Santé Sexuelle

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

Dans ce numéro

- ***Editorial :*** Elizabeth LE COGUIC
- ***"Donne - sessualità e disabilita' "approccio sessocorporeo***

  Martine Costes Peplinski
- ***Sessualità e invecchiamento: ritiro o nuovo inizio?***

  Anne-Marie LAFLÛTE, Virginie GASC, Sylvie MONTFORT
- ***L'Intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions :***

  Intervista curata da Isabelle Chaffaï (IC)

  Ad Anne-Charlotte Leroux, fisioterapista a Parigi.

Institut Sexocorporel International
Jean-Yves Desjardins

LA REVUE SANTE SEXUELLE :

La revue SANTÉ SEXUELLE est un organe d'information générale sur les avancées du Sexocorporel et sur la croissance de l'ISI. Toute personne intéressée à soumettre un texte pour publication doit l'envoyer par courriel à :

elllicel@gmail.com
www.sexocorporel.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 les auteur(e)s.

POLITIQUE ÉDITORIALE :

Présentation des textes pour la revue:

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

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

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

CRITÈRES D'ÉVALUATION :

Tous les textes sont évalués en fonction des critères suivants :

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

ACCEPTATION DES TEXTES :

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

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

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

COMITE DE DIRECTION 2014– 2015 :

M. **Jeffrey PEDRAZZOLI** (Suisse) : Président

Mme **Michèle BONAL** (France) : Vice-présidente

Mme **Lise DESJARDINS** (Canada) : Secrétaire générale

Mme **Joëlle GOURIER** (Suisse) :
Trésorière, (responsable de la Commission du budget et des contrats, responsable de la Commission internet et des communications)

M. **Pascal BENOIST** (France) :
Responsable du Comité Scientifique

Mme **Claude ROUX-DESLANDES** (France)

Mme **Patrizia GUERRA** (Italie)

LES COMMISSIONS ET LEURS RESPONSABLES :

Mélanie TREMBLAY (Québec) :
Responsable de la Commission des Formations

Mme **Elizabeth LE COGUIC** (France) :
Responsable de la Commission de la revue

Karoline BISCHOF(Suisse) :
Responsable de la Commission des membres

COMMISSION DE LA REVUE 2014 :

Elizabeth LE COGUIC (France) :
Responsable de la commission

Isabelle CHAFFAÏ, Joëlle GOURIER, Elizabeth LE COGUIC, Anne-Charlotte LEROUX : Relecture et corrections

EDITORIAL

"Les rêves vivent leur vie de rêve et leur réalité nait de la nôtre comme l'ombre de la lumière" Alain Foix

SESSUALITÀ E DIFFERENZA ….UNA SESSUALITA' DIVERSA ?

Cari lettori e membri,

Lo scopo di questo numero è di aprire una prospettiva sessocorporea sul tema della differenza: quella della realtà, dell'accoglienza e della considerazione della marginalità sessuale, non come pratiche (marginali), ma dal punto di vista dell'essere umano, dell'anziano o dell'handicap, fisico o mentale. E che desidera vivere una relazione sentimentale e sessuale.

Parlare di sessualità senza dimenticare gli anziani e le persone con disabilità .... è tutto programma.

Che spazio rende possibile questa relazione d'amore, e sessuale, questa intimità cui la legge riconosce importanza? E' vero che per la maggior parte di noi, nella nostra pratica di terapeuti sessuali raramente è messo di fronte a questo problema. Tuttavia, la lettura degli articoli e le testimonianze qui di seguito ci riportano piuttosto a noi stessi, in quanto esseri umano umani più che come terapeuti: la marginalità interroga la nostra normalità.

Come sottolinea Catherine Aghate Diserens, per esempio, quando aiutiamo una giovane donna che vive su una sedia a rotelle fino dalla giovane età, e che non si è mai vista nuda a figura intera , e chiede di guardarsi in piedi in uno specchio (come accompagnare degnamente questo momento così importante e così vicino? Dobbiamo distogliere lo sguardo per rispettare il suo pudore?)

"E noi, che rapporto abbiamo con la nostra nudità? "

Lo stesso vale per la sessualità degli anziani, come se, ancora una volta, lo standard non potesse che essere "giovinezza e bellezza."

Non posso fare a meno di pensare alle parole di Jean-Yves Desjardins ("Quando mi confronto sia mi consolo, sia mi dispiaccio"), anche per il lavoro che ha fatto con le donne obese alle prese con loro immagine, la loro minore mobilità ... insegnando loro ad amarsi e ad accettarsi come donne sessuate . Lasciando gli angusti limiti del nostro pensiero concettuale, quadrato, e accettando le differenze, come unicità, attraverso la particolare attenzione che richiede la sessualità "non-standard" possiamo sentirci invitati a riconsiderare alcuni aspetti del Sexocorporel, a identificare le componenti che giocano un ruolo chiave.

Il linguaggio del corpo prevale sul verbale, allorché si aggiunge una mobilità ridotta, ad un'immagine di sé / un'assertività sessuale, ad un narcisismo ed ad un esibizionismo minori.

Questo riguarda anche il sentimento d'appartenenza al proprio sesso biologico.

Tuttavia, le persone anziane o disabili hanno le stesse difficoltà degli altri, cui si aggiungono limitazioni del corpo o cerebrali, così come i blocchi provocati dallo sguardo che la società e l'ambiente vicino ha di loro

La persona disabile è probabilmente meno "bloccata" da sé che dallo sguardo sociale, penso a Gabriella, questo bel film, illuminato dalla freschezza e dalla spontaneità di questi due giovani persone . E' il loro entourage che vede i problemi .Noi vediamo che più che le disfunzioni sessuali, che sono il quotidiano per noi terapeuti , si tratta di circostanze, di condizioni di funzionamento, certamente più vincolanti e più pesanti nella vita sessuale e amorosa rispetto alle persone cosiddette normali.

La persona disabile, così come l'anziano spesso vive l'isolamento "causato dal disgusto o dalla paura suscitata dalla loro differenza", come appare dal dibattito sull'assistenza sessuale. *"Questo aiuto restituisce fiducia e stima in se stessi "* spiega Marcel Nuss , l'autore di *" voglio fare l'amore " Lei mi ha dato molto a livello fisico e psicologico "*

i commenti degli articoli qui presentati mirano alla comprensione, all'accoglienza, e all'accompagnamento della loro aspirazione ad una vita sessuale .

Elizabeth Le Coguic

* Sessualità e disabilità: tra tutto e niente ... Catherine Agthe Diserens 24 gennaio 2013

La legislazione ha cambiato atteggiamento sulla sessualità delle persone con disabilità, ci vuole un po' più di tempo per quanto riguarda gli "anziani". Tuttavia, si leggono in un settimanale svizzero ("L'Hebdo"), pubblicato durante la seconda settimana di dicembre 2014, due interessanti novità:
• I primi diplomi di "lavoratrici del sesso" sono stati assegnati in Svizzera Romanda 8 donne (nessun uomo per il momento), e queste persone saranno in grado di intervenire nelle case che accolgono gli anziani.
• Sempre più numerosi gli annunci detti "coquine " e sono dette anche "Senior Friendly".
(Ulteriore informazione fornita da Joëlle Gourier)

Nb. Marie de Hennezel, psicologa e psicoterapeuta e autrice, si è dedicata ad aiutare le persone nel fine vita (a causa di malattia,) sviluppa anche una particolare attenzione alla vita delle persone anziane , alla ricchezza della terza età, e ha annunciato durante una trasmissione di France Culture, la prossima pubblicazione di un libro che parlerà di erotismo nella terza età . Probabilmente avremo il piacere di parlarne con voi qui.

"DONNE - SESSUALITÀ E DISABILITA' "
APPROCCIO SESSOCORPOREO

Martine COSTES PEPLINSKI
Sessuologa Clinica

Direttrice di Spazio Metanoya - Formazione - consultazioni

Sessualità e disabilità

Io non sono una specialista di handicap. Ma io sono una specialista:

- Del "femminile" (attivista MLF e MALC negli anni '70 !!!)

- Sulla questione "prostituzione" (istruzione, formazione, supporto di equipes specializzate)
- Nella "sessualità umana": sessuologa e formata nell'Approccio Sessocorporeo.

Questo è ciò che mi ha portato a sviluppare programmi di formazione su "**Sessualità e handicap**" per rispondere alle difficoltà degli operatori sanitari e di assistenza nel gestire questo problema. Il dibattito sugli "assistenti sessuali" esprime bene queste difficoltà. Perché dal 2002 in Francia, la legge non può più vietare i rapporti sessuali nelle strutture residenziali né obbligare le persone con disabilità a trattamenti più o meno dissimulati, come la legatura delle tube travestita da appendicite o un trattamento ormonale non dichiarato per esempio. Il **consenso della persona disabile è obbligatorio**. Per questo, sono necessarie informazioni e supporto per la vita sessuale ed emotiva della persona disabile per tutti i professionisti e tutor. **Tutti devono diventare assistenti sessuali**: ascoltare e accompagnare i bisogni, informare, sostenere, ed eventualmente orientare verso gli specialisti. In breve accompagnare lo sviluppo sessuale dei residenti.

Proprio come accompagnano tutta la loro vita: nella cura, nella vita quotidiana, nell'accesso ai diritti, nel lavoro, nel tempo libero e nella vita affettiva. Le istituzioni e il personale hanno bisogno per questo di strumenti teorici e pratici.

Come può l'Approccio Sessocorporeo essere utile in ciò?

Partendo dal principio che l'approccio Sessocorporeo si basa su diversi principi:

- Il legame cervello / corpo - corpo / cervello

- La funzionalità biologica sessuale:

* La dotazione ormonale ragazza / ragazzo dal 3 ° mese di vita fetale
* 3 riflessi: il basculamento del bacino (che spesso si perde con la stazione eretta), il riflesso di eccitazione sessuale, il riflesso orgastico. Riflessi, perché non richiedono l'attivazione volontaria e sono presenti in ogni uomo e ogni donna, dalla vita fetale alla morte.

La sessualità è evolutiva: tramite i passaggi biologici e l'apprendimento durante l'intera vita,

- La proposta di lavorare con il corpo così com' è nella sua realtà: la brunetta che sogna di essere una bionda di 1.75 m ... è impossibile, se non in fantasia. L'uomo che è alto 1.45 non sarà mai 1.80 indipendentemente dalla terapia scelta. Se alcuni caratteri secondari sono modificabili con artifici (trucco, gioielli, chirurgia o terapia ormonale), il corpo resta così com'è. Ed è partendo da ciò che l'Approccio Sessocorporeo offre di vivere la propria sessualità al meglio traendo il maggior benessere e la maggior soddisfazione da una migliore appropriazione delle proprie potenzialità e dalle proprie risorse. Questo è l'unico modo, per citare Jean-Yves DESJARDINS, per non vivere nel continuo rimpianto di non essere diversi da come si è .

Mi è sembrato quindi evidente che quest' approccio fosse una grande risorsa per il mondo della disabilità: trarre il meglio dalla propria dotazione di base attraverso un migliore utilizzo di questa dotazione. Tanto più che nella mia esperienza, spesso al personale delle istituzioni succede di essere sopraffatto dal potenziale sessuale, "*Oh, non hanno nulla che funziona, ma questo funziona* !!". Quindi, se funziona, come permettere loro di farlo funzionare al meglio appropriandosi di questo potenziale , impadronendosene, migliorando piuttosto che subire questa energia!

Ho pertanto avviato alcuni programmi a partire dall' approccio Sessocorporeo per consentire a tutti i professionisti nell'handicap di essere "assistenti sessuali" dal proprio ruolo di medico, di educatore, di infermiere, di fisioterapista, di OSS , di assistente medico - psicologico, ecc ... questo è quello che mi ha portato ad un lavoro di formazione nelle strutture di accoglienza di uomini e donne portatori di tutti i tipi di disabilità. Questo è ciò che porterà le prime richieste di consulto di persone disabili nel mio studio

Oggi, voglio illustrare il contributo dell' approccio alla disabilità con un caso clinico: quello di una giovane donna che io chiamerò Lili.

CASO CLINICO: LILI - 32 ANNI – Danno motorio- cerebrale (IMC) - sedia a rotelle elettrica.-

Il primo appuntamento sarà ritardato a causa di un guasto ad un ascensore giù nella metropolitana. Questa è la realtà dei vincoli costanti che le persone con disabilità si trovano ad affrontare.

VALUTAZIONE:

Lettura del corpo : Lili è bruna, sorridente. Lili ha gli occhi a mandorla, spalancati. Sembra avere 22 anni.

Parla ad alta voce, col fiato corto.

Motivo della consultazione: La sua domanda è molto diretta: potere allargare le gambe durante il suo primo rapporto sessuale a cui desidera preparasi. In 2 minuti, so che lei è vergine e vuole vivere un sesso genitale.

Vedo anche:

- La sua intelligenza, la vivacità espressa dalla parte superiore del corpo (collo / testa)

- Un parlare delicato e molto veloce

- La sua emozione trabocca più volte: parla ad alta voce, ride o piange con la perdita del controllo della testa e del braccio destro che tornano indietro a scatti

- Le spalle e il busto sono cancellati

- Il bacino è schiacciato/ sciolto

- Le sue gambe sono bloccate da tempo

- I suoi piedi pendono - come piccole pinze cinesi – all'esterno degli appoggiapiedi.

Dopo la prima visita, so anche che :

- Al momento non c'è un amore: lei lo cerca e si vuole preparare. Finora ha avuto principalmente amicizie amorose, (intellettuali e affettive) senza che ciò si traduca in un investimento sessuale da parte dei *suoi amici.*
- La sua situazione familiare: è nata prima della sua gemella, che è in buona salute. La madre è morta in un ospedale psichiatrico quando lei aveva 6 anni. E 'cresciuta in famiglia, piuttosto coccolata, addirittura superprotetta.
- La sua vita sociale: è in formazione professionale, è molto attiva, ha amici, e praticare attività (cinema, danza sulla sedia a rotelle). E 'anche in psicoterapia per affrontare alcuni aspetti del suo percorso familiare.
- Ha un intenso interesse per la sessualità: la sua, quella degli altri (famiglia, parenti, amici ...)

Ho chiesto la sua pretesa di "divaricare le gambe ", temendo che ci fosse il rischio di dovere considerare di accettare rapporti" da dietro", se questa divaricazione non fosse fisicamente possibile. Dice che "sogna" un rapporto faccia a faccia per vedersi negli occhi reciprocamente. Quindi dobbiamo esplorare le opportunità di rispondere a questa domanda senza "tergiversare".

Le mie prime ipotesi:

- Come molti IMC:

* Ha sovrainvestito l'intelletto (il pensiero è facile, il movimento è molto difficile), che si traduce in un sovrainvestimento della parte superiore del corpo: il viso e il parlare dominano. Il resto del corpo è come "*trascinato suo malgrado*."

* Gli sforzi intensi per assicurare il controllo neurologico del linguaggio hanno indotto una significativa tensione nella parte superiore del corpo - con scariche neurologiche che si verificano come esplosioni spontanee : lei teme che ciò si verifichi nel rapporto sessuale e lei possa fare male al partner dandogli un pugno involontariamente.

* Questo controllo in tensione del collo e della testa ha come conseguenze :

• un importante affaticamento

• una grande tensione dell'alto del corpo (testa collo) - e una bassa tensione del resto del corpo.

• Tra i 2, uno schiacciamento dello spazio emozionale che si difende con spasmi incontrollabili (riso o pianto)

- Infine, è in una tripla apprensione: quella della prima volta, quella di una relazione con un partner affidabile, quella degli spasmi incontrollati.

Decidiamo di stabilire una diagnosi fisiologica e sessuologica per determinare se il progetto è fattibile e porre le tracce di un lavoro sul corpo per realizzarlo. Questa diagnosi farà perno su:
→ le sue linee di forza (punti di appoggio)

→le sue paure (della sconfitta)

→ i suoi limiti (da superare)

SETTING TERAPEUTICO:

Imposto il setting terapeutico : verificare la sua capacità di un controllo neurologico del bacino, delle gambe, degli sfinteri e della zona genitale. Questa esplorazione confermerà una normale funzionalità di base (sensibilità, capacità di mobilizzazione dei muscoli), ma la parte inferiore del corpo non è stata investita - nonostante l'incoraggiamento medico.

Due i motivi principali:

- La sua sopravvivenza è passata attraverso la parte superiore del corpo (come in molti IMC), monopolizzando tutta la sua energia

- L'iperprotezione famigliare: portata e sempre tenuta sulla sedia a rotelle per evitare che si facesse male, la parte inferiore del corpo non è stato sollecitata.

La mobilizzazione del corpo inferiore è possibile. Per questo prima di tutto alleggerire la parte alta. Impostare una respirazione ventrale per :

*consolidare le emozioni

* abbassare la voce

* frenare le perdite di controllo nervoso "dell'alto", perché disturbano molto la comunicazione con gli altri.

- Consolidare la parte superiore del corpo:

*Sbloccare il collo, le spalle, il petto. Questo movimento deve cambiare la posizione seduta e liberare lo spazio emotivo attualmente oppresso.

- Mobilizzazione della parte inferiore del corpo:

* muovere e sentire lo spazio genitale

*basculare il bacino seduta, sdraiata, sul fianco, a 4 gambe

*mobilizzazione delle gambe e dei piedi

- Molti scambi sulla sessualità:

* informazioni e scambi su "essere donna", come "sono gli uomini"?

*la preparazione alla contraccezione

* i potenziali innamorati: chi, o come riconoscerlo? Portatore di handicap o no?

EVOLUZIONE DURANTE IL TRATTAMENTO

Oggi, dopo 9 mesi con accompagnamento con consultazione circa ogni 2 settimane:

La sua postura e l'appropriazione del corpo femminile:
- Lei è ben seduta, dritta al fondo della sedia –

- I movimenti parassiti della testa e del braccio destro sono scomparsi
- La voce non s'impenna più nelle salite emozionali-

La mobilizzazione del bacino e delle gambe: ha preso coscienza che i suoi piedi non toccavano i poggiapiedi. La sua sedia è stata quindi regolata per una postura seduta "vissuta" e radicata.
- La divaricazione volontaria delle gambe raggiunge dai 15 ai 20 centimetri.
- Lei ha cominciato la contraccezione (1° visita dal ginecologo)

Le buone dichiarazioni:

- "*Io sento una cavità*," disse, indicando il suo basso ventre.

- "Alcune persone pensano che io sia una paraplegica." Ma, no, io sento tutto!!! ". Allora lo dimostri!!! Perché se lei vuole che un uomo investa su di lei con desiderio sessuale (non solo con desiderio amicale o intellettuale – e ancora meno con desiderio di superprotezione), è necessario che questa "parte inferiore del corpo", sia un po' viva!

- "*Se dovessi camminare un giorno* ...", ha detto. Indicando che la posizione verticale non le è più totalmente estranea perché la sua posizione integrata come normale al di fuori della sedia è, nonostante il verticalizzatore utilizzato al lavoro - stare a terra, a quattro gambe.

Riconoscersi DONNA

- Abbiamo lavorato sul recupero dell'immagine di sua madre e delle sue qualità femminili di cui ora si può appropriare (la malattia mentale aveva annientato tutta la trasmissione positiva: ma questa madre era bella, vivace e creativa). Oggi, Lili realizza sul pc un montaggio di foto di sua madre.
- Lei ha potuto valorizzare il suo sorriso, le spalle e una bella scollatura: tutto il suo corpo femminile (fianchi, glutei ...): è una donna giovane e bella.

- Ci sono svolte sedute fotografiche con i suoi amici che le hanno detto " bella" E lei si vede bella.
- Per quanto riguarda l'abbigliamento, ha gradualmente trovato uno stile pratico e femminile in cui si piace. Si è sentita erotica indossando una gonna!

Trovare un innamorato

- Ha provato siti d'incontri e ha iniziato a guardare gli uomini intorno a lei
- Per la prima volta si è sentita riconosciuta come una donna con i suoi bisogni (e non considerata come handicappata) da un uomo che ha incontrato al lavoro

- Comincia a prendere le distanze dal dilemma: un innamorato in buona salute o un disabile ? "*Ho il diritto a uno in buona salute come tutti - O uno come me mi capirebbe meglio? ...*" La cosa importante è l'incontro!

Seguito del lavoro proposto

- *Consolidare la potenza e il sentire della parte inferiore del corpo (bacino, glutei, zona genitale, gambe e piedi)
- *Non scappare quando si sente desiderabile, desiderata e con desiderio: trovare un equilibrio di donna sessuata senza passare per una sguaiata o una puttana ....

Su questi punti, è come per tutte le donne, in buona salute o no: come essere riconosciuta nei suoi bisogni affettivi e sessuali, senza essere abusata, utilizzata dagli uomini che potrebbero trarre beneficio dal colpo di fortuna del momento in cui le donne "dormono ! ". Benvenuta, Lili, nel mondo delle donne d'oggi! In questo caso, la sua diffidenza può lasciarla nell'isolamento.

- Trovare l'equilibrio tra "attenzione", iperprotezione e desiderio di autonomia ... Amare è anche accettare di dipendere affettivamente da qualcuno ...

E tutta la lotta fondamentale di una persona IMC è di prendere il controllo ... senza irrigidirsi. Per lasciare che si creino i legami, la fluidità di una relazione, è necessario fare sì che questo controllo non diventi uno scudo fisico sia intellettuale di …belle razionalizzazioni. La relazione sentimentale e sessuale è sempre l'assumersi un rischio: il rischio di piacere ... e anche il rischio di non piacere. E' su questo lasciare la zavorra in sicurezza che stiamo andando avanti con un programma:

- La modulazione sensoriale

- una relazione d'amore si può creare se una donna vive dall'alto verso il basso, dalla testa ai piedi!
Grazie a Lili di avere autorizzato la diffusione del lavoro terapeutico svolto insieme.
Martine COSTES Peplinski - Spazio Metanoya – Paris

DU – Diploma di Sessualità umana (Università di medicina di Bobigny) 2003.

Formazione all'Approccio Sessocorporeo (CIFRES) – 2005

[1] L'Approche Sexocorporelle (Pr Jean-Yves DESJARDINS) propose un lavoro di interazione tra le componento fisiologiche, emozionali e cognitive

SESSUALITÀ E INVECCHIAMENTO:
RITIRO O NUOVO INIZIO?

Pregiudizi sulle conoscenze e l'apprendimento sessuale

Secondo la presentazione nel 2013 della 8 ° giornata scientifica e clinica dell'ISI e ateliers di approfondimento in Sessocorporeo a San Remo

Cominciamo da una storia:

Sono un medico e mi prendo cura di Adele.

Mentre una settimana fa, Adele, a testa in giù rannicchiata nella sua poltrona, ha confidato: "Ora, a 97 anni, si dovrà pensare a morire ",

Ieri, ha confidato alla kinesiterapista che la stimola per camminare: "Il marito della mia compagna di stanza mi ha preso la mano e l'ha posata sui pantaloni. "... (il marito della vicina di stanza, 82enne, è vigile e sportivo ...)

Alla visita, l'infermiera mi ha chiesto se ne sono stata informata. "E' successo qualcosa di molto grave", mi ha detto. Entriamo nella stanza di Adele. Adele

sorride.

Dottore: "Buongiorno signora, come sta? "

Adele: "Va molto bene dottore."

Approfitto dell'assenza della vicina di stanza per farle questa domanda : "Si trova bene in questo ospedale ? "

Adele: "Ah sì, sto molto bene in questo ospedale. "

In questo momento, la lettura del corpo faccio è in favore di uno rifiorire di Adele e non è congruente con la reazione dell'infermiera.

Lasciamo la stanza, l'infermiera rimane sulla sua posizione.

Sono scene comuni in contesti istituzionali, ed è ciò che ci ha dato la voglia di mettere in discussione gli operatori sanitari a fianco degli anziani per misurare il livello delle loro rappresentazioni.

1. **Stato dell'arte e delle rappresentazioni della sessualità negli anziani nelle case di riposo:** indagine condotta tra gli operatori sanitari, da V. GASC, psicogeriatra e sessuologa.

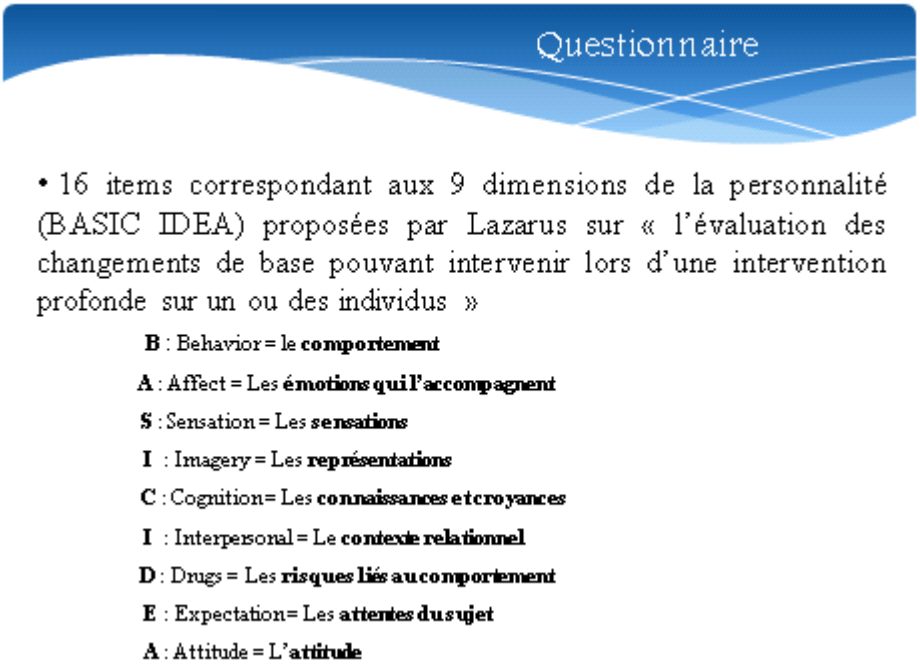
Lavoro da diversi anni in EHPD, struttura residenziale per anziani, più comunemente chiamata "casa di riposo".
Il ruolo dello Psicologo è quello di assistere il residente, di dare sostegno alle famiglie e di intervenire con le équipe mediche quando incontrano difficoltà nella presa in carico dei residenti.
Così, in numerose occasioni, sono stata interpellata dal personale di assistenza circa situazioni che si riferiscono alla sessualità degli ospiti.

Queste sollecitazioni mi hanno fatto interrogare circa le difficoltà incontrate da parte dei caregiver, le strategie messe in atto e le conoscenze, gli strumenti, che hanno a loro disposizione. Le mie ipotesi sono state le seguenti: **Il personale sanitario è di fronte a manifestazioni della sessualità tra i residenti e non ha abbastanza conoscenze né strumenti su questo tema, cosa che rende difficile la gestione degli ospiti.**

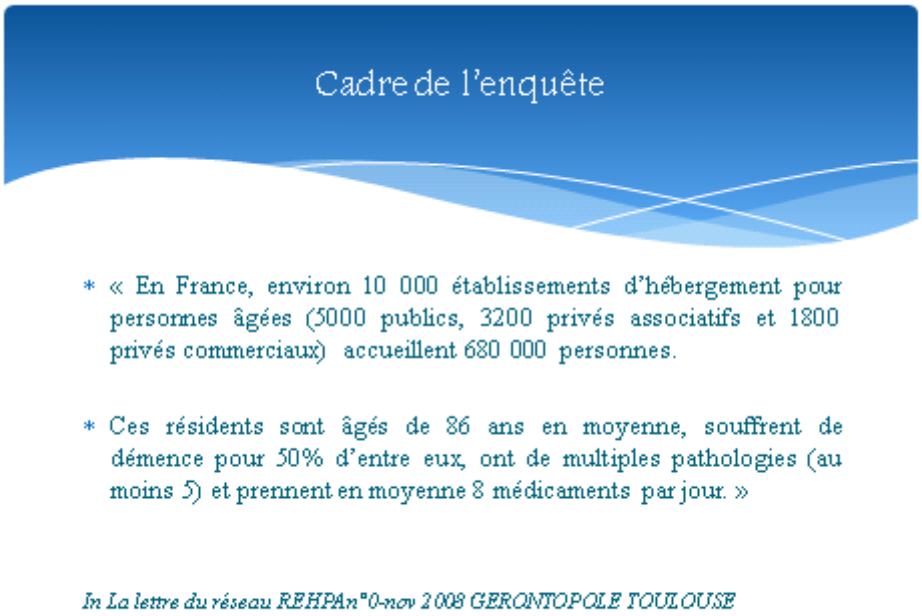
Così ho voluto avviare un'indagine che evidenziassero lo stato di fatto rispetto alle pratiche sessuali degli anziani che il personale di assistenza osservano nelle case di riposo e le rappresentazioni e la conoscenza che hanno di questa sessualità. Ho progettato un questionario all'attenzione del personale di cura, che ho proposto a tutte le case di riposo nel dipartimento degli alti Pirenei. Se la direzione accettava, mi sarei

impegnata a realizzare degli interventi per presentare i risultati ottenuti, fornire conoscenze e avviare una riflessione su questo argomento. Il questionario è stato convalidato dallo psicosiciologo Réjean Tremblay.

Si compone di 16 items corrispondenti a nove dimensioni della personalità sviluppato da Lazarus:



QUESTIONARIO



Delle 32 case di riposo negli Alti Pirenei coinvolte, 10 hanno accettato di partecipare al sondaggio. Così ho distribuito 411 questionari a tutti gli operatori sanitari. Ho avuto un ritorno di 233 questionari.

Ho anche fatto 9 interventi dal titolo "La sessualità e l'invecchiamento" a 65 operatori di cura volontari.

L'indagine ha evidenziato che gli operatori sanitari concordano sul fatto che la sessualità degli anziani non deva essere considerato inammissibile. Secondo gli operatori sanitari, i più preoccupati per la sessualità dei residenti sono le famiglie. I soggetti, per lo più assistenti sanitari possono a volte osservare le manifestazioni della sessualità, in particolare la masturbazione e, talvolta sono oggetto di inviti sessuali. In effetti, gli aiutanti sanitari sono i più esposti alla vita privata delle persone ospiti. L'indagine rivela che la maggior parte degli operatori intervistati sono donne, sono aiutanti di assistenza sanitaria, OS, infermieri(e) , assistenti medico - psicologico.

Quasi la metà dei soggetti pensa di accettare la sessualità dei residenti più delle autorità istituzionali. Inoltre, gli operatori sanitari pensano che le persone anziane possano a volte avere sia desiderio sessuale sia piacere sessuale.
Infine, gli operatori sanitari del tutto o poco informati sull'atteggiamento da adottare nei confronti di situazioni sessuali sia sui diritti circa la sessualità sono aiuti infermiere e OS, lavorano nelle istituzioni private e sono interessati o molto interessati a una formazione sulla sessualità degli anziani. Pochi operatori sanitari si sono resi disponibili a partecipare a interventi condotti con gli operatori sanitari:

Delle 142 persone interessate e molto interessate alla formazione si sono stati rese disponibili solo 65 persone.

Questo lascia supporre che la sessualità degli anziani rimanga un soggetto fragile, difficile da discutere, che può rimandare a difficoltà o proiezioni personali.

*Una formazione sulla sessualità sembra essenziale nelle case di riposo, considerate come luoghi in cui vivere.

Una traccia di lavoro potrebbe essere proposto per il miglioramento dell'approccio istituzionale, in particolare attraverso un aggiornamento del regolamento interno, una diffusione più ampia e sistematica dei testi, allo scopo di consentirne un'appropriazione da parte del personale infermieristico, delle famiglie dei residenti e degli stessi residenti.

2. A**pproccio sessocorporeo, A.-M.-Laflûte Maurette. Medico geriatra e sessuologa**

Vi propongo una prospettiva diversa, un secondo paio di occhiali. Per questo, ho rivisto la letteratura sulla sessualità degli anziani analizzando dal punto di vista dell'Approccio Sessocorporeo secondo il professor Jean-Yves DESJARDINS.

A. *La* **funzione di eccitazione sessuale**

Dopo l'opera di MASTERS & JOHNSON, pubblicata in Francia nel 1968, che ha studiato fino a 89 anni gli uomini e le donne fino a 78 anni: sappiamo che "la sessualità femminile non conosce limiti di età "e" l'uomo mantiene spesso la sua capacità sessuale fino a 80 anni ed oltre, se è posto in condizioni fisiche ed emotive adeguate".
A. KINSEY, nelle sue osservazioni, ha incluso i soggetti fino a 90 anni.

Da questi due studi, emerge che ci sia ben poca variazione di eccitazione sessuale, con l'avanzare dell'età. Questi autori suggeriscono di mantenere la regolarità dell'espressione sessuale

Poi LG BARBACH, il modo migliore per prevenire il disconfort sessuale è quello di mantenere una vita sessuale attiva sia facendo sesso sia masturbarsi, o entrambi.

Successivamente Jean-Yves DESJARDINS pubblicava " sapere come, con gli apprendimenti appropriati, cambiare il modo in cui gli uomini e le donne vivono la loro eccitazione sessuale." Infinenella rivista Sexologies, P. Bondil offre il"sexercice" come fattore di prevenzione contro il bio indebolimento della salute sessuale.

B. **Le componenti sesso dinamiche**

Secondo Shere HITE, nelle indagini sugli uomini e sulle donne più anziane, "il desiderio sessuale aumenta o diminuisce con l'età? E il piacere? "

- Gli uomini mostrano un mantenimento del piacere sessuale (compresi 80+) e osservano il calo di interesse sessuale da parte del proprio partner. - La maggior parte delle donne credono che il piacere sessuale aumenti con l'età.

Helen KAPLAN scrive che, mentre alcune donne riferiscono una diminuzione del desiderio sessuale, molte altre, sentono realmente un "aumento dell'appetito erotico."

Lo psichiatra J. -G. LEMAIRE, nella clinica quotidiana, ha confermato che "molte coppie continuano la loro vita sessuale per tutta la loro esistenza fino ad una età molto avanzata, e in ogni caso, l'erotizzazione del partner continua. E, d'altra parte, la morte di un coniuge, a volte mostra in coppie astinenti, il risveglio del desiderio e l'attività sessuale in chi sopravvive "

P.BONDIL nel 2008, ha fatto una revisione della letteratura in cui si sostiene che la sessualità mantiene ancora la sua carica di desiderio e di piacere così come i ruoli identitari e relazionali relazionali.

C. **Le componenti cognitive I tabù**

Per riprendere le parole di Jean Yves DESJARDINS: "la sessualità è un argomento che affascina e talvolta disturba per il suo lato privato, vedi i tabù."

Il tema del tabù è stato approfondito da Réjean TREMBLAY in un articolo di Sexologies in cui ha descritto il rituale magico che si basa sulla paura, che è ciò che ci fa dire che gli anziani abbiano una sessualità sia una minaccia per l'istituto.

Jean Yves DESJARDINS aveva notato che le componenti cognitive svolgono un ruolo molto importante nella sessualità di uomini e donne, "idee sbagliate giocano un ruolo inibitorio e riduttivo" delle loro capacità sessuali.

Idee false, credenze

In letteratura, per Sherman, che riprende il lavoro di Butler del 1991, miti sulla sessualità degli anziani sono ancora vivi. I principali sono i seguenti:

- Le persone anziane non hanno alcun desiderio sessuale;
- Non potrebbero fare l'amore, anche se lo volessero;
- Sono fisicamente fragili e il sesso può essere causa di dolore;
- Essi non sono fisicamente attraenti e quindi non desiderabili;
- Il sesso negli anziani è vergognoso e perverso.

Le **conoscenze**:

La maggior parte delle difficoltà sessuali è dovuta ad una mancanza di conoscenze Jean Yves DESJARDINS parla di salute sessuale quando una persona ha un minimo di conoscenza precisa della sessualità.

Questo bisogno di educazione sessuale e di apprendimento era già stato notato da H. KAPLAN, che riteneva che la maggior parte delle difficoltà sessuali fosse dovuta ad una mancanza di conoscenze

Le Componenti relazionali

Per illustrare le abilità di comunicare, di sedurre, di stabilire una relazione d'amore che JY. DESJARDINS ha sviluppato, ho guardato nella letteratura esistente.

MASTERS & JOHNSON avevano già notato l'importanza delle condizioni emotive corrette per le risposte sessuali nell'uomo.

S. HITE ha fatto la stessa osservazione per l'uomo con l'importanza delle relazioni. Per quanto riguarda le donne, l'autore scrive che, mentre alcune donne innovano e fanno scoperte, altre sono state deluse dalle loro esperienze sessuali. Infine, non sappiamo se sono deluse sul piano relazionale o sessuale, ecco una traccia da sviluppare!

Mentre J. MONEY rileva l'importanza della sessualità per "i vecchi".B.D. STARR osserva che gli stessi anziani hanno involontariamente contribuito all'idea della mancanza di interesse nel "giocare al vecchio."

3. **La complessità della sessualità, la vocina interiore ...**. di S. Monfort-Portet. Consulente in sessuologia, educatrice sessuale, docente di DIUS-DIUESH Tolosa

Se torniamo alla nostra storiella: (*Usciamo dalla stanza, l'infermiera resta sulla sua posizione* ("eppure, vivere a 97 anni!")

Dottore: "sia a 97 anni o a 14 anni, non è una questione di età"

Infermiera: "Ma avevo 14 anni ed mi è capitato lo stesso con mio nonno"

Questo ci permette di illustrare l'analisi che tutti noi abbiamo una vocina dentro.

Jean Yves DESJARDINS parla di "salute sessuale quando una persona funziona in un sistema di pensiero che gli dà la libertà di fare degli apprendimenti erotici senza sentirsi bloccata, inibita o sentirsi in colpa." Il terzo paio di occhiali, la complessità della sessualità.

Una vocina interiore ci incoraggia o ci limita nelle nostre scelte. Noi abbiamo un'idea più o meno buona di noi stessi. Siamo più o meno ottimisti circa le nostre possibilità di successo. Disponiamo anche di giudizi di valore sulla sessualità. Alcuni aspetti ci sembrano molto buoni, altri di meno valore e altri decisamente negativi.
Parliamo anche con i nostri cari in modo più o meno diretto. Osserviamo e imitiamo il comportamento degli altri, condividiamo, confrontiamo le nostre idee in continuazione, reagiamo più o meno a seconda delle emozioni già osservate in altri.

Dialoghiamo anche con la società. Nel corso della nostra vita rifiutiamo o accettiamo alcuni modelli che ci vengono proposti. Abbiamo scelto di essere nella norma e di essere come ci viene detto o ci rifiutiamo ciò che determina conflitti, ma anche nuove proposte.

4. Questi tre dialoghi s'intersecano continuamente. Sono lì per incoraggiare o limitare lo sviluppo di ogni persona.
Per citare R. TREMBLAY: di conseguenza, le nostre istituzioni si sono dotate di strumenti per normalizzare i rapporti sessuali umani con un controllo sociale a tre livelli:

- Il **controllo formale** è rappresentato da leggi, le regole da non trasgredire. Gli uni saranno ricompensati, gli altri puniti.4

- Il **controllo sociale relazionale** rafforza il controllo formale. Modelliamo il nostro comportamento su coloro che abbiamo vicino; altrimenti possono toglierci la loro stima e anche il loro amore. Noi inconsciamente cerchiamo di avvicinarci ai nostri amici per paura di essere respinti.

- In sintesi**, l'autocontrollo**. Siamo in grado di accusarci e di punirci per i nostri cattivi pensieri e azioni: il controllo sociale formale ha raggiunto il suo obiettivo. Non abbiamo più bisogno di sorveglianza, perché lo facciamo così bene da soli. REICH, nel suo libro "Ascolta piccolo uomo" ha perfettamente illustrato i tre tipi di controllo sociale.

Torniamo alla nostra storia: l'infermiera ha detto, " è inaccettabile"

Quando ho incontrato Adele raggiante ho pensato: "Questo è in accordo con la Carta dei diritti dell'uomo... e la lotta contro la discriminazione legata all'età" (si veda l'Appendice per i testi delle leggi).

Così, sembra inutile creare nuove testi e nuove leggi. I diritti fondamentali devono essere rispettati per tutta la vita. Le persone anziane hanno gli stessi diritti; è solo che non abbiamo trovato il modo per comunicare con loro, in particolare nella malattia di Alzheimer.

L'approccio Sessocorporeo comprende ogni componente coinvolta nella sessualità umana e fornisce una solida base per affrontare la complessità della sessualità nel contesto istituzionale.

L'approccio globale per l'educazione sessuale è stato definito da R. Tremblay, rimane un campo di studio per l'applicazione nelle case di riposo per anziani.

La nostra presentazione ha come obiettivo l'aprire la riflessione e offrire tracce di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

BARBACH L.G. L'accomplissement sexuel de la femme. Editions BUCHET/CHASTEL Paris. 1977. Page 185-8.

- **BONDIL P.** Vieillissement sexuel : mythes et réalités biologiques. Sexologies 2008 ; 17 : 152 – 173.
- **DESJARDINS J.Y.** Approche sexocorporelle. La compétence érotique à la portée de tous. la sexothérapie sous la direction de Mansour EL FEKI. De Boeck. Belgique.2007. 62 – 3
- **DIONNE H, DUPRAS A.** L'avis sexologique : un outil de réflexion et d'action pour les soignants de centres de soins de longue durée. Sexologies 2008 ; 17 : 127 - 34.
- **DUPRAS A, SOUCIS P.** La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. Sexologies 2008 ; 17 : 190 - 8.
- **GEORGE L, MADDOX**, éds. L'encyclopédie du vieillissement 2ème édition française. Paris : Serdi Edition, 2002
- **HITE S.** Le rapport Hite. Edition Robert Laffont Paris. 1976. 455-471
- **HITE S.** Rapport Hite sur les hommes. Edition Robert Laffont Paris. 1983. 749-783
- **KAPLAN H.-S.** (1974) La nouvelle thérapie sexuelle, Brunner-Mazel.
- **KINSEY A « et al. ».** Le comportement sexuel de la femme. Paris : Amiot-Dumont. 1954.
- **LEMAIRE Jean-G.** Le couple : sa vie, sa mort. La structuration du couple humain. Paris : Payot. 1979 : 243.
- **MASTERS W.H. et JOHNSON V.E.** Les réactions sexuelles. Paris : Robert Laffont. 1968 : 249 - 97.
- **MASTERS W.H. et JOHNSON V.E.** Les mésententes sexuelles et leur traitement. Paris : Robert Laffont. 1970.
- **MONEY J. et TUCKER P.** Etes-vous un homme ou une femme ? Les Editions la presse. 1977.
- **RIBES G.** Sexualité et vieillissement. Chronique sociale. 2009.
- **STARR B.** D Sexualité. Encyclopédie du vieillissement. 2ème édition française. Serdi Edition Paris. 2002**.**
- **TREMBLAY R.** Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels. Tome 1 l'adolescence. Erès. 1998
- **TREMBLAY R**. Morale, droit de montrer et peur de voir, Sexologies 1992 ; 1 n° 6 :26-31
- **TREMBLAY R.** L'éducation sexuelle en institution. Paris : Privat. 1992.

APPENDICE RELATIVA AI TESTI DELLE LEGGI

Estratto dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo

Articolo 12 e 26

L'Assemblea Generale proclama la presente dichiarazione universale dei diritti dell'uomo come ideale comune da raggiungere ...

Articolo 12

Nessun individuo potrà essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella casa o nella sua corrispondenza, né a lesione del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto a essere tutelato dalla legge contro tali interferenze o lesioni.

Articolo 26

1. Ogni individuo ha diritto all'istruzione. L'istruzione deve essere gratuita almeno per quanto riguarda l'insegnamento elementare e fondamentale. L'istruzione elementare è obbligatoria. L'istruzione tecnica e professionale deve essere GENERALIZZATA; l'accesso all'istruzione superiore deve essere egualmente accessibile a tutti sulla base del merito.

2. L'istruzione deve essere indirizzata al pieno sviluppo della personalità umana e al rafforzamento del rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali. Essa deve promuovere la comprensione, la tolleranza, l'amicizia fra tutte le nazioni e tutti i gruppi razziali e religiosi, e deve favorire l'opera delle Nazioni Unite per il mantenimento della pace.

3. I genitori hanno, come priorità, il diritto nella scelta del genere di istruzione da dare ai loro figli. Légifrance.gouv. Codice Civile.

Codice civile (articolo 9): "Ogni individuo ha diritto al rispetto della sua vita privata. ".

La definizione di salute sessuale e diritti sessuali dell'OMS nel 2002

La definizione di salute sessuale:

"La salute sessuale è uno stato di benessere fisico, benessere emotivo, mentale e sociale connessi alla sessualità. Esso non può essere ridotta all' assenza di malattia, disfunzione o infermità.

La salute sessuale richiede un approccio positivo e rispettoso alla sessualità e alle relazioni sessuali, così come la possibilità di avere esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizione, discriminazione e violenza. Per raggiungere e mantenere la salute sessuale, si deve proteggere i diritti sessuali. "

Diritti sessuali:

- "Il diritto a godere del miglior stato di salute sessuale possibile , anche attraverso l'accesso ai servizi medici specializzati per la salute sessuale e riproduttiva.

Il diritto di chiedere , ottenere e diffondere informazioni relative alla sessualità,Il diritto all'educazione sessuale,
Il diritto al rispetto dell' integrità fisica

Il diritto di scegliere il proprio partner

Il diritto di decidere di avere una vita sessuale attiva o meno,

Il diritto al sesso consensuale,Il diritto al matrimonio consensuale,

Il diritto di decidere se o non avere figli al momento della loro scelta,

Il diritto di avere una vita sessuale soddisfacente piacevole e sicura. "

Légifrance.gouv. Legge N. 2002-2 del 2 gennaio 2002 la ristrutturazione dell'azione sociale e medico-sociale. Codice di azione sociale e famigliare

Legge del 2 gennaio 2002 (art. L311-3), che riconosce la persona presa in carico dai servizi di assistenza o medico-sociali, il diritto di "rispetto della sua dignità, della sua integrità, della sua privacy, del sua intimità "

Codice di azione sociale e famigliare Légifrance.gouv. Legge N. 2002-303 del 4 marzo 2002 sui diritti dei pazienti e la qualità del sistema sanitario

Codice della sanità pubblica

Codice di salute pubblica del 4 marzo 2002 (art L1110-4 al. 1) secondo il quale: "Tutte le persone prese in carico da un professionista , da una struttura (…) hanno il diritto "al rispetto della vita privata e al segreto delle informazioni per le riguarda ".

Gazzetta ufficiale n ° 234 del 9 ottobre 2003 pagina 17250. Testo n ° 21. ORDINA Decreto 8 settembre 2003, relativa alla Carta dei diritti e delle libertà delle persone accolte di cui all'articolo L. 311-4 del Codice di Azione Sociale e famigliare

NOR: SANA0322604A

Si veda l'articolo 1 e 12 dell'allegato alla Carta dei diritti e delle libertà delle persone accolte (ndr ricoverate ?)

Articolo 1: Il principio di non discriminazione

In conformità con le condizioni particolari di assistenza e sostegno, previste dalla legge, nessuno può essere discriminato a causa della sua origine, compresa l'origine etnica o sociale, l'aspetto fisico, le sue caratteristiche genetiche, l'**orientamento sessuale,** la disabilità, l'età, le opinioni e le convinzioni, tra cui quella politica o religiosa, nella presa in carico o di un accompagnamento sociale e medico-sociale.

Articolo 12 :Il rispetto della dignità della persona e della sua intimità

Il rispetto per la dignità e l'integrità della persona è garantito.

Ad eccezione della necessità oggettiva della realizzazione della presa in caricoo di coaching, il diritto alla privacy deve essere preservata.

WAS 2005 (Associazione Mondiale per la Salute Sessuale)

Dichiarazione di Montreal "La salute sessuale per il Millennio"

WAS 2005 (World Association for Sexual Health). Dichiarazione di Montreal "La salute sessuale per il Millennio"

-Riconoscere, promuovere, garantire e proteggere i diritti sessuali per tutti.
-Progredire verso l'uguaglianza di genere.

-Eliminare la violenza e l'abuso sessuale in tutte le sue forme.
-Fornire un accesso universale alle informazioni e la piena formazione della sessualità.
-Garantire che i programmi di salute riproduttiva riconoscano l'essenziale della salute sessuale.
-Fermare e invertire la diffusione dell'HIV / AIDS e di altre infezioni trasmesse sessualmente (STI).
- Identificare, gestire e trattare i problemi, i disturbi el e disfunzioni sessuali.

Raggiungere il riconoscimento del piacere sessuale come componente di benessere.

FNG: Fondazione nazionale per Gerontologia. Articolo IV (presenza e ruolo della famiglia) della Carta dei diritti delle persone anziane con disabilità o dipendenza. 20 ° anniversario. 2007. 49 rue Mirabeau - 75016 PARIS - Tel 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

"La Carta dei diritti e delle libertà delle persone anziane con disabilità e la dipendenza" aggiornato nel 2007, prevede all'articolo IV "presenza e ruolo della famiglia" rispetto della persona nella sua vita privata, nella vita sociale, affettiva e sessuale.

CARTA ALZHEIMER –ETICA E SOCIETA'2010 - Dipartimento di Ricerca in Etica

Università Paris-Sud 11 - Assistenza pubblica degli Ospedali di Parigi

La carta etica Alzheimer comprende 10 capitoli ecco i dettagli dei primi 4:

1) riconosce il diritto del paziente di essere, sentire, desiderare, rifiutare.
2) rispetto della scelta del paziente (autonomia di azione e di decisione). La privazione arbitraria o inutile della libertà costituiscono abuso e violenza.
3) rispetto della persona malata, i suoi beni e le sue proprietà: deve essergli garantita la protezione dell'individuo contro gli abusi, abbandono o violenza fisica, morale, sessuale e finanziario. 4) rispetto dei legami affettivi del malato: conserva la libertà di comunicare e di partecipare alla vita sociale. Le relazioni familiari, i legami affettivi e di amicizia in tutta la loro diversità vecchi e nuovi devono essere preservati e rispettati.
4) Raccomandazioni di buona pratica professionale ANESM: "Qualità della vita nelle case di cura," gennaio 2011. Casa: aderire e sostenere la famiglia. Capitolo IV-4 parte 1 (pagina 43-44)

L'Agenzia Nazionale per la Valutazione e la qualità delle istituzioni e dei servizi sociali e medico-sociali (ANESM) aggiorna le raccomandazioni di buona pratica professionale. Qualità della vita nelle case di cura, la ANESM raccomanda di coinvolgere e sostenere la famiglia "facilitando l'intimità della coppia " (Capitolo IV-4 parte 1, dell'accoglienza della persona al suo accompagnamento)

Raccomandazioni di buona pratica professionale ANESM "qualità della vita nelle case di cura," (settembre 2011). Riconoscere la vita emotiva e intima dei residenti. Capitolo I-4 part 2 (pagina 19-20)

Il bisogno di affetto e di amore sono le esigenze fondamentali di ogni individuo.
I bisogni sessuali non scompaiono nel corso degli anni: diminuiscono di intensità o la frequenza, ma possono essere espressi a qualsiasi età ... anche molto avanzata. In seguito ad alcuni studi condotti negli Stati Uniti, l'8% dei residenti in case di cura o altre strutture di assistenza sono sessualmente attivi. Tuttavia, il tabù che circonda la sessualità dei grandi anziani lascia i professionisti incompetenti di fronte a tali situazioni, talvolta fonte di conflitti con i parenti. La riflessione su questioni relative alla vita affettiva e sessuale dei residenti si basa necessariamente su una riflessione etica collettiva.

Questioni
I residenti possono continuare ad avere intimità con i propri cari (famiglia e amici) nel loro spazio privato.
I residenti possono fare nuove relazioni di amicizia e amore e viverle in tutta intimità.

Raccomandazioni

Consentire l'accesso alla casa di riposo per le famiglie e gli amici, comprese la sera o la notte quando è in sicurezza e offrire ai residenti i mezzi per promuovere il collegamento.

Fornire alloggi nella possibilità di accoglienza dei parenti Per esempio:

• maniera sistematica a due posti a sedere disponibili;

• sedie aggiuntive prontamente disponibili nelle vicinanze

• Possibilità di utilizzare un frigorifero, "tisaneria", etc.

• Prendere in considerazione la vita di coppia, offrendo la possibilità di un letto matrimoniale;
• Riflettere collettivamente sulle situazioni che pongono problemi etici e, se possibile, all'interno del quadro etico istituito;

*Sensibilizzare le famiglie e gli operatori al tema della sessualità e dei tabù che solleva (conferenze, letture consigliate, ecc)

• Sostenere le famiglie nella scelta dei genitori di avere rapporti intimi con un (a) nuovo compagno / compagna cosa che è difficile da accettare, previo consenso delle persone interessate.

Avviso sull'effettività dei diritti degli anziani (Commissione Nazionale Consultiva dei diritti dell'Uomo) NOR: CDHX1320078V

(Assemblea Plenaria del 27 giugno 2013)

I-4.4. **Rispetto della vita privata e della vita familiare nelle case di riposo**
31. Al fine di rispettare il diritto alla privacy e il diritto al rispetto della vita privata e familiare, la Commissione consultiva nazionale per i diritti umani (CNCDH) propone che alcune misure siano effettivamente attuate: l'istallazioni di luoghi specifici per la visita per gli incontri con le famiglie, la messa a disposizione di camere nelle strutture per le famiglie distanti, orari di visita compatibili con le possibilità delle famiglie, direttamente sul telefono. Allo stesso modo, le persone sono spesso infantilizzate (la familiarità da parte del personale o l'utilizzo della terza persona) e la loro privacy non è sufficientemente tutelata.

32. Inoltre, la vita affettiva e sessuale delle persone anziane devono essere rispettate. La sessualità degli anziani, soprattutto quelli nelle case di riposo, è ancora un tabù, anche se è una questione importante per le persone interessate. Il diritto alla privacy nelle case di riposo è richiamato in particolare nella Carta dei diritti e delle libertà degli anziani non autosufficienti (15). Questa intimità include la sessualità. L'articolo 4 prevede che una persona anziana *"deve essere protetto dall'azione di separare da chi di comune accordo abbia o con cui desideri avere una relazione intima."* Il personale non ha il diritto di opporsi ad essa. Se la famiglia può essere informato della vita emotiva degli anziani, l'accordo può non essere ritirato

Conclusione
54. Il CNCDH ritiene che i diritti umani devano essere rispettati in tutte le fasi della vita. Prevede che l'approccio preferito da privilegiare per la effettiva attuazione dei diritti degli anziani è che la lotta contro la discriminazione. In effetti, i diritti delle persone anziane non sono né contestati né ignorati, ma questi devono affrontare ostacoli persistenti nella loro attuazione. Per l'CNCDH è necessario garantire una migliore applicazione del diritto comune e la lotta contro ogni forma di discriminazione in base all'età, al fine di rendere effettivi i diritti degli anziani.

«Quand je cesserai de m'indigner, je commencerai ma vieillesse»

André Gide

L'exploration du corps humain (entre autres) est très importante pour moi. J'y consacre une partie de mon travail à travers des dessins de nus dans lesquels je me sens de plus en plus à l'aise. Il s'agit pour moi d'exprimer tout ce que le corps peut ressentir, en émotions positives comme négatives. Le tracé d'une veine, une ossature, un bourrelet de chair ou au contraire un muscle, toutes ces choses qui donnent à un être humain sa personnalité m'émeuvent, et c'est ainsi que tout à fait en dehors des critères classiques et subjectifs de beauté, je cherche à susciter l'émotion, la vibration dans le regard du spectateur. Il m'arrive par ailleurs, et de plus en plus souvent, de dessiner le corps humain, nu ou habillé, de mémoire, c'est-à-dire techniquement parlant, en me servant de l'expérience acquise dans le dessin d'observation, une étape importante et nécessaire à mon sens. Les dessins figurant dans cette revue sont donc le fruit de mon imagination et j'ai pris un immense plaisir à réaliser les embrassements de ces couples.

Michèle Munier

Nome: Anne Charlotte LEROUX

Anno di formazione in fisioterapia: 1977; inizio con JYD: 2005.

Livello di formazione: sessuologa clinica ISI

Intervista curata da Isabelle Chaffaï (IC) ad Anne Charlotte Leroux ottobre 2013 a Parigi

IC: Come sei venuta a conoscenza del Sexocorporel?

Alla facoltà di Bobigny nella DIU di sessuologia, è stato proposto un workshop tenuto dal Professor JY Desjardins - JYD - e co-animato dal Dottor François Parpaix (FP), che ci ha presentato JYD come un uomo molto pragmatico.

Questo approccio Sessocorporeo è detto integrativo; non c'è egemonia tra il corpo e il cervello. Esiste una fondamentale unicità corpo / cervello - cervello / corpo! (Assioma 1).

Questo è esattamente quello che stavo facendo nel mio lavoro come fisioterapista, facendo solo riabilitazione del perineo dell'uomo e della donna: e questo da più di 30 anni. Si vuole la fisioterapia funzionale, rieducativa e la presa in carico è globale. Il Sexocorporel è basato sulle realtà del corpo biologico. JYD & FP parlano di riflesso dell'eccitazione sessuale con i fenomeni di vaso-congestione del tutto osservabili, del corpo-specchio, delle leggi del corpo, delle cognizioni che colpiscono le emozioni che a loro volta influenzano tutti i comportamenti... .Tutto ciò ha suscitato un' eco in me.

IC: E che cosa è successo in occasione dell'incontro con Jean-Yves Desjardins?

JYD è di quegli uomini che fanno sì che quando si ascolta, ci si senta intelligente! Sono rimasta impressionata dalla vastità della sua conoscenza e del rispetto con cui JYD parlava di quegli uomini e donne che il suo lavoro l' ha portato a incontrare. Aveva una comprensione della sessualità che mi ha colpito. IC: È quindi si è iscritta alla formazione in Sexocorporel?

Ho avuto la fortuna che la Sigra Françoise Jablon Dreyfus mi segnalasse una nuova formazione di due anni a Parigi e sono corsa. Così, sedotta dall'insegnamento, ho continuato.

IC: Qual è la tua professione?

Io sono un fisioterapista specializzata nella riabilitazione uroginecologica dell'uomo e della donna. Conoscendo il perineo, sono tornato al college FAC per un DU di Urodinamica per capire meglio la fisiologia della vescica. Ho sentito però che i pazienti mi facevano domande sulla la loro sessualità; Ho cercato di formarmi. Così sono andata alla facoltà a Bobigny per il DIU di Sessuologia. Dopo ho avuto gli strumenti terapeutici: è così che mi sono formata all'Approccio Sexocorporelle e oggi ho due lavori, essendo nel 2 ° una sessuologa clinica ISI. In totale un percorso di nove anni, di cui sono molto felice. IC: La formazione in Sexocorporel che cosa ti ha portato nel quadro della tua professione? JYD mi ha insegnato a essere più interessata a "come" si fa e meno al "perché" si fa così. Quando guardavo JYD, una certa fluidità emanava dal suo grande corpo. E JYD metteva l'accento sulla respirazione. JYD insisteva sull'apprendimento di questa respirazione: passare dall'automatismo alla coscienza. Come potere esprimere il proprio desiderio, il proprio desiderio sessuale, se non si ha familiarità con il proprio respiro? IC: Quali strumenti e / o competenze acquisite durante la formazione, servono nella tua professione? - Parlare del concetto di salute sessuale

- Mimare in una realtà biologica. Fornire un feedback o essere uno specchio per il paziente.

- Rallentare.

Mimare il basculamento del bacino in posizioni differenti; mimare la fluidità che permette di diffondere; parlare meglio del sentìto interno vaginale e dell'erotismo dell'archetipo.

Essere una professionista della salute cui i pazienti osano fare domande sulla sessualità. Nel terzo livello, le mini-sintesi dei corsi mi hanno aiutato a usare meglio il mio timbro della voce centrandomi, a comunicare meglio.4

IC: Che cosa ti ha spinto a continuare la formazione al secondo livello?

Quello che ho capito della mia sessualità nel primo ciclo, ho dovuto approfondirlo, perché non mi sentivo in grado di aiutare serenamente i miei pazienti nell'esercizio della loro sessualità.
IC: Che cosa ti ha portato questo secondo livello e come lo utilizzi nel tuo lavoro?

JYD aveva parlato di stipsi e della sessualità: l'uno ostacola l'altro ...

Anche se mi ha portato a continuare con il Sexocorporel perché è solo a questo punto della mia carriera come fisioterapista del perineo che ho cambiato la mia percezione e il modo di spiegare la corretta postura per il movimento intestinale.

E posso dire che JYD mi ha reso un grande servizio, perché mi ha fatto essere più vicina alla nostra fisiologia e permettere a molte persone muta con dischezia di non essere "stitico" ovviamente al di là di tutte le malattie digestive. Vorrei che JYD mi sentisse dire ciò sto scrivendo.

E chiunque abbia risolto questo cosiddetto problema di stitichezza, si sente molto meglio nel suo corpo, nel suo corpo sessuale.

IC: Che cosa ti ha portato il terzo livello e come lo usi nel tuo lavoro?

Il terzo livello! Penso che sia una bella opportunità l'essere invitati a fare una valutazione in 15 minuti di mezze giornate di insegnamenti del giorno precedente. Abbiamo dovuto fare nostro questo insegnamento in modo da poter con un biofeedback, riassumerlo.

E per quanto riguarda la centrazione, mi sono resa conto del lavoro che potrebbe essere fatto sulla base della nostra struttura, se parlo sempre di respirazione: voglio parlare degli ischi, le basi del nostro tronco. Siamo seduti su di loro tutto il giorno.

E questo apprendimento fornisce una buona centratura con una respirazione fluida e che ci permetta di collegare il nostro cervello, le nostre emozioni, il nostro genitale. E il lavoro sugli ischi s'iscrive nel lavoro del doppio basculamento del bacino, delle spalle e del lasciare andare la testa.
Troppo spesso si sente ancora una volta dire che siamo seduti sulle natiche. Beh no, siamo seduti sui nostri ischi.

IC: Quale sarebbe la tua ultima parola?

Grazie.
UN GRANDE GRAZIE a Jean Yves e a tutti quelli che insegnano questa terapia con gentilezza. Cercare di lavorare su questa presa di coscienza corporea, per noi e per i nostri pazienti

Per noi il portare questa terapia basandosi sulla scienza: è il desiderio più caro del Presidente dell ISI per convalidare quest' approccio alla sessualità umana.

Tutti al lavoro con gioia.

IC: Grazie per la tua partecipazione e le auguriamo il successo nel perseguire i vostri progetti.

"Ecco un fiore che ho scelto per te. Ti arriverà sbiadito, ma ancora fragrante; dolce emblema di amore in età avanzata. Conservalo; me lo mostrerai fra trenta anni. Fra trent'anni sarai ancora bella, fra trent'an- ni sarò ancora innamorato. Noi ci ameremo, non è vero, angelo mio, come oggi. »

Lettere d'amore di Victor Hugo a Leonie Briard

Nota

Richiesta di contributi

A coloro che utilizzano o insegnano Sexocorporel, i nostri lettori sono certamente in grado di mandarci lo studio di casi, insieme con la logica del sistema evidenziato tramite le valutazioni. Questa costituirebbe una grande ricchezza di osservazioni e illustrazioni degli argomenti trattati in articoli di approfondimento.
Avete capito, ci piacerebbe raggruppare gli articoli e lo studio dei casi intorno ad alcuni temi, quindi sarebbe bello avere una piccola riserva di casi clinici di tutti i tipi.
Saremo grati se inviaste ciò che vi sembra interessante per sostenere o approfondire le riflessioni più teoriche.