscles d'expression. Faites cette simple expérience : essayez de lancer un cri d'enthousiasme en y mettant tout votre corps. Faites la même chose mâchoires serrées, en crispant votre cou et vos expressions faciales. On ne ressent pas la même chose. Les personnes utilisant les modes archaïque ou mécanique font montre d'une rigidité musculaire dans la partie supérieure du corps en cas de grande excitation et quand ils atteignent le point de non-retour. L'intensité émotionnelle pendant l'excitation et les spasmes de relâchement émotionnel durant l'orgasme sont retenus par cette rigidité. Il est intéressant de noter que certaines personnes relâchent leur tension émotionnelle après l'orgasme, par le biais de spasmes de sanglots ou de rire. (Bischof K. Sexocorporel and the promotion of sexual pleasure)

C'est une autre manière de se laisser aller, mais il semble préférable de ressentir une volupté de l'intensité émotionnelle pendant le rapport plutôt que de pleurer après. Le mouvement de bascule supérieur du mode en vagues peut amener à cela. C'est souvent un peu plus difficile à apprendre que la bascule pelvienne. Une personne ayant assimilé le double mouvement de bascule (supérieur et pelvien) pendant l'excitation trouvera que les expériences sexuelles tant seule qu'avec un partenaire apportent plus d'intensité émotionnelle et physique. Les sentiments de lien avec le partenaire, de confiance en soi et de masculinité/féminité sont exacerbés, et l'ensemble de l'acte sexuel est perçu comme vecteur de plaisir sensuel, et pas uniquement son point culminant, l'orgasme. (Bischof-Campbell, 2012).

3. Les composantes cognitives du plaisir sexuel

La manière dont vous ressentez une expérience sensuelle, la capacité de lui donner une signification positive sont les composantes cognitives clés du plaisir (Leknes 2008). Les cognitions ont des moyens de régulation de haut en bas puissants pour amplifier ou atténuer le plaisir (Kringelbach 2009). Imaginez que vous êtes assis dans une salle de cinéma avec votre futur partenaire amoureux virtuel, et le simple fait de toucher par inadvertance le bras de celui/ celle que vous désirez provoque des fourmillements d'excitation et de promesse le long de votre colonne. Le même contact avec un voisin de siège fortuit mais repoussant n'a pas seulement une signification différente, mais également un ressenti différent et provoque d'autres réactions neuro-végétatives.

Derrière ceci se trouve un processus de décision inconscient qui indique comment interpréter subjectivement la situation, en se fondant sur un certain savoir des menaces et récompenses possibles que présente cette expérience. De telles cognitions apprises concernant la sexualité incluent des prédictions cognitives comme les messages véhiculés par les parents, ainsi qu'un savoir implicite qui n'est pas nécessairement conscient. Savoir que la stimulation génitale est agréable vient surtout d'un conditionnement associatif simple : l'expérience répétée d'apports sensoriels positifs mène à un renforcement positif. Pour le dire simplement, l'expérience m'apprend qu'une chose, par exemple la masturbation, est bonne pour moi. Les nourrissons, comme nous l'avons vu, travaillent sur cette cognition dès leur plus jeune âge. Les cognitions, de plus, tirent aussi leur influence des croyances non fondées sur l'expérience, comme nous le savons de l'effet placebo : il suffit de « croire » ou « d'être confiant » dans le fait que quelque chose sera bon pour moi, et les mécanismes de récompense de l'esprit sont mis en branle en lien avec l'attente et l'expérience du bénéfice (Esch and Stefano, 2005).

A l'opposé, croire que quelque chose est mauvais pour moi peut provoquer une expérience désagréable. Comme dans de nombreuses sociétés le savoir et les croyances autour de la sexualité sont faussés, les messages sur le plaisir sexuel tendent à être d'une nature plus aversive ou punitive qu'encourageante. L'attente de la honte ou de la punition interfère avec la signification positive que l'on pourrait conférer à l'expérience sexuelle. D'une manière générale, les patients qui ont des problèmes avec le plaisir sexuel ressentent une grande honte ou ne sont simplement pas capables de s'imaginer comme des individus sexuellement satisfaits. On constate que grand nombre de personnes fonctionnant sur un mode archaïque ou étroitement mécanique sont plus susceptibles de se battre avec des sentiments de culpabilité et des cognitions négatives sur le sexe que des personnes utilisant un mode de mouvement. Dans une étude suisse, l'affirmation sexuelle et la fierté de leurs parties génitales

étaient directement liées à la quantité de mouvements et de variations que les femmes exécutaient pendant l'excitation sexuelle (Bischof-Campbell 2012).

En thérapie, les approches cognitives donnant des informations et des permissions ne sont pas suffisamment efficaces pour briser le barrage des croyances négatives qui peuvent avoir été acquises très tôt dans la vie. C'est pourquoi, en plus, les stratégies de traitement proposées par le Sexocorporel se concentrent sur le fait d'induire des expériences sensuelles qui provoquent des réactions physiologiques positives et donc des cognitions positives. L'expérience répétée d'excitations sexuelles satisfaisantes défie les croyances négatives et peut les modifier. Nous invitons le patient à pratiquer de manière répétée une stimulation génitale consciente et variée ainsi que la double bascule pendant les activités auto-érotiques. Invariablement, les patients voient leurs cognitions négatives s'amenuiser. L'expérience physique personnelle de "rien de mauvais ne se passe", et le système de récompense que cela déclenche véhiculent un message bien plus puissant que les arguments les plus sophistiqués des meilleurs thérapeutes : je le ressens agréablement, donc c'est bon.

En résumé, la thérapie sexuelle du Sexocorporel utilise les unités du corps et de l'esprit influencées par les perceptions, les émotions et les cognitions par le biais de modifications somatiques. Elle prend en compte l'existence de différents modes d'excitation sexuelle - des schémas acquis avec de profondes conséquences pour l'expérience du plaisir sexuel. Elle utilise la plasticité du cerveau en induisant de nouveaux schémas de mouvement et de stimulation (la double bascule). Fondée sur une évaluation clinique concise de toutes les composantes physiologiques, émotionnelles, cognitives et relationnelles participant de la sexualité d'un patient, la thérapie apprend à faciliter le plaisir sexuel en induisant des variations adaptées à chaque individu dans la stimulation, le mouvement, la tension musculaire et la respiration qui mènent à un plus grand apport sensuel hédonique, une intensité et un relâchement émotionnels plus grands, et une meilleure capacité à donner une signification positive à une expérience sexuelle.

Références

- Bischof-Campbell A, *Zusammenhänge des sexuellen Erlebens von Frauen* (Context of sexual experience in women), 2012. In preparation for publication, masters thesis, University of Zurich, Switzerland
- Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M, *La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle* (Clinical sexology based on a model of sexual health), Psychotherapies 2005;25:3-19
- Desjardins JY, *Approche intégrative et sexocorporelle*, (The integrative sexocorporel approach), Sexologies 1996; 5: 43-48
- Hansen JK, Balslev T., *Hand activities in infantile masturbation: a video analysis of 13 cases*, Eur J Paediatr Neurol. 2009;13:508-10
- Komisaruk BR, Whipple B, Beyer C, *Sexual pleasure*, In : Kringelbach et al. Pleasures of the Brain. 2010; 168-177
- Kringelbach ML, Berridge KC., *Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness*, Trends Cogn Sci. 2009;13:479-87
- Leknes S, Tracey I, *A common neurobiology for pain and pleasure* Nat Rev Neurosci. 2008;9:314-20
- Loken LS, Wessberg J, Morrison I, McGlone F, Olausson H., *Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans*, Nat Neurosci. 2009;12:547-8
- Meston CM, Buss DM., Why humans have sex, Arch Sex Behav, 2007; 36:477-507
- Meston CM, Gorzalka BB, *The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women*, Behav Res Ther. 1995;33:651-64
- Santarelli F, *Ricerca sui modi eccitatori* (Research on the arousal modes) 1987 Unpublished paper, Genova
- Ulrich-Lai YM e.a., *Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways*, PNAS 2010;107:20529-34
- Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW., *Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature*, Pediatrics 2005;116:1427-32

Author's Address:
Karoline Bischof MD
Zurich Institute of Clinical Sexology and Sexual Therapy ZISS
Minervastrasse 99
CH-8032 Zurich, Switzerland
karoline.bischof@ziss.ch
www.ziss.ch

SEXOCORPOREL UND DIE FÖRDERUNG DES SEXUELLEN LUSTERLEBENS

Karoline Bischof

Publiziert in: Pleasure and Health (Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS), 2012; ed. Kontula O.; pp. 59-68.

Sexocorporel ist eine umfassende Sichtweise der menschlichen Sexualität, die alle physiologischen, emotionalen, kognitiven und Beziehungskomponenten berücksichtigt, die das sexuelle Erleben ausmachen. Er wurde von Prof. Jean-Yves Desjardins an der sexologischen Fakultät der Universität von Montreal, Quebec, in den 80er Jahren entwickelt und wird seither angewandt, gelehrt und weiter entwickelt von Sexologen in Kanada und Europa. Die Förderung des sexuellen Lusterlebens ist ein wesentliches Ziel der Sexocorporel Sexualtherapie. Um zu verstehen, wie dies erreicht wird, soll hier das Sexocorporel Konzept der sexuellen Gesundheit dargelegt werden. Darin wird eine Definition der sexuellen Gesundheit aufgestellt, die auf der Fähigkeit beruht, sexuelle Lust zu erleben (Desjardins 1996). In den Sexualwissenschaften wird gemeinhin das sexuelle Lusterleben erstaunlich vernachlässigt, und die Forschung darüber steckt noch in den Anfängen (Komisaruk 2010). Dem nicht-sexuellen Lusterleben werden sensorische, affektive und kognitive Komponenten zugeordnet (Kringelbach 2009). Dieselben Komponenten können wir dem sexuellen Lusterleben zuordnen. Sexocorporel definiert die Bedingungen für deren optimale Funktionalität für das Lusterleben:

1 . Physiologische Komponenten: Die Fähigkeit, die genitale sexuelle Erregung zu steigern bis zu einer orgasmischen Entladung unter optimalem Einsatz des Körpers, um hedonische (lustvolle) Sinnesempfindungen zu ermöglichen;

2 . Emotionale Komponenten: Die Fähigkeit, die Sinnesreize bei Erregung und Orgasmus wahrzunehmen und mit intensiven hedonischen Emotionen und einer emotionalen Entladung zu verbinden.

3 . Kognitive Komponenten: Die Fähigkeit, dem Erlebnis eine positive Bedeutung beizumessen. In der Realität integrieren diese Komponenten eng, aus didaktischen Gründen betrachten wir sie aber separat.

I. Die physiologische Komponenten des sexuellen Lusterlebens

Genitale sexuelle Erregung fühlt sich gut an. Diese Beobachtung scheint banal, und doch ist sie nicht selbstverständlich. Viele unserer Klienten suchen uns genau darum auf, weil sie es nicht so erleben. Merkwürdigerweise wird in vielen Sexualtherapierrichtungen der eigentlichen genitalen Realität des sexuellen Erlebens einer Person wenig Beachtung geschenkt. Im Sexocorporel steht diese dagegen im Zentrum. Die genitale sexuelle Erregung beruht auf einem angeborenen Reflex. Dieser Reflex kann von einer grossen Anzahl Stimuli und Erregungsquellen ausgelöst werden. Bei männlichen Feten können wir ihn schon intrauterin beobachten. Er verursacht vermehrte genitale Durchblutung, eine Beschleunigung der Atmung, eine Zunahme der Muskelspannung und verschiedene neurovegetative Veränderungen. Hat die genitale Vasokongestion einen bestimmten Schwellenwert erreicht, wird durch nur teilweise bekannte Mechanismen eine zweite reflexartige Reaktion ausgelöst: die orgasmische Entladung, begleitet von Muskelspasmen und gefolgt von der Rückbildung der Erregung.

Seit Masters und Johnson ist dieser sexuelle Erregungszyklus physiologisch detailliert beschrieben und erforscht worden. Der Ablauf dieses Zyklus allein gibt uns allerdings noch keinen Hinweis auf die Qualität des Erlebens, ja nicht einmal, ob er überhaupt wahrgenommen wurde. Vor allem Frauen scheinen die genitale sexuelle Erregung nicht unbedingt wahrzunehmen oder lustvoll zu erleben, wie Laboruntersuchungen gezeigt haben (Meston 1995). Die genitale Vasokongestion löst Sinnesreize wie Wärme, Kribbeln, Spannung, Druck, Feuchtsein aus. Anders als die vermehrte Durchblutung anderer Körperteile können diese Sinnesreize auf eine lustvolle Weise wahrgenommen werden, wie sie für die genitale sexuelle Erregung einzigartig ist. Diese Wahrnehmung geschieht jedoch nicht automatisch. Die Klinik zeigt, dass sie durch Übung erworben werden muss, wie z.B. bei anorgastischen Frauen. Diese Frauen erleben ihr Geschlecht zunächst oft nur wenig lustvoll. Vielleicht konsultieren sie sogar mit der Frage: „Habe ich überhaupt

eine Klitoris? Ich spüre dort nichts.“ Die Anregung, Vulva und Vagina wiederholt zu stimulieren, stellt da eine erfolgreiche Intervention dar. Auf der neurologischen Ebene führt diese wiederholte Stimulation sensorischer Nervenrezeptoren zu einer Ausbildung entsprechender Synapsen im somatosensorischen Kortex und in den Lustzentren des Hirns. Viele Frauen erreichen das Erwachsenenalter, ohne je gross die Gelegenheit, die Erlaubnis oder gar die Ermunterung dazu erhalten zu haben, mit ihren Genitalien zu spielen und solche Synapsen zu entwickeln. Dies ist einer der Gründe, weshalb Orgasmusprobleme, vor allem mit dem Partner und beim Geschlechtsverkehr, zu den häufigsten Anliegen von Frauen gehören – weit mehr als bei Männern, die in der Regel von klein auf einen taktilen und visuellen Kontakt mit ihren Genitalien haben und daher gewisse Synapsen eher ausbilden können. Jedoch nutzen auch Männer in ihren Angewohnheiten der Selbststimulation oft nicht das volle neurologische Potential ihres Geschlechts und stossen in der Paarsexualität an Grenzen mit ihrer Erregung.

Das bringt uns zu einem zweiten wichtigen physiologischen Grund für Schwierigkeiten damit, mit einem Partner erregt zu werden oder diese Erregung lustvoll zu erleben. Desjardins beobachtete, dass die Menschen bei der Erregungssteigerung dazu neigen, ihren Körper in bevorzugten und repetitiven Mustern einzusetzen, die einen Einfluss auf die Wahrnehmung und das emotionale Erleben dieser Erregung haben (Chatton 2005). Er nannte diese Muster die *sexuellen Erregungsmodi*. Die klinische Beobachtung zeigt, dass es im wesentlichen 4 verschiedene Erregungsmodi gibt, die sehr unterschiedliche Auswirkungen auf das sexuelle Lusterleben haben. Desjardins stellte fest, dass der Erwerb eines bestimmten Erregungsmodus Folge von Lernprozessen ist. So zeigen Beobachtungen und Videoaufzeichnungen von Eltern und Kinderärzten, dass Säuglinge schon im sehr jungen Alter von 3-6 Monaten fähig sind, sexuelle Erregung auszulösen durch rhythmischen Druck auf ihre Genital- und Beckenregion. Yang (2005), Hansen (2008) und andere beschrieben kindliche Selbststimulation als das Ausüben von Druck auf die Genitalregion durch Muskelspannung bei gleichzeitigen stereotypen, „Dystonie-artigen“ Bewegungen des Stammes, des Beckens und der Beine, einem Strecken und Anspannen der Beine und Arme, begleitet von den neurovegetativen Symptomen, die wir auch bei der sexuellen Erregung Erwachsener finden, so wie unregelmäßige Atmung, Grunzen, Schwitzen und Gesichtsröte. In manchen Fällen wurden sogar die Spasmen einer Entladung beobachtet. Die Kinder waren dabei immer bei Bewußtsein und ließen sich in ihrer Aktivität unterbrechen. Neurologische und andere Störungen wurden ausgeschlossen – die Kinder waren gesund und altersgemäß entwickelt. Die Autoren und die Kinderärzte schlossen daraus, dass es sich um nichtpathologisches, normales kindliches Verhalten handelte.

Desjardins nannte das eben beschriebene Erregungsmuster den archaischen *Erregungsmodus* - da es das erste ist, das erworben werden kann, noch vor der Fähigkeit, gezielte Handbewegungen durchzuführen. Eine Anzahl Personen,

mehr Frauen als Männer, behalten diesen Erregungsmodus lebenslang, zumindest bei der Selbststimulation. Frauen üben dabei Druck aus auf ihre Genitalien, den Venushügel oder den Unterbauch, mit der Faust, den Fingern, Objekten wie z.B. Kissen, in Bauchlage oder indem sie sich gegen Möbel pressen, durch Überkreuzen der Beine und andauerndes oder rhythmisches Zusammenpressen derselben, und eine Anzahl anderer Techniken, die Druck auf die Beckenregion ermöglichen. Während die Hände nicht unbedingt benutzt werden, ist hohe Muskelspannung immer beteiligt. Die Spannung kann so hoch sein, dass Muskelkater entsteht. Die Atmung ist flach oder angehalten. Auch manche Frau, die glaubt, rein über Fantasiätigkeit eine orgastische Entladung zu erreichen, verwendet wahrscheinlich zugleich unbewußt kräftige Beckenmuskelspannung. Diese Art von Stimulation erreicht immer die Tiefenrezeptoren sowie die Propriozeptoren. Einige Frauen kombinieren dies mit Reibung der Vulva, wobei auch Oberflächenrezeptoren stimuliert werden (archaisch-mechanischer Erregungsmodus). Männer pressen ihren Penis oder benachbarte Strukturen wie den Damm oder die Leiste, oft durch Drücken eines Teils oder des ganzen Penis mit den Händen oder mit Objekten, indem sie auf ihm liegen, ihn herunterbiegen und zwischen den Schenkeln einklemmen, oder ihn mit viel Druck mit den Fingern oder der Faust reiben. Auch hier ist die Stimulation verbunden mit hoher Muskelspannung. Typischerweise ist der archaische Erregungsmodus sehr wirkungsvoll beim Steigern der Erregung, und eine orgastische Entladung kann innerhalb von Sekunden oder Minuten erreicht werden. Wird viel Druck angewandt, kann es bei Männern zur Ejakulation aus einem weichen oder teilerigierten Penis kommen. Die orgastische Entladung ist oft kurz und lokal, und das anschließende Nachlassen der Muskelspannung ist entspannend und lustvoll.

Es liegt in der Natur der sexuellen Erregungsmodi, dass der Mensch gern bei seinen Gewohnheiten bleiben. Eine Anzahl Personen erwerben verschiedene Modi und können zwischen ihnen abwechseln, die meisten bleiben jedoch bei dem, was zuerst gut funktioniert hat. In einer italienischen Untersuchung einer nicht-klinischen Stichprobe von 345 Personen benutzten 21% der Männer und 30% der Frauen ausschliesslich den archaischen Erregungsmodus, um eine orgastische Entladung zu erreichen (Santarelli 1987). In einer nicht-klinischen Stichprobe von 1417 Schweizer Frauen zwischen 17 und 65 Jahren benutzten 47% den archaischen Modus zur Selbstbefriedigung und 19% zum Partnersex (Bischof-Campbell 2012). In der klinischen Praxis ist die Prävalenz eines ausschliesslich archaischen Erregungsmodus erhöht, da dieser Modus am ehesten zu Schwierigkeiten beim Partnersex führt, weil er zur Erregungssteigerung die gleiche Art der Stimulation wie bei der Selbstbefriedigung benötigt. Frauen suchen dann kräftige, intensive Stöße bei der Penetration, gepaart mit hoher Muskelspannung, oder genügend Druck auf die Vulva, was sie z.B. erreichen durch Pressen der Vulva gegen das Schambein des Partners oder durch Druck mit der Hand, oder sie lassen sich in Bauchlage von hinten penetrieren und pressen dabei mit hoher Muskelspannung die Beine zusammen. Schwierigkeiten mit der Erregung sowie

koitale oder Partneranorgasmie finden wir häufig bei diesen Frauen. Männer in diesem Modus erleben oft den Druck, den eine Vagina oder ein Mund auf den Penis ausübt, ungenügend. Vielleicht ziehen sie Analverkehr vor oder müssen bei der Penetration die Basis des Penis manuell pressen. Koitale Erektionsprobleme sind da schon im jungen Alter möglich. Männer und Frauen benötigen u. U. starke Fantasie Stimuli, Rollenspiele und andere mentale oder emotionale Erregungsquellen, weil die körperliche Stimulation durch den Partner nicht intensiv genug ist für ihren Erregungsmodus.

Häufiger finden wir den von Desjardins *mechanisch* genannten Erregungsmodus: bei über 50% der Männer und rund 40% der Frauen. Dabei geht es um Stimulation von oberflächlichen Nervenrezeptoren durch rasche Reibung der Genitalien – Vulva oder Klitoris, Penis oder Teile des Penis. Die stereotype Reibebewegung kann ohne große bewußte Investition getan werden, automatisch – darum „mechanisch“. Die Stimulation kann langsam und variabel beginnen und wird mit steigender Erregung rascher. In den letzten Minuten der Erregungskurve zeigt sie ihr typisches einförmiges Muster, das vielleicht ein sehr präzises Erregungsritual darstellt und präzise anatomische Stellen einbezieht, z.B. « 3mm links von der Klitoris, genau so schnell und mit diesem Druck ». Typischerweise steigt auch hier die Muskelspannung, wenn auch nicht so sehr wie beim archaischen Modus. Bisweilen krümmt sich der Rücken nach hinten, während sich Becken, Beine und Bauch versteifen, mit unterbrochener flacher Atmung. Bei der Masturbation wird der Körper oft kaum bewegt, die Hand tut die ganze Arbeit. Die sexuelle Erregung ist ganz lokal im stimulierten Gebiet spürbar. Der mechanische Erregungsmodus ist meist eine sehr effiziente Art der Selbststimulation, die innerhalb weniger Minuten zur orgasmischen Entladung führen kann.

Auch hier benötigt eine Person, die ein präzises Stimulationsritual im mechanischen Modus hat, in der Paarsexualität ähnliche Stimulation um die Erregung zu steigern. Bei heterosexuellen Männern kann dies Geschlechtsverkehr sein, bei dem der Körper sich versteift und zunehmend rasch vor und zurück bewegt wird. Um genügend Reibung zu ermöglichen, muss die Vagina vielleicht eng genug sein und nicht zu feucht – manche Männer bevorzugen darum Analverkehr. Manche erleben Erektionsprobleme nach Geburten ihrer Partnerinnen, weil die Vagina weiter geworden ist. Heterosexuelle Frauen, die sich bei der Masturbation auf klitorale Stimulation spezialisiert haben, finden u. U. den Geschlechtsverkehr nicht besonders erregend, wenn nicht zugleich klitorale Stimulation ausgeübt wird. Ist das Erregungsmuster sehr eng, benötigen sie vielleicht Stimulation von einer Präzision, die ihr Partner mangels Biofeedback nicht ausführen kann. Der Koitus kann sogar als störend für die Erregung erlebt werden. Frauen mit einem etwas Variantenreicherem mechanischen Modus können dagegen problemlos mit dem Partner durch manuelle oder orale Stimulation zur orgasmischen Entladung gelangen. Wie beim archaischen Modus können sich Personen mit mechanischem Modus, denen die körperliche Stimulation in der Paarsexualität zur Erregungssteigerung nicht genügt, stark

auf emotionale Erregungsquellen, Fantasien, Rollenspiele etc. abstützen. Ist der Modus sehr eng, finden sie bisweilen die Partnersexualität anstrengend, weil sie eine grosse mentale Konzentration oder körperliche Anstrengung zur Erregungssteigerung aufwenden müssen.

Menschen, die ausschliesslich Vibrationsstimulation anwenden, lassen sich meist dem archaischen oder mechanischen Modus zuordnen, da die Körperreaktionen ähnlich sind. Vibratoren stimulieren Vibrationsrezeptoren. Meist sind auch Muskelspannung und Druckrezeptoren involviert. Das Gleiche gilt für Stimulation mit dem Wassersstrahl.

Vor allem der archaische, aber auch der mechanische Modus wenden also typischerweise hohe Muskelspannung an im Beckenbereich, oft auch in den angrenzenden Körperregionen. Der Körper bewegt dabei wenig, die Atmung ist eingeschränkt. Wir werden später sehen, wieso dies das sexuelle Lusterleben einschränken kann. Die zwei verbleibenden Erregungsmodi, der *ondulierende Modus* und der *wellenförmige Modus*, haben dagegen eine große Beweglichkeit des Körpers und tiefe Atmung gemeinsam. Mit ihnen lassen sich weit höhere Grade der Lust erleben. Frauen in diesen Modi genossen die sexuelle Erregung, Empfindungen im Körper und in der Vagina und den Orgasmus, während Frauen im archaischen und mechanischen Modus einzige den Orgasmus genußvoll fanden (Bischof-Campbell, 2012). Im ondulierenden Modus bewegt sich der ganze Körper um die vertikale Achse in alle Richtungen, in genußvoll fließenden Bewegungen mit variabler Muskelspannung. Dabei werden extero- und propriozeptive Nervenendigungen im ganzen Körper stimuliert, ohne speziellen Fokus auf die Genitalregion. Der ondulierende Modus geht mit zahlreichen angenehmen Empfindungen einher. Die Atmung fließt frei. Bewegungen sind oft langsam und bedacht, um daraus und aus dem Kontakt mit dem Gegenüber möglichst viel Genuß zu ziehen. Bei der Autoerotik werden viele Körperregionen bewegt, berührt und stimuliert. Im Partnersex treten die Körper so in stets wechselnden sinnlichen Kontakt. Der ondulierende Modus zielt nicht auf den Orgasmus ab, da die Erregung, selbst wenn sie nicht besonders hoch ist, so lustvoll erlebt wird, dass sie völlig befriedigend sein kann. Wir finden diesen Modus wegen der eher niedrigen Muskelspannung mehr bei Frauen als bei Männern, deren Muskeltonus physiologisch höher ist. Manche Tantraschulen lehren vergleichbare Techniken.

Der wellenförmige Erregungsmodus verbindet ondulierende Bewegungen *um* die vertikale Körperachse mit einer koordinierten Bewegung *in* der Körperachse: der « Doppelten Schaukel ». Dabei wird das Becken in einer Schaukelbewegung so gekippt, dass sich das Geschlecht beim Ausatmen nach vorne, beim Einatmen nach hinten bewegt (« *Beckenschaukel* »). Beim Ausatmen kippt zugleich der Kopf leicht nach hinten und das Brustbein sinkt ein (« *Obere Schaukel* »). In der doppelten Schaukel krümmt sich die Brust- und Lendenwirbelsäule zum Buckel beim Ausatmen und zum Hohlkreuz beim Einatmen, mit einer

entsprechenden Gegenbewegung der Halswirbelsäule. Die doppelte Schaukel ist Teil des angeborenen Kopulationsverhaltens vieler männlicher Säugetiere. Beim Menschen ist sie offenbar in der Sexualität nicht genetisch vorprogrammiert, doch können wir sie bei anderen reflexähnlichen Muskelspasmen beobachten, wie z.B. beim Husten, Lachen oder Schluchzen. Bei Säuglingen lässt sie sich noch bei starken emotionalen Ausbrüchen erkennen, während die meisten Erwachsenen gelernt haben, sie beim Lachen oder Weinen zu unterdrücken. Auch in den Spasmen des Orgasmus kann sie sich zeigen. Die Bewegungen des wellenförmigen Modus sind variabel in ihrer Intensität, Amplitude und den Rhythmen. Dabei werden oberflächliche und tiefe Nervenrezeptoren im ganzen Körper stimuliert, mit einem Fokus auf der Genital- und Beckenregion, der es möglich macht, den Anstieg der sexuellen Erregung allein und mit dem Partner zu steuern bis zu einem kräftigen Orgasmus.

Zusammenfassend beeinflussen die sexuellen Erregungsmodi das Erleben von sexueller Lust, indem sie sich besser oder weniger gut für Partnersexualität eignen. Unseren Klienten raten wir daher, bei der Selbststimulation Variationen zu explorieren, um ihr sinnliches (also synaptisches) Repertoire zu erweitern und ihre sexuelle Erregung durch den körperlichen Kontakt mit dem Partner stärker zu nähren. Beispielsweise kann die Empfindsamkeit der Vagina durch wiederholte Berührungen gesteigert werden, wodurch Penetration für die Frau lustvoller werden kann; oder ein Mann kann lernen, seinen Penis langsamer und sanfter zu stimulieren, um die Weichheit der Vagina beim Koitus mehr zu genießen. Im weiteren wird das sexuelle Lusterleben auch durch die unterschiedlichen Muskelspannungen, Atmungs- und Bewegungsmuster der Erregungsmodi beeinflusst. Da dies ein zentraler, aber wenig bekannter Mechanismus ist, gehen wir darauf im Folgenden genauer ein. Insbesondere hemmt eine tonische (= andauernde, im Gegensatz zur phasischen) erhöhte Muskelspannung das sexuelle Lusterleben auf verschiedene Weisen: durch Einfluß auf die sensorischen Afferenzen, den Blutfluß und das autonome Nervensystem.

1. Muskelspannung und neuronale Afferenzen

Erhöhte Muskelspannung führt zu einer starken Stimulation von propriozeptiven und Tiefenrezeptoren, während sie die Wahrnehmung oberflächlicher Stimuli einschränkt. Man kann das leicht explorieren indem man seinen Unterarm streichelt, einmal bei entspanntem Arm, einmal mit geballter Faust. Die gleiche Art der Berührung wird dabei unterschiedlich erlebt, insbesondere, wenn es sich um „limbic touch“ („limbische Berührung“) handelt. Dieses langsame, leichte Streicheln umgeht den somatosensorischen Kortex und löst unmittelbar genußvolle Gefühle aus im linken vorderen Inselcortex. Es reguliert emotionale und hormonelle Reaktionen und scheint unmittelbar die Bindung an die berührende Person zu fördern. Rezeptoren finden sich nur in behaarter Haut, und die Afferenzen sind unmyelinisiert (Löken 2009). Sie reagieren nur, wenn

sie mit einer bestimmten Geschwindigkeit gestreichelt werden (ca. 2-8 cm/sec), und Testpersonen assoziierten nur diese Art der Berührung mit Genuss und Wohlbefinden. Im Gegensatz dazu assoziieren Menschen mit einem Erregungsmodus mit hoher Muskelspannung, v.a. dem archaischen Modus, diese Art der Berührung mit unangenehmen Empfindungen. Möglicherweise blockiert der neurologische Input hoher Muskelspannung den der limbischen Berührung ähnlich, wie er die Schmerzvermittlung blockiert. Die Person erlebt die Berührung dann als kitzlig und vermeidet sie. Manche Menschen, die Zärtlichkeiten „nicht ausstehen können“, sind fälschlich psychopathologisiert worden mit Bindungsunfähigkeit oder „emotionaler Frigidität“, wo ihr einziges Problem die Gewohnheit ist, bei sexueller Erregung die Muskeln anzuspannen. Dies ist ein wichtiges Beispiel der Körper-Hirn Einheit und davon, wie das, was wir mit unserem Körper machen, unsere Emotionen und sozialen Interaktionen beeinflussen kann. Die Fähigkeit, limbische Berührung und andere Zärtlichkeiten zu genießen, kann durch Veränderung der Muskelspannung erworben werden.

Erhöhte Muskelspannung im Bereich von Brustkorb, Zwerchfell und Abdomen scheint, vielleicht durch ähnliche Mechanismen, auch Oberflächenafferenzen aus weiter unten gelegenen Körperregionen wie den Genitalien zu hemmen. Das hat zur Folge, dass die Summe des „hedonischen Input“ und damit das lustvolle Erleben reduziert sind. Bei manchen Menschen ist sogar die Fähigkeit, die Erregung zum Orgasmus zu steigern, durch ein hypomobiles Zwerchfell blockiert.

2. Muskelspannung und Durchblutung

Die starke tonische Beckenbodenanspannung des archaischen und manchmal auch des mechanischen Erregungsmodus verhindert die Diffusion der sexuellen Erregung. Erinnern wir uns, dass die gesteigerte Beckendurchblutung und die genitale Blutfülle das sind, was sich so schön warm, kribbelnd und angenehm sexuell anfühlt bei der Erregung. Nun sind aber viele quergestreifte Muskeln stärker als der systolische Blutdruck und können daher bei kräftiger Ansprache die eigene arterielle Durchblutung unterdrücken. Die Folgen sind:

- a) Statt dass die Muskeln sich mit Blut füllen und das angenehme Gefühl sexueller Spannung im Becken steigern, entsteht Sauerstoffmangel im Muskel mit entsprechenden biochemischen Begleiterscheinungen, die bei andauernder Kontraktion unangenehm werden.
- b) Andauernde Muskelspannung vermindert auch die Durchblutung benachbarter Organe wie z.B. des unteren Drittels der Vagina, wodurch die vaginale Blutfülle und Lubrikation eingeschränkt wird. So erklärt sich, weshalb manche Frauen selbst in hoher Erregung nicht genügend feucht werden. Fehlende vaginale Blutfülle hemmt auch das Aufspannen der Vagina (Ballon- oder Zelteffekt), das für die Wahrnehmung eines vaginalen Innenraums und eines Bedürfnisses danach, ausgefüllt zu werden, nötig wäre.

– eine Voraussetzung für das koital sexuelle Begehen. Stattdessen wird die Vagina nicht als Raum sondern etwas solides wahrgenommen, eine „Kugel“ oder eine „Stange“, wie es manche Frauen beschreiben. Bei älteren Männern oder solchen mit Durchblutungsproblemen scheint tonische Muskelspannung die Penisdurchblutung einzuschränken und kann zu Erektionsstörungen führen.

c) Wenn die Blutfülle sich auf das äußere Geschlecht beschränkt, weil im inneren Becken die Durchblutung reduziert ist, dann bleibt die Region, die sich angenehm erregt anfühlt, relativ klein und fokussiert – nur der Penis, oder nur die Klitoris. Erregung wird so zu einem lokalen, reduzierten Phänomen – im Gegensatz zu einem Körper in fluiden Bewegungen, bei dem vermehrte Durchblutung angenehm im ganzen Becken und anderen Körperregionen wahrgenommen werden kann. Entsprechend wird eine orgasmische Entladung vergleichsweise „kleiner“ ausfallen, wenn sie nur eine kleine Region betrifft, als wenn der ganze Körper beteiligt ist. Personen mit archaischem oder mechanischem Erregungsmodus beschreiben ihre Orgasmen oft als „ganz nett“, „kurz“, „wie ein gutes Niesen“, und genießen vor allem die nachfolgende Entspannung.

d) Ist die Erregung auf ein kleines Gebiet der Blutfülle begrenzt, so ist sie sehr störungsanfällig: wird die nötige Stimulation auch nur kurz unterbrochen, kann das Blut sofort abfließen – und die Erregung geht verloren. Dies passiert Frauen, die ein sehr präzises Stimulationsritual benötigen oder leicht ablenkbar sind, und einigen Männern ab einem gewissen Alter mit Erektionsstörungen.

3. Muskelspannung und das vegetative Nervensystem

Andauernde Muskelspannung, die zu Sauerstoffmangel führt, regt das sympathische Nervensystem an, und zwar mehr, als für sexuelle Erregung nötig wäre. Eine zu hohe sympathische Stressaktivierung wirkt sich negativ auf sexuelle Erregung und Lusterleben (Ulrich-Lay 2010).

Hohe Spannung der Bauch- und Beckenmuskulatur schränkt die Beweglichkeit des Zwerchfells ein. Die Atmung wird flach und rasch. Diese Art der Atmung aktiviert den Kampf-Flucht-Erstarren Ast des vegetativen Nervensystems auf eine Weise, die der sexuellen Lust nicht förderlich ist. Hat bei der Erregung erst mal diese Atmung eingesetzt, so wird das Bedürfnis, die Entladung zu erreichen, sehr stark. Durch die hohe generalisierte Muskelspannung kommt der ganze Körper in Sauerstoffmangel und damit in eine regelrechte Notsituation, bei der die Entladung überlebensnotwendig wird. Wer dies während der sexuellen Erregung erlebt, neigt dazu, eine rasche Entladung anzuziehen. Im archaischen Modus kann dies nach 30 Sekunden der Fall sein, im mechanischen Modus nach wenigen Minuten. Es besteht keine Motivation, die sexuelle Erregung zu verlängern, kaum Genuß bei ihrem Anstieg, nur das antizipierte Vergnügen der Entladung, der nachfolgenden Entspannung und des Auftankens mit Sauerstoff, die den

wesentlichen sinnlichen Genuß der ganzen Sache ausmachen. In einigen Fällen mit frühzeitigem Samenerguss finden wir einen mechanischen Modus, wo die Männer die Ejakulation anstreben, ohne die Reise dort hin zu genießen. Sie wollen länger können für ihre Partnerin, sind sich aber nicht bewußt, dass sie durchs Verlangsamten lernen können, selbst mehr zu genießen.

Zusammenfassend hemmt eine tonische erhöhte Muskelspannung, wie sie bei vielen Menschen während sexueller Erregung vorliegt, das sexuelle Lusterleben auf verschiedene Weise. Dennoch ist es nicht sinnvoll, Entspannung zu empfehlen. Diese fördert zwar das Erleben von limbischer Berührung und anderen Zärtlichkeiten, nicht aber die sexuelle Erregung. Eine vollständige Relaxation der Beckenmuskeln unterbricht in der Regel die Erregungsreaktion und lässt sie abflauen. Somit sind wir konfrontiert mit der Frage, wie wir dem Körper die Muskelspannung geben können, die die sexuelle Erregung verlangt, ohne die negativen Folgen einer Dauerspannung zu riskieren. Die offensichtliche Antwort ist phasische Muskelspannung. Sie lässt sich am besten durch Bewegung erreichen. Bewegung kann in gewissen Muskeln hohe Spannung erzeugen, während die Gegenspieler zugleich entspannt werden. Im ondulierenden Erregungsmodus ist es dieses Prinzip, das zu Zuständen hohen und andauernden Genießens führt. In diesem Modus besteht kein spezieller Fokus auf Muskelspiel im Genitalbereich, weshalb das Steigern der Erregung bis zum Orgasmus schwierig oder unmöglich ist. Dagegen schließt die Bewegung der Beckenschaukel im wellenförmigen Erregungsmodus Muskelgruppen ein, die die Durchblutung der Becken- und Genitalregion fördern: Psoas, Unterbauchmuskeln, Beckenboden. Sie steigert so die sexuelle Erregung und hält doch den ganzen Körper in Bewegung. Deshalb ist sie physiologisch besonders gut geeignet, ein Maximum an Genuß zu ermöglichen in sexueller Erregung und beim Orgasmus. Unsere Klienten erhalten entsprechende Anleitungen, um diese Bewegung einzuführen, bis sie automatisiert ist, und sie dann während der sexuellen Erregung einzusetzen, zusammen mit tiefer Bauchatmung und ondulierenden Bewegungen des ganzen Körpers – zuerst allein, und wenn das gut geht, auch im Partnersex. Wir berücksichtigen dabei, dass Erregungsmodi gut eintrainierte Muster sind, die sich nicht leicht ändern lassen, und bereiten die Klienten darauf vor, dass ihre Erregung bei den ersten Versuchen schwächer sein wird.

2. Die emotionalen Komponenten des sexuellen Lusterlebens

Ein zentrales Problem der Erforschung der emotionalen Komponenten des sexuellen Lusterlebens ist, dass die Menschen, fragt man sie, was sie denn am Sex lustvoll finden, Hunderte verschiedener Antworten geben – vom physischen sinnlichen Vergnügen über seine Bindungs- und Liebesfördernden Eigenschaften bis hin zur Befriedigung narzisstischer Bedürfnisse (Meston, Buss 2007). Drum kann des einen „unsinnlicher, mieser“ Sex für einen anderen höchst befriedigend sein wegen seiner emotionalen Bedeutung. Bei den emotionalen Bedeutungen des Sex finden wir zwei Hauptkategorien: 1) Sicherheit, Verschmelzung und Bestätigung der Beziehung: Sex ist lustvoll, weil er bedeutet, dass er mich liebt / dass wir uns ganz nahe sein können / dass unsere Beziehung bestätigt ist / dass ich bei ihr in Sicherheit bin / dass er mich nicht verlassen wird, etc.; 2) Narzistische Bestätigung: Sex ist lustvoll, weil er bedeutet, dass ich ein sexy Mann oder eine sexy Frau bin / dass ich begehrens- oder liebenswert bin / dass ich sexuell kompetent bin, etc. Dies sind wichtige Bestandteile des Erlebens des sexuellen Akts, sie hängen jedoch nicht direkt von seiner Qualität ab. Statt dessen beruht ihre Fähigkeit, den Genuss zu steigern, auf persönlichen und Beziehungs faktoren, die sehr wechselhaft sind, so das aktuelle Bedürfnis nach Wertschätzung, die Qualität der Beziehung etc. So kann der Sex in einer neuen Beziehung gerade darum besonders lustvoll erlebt werden, weil er Beweis der eigenen Attraktivität oder der sich neu entwickelnden Bindung ist. Die emotionale Biochemie der Verliebtheit ist so machtvoll, dass sie sexuelle Erregung und Orgasmen auslösen kann. Nach drei Jahren Ehe hat sich die Biochemie jedoch wieder beruhigt, die Bindung ist etabliert, und das Begehrten des Anderen ist uns gewiss, gar bis zur Übersättigung. Derlei Emotionen sind flüchtig und daher unzuverlässig für das Lusterleben. Manche Therapien streben an, sie zuverlässiger zu machen, andere empfehlen Rollenspiele und ähnliche Strategien, um dem Sex die emotionale Spannung zurück zu geben. Sexocorporel macht sich zum Ziel, die Intensität des emotionalen Erlebens zu steigern, ob es nun um Liebe geht, Sicherheitsbedürfnisse oder Selbstbestätigung, und zwar mit körperlichen Mitteln und durch Steigerung der sinnlichen hedonischen Qualität des Sex.

Ein Grundaxiom im Sexocorporel ist die neurophysiologische Einheit von Körper und Hirn, insbesondere die Tatsache, dass wir unsere Emotionen durch somatische Sinnesreize wahrnehmen. So kann z. B. Angst gefühlt werden als Enge im Brustkorb, Freude als „perlendes“ Gefühl im Magen. Veränderungen auf Körperebene können Emotionen hervorrufen und modifizieren – versuchen Sie in einem Moment der Angst, tief mit dem Bauch zu atmen, und dank einer Unterdrückung des sympathischen zugunsten des parasympathischen Nervensystems verringert sich die Angst, ebenso, wie Sie sie steigern können, indem Sie umgekehrt den Brustkorb anspannen und rasche, flache Atemzüge tun, die Sie regelrecht in den Kampf-Flucht

Modus versetzen. Die Mobilisierung des Brustkorbs und Zwerchfells spielt eine zentrale Rolle bei der Förderung des sexuellen Lusterlebens, da sie dem Hirn hilft, aus einem hypervigilanten Zustand in einen Zustand verminderter Wachsamkeit überzugehen – Voraussetzung für Lusterleben und Loslassen.

Im weiteren kann die Intensität der Emotionen gesteigert werden durch eine größere Beweglichkeit von Brustkorb, Nacken, Kiefer und mimischer Muskulatur. Als einfaches Experiment können Sie einen Schrei der Begeisterung ausspielen, in den Sie Ihren ganzen Körper hinein geben. Dann versuchen Sie den gleichen Schrei mit zusammen gekniffenem Kiefer, eingefrorenem Brustkorb, Nacken und Gesichtsausdruck. Er wird sich nicht gleich anfühlen. Im archaischen oder mechanischen Erregungsmodus ist der Oberkörper bei hoher Erregung bis zur Entladung sehr rigide. Durch diese Rigidität werden die emotionale Intensität bei der Erregung und die Spasmen der emotionalen Entladung beim Orgasmus eingeengt. Interessanterweise entladen manche Personen ihre emotionale Spannung dann nach dem Orgasmus, mit Spasmen des Lachens oder Schluchzens. Dies ist auch eine Art, wie man loslassen kann, aber es scheint doch erstrebenswerter, eine lustvolle emotionale Intensität während dem Sex zu erleben als eine tränenreiche danach. Die obere Schaukel des wellenförmigen Erregungsmodus kann dies ermöglichen. Sie ist oft schwieriger zu erlernen als die Beckenschaukel. Kann eine Person die doppelte (obere und Becken-) Schaukel in der sexuellen Erregung einsetzen, so erlebt sie die Sexualität sowohl allein als auch mit Partner in größerer physischer und emotionaler Intensität. Vor allem Gefühle von Partnerbezogenheit, Selbstwert und Männlichkeit/Weiblichkeit sind gesteigert, und der ganze Sexualakt wird als sinnlich lustvoll erlebt, nicht nur sein Gipfel im Orgasmus (Bischof-Campbell, 2012).

3. Die kognitiven Komponenten des sexuellen Lusterlebens

Die Art, wie man über ein sexuelles Erlebnis denkt, die Fähigkeit, ihm positive Bedeutung zu geben, ist eine kognitive Schlüsselkomponente des Lusterlebens (Leknes 2008). Kognitionen haben eine starke regulierende Wirkung auf das Lusterleben, sowohl steigernd als auch hemmend (Kringelbach 2009). Stellen Sie sich vor, Sie säßen im Kino neben Ihrem absoluten Traumpartner. Die bloße zufällige Berührungs seines oder ihres Armes jagt Ihnen schon Schauer der Erregung und Versprechen den Rücken herunter. Die gleiche Berührungs durch einen zufälligen, aber abstoßenden Sitznachbarn hat nicht nur eine andere Bedeutung sondern fühlt sich auch völlig anders an und verursacht andere neurovegetative Reaktionen. Dahinter liegt ein unbewusster Entscheidungsprozess, wie die Situation interpretiert werden soll, der auf einer gewissen Kenntnis der möglichen Bedrohungen und Belohnungen solcher Situationen beruht. Derart gelernte Kognitionen zur Sexualität beinhalten explizite Vorhersagen, wie z.B. durch die Eltern

vermittelte Botschaften, und implizites, nicht unbedingt bewußtes Wissen. Wir wissen, dass sich genitale Stimulation gut anfühlt, vor allem durch assoziative Konditionierung: die wiederholte Erfahrung angenehmer Sinnesreize führt zu positiver Verstärkung. Einfach gesagt lehrt mich die Erfahrung, dass etwas, z.B. die Selbstbefriedigung, gut für mich ist. Wie wir gesehen haben, wirkt diese Kognition bei Kindern von früh an. Im weiteren üben Kognitionen aber auch Einfluss aus durch Glaubenssätze, die nicht auf Erfahrung beruhen. Dies kennen wir vom Plazebo-Effekt: es genügt, zu „glauben“ oder zu „vertrauen“, dass etwas gut für mich ist, und schon werden Belohnungsmechanismen im Hirn aktiviert, die mit der Erwartung und der Erfahrung von positivem Erleben verknüpft sind (Esch und Stefano, 2005). Umgekehrt kann etwas, von dem ich glaube, dass es mir schadet, unangenehmes Erleben bei mir hervorrufen. Da nun in vielen Gesellschaften Kenntnisse und Glauben über die Sexualität einseitig sind, tendieren Botschaften über sexuelles Lusterleben dazu, eher bestrafend oder aversiv zu sein als unterstützend. Die Erwartung von Beschämung oder Bestrafung beeinträchtigt die Fähigkeit, dem Erleben sexueller Lust eine positive Bedeutung zu geben. Oft erleben Klienten, die Probleme mit dem sexuellen Lusterleben haben, viele Schamgefühle oder können sich schlicht nicht als sexuell erfüllte Individuen vorstellen. Wichtig für uns ist, dass Menschen im archaischen oder einem engen mechanischen Modus tendenziell mehr mit Schuldgefühlen und negativen Kognitionen über Sex zu kämpfen haben als Menschen in einem bewegten Erregungsmodus. In der Schweizer Studie korrelierten sexuelle Selbstsicherheit und Stolz auf das eigene Geschlecht direkt damit, wieviel Bewegung diese Frauen zur Erregungssteigerung einsetzen (Bischof-Campbell 2012).

In der Therapie sind kognitive Ansätze, die Information und Erlaubnis geben, oft nicht genügend wirkungsvoll, um den Damm negativer Glaubenssätze zu durchbrechen, der vielleicht schon früh im Leben errichtet wurde. Sexocorporel Therapiestrategien fokussieren daher darauf, sinnliche Erfahrungen zu ermöglichen, die positive physiologische Reaktionen auslösen und dadurch positive Kognitionen induzieren. Das wiederholte Erleben genussvoller sexueller Erregung stellt negative Denkweisen in Frage und kann sie verändern. Wir motivieren den Klienten dazu, bei der Autoerotik seine Genitalien wiederholt bewußt und abwechslungsreich zu stimulieren, begleitet von der Bewegung der doppelten Schaukel. Unweigerlich vermindern sich dabei negative Kognitionen. Die persönliche Erfahrung, dass „nichts Schlimmes passiert“, und das stimulierte Belohnungssystem vermitteln eine viel mächtigere Botschaft als die ausgeklügeltesten Argumente des talentierten Therapeuten: dies fühlt sich gut an, also ist es gut.

Zusammenfassend macht sich Sexocorporel die Einheit von Körper und Hirn zunutze, indem Wahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen durch körperliche Modifikationen beeinflußt werden. Dabei wird die Existenz verschiedener sexueller Erregungsmodi, erworbener Muster mit tiefgreifenden Auswirkungen auf das sexuelle Lusterleben, berücksichtigt. Dank der Plastizität des Hirns können neue

Stimulations- und Bewegungsmuster (z. B. die doppelte Schaukel) induziert werden. Ausgehend von einer präzisen Evaluation aller physiologischen, emotionalen, kognitiven und Beziehungskomponenten, die die Sexualität eines Klienten ausmachen, fördert die Sexocorporel Therapie das sexuelle Lusterleben, indem sie auf das Individuum angepaßte Variationen der Stimulation, Bewegung, Muskelspannung und Atmung anregt. Dadurch wird ein größerer sensorischer hedonischer Input ermöglicht, größere emotionale Intensität und Loslassen, und eine größere Fähigkeit, dem sexuellen Erlebnis eine positive Bedeutung zu geben.

Références

- Bischof-Campbell A, *Zusammenhänge des sexuellen Erlebens von Frauen* (Context of sexual experience in women), 2012. In preparation for publication, masters thesis, University of Zurich, Switzerland
- Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M, *La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle* (Clinical sexology based on a model of sexual health), Psychotherapies 2005;25:3-19
- Desjardins JY, *Approche intégrative et sexocorporelle*, (The integrative sexocorporel approach), Sexologies 1996; 5: 43-48
- Hansen JK, Balslev T., *Hand activities in infantile masturbation: a video analysis of 13 cases*, Eur J Paediatr Neurol. 2009;13:508-10
- Komisaruk BR, Whipple B, Beyer C, *Sexual pleasure*, In : Kringelbach et al. Pleasures of the Brain. 2010; 168-177
- Kringelbach ML, Berridge KC., *Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness*, Trends Cogn Sci. 2009;13:479-87
- Leknes S, Tracey I, *A common neurobiology for pain and pleasure* Nat Rev Neurosci. 2008;9:314-20
- Loken LS, Wessberg J, Morrison I, McGlone F, Olausson H., *Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans*, Nat Neurosci. 2009;12:547-8
- Meston CM, Buss DM., Why humans have sex, Arch Sex Behav, 2007; 36:477-507
- Meston CM, Gorzalka BB, *The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women*, Behav Res Ther. 1995;33:651-64
- Santarelli F, *Ricerca sui modi eccitatori* (Research on the arousal modes) 1987 Unpublished paper, Genova
- Ulrich-Lai YM e.a., *Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways*, PNAS 2010;107:20529-34
- Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW., *Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature*, Pediatrics 2005;116:1427-32

Author's Address:

Karoline Bischof MD
 Zurich Institute of Clinical Sexology and Sexual Therapy ZISS
 Minervastrasse 99
 CH-8032 Zurich, Switzerland
 karoline.bischof@ziss.ch
 www.ziss.ch

³ Willy Pasini. La force du désir. S. 110

LE PLAISIR. QUEL EST LE CHEMIN ENTRE LE DÉSIR ET LE PLAISIR ? Ces deux notions sont-elle liées et si oui, comment s'influencent-elles ?

par Joëlle Gourier

Nous avons pu lire dans l'article de Karol Bischoff, que la notion de plaisir en sexualité, mais surtout dans la ligne du Sexocorporel, est en étroite relation avec les modes d'excitation sexuelle, ce que nous nommerons les MES. Cette partie-là ayant été traitée par ma collègue, je ne vais pas y revenir.

Qu'entend-on par plaisir, d'une manière générale ? C'est un état affectif lié à la satisfaction d'un désir, d'un besoin, d'une inclination; une sensation, un sentiment agréable. Le plaisir est vu en opposition à la douleur.

En philosophie, on parle des morales du plaisir: cf. l'épicurisme, l'hédonisme. On distingue plusieurs « modèles » de plaisir : le plaisir physique, le plaisir sexuel; le plaisir intellectuel, le plaisir esthétique ; le plaisir de: le plaisir causé par (quelque chose) ; le plaisir des sens. Nous pouvons aussi parler du plaisir d'offrir, de prendre, d'avoir plaisir à une chose, à faire une chose ; de faire plaisir à quelqu'un, lui être agréable.

Le mot plaisir peut également s'utiliser comme formule d'insistance polie ou menaçante : « Faites-moi le plaisir d'accepter. Faites-moi le plaisir de vous taire ». Le plaisir de quelqu'un, est celui qu'il éprouve. Prendre son plaisir où on le trouve. Un plaisir, des plaisirs: ce sera toujours une émotion agréable, une joie, une satisfaction. Accordez-lui ce petit plaisir. En règle générale, le plaisir est plutôt compris comme le plaisir des sens et plus particulièrement, le plaisir sexuel.

Les définitions, les utilisations du mot plaisir sont nombreuses et variées. Je n'ai pas mentionné toute la liste des différentes définitions que donnent les dictionnaires. Il y en a plus que pour le mot désir, notion que j'ai développée dans le numéro précédent de la revue.

C'est un concept employé en philosophie et en psychologie. Le plaisir est une sensation agréable, souvent associé à un mot qui le qualifie : plaisir sexuel, plaisir alimentaire.

Dans le bouddhisme, le plaisir est une sensation physique ; c'est également l'une des vingt-deux facultés qui désignent tant les facultés physiques que mentales.

Dans son *traité du plaisir*, Gérard Leleu annonce dès le début de son ouvrage, ce qu'il pense du plaisir. Pour lui, le

plaisir bien compris peut être le meilleur remède à l'anxiété, pour autant que la personne jouisse d'une bonne santé. Il ajoute encore « *le plaisir n'est pas une simple sensation subjective, c'est une réalité biologique qui a ses centres propres dans le cerveau et ses molécules particulières* »¹.

Ici, nous avons affaire avec l'hypothalamus, c'est-à-dire l'archéocerveau. Il est voisin des centres vitaux, notamment ceux de la faim, de la soif et de l'accouplement. Il s'agit là d'un véritable centre ou « système du plaisir » ; son substratum anatomique comprend plusieurs centres : l'hypothalamus, les centres limbiques et le cortex préfrontal droit. Dans les centres limbiques, nous trouvons une constellation de noyaux : l'amygdale, l'hippocampe, le gyrus circulaire, le gyrus hippocampique et le septum. Chacun de ces noyaux va avoir un rôle préférentiel au niveau hédonique ou émotionnel : l'hippocampe donnerait la teinte affective des activités orales ou sexuelles. Alors que l'amygdale serait le siège de la mémoire émotionnelle, c'est-à-dire de la qualité émotionnelle d'un souvenir. Le septum, quant à lui, serait le centre de l'orgasme².

Ces différences entrent dans ce que produit chacun des neurotransmetteurs. La dopamine est le neurotransmetteur des synapses de l'hypothalamus. Elle est un neurotransmetteur appartenant aux catécholamines et donc issue de l'acide aminé tyrosine. Elle est le précurseur de l'adrénaline, de la noradrénaline. Dans le système nerveux périphérique, elle joue le rôle d'analectique circulatoire (stimulant des fonctions qui assurent la circulation sanguine). Au niveau du système nerveux central (SNC) elle a un effet globalement stimulant. Elle est impliquée dans les phénomènes de dépendance via le système de récompense³.

La sérotonine est connue pour être la substance des émotions agréables, l'adrénaline celle de la récompense, et l'acétylcholine celle de l'orgasme. En plus de ces neurotransmetteurs, les centres limbiques秘rètent encore d'autres molécules : les neuro-hormones du plaisir. Au contraire des neurotransmetteurs, libérés au niveau des synapses, mais qui ne sortent pas des centres limbiques, les neuro-hormones passent dans le sang et se diffusent dans l'ensemble de l'encéphale et de l'organisme. Dans ce sens, le cerveau peut être considéré comme une véritable glande productrice d'hormones. Ces

¹ Gérard Leleu : le traité du désir, page 34

² Gérard Leleu : le traité du désir, page 35

³ Dictionnaire Wikipédia - Internet

neuro-hormones sont des neuropeptides, dont les mieux connus sont les endomorphines (ou endorphine) : alpha, bêta et gamma, et les enképhalines.

L'endorphine est un peptide qui se forme naturellement dans le cerveau, constituée de nombreux acides aminés, présents notamment dans l'hypothalamus, et qui a une action analgésique. Les endorphines et les enképhalines peuvent être considérées comme des morphines endogènes.

L'enképhaline est une neuropeptide, constituée de cinq acides aminés, présents dans le système nerveux central et a notamment une action analgésique⁴.

Il faut savoir que les endomorphines ont la même structure chimique que l'opium.

Ces endomorphines, non seulement nous procurent un état de jouissance, mais elles ont également pour effet d'apaiser l'anxiété. Ce faisant, elles vont contribuer à nous mettre de bonne humeur, à diminuer notre stress, à calmer nos douleurs et à faciliter, en les stimulant, nos facultés intellectuelles. Elles représentent donc un phénomène psychologique capital. Nous savons que, lorsque notre désir se réalise, en règle générale nous ressentons une émotion fort agréable : le plaisir. Et celui-ci va, pour ainsi dire, devenir le moteur de nos actions. En effet, comme nous allons mémoriser la relation de cause à effet, nous aurons envie de reproduire ce qui nous a procuré du plaisir. En quelque sorte, le plaisir est une gratification donnée à nos actes et un encouragement à les renouveler. Où cela se met-il en mémoire dans notre cerveau ? Nous avons, là aussi, dans notre cerveau, un centre, qui est spécialisé dans cette fonction : l'amygdale limbique. Nous pouvons dire que le plaisir, et son souvenir vont permettre la relance du désir. En quelque sorte, plus il y a eu du plaisir, plus il y aura de désir⁵.

Le plaisir entre dans le jeu de la tension et de la détente. Comme nous l'avons déjà vu, le désir est ressenti par l'être humain comme un état de tension sur le plan psychique et physique, un déséquilibre de l'homéostasie. Le plaisir est ressenti comme un apaisement de cette tension, comme un retour vers cet équilibre. D'une manière générale, l'être humain semble être conduit par un principe, le « principe de plaisir ». Ce qui veut dire qu'il est principalement guidé vers une envie d'échapper au déplaisir. Dès lors, ses conduites conscientes ou inconscientes seraient guidées par ce principe. Cependant, tout être humain va également devoir en découdre avec un autre principe, le « principe de réalité ». *Le principe de plaisir : un des deux principes régissant, selon Freud, le fonctionnement mental : l'ensemble de l'activité psychique a pour but d'éviter le déplaisir et de procurer le plaisir. En tant que le déplaisir est lié à l'augmentation des quantités d'excitation et le plaisir à leur réduction, le principe de plaisir est un principe économique.*

Le principe de réalité : il forme couple avec le principe de plaisir qu'il modifie : dans la mesure où il réussit à s'imposer comme principe régulateur, la recherche de la satisfaction ne s'effectue

plus par les voies les plus courtes, mais elle emprunte des détours et ajourne son résultat en fonction des conditions imposées par le monde extérieur⁶.

Ce qui revient à dire que, pour atteindre leur but, les pulsions doivent obligatoirement se résoudre à tenir compte du monde extérieur, c'est-à-dire, du principe de réalité.

Et lorsqu'un patient ou une patiente vient nous voir en consultation de sexothérapie, de quel plaisir parle-t-il ? De fait, nous parlons généralement de l'orgasme. En Sexocorporel, nous allons distinguer deux acceptations de ce terme : l'orgasme et l'orgaste. Si ce dernier, l'orgaste, représente le retour à l'homéostasie, à l'abaissement de la tension sexuelle, il va cependant lui manquer une dimension fondamentale, celle du plaisir que nous connaissons au cours de l'orgasme. En règle générale, dans la littérature franco-phone, les termes « orgasmique ou orgastique » sont utilisés indifféremment, voire non différenciés. Pour ma part, j'utiliserai les termes d'orgasme et d'orgasmique, en relation avec la notion de plaisir.

Masters et Johnson, sont vraisemblablement les pionniers dans l'étude de l'orgasme, qu'il soit masculin ou féminin. L'orgasme résulte généralement d'une succession de stimulations régulières opérées sur les principales zones érogènes du corps humain : le clitoris, le vagin, et les grandes et les petites lèvres chez la femme, le pénis, les testicules, la prostate, chez l'homme, mais aussi les seins, le nombril, les aisselles pour les deux sexes. De façon générale, l'orgasme est obtenu de deux manières : soit avec partenaire (nous parlerons alors de rapport sexuel), soit de manière solitaire et nous parlerons alors de masturbation ou auto-érotisme. En consultation, nous pouvons entendre, que le manque de désir, qu'il soit féminin ou masculin, concerne autant le rapport sexuel avec partenaire que l'auto-érotisme. En tous les cas, chez la plupart des femmes qui viennent nous consulter, mais bien sûr, je ne peux étayer ces dires sur le résultat d'une recherche scientifique, mais seulement sur mon expérience de clinicienne, qui n'a pas de valeur scientifique en tant que telle.

L'orgaste (ou orgaste, mais nous y reviendrons) se manifeste de manière involontaire par une baisse de vigilance, la dilatation des pupilles (des yeux), une lubrification des organes génitaux, des vocalisations possibles, une respiration qui s'accélère et découpe les sensations, une rougeur de la peau, une excitation des mamelons (cette liste n'est pas exhaustive), pour parvenir, lorsque l'excitation sexuelle génitale est à son paroxysme, au point de non-retour, déclenchement de la décharge orgastique. Elle provoque une série de contractions musculaires et rapides des régions anales, des muscles du périnée et des organes génitaux, avec une émission de sperme chez les hommes, parfois de fluides chez les femmes.

Je vais commencer par l'étude de l'orgasme féminin selon différents auteurs.

⁴ Dictionnaire français Hachette

⁵ Gérard Leleu, le traité du désir, page 35

⁶ J.Laplanche et J-B.Pontalis, vocabulaire de la psychanalyse

L'orgasme féminin

Masters et Johnson, ont décrit l'orgasme féminin comme une expérience psychophysiologique qui va se dérouler dans un contexte psychosocial qui lui donne tout son sens. Sur le plan physiologique, il se produit grâce à un relâchement physique et par l'augmentation de la vasocongestion et de la myotonie qui ont été les réponses aux stimuli sexuels. Selon eux, « c'est une perception subjective d'une réaction physique maximale aux stimuli sexuels.⁷ » Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte : les facteurs physiologiques, les facteurs psychologiques et les facteurs sociaux. Pour Masters et Johnson, le rapport quantitatif et qualitatif de ces facteurs lors des expériences orgasmiques apparaît comme totalement variable d'une femme à une autre. Ces chercheurs ont constaté que la physiologie de la réponse orgasmique restera la même, quel que soit le mode de stimulation employé : auto stimulation manuelle ou mécanique, stimulation par le partenaire, coït, etc. Ils ont remarqué que, chaque fois qu'une femme ressent un orgasme, le vagin et le clitoris réagissent selon des modes physiologiques constants. Ils en ont conclu qu'il n'y a qu'un type d'orgasme, lequel concerne deux voies d'accès : vaginale et clitoridienne. Ils estiment, malgré tout, que l'organe le plus important reste le clitoris, car il a un rôle unique, qui est de recevoir et de transformer les stimuli sexuels, et il répond autant à une stimulation physique que psychique⁸.

D'ores et déjà, nous voyons que le Sexocorporel se démarque de manière significative face à ces assertions : la prédominance du clitoris n'est pas une notion que nous avançons et la notion de plaisir et de détente corporelle n'est alors pas étudiée en dehors du Sexocorporel de la manière dont nous l'entendons. Lors de l'évaluation sexologique, nous allons repérer si la personne a, ou non, déjà exploré et découvert son vagin. Nous l'aiderons ensuite à développer des apprentissages qui lui permettront de prendre en compte et son clitoris et son vagin.

Certes, il peut y avoir une détente, mais pas toujours, et pas forcément liée à la notion de plaisir. En revanche, il est primordial de mentionner la nécessité d'une stimulation tant physique que psychique, et cela rejoint le fait que toutes les composantes de la sexualité entrent en jeu dans la sexualité de l'être humain en général.

Nous connaissons la controverse qui a été déclenchée par Freud, au moment où il a commencé son étude sur la sexualité féminine (1905, 1931). Remarquant que la petite fille n'a pas de représentation corporelle de son vagin avant l'époque de la puberté, il en déduit qu'il existe une sexualité prégnitale, liée uniquement au clitoris. Établissant une similitude entre le clitoris et le pénis, il en conclut que cette sexualité a un caractère plutôt masculin. Il pense même qu'une masturbation clitoridienne risquerait d'ouvrir la voie à la masculinité. Les femmes qui privilégieraient une masturbation et une sexualité de type clitoridien seraient donc, selon lui, des femmes n'ayant pas atteint la maturité que supposent une masturbation et une sexualité de type vaginal. Pour lui, il n'y a de bon orgasme que vaginal.

Wilhem Reich (1897 - 1957) pense, quant à lui, « que la santé psychique dépend de la puissance orgastique, qu'il définit comme étant la capacité de s'abandonner aux flux de l'énergie biologique sans aucune inhibition, et la capacité de décharger complètement l'excitation sexuelle contenue, au moyen de contractions involontaires agréables au corps. »

Françoise Dolto (1982), dans sa théorie de la sexualité féminine, distingue quatre types d'orgasme féminin : l'orgasme clitoridien, l'orgasme clitorido-vulvaire, l'orgasme vaginal, l'orgasme utéro-annexiel. Selon elle, ces orgasmes pourront être ressentis isolément ou en chaîne, et être décelables séparément ou non. Elle signalera également qu'il est possible de ressentir de grandes variations de l'intensité voluptueuse orgasmique avec le même partenaire, et ce faisant, cela représente une spécificité de la sexualité génitale féminine.

Claude Crépault, le père de la sexoanalyse, pense que le plaisir orgasmique s'inscrit tout d'abord dans la réalité physiologique. Pour lui, il existe deux types d'orgasmes distincts : l'orgasme extra - coital et l'orgasme coital. Pour le premier, les sensations partent de la vulve, et principalement du clitoris, incluant également le tiers inférieur du vagin. Pour le second, le vagin dans son entier, mais aussi l'utérus sont impliqués. Il pense que l'anorgasmie peut provenir de problèmes organiques ou psychologiques profonds.

En 1954, l'équipe de Kinsey a travaillé sur la question de l'orgasme féminin. Ils avaient à leur portée, comme base de travail, les différents travaux de la psychanalyse. Ils ont effectivement constaté, que sur les 900 femmes interrogées, seules 14 % d'entre elles pouvaient situer et exprimer une sensibilité au niveau de leur vagin. Mais, par contre, ils ont dégagé un certain nombre d'éléments concernant le degré et la source de satisfaction ressentis par ces femmes lors d'une pénétration vaginale. Ils en ont tiré la conclusion suivante : il n'y a pas de différences entre les orgasmes, sur le plan physiologique, mais une différence de ressenti au niveau psychologique.

H.S. Kaplan choisit également cette théorie. Pour elle, une stimulation clitoridienne permet d'obtenir un orgasme alors que, dit-elle, cela lui semble impossible au niveau du vagin. Elle postule que l'orgasme féminin est un réflexe dont le centre se situe au niveau lombo-sacré.

Singer et Singer, quant à eux, ont identifié trois différents types d'orgasmes : l'orgasme vulvaire, l'orgasme utérin, et l'orgasme mixte. Notons que l'orgasme utérin ne pourra survenir que lors de coïts, donc nécessite une pénétration. Tordjmann, lui, a défini deux types d'orgasme qui peuvent se vivre isolément ou se combiner. Il s'agit de l'orgasme externe clitorido-vulvaire et de l'orgasme profond utérin, qui lui, se produira à la suite de la stimulation pénienne ou digitale et qui excite le point G.

D'une manière générale, les auteurs sont unanimes pour dire que les femmes ressentent des orgasmes intermédiaires plutôt que des orgasmes « purs ». Et que la plupart d'entre elles ressentent plus d'un type d'orgasme, même au niveau vaginal. Ils ont également fait une distinction entre la jouissance et l'orgasme. Là, nous rejoignons la théorie de Reich et la bio - énergie : pour cet auteur, la jouissance est plus

⁷ W.H.Masters et V.C.Johnson, les réactions sexuelles ; page 147

⁸ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, page 137

⁹ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations

localisée et son classement plus global, apportant une satisfaction physiologique et psychologique plus intense. De la même manière, les auteurs disent la même chose en ce qui concerne la sensibilité du vagin à la stimulation érotique. Son entrée est plus sensible, car mieux vascularisée et innervée. C'est à propos des parois vaginales qu'un désaccord existe encore. Par exemple, Kinsey et ses collaborateurs n'ont trouvé une excitabilité vaginale que chez 14 % de leurs sujets. Pour Kaplan, la seule stimulation des parois vaginales pourrait conduire au réflexe orgasmique, et ce, pour la majorité des femmes. D'une manière générale, ce qui va être déterminant, sera la manière de toucher les parois vaginales. Selon les uns, il sera nécessaire de frictionner les deux parois en même temps, pour d'autres, seule la stimulation du point G. amènera à l'orgasme (pour autant que nous soyons d'accord qu'il y a bien un point G !). Nous voyons là que la notion de récepteurs sensoriels n'est pas du tout abordée. Et que l'idée qu'il puisse y en avoir de deux sortes n'est pas évoquée. Et pourtant, nous savons qu'elles existent, ces différences : les capteurs sensoriels superficiels, sensibles à une caresse douce, superficielle ; et les capteurs sensoriels profonds, sensibles, eux, à la pression. Nous savons quel est leur rôle dans les différents modes d'excitation sexuelle, et comment ils peuvent interférer dans la rencontre sexuelle entre deux êtres. D'une manière globale, si une personne privilégie les caresses superficielles, parce que son cerveau a plus appris à les reconnaître et les faire fonctionner, elle aura de la peine si le ou la partenaire lui procure des caresses plus appuyées. Nous savons aussi à quel point, le rythme que chacun-e utilise lors de son autostimulation, ainsi que la tonicité corporelle vont interférer parfois de manière significative dans l'appréhension et l'accueil du plaisir à être en relation amoureuse et sexuelle avec un-e autre.

André Matteau, sexologue, a, lui, parlé du fait que l'orgasme que l'on appelle vaginal, met de toutes façons en œuvre le clitoris par l'intermédiaire des branches profondes de celui-ci et qui encadrent les parois du vagin. Pour ce sexologue, la distinction entre orgasme vaginal et orgasme clitoridien n'a aucune raison d'être, puisque : « tout le monde peut voir la partie extérieure et visible du clitoris, mais cette structure comporte également des nerfs qui aboutissent à l'intérieur du vagin, comme des pattes qui se rejoignent dans ces « éponges » que le Docteur Graffenberg a appelées, point G ». La stimulation de ces éponges, par ailleurs fortement innervées, peut procurer un grand plaisir aux femmes qui les ont repérées, mais de là à en conclure qu'elles sont les seules voies d'accès à l'orgasme... Ce serait aussi erroné que de dire que seule, la stimulation du clitoris est porteuse d'une réponse orgasmique ! Pour certaines femmes, la stimulation peut et doit être globale et inclure même la rencontre du gland avec le col de l'utérus. Stimulation qui n'est, nous le conviendrons, bien souvent induite que lors d'une pénétration par le sexe masculin.

Il me semble important de rappeler ce que nous entendons par orgaste et par orgasme, distinctions qui a été introduite par Jean-Yves Desjardins lors de son enseignement. L'orgaste est la capacité à faire monter, donc à canaliser son excitation sexuelle génitale (que l'on peut aussi appeler la vasocongestion) jusqu'au point de non-retour afin de par-

venir au déclenchement des réactions spasmodiques chez la femme (ou de l'éjaculation chez l'homme). La dimension qui manque, donc, lors d'un orgaste est l'association de la montée de l'excitation sexuelle génitale et du plaisir sexuel. Lors de l'orgaste, le lâcher-prise n'est pas possible et donc ne permet pas la décharge émotionnelle présente lors de l'orgasme.

Quoi qu'il en soit, outre les problèmes liés au désir sexuel, la plainte la plus commune au cours des consultations sexologiques, concerne les questions qui tournent autour du plaisir sexuel, de l'orgasme donc et, bien souvent, et des interrogations autour de la valeur des différents orgasmes : clitoridien ou vaginal. Il est donc nécessaire de s'intéresser aux difficultés orgasmiques, et plus exactement, à celles que rencontrent les femmes.

Les réactions émotionnelles telles que les pleurs, le plus souvent survenant chez les femmes, juste après la décharge orgasmique, sont généralement le fait que les tensions émotionnelles ont été très fortement accumulées durant le rapport sexuel et qu'elles se déchargent de cette manière-là. Chez plusieurs, le MES est en relation directe avec cette accumulation de tension émotionnelle puisque l'excitation sexuelle se vit dans une très grande rigidité du haut du corps. Cette information d'une décharge émotionnelle par les pleurs (et parfois aussi par le rire) peut nous indiquer qu'il s'agit alors plus d'un orgaste que d'un orgasme. Le rôle du sexothérapeute qui travaille en Sexocorporel sera d'en faire prendre conscience à son/sa patiente, et de l'aider à accéder à l'orgasme, ce qui lui évitera cette sorte de « détente émotionnelle » qui peut se présenter comme désagréable à vivre pour chacun des partenaires.

Les difficultés liées à l'orgaste, et à l'orgasme féminin

Je vais parler de l'anorgastie, c'est-à-dire de l'incapacité pour la femme d'atteindre le point de non-retour, donc la décharge orgasmique. Quelles sont les difficultés liées à la phase orgasmique chez la femme ?

Nous allons rencontrer des inhibitions de l'orgasme, appelées également anorgasmies.

Le DSM-III nous en donne la définition suivante : « *inhibition répétée et persistante de l'orgasme de type féminin comme en témoigne, durant l'acte sexuel, un retard ou une absence d'orgasme après une phase d'excitation normale, le clinicien considère que l'acte sexuel lui-même a été adéquat en intensité, en durée et quant à son orientation.* »[302.73].

Cette définition ne s'applique à l'anorgastie que dans sa fonction relationnelle. Cependant, nous savons parfaitement que certaines femmes ne parviennent pas à l'orgasme lors de leur auto-stimulation. Il est possible de rencontrer cette dysfonction dans trois cas distincts : une anorgasmie primaire totale, c'est-à-dire une absence complète d'orgasme, quelles qu'aient été les stimulations ; l'anorgasmie relationnelle : la femme est capable d'orgasmes lors de stimulations solitaires, mais pas avec son partenaire, lors d'une relation coïtale ; une anorgasmie coïtale : elle peut parvenir à l'orgasme lors de stimulations du clitoris, soit par elle, soit

par son partenaire, mais pas lors de la pénétration vaginale. Certaines femmes, peuvent se sentir très à l'aise avec l'idée qu'elles n'arrivent jamais ou très rarement, à ressentir un orgasme. À moins qu'il ne s'agisse d'un déni, elles expriment là que le sentiment de complicité, de fusion, avec leur partenaire est suffisant pour les combler. Le thérapeute se doit de respecter ce ressenti. Cependant, il ne représentera pas l'aspect principal de la plainte ni le but de la demande de sexothérapie, mais il émergera durant l'évaluation sexologique.

Cette difficulté à obtenir un orgasme pourra avoir des causes organiques, des causes psychologiques, des causes relationnelles, et des causes sexuelles. Parmi les causes psychologiques, notons : la difficulté d'abandon, la peur de perdre le contrôle, la peur que les enfants ou les voisins entendent, la peur de l'intimité, les messages négatifs quant à la sexualité et/ou la masturbation, le manque d'apprentissage, la pauvreté ou l'absence de fantasmatique, les mythes et les tabous, etc. Les problèmes relationnels pourront être : une hostilité envers le partenaire, des jeux de pouvoir, le maintien de la dynamique éjaculation rapide/anorgasmie. Parmi les causes sexuelles possibles, nous trouverons une stimulation insuffisante, un MES limitatif, une cause secondaire due à une éjaculation rapide ou une difficulté d'érection du partenaire, liée à un manque de désir, une cause secondaire à la dyspareunie⁹. En règle générale, l'anorgasmie est secondaire.

Il arrive également que certaines femmes parviennent à atteindre l'orgasme très rapidement. Ce qui pourrait entraîner des dysfonctions soit des dysfonctions érectiles, soit des problèmes du désir, chez leur partenaire.

La dyspareunie féminine, pourra plutôt provoquer des difficultés lors de la phase de désir, mais si elle s'associe en plus à une anxiété d'anticipation, elle amènera certainement le comportement d'évitement, mais vraisemblablement aussi une difficulté orgasmique. Nous aurons, très certainement, le même tableau clinique en cas de vaginisme.

Il est important de faire la distinction entre anorgastie et anorgasmie. L'anorgasmie étant l'impossibilité pour la femme d'associer la montée du plaisir sexuel à la montée de son excitation sexuelle génitale. Celle-ci parvient au point de non-retour, c'est-à-dire à une décharge orgasmique, mais n'en ressent pas forcément de plaisir ou encore, très peu de satisfaction.

Il est également très important d'étudier ce qu'il en est de l'orgasme masculin. Il semble moins difficile à examiner, mais il peut également être absent, difficile à obtenir, dououreux.

L'orgasme masculin

Qu'en est-il de l'orgasme masculin ?

Actuellement, la grande majorité des auteurs associe orgasme et éjaculation. Pour eux, l'orgasme serait « *la connotation subjective du plaisir ressenti, lors de la phase explosive du liquide séminal hors des organes annexes et de son cheminement dans l'urètre pénien* »¹⁰.

Là encore, les différents auteurs expriment différents points de vue.

Pour Masters Johnson, bien que les orgasmes masculins ne varient que très peu, ils sont proportionnels au volume de l'éjaculat. Ces auteurs expliquent cela par la possibilité qu'ont les jeunes hommes de moins de 30 ans, de connaître des orgasmes multiples, ceux-ci étant possibles grâce à des périodes réfractaires assez courtes. Nous savons également que certaines civilisations ont privilégié la relation coïtale sans éjaculation, notamment dans la Chine ancienne. C'est ce que nous retrouverons dans le tantrisme, notamment.

Pour l'équipe de Kinsey, il ne faudrait pas confondre orgasme et éjaculation. Ceci pour plusieurs raisons : l'éjaculation n'est qu'un des multiples éléments physiologiques qui se produisent durant l'orgasme ; les orgasmes masculins et féminins sont similaires, éjaculation mise à part ; certains adolescents (et même les bébés) qui ne sont pas encore aptes physiologiquement à éjaculer, sont quand même capables d'orgasme ; certains hommes adultes sont capables d'orgasmes multiples avec et/ou sans éjaculation ; chez d'autres hommes, l'éjaculation et l'orgasme sont espacés de quelques secondes ; une petite minorité d'hommes ne peuvent éjaculer pour des raisons organiques mais ressentent quand même l'orgasme, après des chirurgies (prostatectomies, sympathectomies) ou des traumatismes (blessures médullaires) ; certains hommes ne peuvent plus éjaculer mais éprouvent des orgasmes alors que d'autres éjaculent sans rien ressentir (éjaculation an hédonique).¹¹

Pour Tordjmann, l'homme connaît deux types de sensations et d'orgasmes différents, s'organisant autour des axes nerveux thoraco-lombaire et sacré. Il parle alors d'orgasme pénien et d'orgasme séminal. L'orgasme pénien se caractérise par des contractions rapides et rythmiques de la prostate, de l'urètre et des muscles à la base du pénis. Ces contractions expulsent le sperme par le méat urétral du pénis. C'est un processus qui dure de trois à dix secondes et qui est accompagné, habituellement, d'une sensation de plaisir intense.

Les hommes peuvent avoir des orgasmes avant la maturité sexuelle, mais alors, ils n'éjaculent pas. Comme il leur sera possible d'avoir un orgasme sans éjaculer surtout dans le cas où il a déjà éjaculé peu de temps auparavant. Nous trouverons aussi le phénomène d'une éjaculation sans orgasme dans le cas d'un ejaculateur précoce, par exemple, ou si l'homme se « contente » d'une éjaculation mécanique sans abandon à l'orgasme.

La distinction que nous faisons entre orgaste et orgasme est la même que l'on parle des hommes ou que l'on parle des femmes. C'est toujours l'intensité du plaisir sexuel ressenti qui va nous permettre de faire cette distinction.

L'orgaste entraîne en général des effets physiologiques qui peuvent amener les partenaires à avoir envie « faire l'amour » à nouveau. Pour l'homme plus sûrement, mais aussi pour la femme, après l'orgasme s'ensuit une période réfractaire qui peut être plus ou moins longue selon l'âge et le degré d'excitation (généralement, de 5 à 20 minutes). Souvent, la détente post-orgasmique, donne accès au sommeil ; cet

¹⁰ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, page 142

¹¹ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, page 143

état de fait est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Certains auteurs signalent une équivalence du point G féminin chez l'homme : il se situerait dans la glande prostatique. Il faudrait alors le masser fortement, en frottant, une zone centrale de la partie comprise entre l'anus et les testicules. Une autre stimulation est possible : par le toucher rectal. Ils rapportent que les sensations, bien que différentes de l'excitation pénienne, sont très agréables. Et que, si la stimulation se poursuit jusqu'à l'orgasme, il se produira également une éjaculation du liquide séminal : elle se fera par jet et en moindre quantité que lors de la stimulation pénienne. Ainsi que nous pouvons le voir, l'orgasme masculin, s'il a bien été décrit dans sa dimension neurophysiologique, l'a moins été dans sa dimension sensitive. Et il semble certain que la dimension psychologique, c'est-à-dire le ressenti subjectif, va varier d'une expérience à l'autre, et ceci en fonction de l'état émotionnel, relationnel et environnemental de la personne.

Comme les femmes, les hommes peuvent donc rencontrer des perturbations, des difficultés, voire des impossibilités lors de la phase orgasmique.

Les difficultés liées à l'orgaste et à l'orgasme masculin

Selon la typologie du trouble rencontré par l'homme qui vient consulter, nous avons aussi à faire la distinction entre orgaste et orgasme.

Certains hommes vont rencontrer des difficultés au moment de la décharge. Il va s'agir, par exemple, d'une éjaculation rapide, que l'on peut aussi nommer prématurée ou précoce. Toutes les autres phases fonctionnent, seule l'éjaculation est touchée, mais cela induit en règle générale, d'autres dysfonctions, chez le sujet autant que chez sa partenaire. Nous pourrons alors parler d'anorgasmie, puisque la décharge est bien présente, mais elle n'est pas reliée à la notion de plaisir.

Qu'entend-on par phase ?

Pour H. Kaplan elles sont au nombre de trois : la phase de désir, la phase d'excitation, et l'orgasme.

Nous savons que pour Masters et Johnson, il y en avait quatre : la phase d'excitation, la phase du plateau, la phase orgasmique, la phase de résolution. Ils n'avaient effectivement pas pris en compte le désir.

Plusieurs causes peuvent entrer en ligne de compte lors de ces dysfonctions liées à la phase orgasmique. Des causes organiques, des causes psychologiques, des causes relationnelles, des causes sexuelles. Parmi les causes psychologiques possibles, il y aura un manque d'apprentissage du contrôle éjaculatoire, une anticipation de l'échec, l'anxiété et le stress, le déni des sensations de plaisir, une éducation familiale ou religieuse rigides, une ambivalence ou une hostilité envers les femmes. Tout comme l'anorgasmie féminine, ce problème concernant l'orgasme peut être primaire ou secondaire, lié à une difficulté effective par exemple. En cas de difficultés primaires, il s'agit le plus souvent d'un manque d'apprentissage, ce qui ne représente pas de troubles profonds.

En cas d'éjaculation retardée ou absente, le DSM III donne la définition suivante : « *inhibition répétée et persistante de l'orgasme de type masculin, comme en témoigne le retard ou l'absence d'éjaculation après une phase d'excitation sexuelle adéquate* » [302. 74].

Les causes de cette dysfonction pourront être organiques, psychologiques ou sexologiques. Parmi les causes psychologiques possibles, nous trouvons une auto-observation obsessive, une hyper sensibilité au comportement et à la critique de la partenaire, une peur de l'intimité, une peur de l'engagement et une peur du plaisir. Il est extrêmement rare qu'une éjaculation retardée s'exprime de manière primaire, c'est-à-dire que l'homme n'aura jamais eu d'éjaculation (dans une telle situation, nous parlerons d'anéjaculation et une prise en charge médicale sera nécessaire) Elle est généralement rencontrée sous sa forme secondaire. Les causes sexologiques proviendront essentiellement des apprentissages sexuels que l'homme a fait et de son MES. Par exemple, un homme qui recourt à de fortes pressions de sa main sur son pénis lors de la masturbation pourra avoir de la difficulté à arriver au point de non-retour et à la décharge orgasmique lors d'une pénétration. Cela s'explique par le fait que le vagin ne pourra pas exercer une pression aussi forte que la main.

Le profil type de l'homme qui éjacule tardivement ressemble à celui de la femme qui rencontre une réponse orgasmique inhibée. Pour les deux sexes, une auto-observation obsessive ainsi qu'une difficulté d'abandon sont des facteurs récurrents.

Il existe également une éjaculation an hédonique. La phase d'excitation s'est bien produite, mais l'homme qui souffre de cette dysfonction, ressent tout à coup une sensation de relâchement, bien qu'il n'ait ressenti aucun plaisir orgasmique réel. De plus, le pénis peut demeurer rigide 5 à 10 minutes après l'éjaculation avant de retrouver son aspect flasque. Alors que, généralement, le pénis perd 50 % de son volume immédiatement après l'éjaculation. Il existe une dysfonction masculine, qui peut entraver aussi bien la fonction de désir que l'accès au plaisir : il s'agit de la dyspareunie, que l'on retrouve tout de même assez rarement chez les hommes, mais dont les causes possibles sont généralement d'origine organique.

Comme nous l'avons déjà vu, nous pouvons vraiment distinguer orgaste et orgasme avec nos patients et il est impératif de le faire. Peu d'hommes, en général, viennent consulter pour anorgasmie. Non pas, à mon avis, parce qu'ils n'en souffrent pas, mais par manque de prise de conscience. La décharge orgasmique étant déjà un soulagement en soi, elle peut être associée à tort à du plaisir. C'est lors du travail en sexothérapie que la prise de conscience apparaît et qu'elle est mentionnée par le patient quand il commence à comprendre ce que le lâcher prise émotionnel lui apporte.

Selon la problématique présentée, il sera important, surtout dans le cas d'une anéjaculation, de rétablir en tout premier lieu, la fonctionnalité de décharge orgasmique. Ce n'est que dans un second temps que l'association avec la capacité à faire monter sa charge émotionnelle afin de parvenir à un orgasme sera « travaillée » en sexothérapie.

Conclusion

La question fondamentale qui, pour moi, méritait d'être approfondie, est venue d'une réflexion que j'ai reçue en consultation, mais que nous sommes, nous sexothérapeutes, nombreux à avoir entendue : « j'ai du plaisir à faire l'amour, et pourtant, je n'en ai pas envie ».

Au regard de ce que j'ai écrit précédemment, cela ne semble pas possible : en effet, si l'on regarde la genèse du plaisir sexuel, il y a des étapes incontournables et réglées : un besoin à combler que la pensée transforme en désir sexuel, un acte pour le combler, un résultat, le plaisir sexuel. Peut-on, à un moment donné, se passer de l'étape du désir sexuel ? D'autant que l'on sait que plus il y aura eu de plaisir sexuel, plus il y aura de désir sexuel, qui est une anticipation positive du plaisir à venir. Par contre, il peut y avoir du désir sexuel, mais pas de plaisir sexuel, en tous les cas, dans le champ de la sexualité. Il est donc impératif de remettre ce questionnement dans ce champ, et uniquement, car la question du désir sexuel, du plaisir sexuel, le dépasse et nous ferait entrer dans le champ de la philosophie, mais ce n'est pas ce qui me préoccupe dans l'instant.

Nous savons que lorsque les patient(e)s nous parlent de désir et de plaisir, alors qu'ils ont fait l'effort de prendre rendez-vous avec un sexothérapeute, c'est bien de sexualité dont ils ont envie de parler, de la leur plus précisément. Que plaisir sexuel, dans le langage sexuel et pour la plupart d'entre nous, veut dire orgasme. Il est fort probable que la personne qui dit ne pas avoir de désir, mais du plaisir, est tout de même apte à se laisser aller, à un moment, suffisamment, et à accepter son état d'excitation au point qu'elle parviendra au point de non-retour et qu'elle atteindra la phase « orgastique ». Il ne faut aussi pas oublier que la vasocongestion des organes génitaux est un réflexe. Et, qu'en tant que tel, il ne peut être réprimé dans son événement. Par contre, il peut très bien l'être dès qu'il est advenu. Et, bien heureusement, selon les circonstances ! Nous ne devons pas oublier non plus, qu'une des problématiques du viol tourne autour de la question de l'excitation sexuelle : les violeurs clament haut et fort que leur victime devait bien être consentante, puisque son vagin était lubrifié ! Oui, bien sûr, à leur corps défendant, leur réflexe d'excitation ayant parfaitement fonctionné ! Qu'elle ait eu une décharge orgastique, certes, mais du plaisir orgasmique ? Et nous retrouvons-là, également, toutes les problématiques que nous rencontrons lorsque nous avons affaire à un enfant abusé : cette grande culpabilité envers lui-même, car il ne sait plus ce qu'il doit penser de son corps qui a répondu positivement en étant excité, en déchargeant orgastiquement. Des recherches ont montré que les bébés garçons ou filles), même dans le ventre de leur mère, ont des décharges que l'on peut appeler orgasmiques, dont ils retirent du plaisir, qu'ils y reviennent, les re-sollicitent, alors même qu'ils n'ont aucune éjaculation pour les bébés mâles, bien sûr. Et que certains hommes ne peuvent plus éjaculer mais éprouvent des orgasmes alors que d'autres éjaculent sans rien ressentir (éjaculation an hédonique).¹²

Pour ma part, je suis persuadée que faire l'amour, pour un couple, est une affaire relationnelle complexe. Si, au départ,

nos hormones nous y aident afin que n'interviennent ni nos systèmes de pensée, ni nos idéologies, ni nos systèmes de défense, cela, dans la plupart des cas, ne perdurera pas. Alors, tous les obstacles précédemment cités vont s'organiser en obstacles de plus en plus difficiles à franchir. Nous avons vu que ce n'est pas l'apanage des femmes. Mais nous savons aussi qu'elles en sont les principales victimes. Est-ce dû au fait que rapidement, elles se mettent, dans leur relation de couple, en position d'une attente de la part de leur partenaire vouée à ne jamais être satisfaite : besoin de tendresse, de romantisme, d'affection qui se passerait aisément de relations sexuelles ?

J'ai parfois le sentiment, en les écoutant, qu'elles n'acceptent de faire l'amour avec leur partenaire, que pour lui, pour ne pas le perdre, pour qu'il n'aille pas « voir ailleurs » comme elles disent, et aussi, parce que disent-elles, les hommes, c'est bien connu, ont plus de désir que les femmes !! Ce que nous entendons de la part des hommes, nous donne régulièrement la preuve que tout cela est bien souvent erroné. Aider les femmes à retrouver le chemin du désir pour elles-mêmes, non pour l'autre, me semble primordial. Qu'elles puissent se le réapproprier, afin que ce désir ne soit plus une arme dans les querelles du couple.

Pour moi, le désir est le moteur de la vie, pour toutes les actions, situations que nous vivons, et pas seulement au regard de la sexualité. Ensuite, s'il y a désir sexuel, et non accession au plaisir orgasmique, nous pouvons consolider les apprentissages, donner des pistes de croissance, aider les personnes à se donner le droit à ce plaisir sexuel, que plus d'un siècle de doctrines ont relégué du côté de l'interdit. Même l'enfantement doit (devait ?) se faire dans la douleur ! Notre outil de travail qu'est le Sexocorporel va nous permettre de faire ce lien : détecter grâce à l'évaluation sexologique faite avec minutie, quel est le maillon des composantes qui est « faible », car nous savons à quel point ils influent les uns sur les autres. Nous avons vu quelle est l'importance du rapport que chacun d'entre nous entretient avec son propre corps lors de l'auto-érotisme et quelle incidence cela aura sur la logique interne de fonctionnement de chacun d'entre nous. Nous appellerons cette logique « logique de système ». Face à cette logique, nous pourrons rencontrer diverses réponses à cette question : s'il y a désir, y a-t-il plaisir ? S'il y a plaisir, le désir sera-t-il automatiquement présent ? Il semble bien que non, l'un ne découle pas systématiquement de l'autre, pour toutes les raisons exposées qui ne sont sans aucun doute pas exhaustives.

Bibliographie

- ABRAHAM. G. ; CARINI. C ; MARRAMA. P ; GAILLARD. J.M ; SIMEP *Psycho neuro-endocrinologie du plaisir*, 1985
- ANSERMET. F ; MAGISTRETTI. P ; *A chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*, Odile Jacob 2004
- PASINI. W ; *La force du désir*, Odile Jacob 2002
- Dr FLAUMENBAUM. D. *Femme désirée, femme désirante*, Payot & Rivages, 2006
- Dr PARIS.G. *Un désir si fragile : les ressorts cachés de la sexualité féminine*, Leduc.s Editions, 2004
- PARADIS.A-F ; LAFOND J.S. *La réponse sexuelle et ses perturbations*, Ed. G. Vermette inc. 1958
- Dr LELEU. G. *Le traité du désir*, Col. J'ai lu. 2004
- Dr LELEU. G. *Le traité du plaisir*, Col. J'ai lu. 2011
- Dr KEESLING. B. *Le plaisir sexuel*, Col. J'ai lu. 2003
- CAMPUS. Magazine de l'Université de Genève.2001 *Le plaisir féminin*

¹² Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, page 143

LUST. WELCHEN WEG GIBT ES ZWISCHEN LUST UND VERLANGEN ?

Sind diese beiden Begriffe miteinander verbunden, und, wenn ja, wie beinflussen sie sich ?

Joëlle Gourier

Im Artikel von Karol Bischoff konnten wir lesen, dass der Begriff des Lusterlebens in der Sexualität, aber vor allem im Sexocorporellen, in enger Beziehung zu den sexuellen Erregungsmodi (nachfolgend SEM genannt), steht. Da dieser Teil bereits von meiner Kollegin behandelt worden ist, werde ich darauf nicht näher eingehen.

Was versteht man ganz allgemein unter Lust? Es ist ein affektiver Zustand, der mit der Befriedigung eines Verlangens, eines Bedürfnisses, einer Zuneigung verbunden ist; eine Empfindung, ein angenehmes Gefühl. Lust wird im Gegensatz zu Schmerz gesehen.

In der Philosophie spricht man von den Morallehren der Lust (vgl. Epikureismus, Hedonismus). Man unterscheidet mehrere « Modelle » der Lust: physische Lust, sexuelles Lusterleben, intellektuelle Lust, ästhetische Lust; die Lust von: die Lust, die von (etwas) ausgelöst wird; die Lust der Sinne. Wir können auch von der Lust sprechen, zu schenken, zu nehmen, davon, Lust an einer Sache zu haben, Lust dabei zu haben, eine Sache zu machen; jemandem Freude zu bereiten, ihm angenehm zu sein.

Das Wort Freude kann auch als Floskel höflicher Beharrlichkeit oder als Drohung gebraucht werden: „Machen sie mir die Freude, anzunehmen. Machen sie mir die Freude, zu schweigen“. Die Lust, die jemand hat, ist diejenige, die er empfindet. Sich seine Lust nehmen, wo man sie findet. Eine Lust, Lüste: Dies wird stets ein angenehmes Gefühl, ein Vergnügen, eine Befriedigung sein. Gewähren sie ihm diese kleine Freude. Allgemein wird Lust eher als Lust der Sinne und besonders als sexuelles Lusterleben verstanden. Die Definitionen, die Anwendungen des Wortes Lust sind zahlreich und vielfältig. Ich habe nicht die gesamte Liste der verschiedenen Definitionen, die in den Wörterbüchern aufgeführt sind, zitiert. Es gibt davon mehr als für das Wort Verlangen, eine Erkenntnis, die ich in der vorherigen Nummer der Zeitschrift erläutert habe.

Das Konzept, das in der Philosophie und in der Psychologie Anwendung findet. Lust ist eine angenehme Empfindung, die häufig mit einem Wort in Verbindung gebracht wird, das sie charakterisiert: sexuelles Lusterleben, Esslust.

Im Buddhismus ist Lust eine physische Empfindung; sie ist auch eine der zweiundzwanzig Fähigkeiten, die sowohl physische als auch geistige Fähigkeiten bezeichnen.

In seinem *traité du plaisir* kündigt Gérard Leleu bereits zu Beginn seines Werkes an, was er über Lust denkt. Für ihn kann die gut verstandene Lust das beste Heilmittel gegen Angst sein, vorausgesetzt, dass sich die Person einer guten Gesundheit erfreut. Er fügt noch hinzu: « *Lust ist keine einfache subjektive Empfindung, sie ist eine biologische Realität, die ihre eigenen Zentren im Gehirn und seinen besonderen Molekülen hat* »¹.

Hier haben wir es mit dem Hypothalamus, d.h. mit dem Archeogehirn, zu tun. Es liegt direkt neben den Nervenzentren, genauer gesagt denen des Hungers, des Durstes und der Paarung. Dabei handelt es sich um ein wahrhaftes Zentrum oder um ein echtes « System der Lust »; sein anatomisches Substrat umfasst mehrere Zentren: den Hypothalamus, die limbischen Hirnzentren und den rechten präfrontalen Cortex. In den limbischen Hirnzentren finden wir eine Konstellation von Kernen: die Amygdala, den Hippocampus, den Gyrus cinguli, den hippocampischen Gyrus und das Septum. Jedem dieser Kerne kommt eine Vorzugsrolle auf hedonischer oder emotionaler Ebene zu. Der Hippocampus gibt den oralen und sexuellen Aktivitäten eine affektive Färbung. Die Amygdala dagegen ist der Sitz des emotionalen Gedächtnisses, d.h. der emotionalen Qualität einer Erinnerung. Das Septum ist seinerseits das Zentrum des Orgasmus.²

Diese Unterschiede gehen in das ein, was ein jeder Neurotransmitter produziert. Dopanin ist der Neurotransmitter der Synapsen des Hypothalamus. Es ist ein Neurotransmitter, der zu den Katecholaminen gehört, und geht folglich von der Aminosäure Tyrosin aus. Es ist der Vorläufer des Adrenalins, des Noradrenalins. Im peripheren Nervensystem spielt es die Rolle eines zirkulatorischen Analgetikums (es regt Funktionen an, die den Blutkreislauf gewährleisten). Auf Ebene des zentralen Nervensystems (ZNS) hat es insgesamt eine anregende Wirkung. Über das Belohnungssystem ist es an Suchtphänomenen beteiligt.³

¹ Gérard Leleu : le traité du désir, page 34

² Gérard Leleu : le traité du désir, page 35

³ Dictionnaire Wikipedia - Internet

Das Serotonin ist als Substanz der angenehmen Gefühle, das Adrenalin als die Substanz der Belohnung und das Acetylcholin als die des Orgasmus bekannt. Zusätzlich zu diesen Neurotransmittern sondern die limbischen Zentren noch andere Moleküle ab: die Neurohormone der Lust. Im Gegensatz zu den Neurotransmittern, die auf Ebene der Synapsen freigesetzt werden, jedoch die limbischen Zentren nicht verlassen, kommen die Neurohormone ins Blut, und verbreiten sich im gesamten Denkorgan und im ganzen Organismus. In diesem Sinne kann das Gehirn als wahre, hormonproduzierende Drüse angesehen werden. Diese Neurohormone sind Neuropeptide, deren bekannteste die Endomorphine (oder Endorphine): Alpha, Beta und Gamma und die Enkephaline sind.

Das Endorphin ist ein Peptid, das auf natürliche Weise im Gehirn entsteht, aus zahlreichen Aminosäuren besteht, die besonders im Hypothalamus zu finden sind, und das analgetisch wirkt. Die Endorphine und die Enkephaline können als endogene Morphine angesehen werden.

Das Enkephalin ist ein Neuropeptid, das aus fünf Aminosäuren besteht, die im zentralen Nervensystem zu finden sind, und wirkt besonders analgetisch.⁴

Man muss wissen, dass die Endomorphine die gleiche chemische Struktur wie Opium haben. Diese Endomorphine versetzen uns nicht nur in einen Zustand von Lust, eine ihrer Wirkungen besteht auch darin, Angst zu lindern. Dadurch tragen sie dazu bei, uns in gute Laune zu versetzen, unseren Stress zu verringern, unsere Schmerzen zu mildern, und, indem sie sie anregen, unsere geistigen Fähigkeiten zu fördern. Somit stellen sie ein wesentliches psychologisches Phänomen dar.

Wir wissen, dass wir, wenn unser Verlangen in Erfüllung geht, in der Regel ein sehr angenehmes Gefühl verspüren: die Lust. Und diese wird, um es so zu sagen, die Triebkraft unserer Handlungen werden. Da wir uns in der Tat den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung einprägen werden, werden wir Lust verspüren, das zu wiederholen, was uns Freude bereitet hat. Lust ist gewissermaßen eine Befriedigung unserer Handlungen und eine Ermutigung, sie zu erneuern. Wo wird dies in unserem Gehirn gespeichert? Auch dafür haben wir in unserem Gehirn ein Zentrum, das auf diese Funktion spezialisiert ist: die limbische Amygdala. Wir können sagen, dass die Lust und ihre Erinnerung das Wiederaufkommen des Verlangens ermöglichen werden. Gewissermaßen, je mehr Lust es gegeben hat, desto mehr Verlangen wird es geben.⁵

Die Lust tritt ins Spiel von Spannung und Entspannung ein. Wie wir bereits gesehen haben, wird vom Menschen das Verlangen als ein Zustand der Spannung auf psychischem und physischem Gebiet empfunden, als Ungleichgewicht der Homöostase. Die Lust wird als eine Linderung dieser Spannung empfunden, als eine Rückkehr zu diesem Gleichgewicht. Im Allgemeinen scheint der Mensch von einem Prinzip geleitet zu werden, dem «Lustprinzip». Das bedeutet, dass er vor allem zum Bedürfnis geführt

wird, dem Missvergnügen zu entgehen. Infolgedessen würden seine bewussten und unbewussten Verhaltensweisen von diesem Prinzip geleitet werden. Dennoch wird jeder Mensch auch mit einem anderen Prinzip kämpfen müssen, dem «Realitätsprinzip».

Das Lustprinzip: eines der zwei Prinzipien, die, laut Freud, die geistige Funktionsweise bestimmen: Die Gesamtheit der psychischen Aktivität zielt darauf ab, Missvergnügen zu vermeiden und Lust zu verschaffen. Da das Missvergnügen mit der Steigerung der Quantität an Erregung und die Lust mit deren Verringerung verbunden ist, ist das Lustprinzip ein ökonomisches Prinzip. Das Realitätsprinzip: Es formt mit dem Lustprinzip ein Paar, das es modifiziert: In dem Maße, indem es sich als regulatorisches Prinzip durchzusetzen vermag, erfolgt die Suche nach Befriedigung nicht mehr über die kürzesten Wege, sondern nimmt Umwege, und verändert ihr Ergebnis in Abhängigkeit von den Bedingungen, die von der Außenwelt auferlegt werden.⁶

Anders gesagt müssen die Triebe zwangsläufig die Außenwelt (d.h. das Realitätsprinzip) berücksichtigen, um ihr Ziel zu erreichen.

Und wenn ein Patient oder eine Patientin zu uns in die Sexotherapie-Sprechstunde kommt, von welcher Lust spricht er? Im Allgemeinen sprechen wir in dieser Hinsicht vom Orgasmus. Im Sexocorporellen werden wir zwei Bedeutungen dieses Ausdrucks unterscheiden: den Orgasmus und die orgastische Entladung. Während letztere, die orgastische Entladung, die Rückkehr zur Homöostase, zur Linderung der sexuellen Spannung darstellt, fehlt ihr dennoch eine grundlegende Dimension, die der Lust, die wir im Laufe des Orgasmus erfahren. Im Allgemeinen werden in der frankofonen Literatur die Ausdrücke «orgasmisch oder orgastisch» unterschiedslos, sogar undifferenziert verwendet. Ich werde meinerseits die Ausdrücke Orgasmus und orgasmisch in Beziehung mit dem Begriff Lust verwenden. Masters und Johnson sind ganz offensichtlich die Pioniere im Studium des Orgasmus, sei er nun männlich oder weiblich.

Der Orgasmus resultiert allgemein aus einer Aufeinanderfolge regelmäßiger Stimulationen an den wichtigsten erogenen Zonen des menschlichen Körpers: der Klitoris, der Vagina und den großen und kleinen Schamlippen bei der Frau, dem Penis, den Hoden, der Prostata beim Mann, aber auch den Brüsten, dem Nabel, den Achseln bei beiden Geschlechtern. Im Allgemeinen wird der Orgasmus auf zwei Weisen erreicht: entweder mit einem Partner (dann sprechen wir von Geschlechtsverkehr), oder allein, und dann sprechen wir von Masturbation oder Autoerotismus. In der Sprechstunde können wir hören, dass fehlendes Verlangen, sei es nun weiblich oder männlich, den Sexualverkehr mit einem Partner genauso betrifft wie den Autoerotismus. Dies ist jedenfalls bei den meisten Frauen der Fall, die sich von uns behandeln lassen. Aber ich kann diese Aussagen natürlich nicht auf das Ergebnis einer wissenschaftlichen Recherche stützen, sondern lediglich auf meine

⁴ Dictionnaire français Hachette

⁵ Gérard Leleu, le traité du désir, page 35

⁶ J.Laplanche et J-B.Pontalis, vocabulaire de la psychanalyse

als praktizierende Ärztin gesammelte Erfahrung, die als solche keinen wissenschaftlichen Wert hat.

Die orgasmische Entladung (oder das Orgastische – aber darauf werden wir noch zurückkommen) äussert sich unwillentlich durch eine Abnahme der Wachsamkeit, die Erweiterung der Pupillen (der Augen), eine Lubrifikation der Genitalorgane, mögliche Vokalisierungen, eine Atmung, die sich beschleunigt und die Empfindungen verzehnfacht, eine Rötung der Haut, eine Erregung der Brustwarzen (diese Liste ist nicht erschöpfend), um dann, wenn sich die genitale sexuelle Erregung auf ihrem Paroxysmus befindet - den Point Of No Return - die orgasmische Entladung auszulösen. Sie ruft eine Reihe muskulärer und schneller Kontraktionen der analen Regionen, der Muskeln des Perineums und der Genitalorgane hervor, mit Austritt von Sperma bei den Männern, manchmal von Flüssigkeiten bei den Frauen.

Ich werde mit der Studie des weiblichen Orgasmus, nach Autoren geordnet, beginnen:

Der weibliche Orgasmus

Masters und Johnson haben den weiblichen Orgasmus als einen psychophysiologischen Vorgang beschrieben, der in einem psychosozialen Kontext abläuft, welcher ihm seinen ganzen Sinn verleiht. Auf physiologischer Ebene vollzieht er sich dank einer physischen Lockerung und durch die Erhöhung der Vasokongestion und der Myotonie, die Reaktionen auf die sexuellen Stimuli waren. Diesen Autoren zufolge « *ist es eine subjektive Wahrnehmung einer maximalen physischen Reaktion auf die sexuellen Stimuli* »⁷

Dabei kommen mehrere Faktoren ins Spiel: physiologische Faktoren, psychologische Faktoren und soziale Faktoren. Für Masters und Johnson erscheint das quantitative und qualitative Verhältnis dieser Faktoren bei orgasmischen Erfahrungen von einer Frau zur anderen total variabel. Diese Forscher haben festgestellt, dass die Physiologie der orgasmischen Reaktion dieselbe bleibt, unabhängig von der angewandten Stimulationsart: manuelle oder mechanische Autostimulation, Stimulation durch den Partner, Koitus usw. Sie haben bemerkt, dass jedes Mal, wenn eine Frau einen Orgasmus verspürt, die Vagina und die Klitoris gemäß konstanter physiologischer Modalitäten reagieren. Daraus haben sie die Schlußfolgerung gezogen, dass es nur einen Typ des Orgasmus gibt, der zwei Zugangswege hat: vaginal und klitoridisch. Dennoch sind sie der Ansicht, dass das wichtigste Organ die Klitoris bleibt, da ihr eine einzigartige Rolle zukommt, die darin besteht, die sexuellen Stimuli zu empfangen und zu verändern, und sie sowohl auf eine physische als auch auf eine psychische Stimulation reagiert.⁸

Hier sehen wir bereits, dass das Sexocorporelle wesentlich von diesen Behauptungen abweicht: Die Domination der Klitoris ist keine Vorstellung, die wir vertreten, und der Begriff Lust und körperliche Entspannung wird also auße-

rhalb des Sexocorporellen nicht auf die Art und Weise untersucht, wie wir sie verstehen.

Während der sexologischen Evaluation werden wir herausfinden, ob die Person ihre Vagina bereits erforscht und entdeckt hat oder nicht. Wir werden ihr dann helfen, Lernmethoden zu entwickeln, die es ihr ermöglichen werden, sowohl ihre Vagina als auch ihre Klitoris zu berücksichtigen.

Dennoch kann es eine Entspannung geben, jedoch nicht immer, und diese Entspannung ist nicht zwangsläufig an den Begriff Lust gebunden. Dagegen ist es äußerst wichtig, die Notwendigkeit einer sowohl physischen als auch psychischen Stimulation zu erwähnen, und dies stimmt mit der Tatsache überein, dass bei der Sexualität des Menschen im Allgemeinen alle Bestandteile der Sexualität ins Spiel kommen.

Wir kennen den Meinungsstreit, der durch Freud ausgelöst wurde, als er seine Studie der weiblichen Sexualität begann (1905, 1931). Er stellte fest, dass das kleine Mädchen vor der Pubertät keine körperliche Vorstellung von ihrer Vagina habe, und schlussfolgerte daraus, dass es eine prägenitale Sexualität gebe, die nur mit der Klitoris verbunden sei. Er stellt eine Ähnlichkeit zwischen der Klitoris und dem Penis auf, und folgert daraus, dass diese Sexualität einen eher männlichen Charakter habe. Er glaubt sogar, dass eine klitoridische Masturbation Gefahr laufen würde, den Weg für die Männlichkeit zu öffnen. Ihm zufolge wären Frauen, die eine klitoridische Masturbation und Sexualität bevorzugten, Frauen, die nicht die Geschlechtsreife erreicht hätten, die eine vaginale Masturbation und Sexualität voraussetzt. Für ihn kann richtiger Orgasmus nur vaginal sein.

Wilhem Reich (1897 - 1957) meint seinerseits, « *dass die psychische Gesundheit von der orgasmischen Stärke abhänge, die er als Fähigkeit definiert, sich den Strömen der biologischen Energie völlig hemmungslos hinzugeben, und als die Fähigkeit, die ständige sexuelle Erregung durch ungewollte Kontraktionen, die dem Körper angenehm sind, vollständig zu entladen.* »

Françoise Dolto (1982), unterscheidet in ihrer Theorie von der weiblichen Sexualität vier Typen des weiblichen Orgasmus: den klitoridischen Orgasmus, den klitoridovulvischen Orgasmus, den vaginalen Orgasmus, den utero-anxielen Orgasmus. Diese Orgasmen können einzeln oder aufeinanderfolgend verspürt werden, und sind separat oder gemeinsam nachweisbar. Sie führt auch an, dass es möglich sei, große Variationen der voluptösen orgasmischen Intensität mit dem gleichen Partner zu spüren, und dass dies eine Besonderheit der weiblichen genitalen Sexualität ausmache. Claude Crépault, Vater der Sexoanalyse, meint, dass die orgasmische Lust zuallererst im Zusammenhang mit der physiologischen Realität stehen würde. Für ihn gibt es zwei unterschiedliche Orgasmusarten: den extraoktaalen Orgasmus und den koitalen Orgasmus. Für den ersten gehen die Empfindungen von der Vulva und hauptsächlich von der Klitoris aus, wobei auch das innere Drittel der Vagina mit

⁷ W.H.Masters und V.C.Johnson, les réactions sexuelles ; Seite 147

⁸ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, Seite 137

eingeschlossen ist. Am Zweiten sind die gesamte Vagina, aber auch die Gebärmutter beteiligt. Er meint, dass die Anorgasmie ihren Ursprung in tiefgreifenden organischen oder psychologischen Problemen haben kann.

1954 befasste sich das Team um Kinsey mit dem weiblichen Orgasmus. Als Arbeitsgrundlage dienten ihnen die verschiedenen Arbeiten der Psychoanalyse. Sie stellten in der Tat fest, dass von den 900 befragten Frauen lediglich 14 % Sensibilität auf der Ebene ihrer Vagina ausmachen und ausdrücken konnten. Hingegen haben sie jedoch eine gewisse Anzahl von Details über Grad und Ursprung der Befriedigung dieser Frauen bei einer vaginalen Penetration herausgearbeitet. Daraus haben sie folgende Schlussfolgerung gezogen: Auf physiologischer Ebene gibt es keinerlei Unterschiede zwischen den Orgasmen, jedoch gibt es einen Unterschied des Gefühlten auf psychischer Ebene.

H.S. Kaplan spricht sich ebenfalls für diese Theorie aus. Für sie ist es mit einer klitoridischen Stimulation möglich, einen Orgasmus zu erreichen, während dies, wie sie sagt, auf Ebene der Vagina unmöglich erscheint. Sie postuliert, dass der weibliche Orgasmus ein Reflex ist, dessen Zentrum sich auf der lombo-sakralen Ebene befindet.

Singer und Singer ihrerseits haben drei verschiedene Arten des Orgasmus identifiziert: den vulvaischen Orgasmus, den uterinen Orgasmus und den gemischten Orgasmus. Hierzu muss man feststellen, dass der uterine Orgasmus nur bei Koitus auftreten kann, also eine Penetration erfordert.

Tordjmann hat seinerseits zwei Arten von Orgasmen definiert, die einzeln erlebbar sind oder kombiniert werden können. Es handelt sich um den externen klitorido-vulvaischen Orgasmus und um den tiefen uterinen Orgasmus, der nach Stimulation durch den Penis oder nach digitaler Stimulation eintritt, und den G-Punkt erregt.

Allgemein gesagt sind sich die Autoren darüber einig, dass die Frauen eher intermediäre Orgasmen als «reine» Orgasmen verspüren. Und dass die meisten von ihnen mehr als eine Art des Orgasmus verspüren, sogar auf Ebene der Vagina. Sie haben auch zwischen Genuss und Orgasmus unterschieden. Hier schließen wir uns der Theorie von Reich und der Bioenergie an: Für diesen Autor ist Genuss lokalisierter, und seine Klassifizierung globaler, was zu einer intensiveren physiologischen und psychologischen Befriedigung führt. Dasselbe äußern die Autoren hinsichtlich der Sensibilität der Vagina für erotische Stimulationen. Ihr Eingang ist sensibler, weil er besser baskularisiert und innerviert ist. Über die Wände der Vagina herrscht jedoch noch Uneinigkeit. So haben beispielsweise Kinsey und seine Mitarbeiter nur bei 14 % ihrer Versuchspersonen eine vaginale Erregbarkeit festgestellt.

Für Kaplan könnte die bloße Stimulation der vaginalen Wände zum orgasmischen Reflex führen, und dies bei der Mehrheit der Frauen. Allgemein gesagt wird die Art und Weise der Berührung der vaginalen Wände entscheidend. Den Einen zufolge wäre es nötig, die beiden Wände gleichzeitig abzureiben, für Andere führt allein die Stimulation des G-Punktes zum Orgasmus (vorausgesetzt, dass wir uns einig sind, dass es einen G-Punkt gibt!). Hier sehen wir, dass der Begriff sensorielle Rezeptoren überhaupt nicht

zur Sprache kommt. Und dass die Vorstellung, dass es davon zwei Arten geben kann, nicht angesprochen wird. Und dennoch wissen wir, dass diese Differenzen existieren: Die oberflächlichen Sinnessensoren, empfänglich für leichtes, oberflächliches Streicheln; und die tiefen Sinnessensoren, ihrerseits empfänglich für den Druck. Wir wissen, welche Rolle sie bei den verschiedenen sexuellen Erregungsmodi spielen, und wie sie in das sexuelle Zusammentreffen zwischen zwei Wesen eingreifen können. Wenn eine Person oberflächliches Streicheln bevorzugt, weil ihr Gehirn vorwiegend gelernt hat, dieses zu erkennen und funktionieren zu lassen, wird sie im Allgemeinen Mühe haben, wenn der Partner oder die Partnerin sie eindringlicher streichelt. Wir wissen auch, in welchem Maße der Rhythmus, den Jede(r) während seiner Autostimulation braucht, sowie der körperliche Tonus manchmal ganz wesentlich die Unruhe und das Aufkommen der Lust in einer Liebesbeziehung und einer sexuellen Beziehung mit einem/einer Anderen beeinflussen.

Der Sexologe André Matteau spricht von der Tatsache, dass der Orgasmus, den man als vaginal bezeichnet, in jedem Fall die Klitoris durch deren tiefe Verzweigungen, die die Wände der Vagina einrahmen, mit einbezieht. Für diesen Sexologen hat die Unterscheidung zwischen vaginalem und klitoridischem Orgasmus keinerlei Daseinsberechtigung, denn « alle können den äusseren, sichtbaren Teil der Klitoris sehen, aber diese Struktur umfasst auch Nerven, die im Inneren der Vagina enden, wie Pfoten, die in diesen « Schwämmen » zusammenkommen, die Doktor Grafenberg den G-Punkt genannt hat ». Die Stimulation dieser Schwämme, die übrigens stark innerviert sind, kann den Frauen, die sie ausfindig gemacht haben, große Lust bereiten, daraus sollte man jedoch nicht schlussfolgern, dass sie die einzigen Zugangswege zum Orgasmus seien. Es wäre auch falsch zu behaupten, dass lediglich die Stimulation der Klitoris eine orgasmische Reaktion in sich trägt! Für einige Frauen kann und sollte die Stimulation global sein, und sogar das Aufeinandertreffen der Eichel und des Gebärmutterhalses beinhalten. Eine Stimulation die, das geben wir zu, häufig nur bei der Penetration des männlichen Sexes ausgelöst wird.

Es scheint mir wichtig daran zu erinnern, was wir unter Orgasmus und orgastischer Entladung verstehen, eine Unterscheidung, die von Jean-Yves Desjardins während seiner Lehrtätigkeit eingeführt wurde. Die orgastische Entladung ist die Fähigkeit, seine sexuelle genitale Erregung (die auch als Vasokongestion bezeichnet werden kann) aufsteigen zu lassen, und sie also zu kanalisieren, bis zum Point Of No Return, um die Auslösung der spasmodischen Reaktionen bei der Frau (oder der Ejakulation beim Mann) zu erreichen. Folglich fehlt bei einer orgastischen Reaktion die Dimension der Verbindung zwischen dem Anstieg der sexuellen genitalen Erregung und dem sexuellen Lusterleben. Während der orgastischen Entladung gibt es kein Loslassen. Eine emotionelle Entladung, wie sie beim Orgasmus auftritt, ist also nicht möglich.

Wie dem auch sei, außer den Problemen, die mit sexuellem Verlangen in Verbindung stehen, drehen sich die häufigsten Beschwerden in sexologischen Sprechstunden um Fragen,

die sowohl das sexuelle Lusterleben, also den Orgasmus, als auch oft Fragestellungen rund um den Wert der unterschiedlichen Orgasmen (klitoridisch oder vaginal) betreffen. Es ist also notwendig, sich für orgasmische Schwierigkeiten und insbesondere für diejenigen, auf die Frauen stoßen, zu interessieren.

Emotionale Reaktionen, wie Tränen, die am häufigsten bei Frauen unmittelbar nach der orgastischen Entladung auftreten, röhren im Allgemeinen von der Tatsache her, dass sich die emotionalen Spannungen während des Sexualverkehrs sehr stark angesammelt haben, und dass sie sich auf diese Weise entladen. Bei Mehreren stehen die SEM in direkter Verbindung zu dieser Anhäufung emotionaler Spannung, weil sexuelle Erregung zu einem sehr großen Teil im oberen Bereich des Körpers erlebt wird. Diese Information über eine emotionale Entladung durch Tränen oder manchmal auch durch Lachen kann uns zeigen, dass es sich vielmehr um eine orgastische Entladung als um einen Orgasmus handelt. Die Rolle des Sexotherapeuten, der im Sexocorporellen arbeitet, besteht darin, dies seinem Patient/seiner Patientin bewusst zu machen, und ihm/ihr dabei zu helfen, zum Orgasmus zu gelangen, was ihm/ihr diese Art « emotionaler Entspannung » ersparen würde, deren Erleben für einen jeden der beiden Partner unangenehm sein kann.

Schwierigkeiten, die mit der weiblichen sexuellen Entladung und mit dem weiblichen Orgasmus zusammenhängen

Im Folgenden werde ich von der Anorgastie sprechen, d.h. von der Unfähigkeit der Frau, den Point Of No Return, also die orgastische Entladung, zu erreichen.

Welche Schwierigkeiten sind mit der orgastischen Phase der Frau verbunden?

Wir werden auf Hemmungen des Orgasmus stoßen, die auch als Anorgasmen bezeichnet werden.

Im DSM-III finden wir folgende Definition : « wiederholte und lang andauernde Hemmung des weiblichen Orgasmus, die beim sexuellen Akt von einem verspäteten Eintreten oder von einem Fehlen des Orgasmus nach einer Phase der normalen Erregung angezeigt wird, wobei der praktizierende Arzt der Meinung ist, dass der sexuelle Akt selbst der Intensität, der Dauer und seiner Orientierung nach angemessen war. »[302.73].

Diese Definition findet für die Anorgastie lediglich in ihrer relationellen Funktion Anwendung. Dennoch wissen wir sehr gut, dass einige Frauen während ihrer Autostimulation nicht zum Orgasmus kommen können. Diese Dysfunktion kann in drei unterschiedlichen Fällen auftreten: eine totale primäre Anorgasmie, d.h. das völlige Fehlen eines Orgasmus, unabhängig von den Stimulationen; die relationelle

Anorgasmie: Die Frau ist bei Stimulationen an sich selbst zu Orgasmen fähig, nicht aber mit ihrem Partner während einer koitalen Beziehung; eine koitale Anorgasmie: Sie kann bei Stimulationen der Klitoris (durch sich selbst oder durch ihren Partner) zu Orgasmen gelangen, nicht aber während der vaginalen Penetration. Einige Frauen können sich bei der Vorstellung sehr wohlfühlen, dass es ihnen niemals oder nur sehr selten gelingt, einen Orgasmus zu verspüren. Insoweit es sich um keine Verweigerung handelt, sind sie der Meinung, dass das Gefühl des Einverständnisses, des Zusammenhalts mit ihrem Partner ausreicht, um sie zu befriedigen. Der Therapeut sollte dieses Gefühl respektieren. Dennoch bildet es nicht den Hauptaspekt der Beschwerde oder das Ziel des Wunsches nach sexueller Therapie, sondern tritt während der sexologischen Evaluation in Erscheinung.

Diese Schwierigkeit, einen Orgasmus zu erreichen, kann organische, psychologische, relationelle und sexuelle Gründe haben. Von den psychologischen Gründen seien hier die Schwierigkeit der Hingabe, die Angst, die Kontrolle zu verlieren, die Angst, dass die Kinder oder die Nachbarn etwas hören, die Angst der Intimität, die negativen Botschaften über Sexualität und/oder über die Masturbation, mangelnde Erfahrung, Mangel oder völliges Fehlen des Phantasmatischen, Mythen und Tabus usw. genannt. Relationelle Probleme könnten sein : eine feindliche Einstellung gegenüber dem Partner, Machtspiele, die Aufrechterhaltung der Dynamik von schneller Ejakulation/Anorgasmie. Unter den möglichen sexuellen Gründen finden wir eine unzureichende Stimulation, begrenzte SEM, eine mit mangelndem Verlangen verbundene Nebenwirkung, die durch schnelle Ejakulation oder durch eine Erektionsschwierigkeit beim Partner ausgelöst wird, eine Nebenwirkung an der Dyspareunie⁹. Im Allgemeinen ist die Anorgasmie sekundär.

Es kommt auch vor, dass es einigen Frauen gelingt, sehr schnell einen Orgasmus zu erreichen. Dies könnte zu Dysfunktionen (entweder zu erektilen Dysfunktionen oder zu Problemen des Verlangens) bei ihrem Partner führen.

Weibliche Dyspareunie könnte eher Schwierigkeiten in der Phase des Verlangens auslösen, wenn sie jedoch außerdem mit einer Antizipationsangst einhergeht, wird sie sicherlich zu einem Ausweichverhalten, wahrscheinlich aber auch zu einer orgasmischen Schwierigkeit führen. Im Falle eines Vaginismus haben wir sehr wahrscheinlich dasselbe klinische Bild.

Es ist wichtig, zwischen Anorgastie und Anorgasmie zu unterscheiden.

Die Anorgasmie bezeichnet die Unmöglichkeit für eine Frau, den Anstieg des sexuellen Lusterlebens mit dem Anstieg ihrer sexuellen genitalen Erregbarkeit in Verbindung zu bringen. Sie erreicht den Point Of No Return, d.h. eine orgastische Entladung, spürt dabei aber nicht unbe-

dingt Lust oder nur sehr wenig Befriedigung.

Es ist auch sehr wichtig zu erforschen, wie es sich mit dem männlichen Orgasmus verhält. Es scheint weniger schwierig zu sein, ihn zu untersuchen, aber er kann auch fehlen, schwierig erreichbar, schmerhaft sein.

Der männliche Orgasmus

Wie verhält es sich mit dem männlichen Orgasmus?

Gegenwärtig bringt die Mehrheit der Autoren Orgasmus mit Ejakulation in Verbindung.

Für sie ist der Orgasmus « die subjektive Konnotation der Lust, die man während der explosiven Phase der Samenflüssigkeit aus den Nebenorganen und ihrem Weg in die Harnröhre des Penis empfindet »¹⁰.

Auch hier äußern die verschiedenen Autoren unterschiedliche Gesichtspunkte.

Für Masters und Johnson sind die männlichen Orgasmen, auch wenn sie nur sehr wenig variieren, proportional zum Volumen des Ejakulats. Diese Autoren erklären dies damit, dass junge Männer unter 30 Jahren dank ziemlich kurzer Refraktionsperioden vielfältige Orgasmen haben können. Wir wissen auch, dass einige Zivilisationen die koitale Beziehung ohne Ejakulation bevorzugt haben, besonders im alten China. Dies finden wir besonders im Tantrismus wieder.

Für Kinseys Team sollte man Orgasmus und Ejakulation nicht verwechseln. Dies aus mehreren Gründen: Die Ejakulation ist nur eines der mannigfaltigen physiologischen Elemente, die während des Orgasmus eintreten; männliche und weibliche Orgasmen ähneln einander, wenn man von der Ejakulation absieht; einige Jungen vor der Adoleszenz (und sogar Babys), die physiologisch noch nicht fähig sind, zu ejakulieren, können dennoch einen Orgasmus haben; einige erwachsene Männer können vielfältige Orgasmen mit und/oder ohne Ejakulation haben; bei anderen Männern beträgt der Abstand zwischen Ejakulation und Orgasmus einige Sekunden; eine kleine Minderheit von Männern kann aus organischen Gründen nicht ejakulieren, verspürt aber dennoch einen Orgasmus nach chirurgischen Eingriffen (Prostatektomien, Sympathektomien) oder Traumatismen (Rückenmarksverletzungen); einige Männer können nicht mehr ejakulieren, verspüren aber Orgasmen, während andere ejakulieren, ohne irgend etwas zu spüren (anhedonische Ejakulation).¹¹

Für Tordjmann kennt der Mann zwei verschiedene Arten von Empfindungen und Orgasmen, die sich um die thorako-lombare und sakrische Nervenachsen organisieren. Er spricht also vom Orgasmus des Penis und vom Samenorgasmus. Der Orgasmus des Penis ist durch schnelle und rhythmische Kontraktionen der Prostata, der Harnröhre und der Muskeln an der Basis des Penis gekennzeichnet.

⁹ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations

¹⁰ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, Seite 142

¹¹ Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, Seite 143

Diese Kontraktionen setzen das Sperma durch die Harnröhrenmündung des Penis frei. Dies ist ein Prozess, der zwischen drei und zehn Sekunden lang dauert und gewöhnlich von einer intensiven Lustempfindung begleitet wird.

Männer können vor ihrer sexuellen Reife Orgasmen haben, ejakulieren dann jedoch nicht. Wie es ihnen auch möglich ist, einen Orgasmus zu haben, ohne zu ejakulieren, besonders, wenn sie kurz vorher bereits ejakuliert haben. Wir finden auch das Phänomen einer Ejakulation ohne Orgasmus, zum Beispiel im Fall eines vorzeitigen Ejakulators, oder wenn der Mann sich mit einer mechanischen Ejakulation ohne Hingabe zum Orgasmus « zufriedengibt ».

Die Unterscheidung, die wir zwischen orgasmischer Entladung und Orgasmus machen, ist dieselbe, ganz gleich, ob wir von Männern oder von Frauen sprechen. Die Intensität des sexuellen Lusterlebens ermöglicht es uns, diese Unterscheidung zu treffen.

Im Allgemeinen zieht die orgasmische Entladung physiologische Auswirkungen nach sich, die den Partner dazu bringen können, Lust darauf zu haben, sich erneut « zu lieben ». Beim Mann am Sichersten, aber auch bei der Frau, folgt auf den Orgasmus eine Refraktionsperiode, die je nach Alter und nach Grad der Erregung mehr oder weniger lang sein kann (im allgemeinen zwischen 5 und 20 Minuten). Häufig führt die post-orgasmische Entspannung zum Schlaf; dieser Zustand ist bei Männern häufiger als bei Frauen.

Einige Autoren führen ein Äquivalent zum weiblichen G-Punkt beim Mann an: er würde in der Prostatadrüse liegen. Man müsste ihn stark massieren, indem man eine zentrale Zone des Teils zwischen dem After und den Hoden reibt. Eine andere Stimulation ist möglich : durch rektale Berührung. Sie berichten, dass die Empfindungen, obwohl sie sich von der Erregung des Penis unterscheiden, sehr angenehm seien. Und dass, wenn die Stimulation bis zum Orgasmus fortgesetzt wird, ebenfalls eine Ejakulation der Samenflüssigkeit eintreten würde: Sie würde als Strahl und in geringerer Qualität als bei der Stimulation des Penis erfolgen. Wir können sehen, dass der männliche Orgasmus gut in seiner neurophysiologischen Dimension beschrieben worden ist, weniger gut jedoch in seiner sensitiven Dimension. Und es scheint sicher, dass die psychologische Dimension, d.h. das subjektive Empfinden, von einer Erfahrung zur anderen variieren wird, je nach dem emotionalen, relationalen und environnementalen Zustand der Person. Wie Frauen so können also auch Männer auf Störungen, Schwierigkeiten, sogar Unmöglichkeiten während der orgasmischen Phase stoßen.

Mit der männlichen orgasmischen Entladung und mit dem männlichen Orgasmus verbundene Schwierigkeiten

Nach der Typologie der Beschwerden der Männer, die in die Sprechstunde kommen, müssen wir ebenfalls zwischen orgasmischer Entladung und Orgasmus unterscheiden. Einige Männer stoßen bei der Entladung auf Schwierigkeiten. So handelt es sich beispielsweise um eine schnelle Ejakulation, die man auch als vorzeitig oder verfrüht bezeichnen kann. Alle anderen Phasen funktionieren, lediglich die Ejakulation ist betroffen, aber dies führt im Allgemeinen zu anderen Dysfunktionen, beim Subjekt genauso wie bei seiner Partnerin. Wir könnten also von Anorgasmie sprechen, weil die Entladung stattfindet, sie ist jedoch nicht mit dem Lustbegriff verbunden.

Was versteht man unter Phase?

Für H. Kaplan gibt es davon drei : Die Phase des Verlangens, die Phase der Erregung und der Orgasmus. Wir wissen, dass es für Masters und Johnson vier Phasen gab : Die Phase der Erregung, die Phase des Plateaus, die orgasmische Phase, die Phase der Auflösung. Sie hatten in der Tat das Verlangen nicht berücksichtigt.

Bei diesen Dysfunktionen, die mit der orgasmischen Phase in Verbindung stehen, können mehrere Gründe Berücksichtigung finden: organische Gründe, psychologische Gründe, relationelle Gründe, sexuelle Gründe. Zu möglichen psychologischen Gründen gehören ein mangelndes Erlernen der ejakulatorischen Kontrolle, eine Antizipation des Misserfolgs, Angst und Stress, Verweigerung der Empfindungen des Lusterlebens, eine strenge familiäre oder religiöse Erziehung, eine Ambivalenz oder Feindseligkeit gegenüber Frauen. Genau wie bei der weiblichen Anorgasmie kann dieses Orgasmusproblem primär oder sekundär sein, zum Beispiel mit einer effektiven Schwierigkeit verbunden sein. Im Falle von primären Schwierigkeiten handelt es sich am Häufigsten um mangelndes Erlernen, was keine tiefgreifenden Beschwerden darstellt. Im Falle einer verspäteten oder nicht vorhandenen Ejakulation gibt der DSM III folgende Definition: « *Wiederholte und anhaltende Hemmung des männlichen Orgasmus, von der die Verspätung oder das Fehlen der Ejakulation nach einer angemessenen Phase der sexuellen Erregung zeugen* » [302. 74].

Die Gründe für diese Dysfunktion können organisch, psychologisch oder sexologisch sein. Unter möglichen psychologischen Gründen finden wir eine obsessive Selbstbeobachtung, eine Hypersensibilität gegenüber dem Verhalten und der Kritik der Partnerin, eine Angst vor der Intimität, eine Angst vor bindenden Zusagen und eine Angst vor dem Lusterleben. Eine verspätete Ejakulation äussert sich nur äußerst selten primär, d.h. dass der Mann noch nie eine Ejakulation gehabt hat (in einer solchen Situation sprechen wir von Anejakulation, und medizinische Behandlung ist notwendig). Sie tritt im Allgemeinen in ihrer sekundären Form auf. Die sexuellen Gründe haben im Wesentlichen ihren Ursprung im sexuellen Lernprozess des Mannes und

in seinen SEM. Ein Mann, der beispielsweise während seiner Masturbation mit seiner Hand starken Druck auf den Penis ausübt, könnte Schwierigkeiten haben, während einer Penetration den Point Of No Return und die orgasmische Entladung zu erreichen. Dies erklärt sich durch die Tatsache, dass die Vagina keinen so starken Druck wie die Hand ausüben kann.

Das Profil des Männertyps, der verspätet ejakuliert, ähnelt dem der Frau, bei der eine gehemmte orgasmische Reaktion auftritt. Für beide Geschlechter sind eine obsessive Selbstbeobachtung sowie eine Schwierigkeit bei der Hingabe wiederholt auftretende Faktoren.

Es gibt auch eine anhedonische Ejakulation. Die Erregungsphase ist eingetreten, aber der Mann, der unter dieser Dysfunktion leidet, verspürt plötzlich die Empfindung einer Lockerung, obwohl er keinerlei wirkliches orgasmisches Lusterleben verspürt hat. Darüber hinaus kann der Penis 5 bis 10 Minuten nach der Ejakulation steif bleiben, bevor er wieder schlaff geworden ist. Allgemein verliert der Penis normalerweise sofort nach der Ejakulation 50 % seines Volumens. Es gibt eine männliche Dysfunktion, die sowohl die Funktion des Verlangens als auch den Zugang zum Lusterleben behindern kann: Es handelt sich um die Dyspareunie, die trotz allem recht selten bei Männern auftritt, deren mögliche Gründe jedoch allgemein organischen Ursprungs sind.

Wie wir bereits gesehen haben, können wir tatsächlich zwischen orgasmischer Entladung und Orgasmus bei unseren Patienten unterscheiden, und es ist dringend erforderlich, es zu tun. Im Allgemeinen kommen nur wenige Männer wegen Anorgasmie in die Sprechstunde. Meiner Meinung nach nicht, weil sie nicht daran leiden, sondern aus mangelnder Bewusstseinsbildung. Da die orgasmische Entladung selbst bereits eine Erleichterung darstellt, kann sie zu Unrecht mit Lusterleben in Verbindung gebracht werden. Erst während der Arbeit in der Sexotherapie bildet sich das Bewusstsein heraus, und es wird vom Patienten erwähnt, wenn er anfängt zu verstehen, was das emotionale Loslassen für ihn bedeutet.

Laut der dargestellten Problematik ist es, besonders im Falle einer Anejakulation, wichtig, zuallererst die Funktionalität der orgasmischen Entladung wiederherzustellen. Erst in einem zweiten Schritt wird in der Sexotherapie die Assoziation zur Fähigkeit « ausgearbeitet », seine emotionale Last emporsteigen zu lassen, um zu einem Orgasmus zu gelangen.

Fazit

Die grundlegende Frage, die es meiner Meinung nach verdient, vertieft zu werden, ist mir bei einer Bemerkung gekommen, die ich in der Sprechstunde gehört habe, die jedoch viele von uns Sexotherapeuten hören: « Ich verspüre ein Lusterleben beim Lieben, aber dennoch habe ich keine Lust dazu ».

Angesichts dessen, was ich zuvor geschrieben habe, scheint

dies nicht möglich zu sein:

In der Tat, wenn man sich die Entstehung des sexuellen Lusterlebens ansieht, gibt es unumgängliche, festgeschriebene Schritte: ein zu befriedigendes Bedürfniss, bei dem das Denken in sexuelles Verlangen umgewandelt wird, eine Handlung, um es zu befriedigen, ein Ergebniss, das sexuelle Lusterleben. Kann man, zu einem bestimmten Zeitpunkt, auf den Schritt des sexuellen Verlangens verzichten? Umso mehr, als man weiß, je mehr sexuelles Lusterleben es gegeben hat, desto mehr sexuelles Verlangen wird es geben, was eine positive Antizipation des zukünftigen Lusterlebens ist. Hingegen kann es sexuelles Verlangen geben, aber kein sexuelles Lusterleben, jedenfalls im Bereich der Sexualität. Diese Fragestellung muss also unbedingt allein auf dieses Feld beschränkt bleiben, denn die Frage des sexuellen Verlangens, des sexuellen Lusterlebens geht über diesen Bereich hinaus, und würde uns in den Bereich der Philosophie bringen, aber das ist nicht das, was mich im Moment beunruhigt.

Wir wissen, wenn PatientInnen, die sich die Mühe gemacht haben, sich beim Sexotherapeuten anzumelden, über Verlangen und Lusterleben sprechen, sie gern über Sexualität reden wollen, genauer gesagt über die Ihrige; dass sexuelles Lusterleben in der sexuellen Sprache und für die Meisten von uns Orgasmus bedeutet. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Person, die behauptet, kein Verlangen, sondern Lusterleben zu haben, dennoch fähig ist, sich zu einem gewissen Zeitpunkt ausreichend gehen zu lassen, und ihren Erregungszustand soweit zu akzeptieren, dass sie zum Point Of No Return gelangt, und die « orgasmische » Phase erreicht. Man sollte auch nicht vergessen, dass die Vasokongestion der genitalen Organe ein Reflex ist. Und dass er als solcher in seiner Ankunft nicht unterdrückt werden kann. Hingegen kann er sehr gut sein, sobald er sich ereignet hat. Und, glücklicherweise, je nach den Umständen ! Wir sollten auch nicht vergessen, dass sich eine der Problematiken der Vergewaltigung um die Frage der sexuellen Erregtheit dreht: Die Vergewaltiger beteuern lauthals, das ihr Opfer sehr wohl einverstanden gewesen sei, weil ihre Vagina lubrifiziert war! Ja, bei ihrem sich wehrenden Körper hatte ihr Erregungsreflex perfekt funktioniert! Dass sie sehr wohl eine orgasmische Entladung gehabt habe, aber orgasmisches Lusterleben? Und wir finden dort auch alle Problematiken wieder, auf die wir stoßen, wenn wir es mit einem missbrauchten Kind zu tun haben: Diese große Schuld sich selbst gegenüber, denn es weiß nicht mehr, was es von seinem Körper denken soll, der positiv reagiert hat, indem er erregt war, indem er sich orgasmisch entladen hat. Forschungen haben ergeben, dass Babys, Jungen oder Mädchen, selbst im Bauch ihre Mutter Entladungen haben, die man als orgasmisch bezeichnen kann, aus der sie ein Lusterleben ziehen, dass sie darauf zurückkommen, wieder danach verlangen, obwohl männliche Babys natürlich keinerlei Ejakulation haben. Und dass einige Männer nicht mehr ejakulieren können, aber Orgasmen verspüren, während andere ejakulieren, ohne irgend etwas zu spüren (anhedonische Ejakulation)¹².

¹² Ann-Frances Paradis, Josée S. Lafond, la réponse sexuelle et ses perturbations, Seite 143

Ich bin meinerseits davon überzeugt, dass für ein Paar sich zu lieben eine relationelle, komplexe Angelegenheit ist. Wenn uns anfangs unsere Hormone helfen, damit weder unsere Denksysteme, noch unsere Ideologien, noch unsere Abwehrsysteme eingreifen, wird dies in den meisten Fällen nicht andauern. Alle zuvor angeführten Hindernisse werden sich also zu Hindernissen vereinen, die immer schwieriger zu überwinden sind. Wir haben gesehen, dass dies nicht das Privileg der Frauen ist. Aber wir wissen auch, dass sie die Hauptopfer davon sind. Ist dies der Tatsache geschuldet, dass sie in ihrer Paarbeziehung schnell Erwartungen an ihren Partner stellen, die dazu verurteilt sind, nie befriedigt zu werden: Bedürfnis an Zärtlichkeit, Romantik, Zuneigung, die leicht auf sexuelle Beziehungen verzichten können? Wenn ich sie höre, habe ich manchmal das Gefühl, dass sie nur für ihren Partner akzeptieren, ihn sexuell zu lieben, um ihn nicht zu verlieren, damit er nicht «weggeht», wie sie sagen, und auch, weil, so sagen sie, die Männer, und das ist bekannt, mehr Verlangen haben als die Frauen!! Das, was wir von den Männern hören, beweist uns immer wieder, dass all dies oft falsch ist.

Den Frauen zu helfen, den Weg zum Verlangen für sich selbst zu finden, nicht für den Anderen, scheint mir äußerst wichtig zu sein. Mögen sie sich des Verlangens wieder bemächtigen können, damit es nicht mehr eine Waffe bei den Streitigkeiten der Paare sei.

Für mich ist das Verlangen die Triebkraft des Lebens, für alle Handlungen, Situationen, die wir erleben, und nicht nur in Hinblick auf die Sexualität. Wenn es dann sexuelles Verlangen gibt, und kein Erlangen des orgasmischen Lusterlebens, können wir Lernprozesse festigen, Wege des Wachstums aufzeigen, den Personen helfen, sich das Recht auf dieses sexuelle Lusterleben zu geben, das mehr als ein Jahrhundert von Doktrinen ins Verbotene verbannt worden war. Selbst die Niederkunft muss (sollte?) im Schmerz erfolgen !

Unser Arbeitswerkzeug, das Sexocorporelle, wird es uns ermöglichen, diese Verbindung herzustellen: Dank der peinlich genau durchgeföhrten sexologischen Evaluation das « schwache » Glied in den Komponenten herauszufinden, denn wir wissen, wie sehr sie einander beeinflussen.

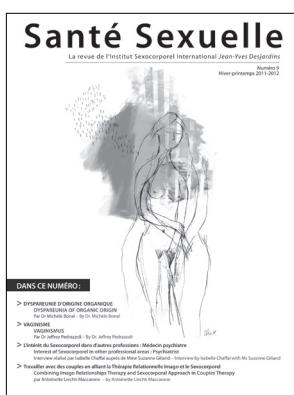
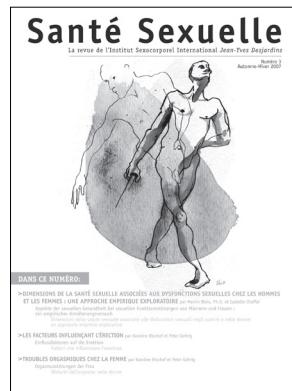
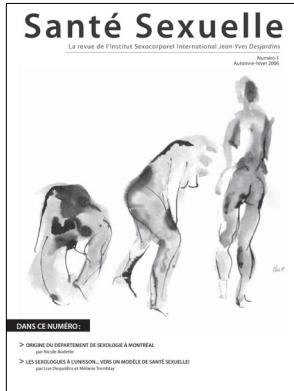
Wir haben gesehen, wie bedeutsam die Beziehung ist, die ein jeder von uns beim Autoerotismus zu seinem eigenen Körper hat, und wie sich dies auf die innere Logik für die Funktionsweise eines jeden Einzelnen von uns auswirkt. Wir nennen diese Logik « Systemlogik ». Angesichts dieser Logik könnten wir unterschiedliche Antworten auf diese Frage geben: Wenn es Verlangen gibt, gibt es ein Lusterleben? Wenn es Lusterleben gibt, wird das Verlangen automatisch vorliegen? Dies scheint nicht der Fall zu sein, das Eine ergibt sich nicht bedingungslos aus dem Anderen, aus all den dargelegten Gründen, die zweifellos nicht erschöpfend sind.

Bibliografie

- ABRAHAM. G. ; CARINI. C ; MARRAMA. P ; GAILLARD. J.M ; SIMEP *Psycho neuro-endocrinologie du plaisir*, 1985
- ANSERMET. F ; MAGISTRETTI. P ; *A chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*, Odile Jacob 2004
- PASINI. W ; *La force du désir*, Odile Jacob 2002
- Dr FLAUMENBAUM. D. *Femme désirée, femme désirante*, Payot & Rivages, 2006
- Dr PARIS.G. *Un désir si fragile : les ressorts cachés de la sexualité féminine*, Leduc.s Editions, 2004
- PARADIS.A-F ; LAFOND J.S. *La réponse sexuelle et ses perturbations*, Ed. G. Vermette inc. 1958
- Dr LELEU. G. *Le traité du désir*, Col. J'ai lu. 2004
- Dr LELEU. G. *Le traité du plaisir*, Col. J'ai lu. 2011
- Dr KEESLING. B. *Le plaisir sexuel*, Col. J'ai lu. 2003
- CAMPUS. Magazine de l'Université de Genève.2001 *Le plaisir féminin*

Santé Sexuelle

Numéros disponibles



Pour commander un numéro de la revue
visitez notre site www.sexocorporel.com
sous la rubrique formulaire

L'INTÉRÊT DU SEXOCORPOREL DANS D'AUTRES PROFESSIONS :

Interview réalisée par Isabelle Chaffaï (IC) auprès de Sylvie SAPIN (SS).

Isabelle Chaffaï : Comment avez-vous entendu parler du Sexocorporel ?

Sylvie Sapin : Au congrès de Nantes de l'AIHUS en 2000, si je ne me trompe pas d'année !

IC : Et comment s'est déroulée cette rencontre avec Jean-Yves Desjardins ?

SS : Je cherchais depuis longtemps des outils concrets et performants pour m'aider dans la prise en charge les patients et notamment ceux qui présentaient des troubles éjaculatoires, pour lesquels les propositions classiques sexologiques ne me convenaient pas du tout .Jean-Yves faisait un atelier sur ce thème... Je suis restée coite ! en 1 h j'ai compris que c'était ce type de travail global et corporel que je cherchais depuis des années ! Jean-Yves avec son grand sourire m'a gentiment renseignée sur la façon de me former à cette technique.

IC : Vous vous êtes alors inscrit à la formation en Sexocorporel ?

SS : oui immédiatement ou du moins dès qu'une formation a démarré en France à savoir en automne 2001.

IC : Quelle est votre profession ?

SS : j'ai un doctorat en médecine, mais je n'ai exercé, dès 1987, que dans le domaine de la périnatalogie (prise en charge médicale des troubles mictionnels et défécatoires chez les adultes et les enfants). J'ai ouvert ma consultation de sexologie en 1994 après une première formation à l'Institut de Sexologie de Paris avec Jacques WAYNBERG. Ceci me paraissant « léger », j'ai préparé un DU de Sexologie que j'ai obtenu en 1998 et je me suis formée à la thérapie systémique. Ma patientelle s'est progressivement étoffée et

aujourd'hui la Sexothérapie occupe 80% de mon activité.

IC: Qu'est-ce que la formation en Sexocorporel vous a apporté dans le cadre de votre profession ?

SS : Tout d'abord un changement radical de ma façon de travailler avec les patients avec une vision plus globale et de vrais outils corporels concrets que je cherchais depuis longtemps. Ceux-ci, associés à un langage simple mais au combien précis et à une logique pertinente, permettent aux personnes d'adhérer plus facilement à la proposition d'une prise en charge qui, somme toute, reste « longue » pour ceux qui rêveraient d'une « baguette magique » !

IC: Quels sont les outils et/ou habiletés acquises au cours de la formation, qui vous servent dans votre profession ?

SS : Je dirais que tous les outils et habiletés acquises me servent dans mon travail.

Je pense que nous ne pouvons transmettre que ce que nous avons complètement intégré pour nous même, mais avec cette formation je l'ai vécu sur un plan émotionnel et corporel.

Par exemple je savais de longue date que mon fonctionnement dans la rapidité, bien que d'un grand recours pour moi dans de nombreuses circonstances de ma vie, était aussi une limite dans bien des domaines. Je le savais pour me l'être maintes fois entendu dire, je le savais pour l'avoir maintes fois vécu dans le désagrément. Pour autant je n'avais jamais essayé de vivre le « ralentissement » corporellement et émotionnellement. Ce fut une grande découverte, qu'un rythme plus lent me permette de mieux écouter et de mieux transmettre, mais aussi d'être plus confortable pour moi-même, non seulement en professionnel, mais aussi dans ma vie quotidienne. Cela a, cependant, nécessité de gros efforts au départ pour démarrer le changement pour moi. La com-

préhension de ma propre logique de système m'y a aidée puissamment, et je sens bien que cette modification, bien que déjà salutaire, n'est pas arrivée à son perfectionnement.

Je n'avais pas rencontré dans mes études « médicales » jusque là, une technique qui nécessitait de tels changements personnels car celles que j'avais croisées passaient par l'intellect mais ni par le corps ni par l'émotionnel. Une fois comprise et acquise intellectuellement, je trouve facile de transmettre, expliquer conseiller une théorie de laquelle on est totalement détaché. Mais avec le Sexocorporel cela me paraît tout simplement impossible : si on ne le vit pas dans notre chair et dans nos émotions, on ne le transmet pas. Au cours des entretiens, c'est la congruence de l'utilisation de notre corps, de l'expression de nos émotions avec les paroles prononcées qui est un atout majeur. Mais c'est là que se trouve, peut-être aussi sa limite : les sexologues qui pour de nombreuses bonnes ou mauvaises raisons ne peuvent évoluer dans leur propre fonctionnement, ne peuvent adhérer au Sexocorporel. J'y vois là une explication au fait qu'un certain nombre de sexologues (et j'en connais ...) ayant eu la chance de faire un premier niveau, n'utilisent pas cette méthode et ne poursuivent pas leur formation au-delà.

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

SS : Cette technique a beau paraître simple et logique, elle nécessite une appropriation qui ne peut se faire, comme pour tout apprentissage que dans « la lenteur et la répétition ». Même si je suis parvenue rapidement à inclure des outils du Sexocorporel dans mes consultations, il m'a semblé nécessaire de faire un second niveau afin de peaufiner cette technique. Par ailleurs il est illusoire de croire que 2 petites années sont suffisantes pour tout intégrer (à moins d'avoir un cerveau particulièrement jeune et performant, ce qui n'est pas mon cas !) notamment l'observation du « modeling » nécessite une virtuosité qui ne peut s'acquérir qu'avec la pratique, le temps et l'expérience. Pouvoir être accompagnée, entourée conseillée pendant les premières années en revenant constamment sur les bases du Sexocorporel est une grande chance et une grande aide.

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

SS : Comme je l'espérais ce 2d niveau m'a appris à mieux observer les patients, sans jugement, en m'appuyant juste sur ce que je vois. Je m'en sers dès le premier coup d'œil en salle d'attente, dès les premiers instants de mobilisation corporel des patients, dès leurs premières paroles, lors du

contact de la première poignée de main du regard et de l'attitude corporel à cet instant, à la première marche jusqu'à ma salle de consultation. Je maintiens cette observation au cours des entretiens, n'hésitant pas quand cela me paraît possible et pertinent de faire remarquer aux personnes, souvent en les mimant, l'utilisation de leurs « lois du corps ». Et je suis sans cesse à l'affût de leur changement que je ne manque pas de leur renvoyer positivement, à tout moment.

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

SS : Le 3ème niveau m'a permis d'aller plus facilement et plus justement vers la Logique de système des patients afin de m'en servir pour travailler avec eux de façon plus appropriée et de la leur expliquer dans la mesure du possible pour une meilleure adhésion. L'observation, stricto sensu, a été la première acquisition nécessaire avant celle de la Logique de Système Cette dernière a été, je crois, ce qui m'a demandé le plus d'effort d'apprentissage.

IC : Quel serait votre mot de la fin ?

SS : Le premier niveau permet de concevoir ce que le Sexocorporel peut nous apporter en tant qu'individu et en tant que sexologue et de commencer à utiliser des outils pertinents dans des délais assez brefs.

Le second niveau permet d'y associer la capacité d'observation qui va renforcer la pertinence de notre travail auprès des patients en nous aidant à nous approcher au plus près leur logique de système.

Et le 3ème niveau peaufine l'apprentissage de la découverte de la Logique de Système. Le Sexocorporel ne devient vraiment pertinent que si on se l'approprie d'abord en tant qu'individu et nécessite donc une belle évolution vers nos pistes de croissances.

Afin de terminer sur une note légère et optimiste, je reprendrai les paroles, qui en tant que bretonne m'ont conquises, d'un étudiant qui, en fin de 1er niveau avait fait le résumé suivant « le Sexocorporel est à la Sexologie ce que le caramel au beurre salé est aux crêpes : quand on y a goûté on ne peut plus imaginer de crêpes sans caramel au beurre salé ! »

Après cette formation comment peut-on envisager la Sexologie sans le Sexocorporel ?

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

Die Bedeutung von Sexocorporel in anderen Berufen

Interview von Isabelle Chaffaï (IC) mit Sylvie SAPIN (SS) geführt hat

IC : Wie haben sie zum ersten Mal vom Sexocorporellen erfahren ?

SS : 2000 Auf dem Kongress der AIHUS in Nantes, wenn ich mich nicht im Jahr geirrt habe !

IC : Und wie ist diese Begegnung mit Jean-Yves Desjardins verlaufen ?

SS : Ich war lange auf der Suche nach konkreten und erfolgreichen Wegen, die mich bei der Behandlung von Patienten unterstützen, besonders bei denjenigen mit Ejakulationsbeschwerden, für die die klassischen sexologischen Vorschläge mir überhaupt nicht zusagten. Jean-Yves gab einen Workshop zu diesem Thema... Es verschlug mir die Sprache! Innerhalb einer Stunde hatte ich verstanden, dass ich genau diese Art von globaler und corporeller Arbeit seit Jahren gesucht hatte! Jean-Yves hat mir mit seinem großen Lächeln freundlich Auskunft erteilt, wie ich mich in dieser Technik ausbilden kann.

IC : Sie haben sich also zur Ausbildung im Sexocorporellen angemeldet ?

SS : Ja, auf der Stelle, oder zumindest, sobald eine Ausbildung in Frankreich startete, also im Herbst 2001.

IC : Was sind Sie von Beruf ?

SS : Ich habe ein Doktorat in Medizin, aber ich habe seit 1987 nur auf dem Gebiet der Perineologie (der medizinischen Behandlung miktionseller und defektorischer Beschwerden bei Erwachsenen und bei Kindern) praktiziert. Meine Sexologiepraxis habe ich 1994 nach einer ersten Ausbildung am Pariser Sexologie-Institut mit Jacques WAYNBERG eröffnet. Da dies mir « leicht » erschien, habe ich mich auf einen Universitätsabschluss in Sexologie vorbereitet, den ich 1998 erhielt, und ich habe mich in der systemischen Therapie weitergebildet. Meine Patientenschaft hat sich schrittweise erweitert, und heute macht die Sexotherapie 80 % meiner Tätigkeit aus.

IC: Was hat ihnen die Ausbildung im Sexocorporellen im Rahmen ihres Berufs gebracht ?

SS : Zu allererst eine radikale Änderung der Art und Weise, wie ich mit den Patienten arbeite, mit einer globaleren Vi-

sion und echten corporellen konkreten Werkzeugen, die ich seit Langem gesucht hatte. In Verbindung mit einer einfachen, aber um so präziseren Sprache und einer sachdienlichen Logik erleichtern sie es den Personen, dem Vorschlag einer Behandlung zuzustimmen, die, alles in Allem « langwierig » für Diejenigen bleibt, die von einem « Zauberstab » träumen!

IC : Welche Werkzeuge und/oder Fertigkeiten haben sie sich in der Ausbildung angeeignet, die sich in ihrem Beruf auszahlen ?

SS : Ich würde sagen, dass sich alle Werkzeuge und Fertigkeiten, die ich mir angeeignet habe, sich in meiner Arbeit auszahlen.

Ich denke, dass wir nur das weitergeben können, was wir uns selbst vollständig angeeignet haben, und mit dieser Ausbildung habe ich es auf emotionaler und corporeller Ebene erlebt.

So wusste ich zum Beispiel seit Langem, dass mein zügiges Arbeiten, obwohl es mir in zahlreichen Lebensumständen sehr geholfen hat, auf vielen Gebieten auch eine Grenze darstellte. Ich wusste es, weil ich es mir so manches Mal selbst gesagt hatte, ich wusste es, weil ich so manches mal die sich daraus ergebenen Unannehmlichkeiten erlebt hatte. Dennoch hatte ich nie versucht, die « Verlangsamung » körperlich und emotional zu erleben. Es war eine große Entdeckung, dass ein langsamerer Rhythmus es mir ermöglicht, besser zuzuhören und besser weiterzugeben, aber auch mich selbst wohler zu fühlen, nicht nur beruflich, sondern auch in meinem täglichen Leben. Anfänglich waren jedoch große Anstrengungen notwendig, um mit dieser Veränderung für mich zu beginnen. Das Verständnis meiner eigenen Systemlogik hat mir dabei sehr geholfen, und ich spüre, dass diese Veränderung, obwohl sie bereits wohltuend wirkt, ihre Perfektion noch nicht erreicht hat. Bis dahin war ich in meinen « medizinischen » Studien nicht auf eine Technik gestoßen, die solche persönlichen Veränderungen erforderte, denn die Techniken, denen ich begegnet war, nutzten den Verstand, aber nicht den Körper oder das Emotionale. Einmal verstanden und sich intellektuell angeeignet, finde ich es leicht

Eine Theorie weiterzugeben, zu erklären, zu raten, von der man völlig losgelöst ist. Aber mit dem Sexocorporellen scheint mir das ganz einfach unmöglich zu sein: Wenn wir es nicht am eigenen Körper und in unseren Gefühlen erleben, geben wir es nicht weiter. Ein wichtiger Vorteil

in den Gesprächen ist die Übereinstimmung der Sprache unseres Körpers, dem Ausdruck unserer Gefühle mit dem gesprochenen Wort. Aber daraus ergibt sich vielleicht auch eine Grenze : Die Sexologen, die sich, aus zahlreichen guten oder schlechten Gründen, in ihrer eigenen Arbeit nicht weiterentwickeln können, können zum Sexocorporellen keinen Zugang finden. Darin sehe ich eine Erklärung für die Tatsache, dass eine gewisse Zahl von Sexologen (und ich kenne einige davon ...), die die Möglichkeit hatten, das erste Niveau zu absolvieren, diese Methode nicht anwenden, und ihre Ausbildung darüber hinaus nicht fortsetzen.

IC : Was hat Sie dazu inspiriert, Ihre Ausbildung mit dem zweiten Niveau fortzusetzen ?

SS : Diese Technik mag einfach und logisch erscheinen, sie sich anzueignen erfolgt, wie bei allen Lernprozessen, nur in der Verlangsamung und in der Wiederholung". Obwohl es mir schnell gelungen ist, Mittel des Sexocorporellen in meine Beratungen einzubeziehen, schien es mir notwendig, ein zweites Niveau zu absolvieren, um diese Technik zu verfeinern. Zudem ist es illusorisch zu glauben, dass zwei Jahre ausreichen würden, um alles zu integrieren (es sei denn, man hat ein besonders junges und leistungsfähiges Gehirn, was bei mir nicht der Fall ist !) Vor allem die aufmerksame Betrachtung des « Modeling » erfordert eine Virtuosität, die man sich nur durch Praxis, Zeit und Erfahrung aneignen kann. Wenn man in den ersten Jahren die Möglichkeit hat, begleitet, umgeben, beraten zu werden, und dabei ständig auf die Grundlagen des Sexocorporellen zurückkommt, ist dies eine große Chance und eine große Hilfe.

IC : Und was hat Ihnen dieses zweite Niveau gebracht, und wie wenden Sie dies im Rahmen ihrer Arbeit an ?

SS : Wie ich gehofft hatte, habe ich in diesem zweiten Niveau gelernt, die Patienten besser zu beobachten, ohne zu urteilen, indem ich mich nur auf das stütze, was ich sehe. Ich wende dies bereits an beim ersten Kontakt im Wartezimmer an, bereits bei den ersten Augenblicken der körperlichen Aktivität der Patienten, bereits bei ihren ersten Worten, während des ersten Blickkontaktes, und der Körperhaltung in diesem Augenblick, bis zu den ersten Schritten zu meinem Sprechzimmer. Ich setze diese Beobachtung bei den Gesprächen fort, und zögere nicht dort, wo es mir möglich und angebracht erscheint, die Personen auf den Gebrauch ihres « Gesetzes des Körpers » aufmerksam zu machen, oft, indem ich sie nachahme. Und ich halte ununterbrochen nach ihren Veränderungen Ausschau, die ich ihnen jederzeit positiv zurückschicke.

IC : Und was hat Ihnen das dritte Niveau gebracht, und wie wenden Sie dies im Rahmen ihrer Arbeit an ?

SS : Das dritte Niveau hat es mir ermöglicht, leichter und gerechter auf die Systemlogik der Patienten einzugehen, mit dem Ziel, sie anzuwenden, um angemessener mit den Patienten zu arbeiten, und sie ihnen für ein besseres Verständnis im Rahmen des Möglichen zu erklären. Insgesamt

war die Beobachtung die erste notwendige Errungenschaft, vor der Systemlogik. Letztere hat mir, glaube ich, die meisten Anstrengungen beim Lernen abverlangt.

IC : Was ist Ihr Schlußwort ?

SS : Das erste Niveau ermöglicht es, zu begreifen, was das Sexocorporelle uns als Individuum und als Sexologe bringen kann, und damit anzufangen, geeignete Werkzeuge ziemlich kurzfristig anzuwenden.

Das zweite Niveau ermöglicht es, die Beobachtungsfähigkeit mit dem ersten Niveau zu verbinden, was die Relevanz unserer Arbeit bei den Patienten verstärkt, indem es uns dabei hilft, uns ihrer Systemlogik so weit wie möglich anzunähern.

Und das dritte Niveau verfeinert den Lernprozess bei der Ergründung der Systemlogik.

Das Sexocorporelle wird nur wirklich relevant, wenn man es sich zuerst als Individuum aneignet, und erfordert daher, dass wir auf unseren Wegen des Wachstums gute Fortschritte machen.

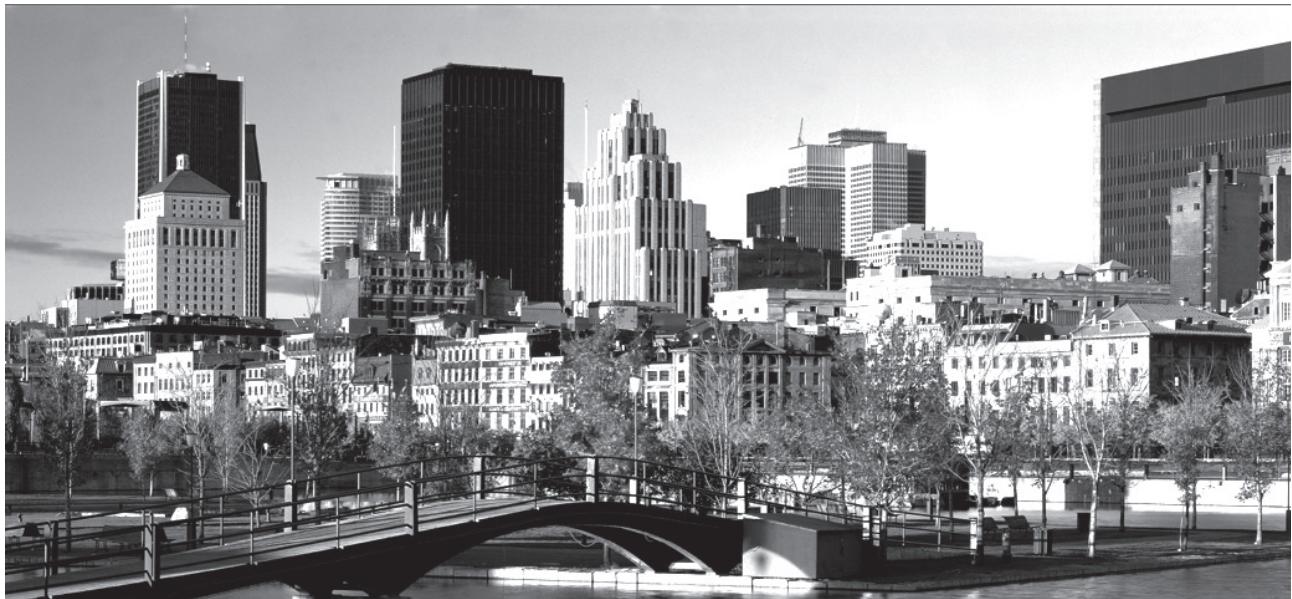
Um leicht und optimistisch zu enden, möchte ich die Worte eines Studenten wiederholen, der am Ende des ersten Niveaus folgende Zusammenfassung gab, die mich als Bretonin erobert hat: « Das Sexocorporelle ist für die Sexologie, was das Karamel mit gesalzener Butter für die Crêpes ist: Wenn man es erst einmal gekostet hat, kann man sich keine Crêpes ohne Karamel mit gesalzener Butter mehr vorstellen! »

Wie kann man nach dieser Ausbildung die Sexologie ohne das Sexocorporelle in Betracht ziehen?

IC : Ich danke Ihnen für Ihre Teilnahme, und wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Fortsetzung ihrer Projekte.

JOURNÉES ISI 2014 À MONTRÉAL

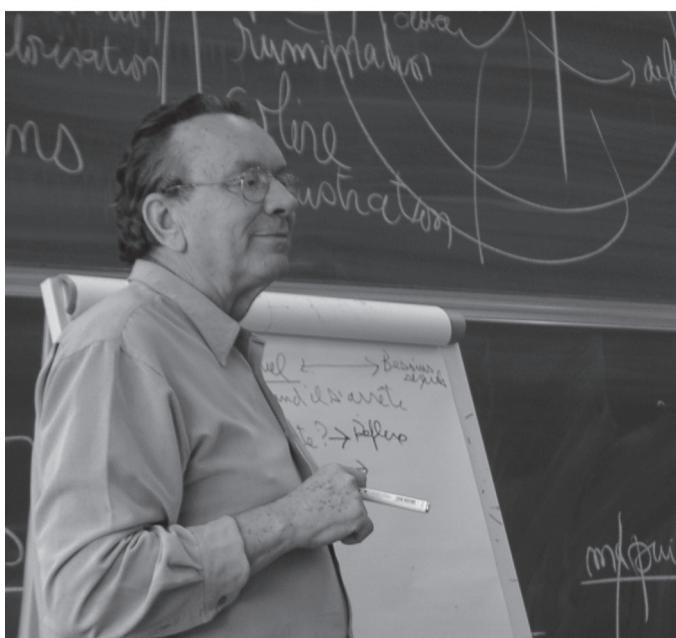
5 au 7 septembre 2014



Planifiez déjà ces dates dans votre agenda !

La revue hommage à Jean-Yves Desjardins Santé Sexuelle

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



**REVUE HOMMAGE
Jean-Yves Desjardins
1931-2011**

SANTÉ SEXUELLE – NUMÉRO SPÉCIAL – JANVIER 2013 – ISI 2012

Numéro Spécial
Janvier 2013

*est maintenant
disponible
en 3 langues*

**Français
Italien
Allemand** (version abrégée)

**Pour commander
la revue visitez
notre site**
www.sexocorporel.com
sous la rubrique :
formulaire

LES PARUTIONS

NUMERO 1. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2006

- > Origine du département de sexologie à Montréal par Nicole Audette
- > Les sexologues à l'unisson... Vers un modèle de santé sexuelle! par Lise Desjardins et Mélanie Tremblay

NUMERO 2. SANTÉ SEXUELLE Printemps-été 2007

- > Jadis, il était une fois un homme et une femme du XXIe siècle par Mélanie Tremblay
- > Homme, Femme : identité ou perceptions modifiables ? Par Dr Dominique Chatton

NUMERO 3. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2007

- > Dimensions de la santé sexuelle associées aux dysfonctionnements sexuelles chez les hommes et les femmes : une approche empirique exploratoire par Martin Blais, Ph.D. et Isabelle Chaffaï
- > 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, Françoise Jablon & Roland Nicolas
- > L'intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions : entretien avec Marco Benney par Isabelle Chaffaï
- > Parlez-nous de... Sexoanalyse par Candy Carrier

NUMERO 9. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2011

- > Dyspareunie d'origine organique par Dr Michèle Bonal
- > Vaginisme par Dr Jeffrey Pedrazzoli
- > L'intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions : Médecin psychiatre, interview réalisé par Isabelle Chaffaï auprès de Mme Suzanne Giland
- > Travailler avec des couples en alliant la Thérapie Relationnelle Imago et le Sexocorporel par Antoinette Liechti Maccarone

NUMERO 10. SANTÉ SEXUELLE Automne-hiver 2012

- > Du désir au plaisir : quel chemin ? par Joëlle Gourier
- > La Sophrologie et ses liens avec le Sexocorporel par Catherine Bassereau
- > L'intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions : Educatrice en Santé sexuelle, interview réalisé par Isabelle Chaffaï auprès de Anne-Marie Lando Wackers

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 formations et des séminaires «Vivre en amour» mis à jour régulièrement.

info@sexocorporel.com

RAPPEL AUX MEMBRES

N'oubliez pas de mettre vos coordonnées à jour afin de garder le contact avec l'ISI et de nous éviter des erreurs d'envoi. 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

**INSTITUT SEXOCORPOREL
INTERNATIONAL
JEAN-YVES DESJARDINS**

www.sexocorporel.com

info@sexocorporel.com

Lise Desjardins : 1.514.574.3136 (ca)

Joëlle Gourier : 0041 79 828 97 68 (eu)