Santé Sexuelle

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

Dans ce numéro

- *Editorial :* **Elizabeth LE COGUIC**
- *Zum Gedenken an: Hommage an Maryvonne Desbarats*

  Michèle BONAL und Elizabeth GUILLEBAUD
- *Sexocorporelle und pharmakologische Therapie:*

  Strategien für eine effiziente Synergie bei Erektionsstörungen

  Roberto TODELLA
- *Trauma, dissoziative Störung und Neurotherapien*

  Gina RUBINI
- *Die Bedeutung des Sexocorporel für andere Berufe*

  Ein Interview, das Isabelle CHAFFAÏ (IC) mit Karol BISCHOF (KB) in Zürich geführt hat

Institut Sexocorporel International
Jean-Yves Desjardins

DIE REVUE SANTE SEXUELLE:

Die Revue SANTÉ SEXUELLE dient der allgemeinen Information zu Fortschritten des Sexocorporel und zum Wachstum des ISI. Um einen Text zur Veröffentlichung einzureichen, schicken Sie ihn per Mail an:

elllicel@gmail.com www.sexocorporel.com

Bitte beachten Sie: Die vollständige oder teilweise Reproduktion eines in der vorliegenden Revue veröffentlichten Artikels erfordert die schriftliche Zustimmung des ISI und muss mit der vollständigen Quellenangabe versehen sein. Für die in **SANTÉ SEXUELLE** veröffentlichten Artikel sind allein die Autor/Innen verantwortlich.

EDITORIALER RAHMEN:

Präsentation der Texte für die Revue:

Es wird stets das Maskuline gebraucht, nicht als eine Form der Diskriminierung, sondern um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern.

Die zu veröffentlichenden Texte müssen in französischer Sprache abgefasst sein. Falls der Text auf Italienisch, auf Deutsch oder auf Englisch verfügbar ist, wird er ebenfalls veröffentlicht, und zwar im Anschluss an die französische Fassung.

Die Dokumente müssen als Word-Dateien geschickt werden und den Namen des Autors, seine Berufsbezeichnung und seine vollständigen Kontaktdaten (Adresse, E-Mail und Telefonnummer) enthalten.

BEWERTUNGSKRITERIEN:

Alle Texte werden nach folgenden Kriterien bewertet:

- Qualität des Französischen

- Betrachtungen des Autors

- Novität der Konzepte, die durch den Artikel eingebracht werden

- Vertiefung bereits bekannter Konzepte

- Respektierung des Sexocorporel

ANNAHME DER TEXTE:

Die Entscheidung zur Annahme eines Textes wird von den Mitgliedern des Ausschusses der Revue **SANTÉ SEXUELLE des ISI getroffen**. Der Ausschuss behält sich das Recht vor, kleinere Veränderungen an den Texten vorzunehmen, um die Publikationsnormen einzuhalten.

Um weitere Informationen zu erhalten oder um einen Text einzureichen, wenden Sie sich bitte an :

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

PRÄSIDIUM 2014– 2015:

Jeffrey PEDRAZZOLI (Schweiz): Präsident

Michèle BONAL (Frankreich): Vizepräsidentin

Lise DESJARDINS (Kanada): Generalsekretärin

Joëlle GOURIER (Schweiz): Schatzmeisterin, (Referentin im Haushalts- und Vertragsausschuss, Referentin im Internet- und Kommunikationsausschuss)

Pascal BENOIST (Frankreich):

Referent im Wissenschaftsausschuss

Claude ROUX-DESLANDES (Frankreich)

Patrizia GUERRA (Italien)

Die Ausschüsse und ihre Referenten:

Mélanie TREMBLAY (Québec): Referentin im Bildungsausschuss

Elizabeth LE COGUIC (Frankreich):

Referentin im Ausschuss der Revue

Karoline BISCHOF (Schweiz): Referentin im Mitgliederausschuss

Ausschuss der REVUE:

Elizabeth LE COGUIC (Frankreich): Referentin im Ausschuss

Isabelle CHAFFAÏ, Joëlle GOURIER,

Elizabeth LE COGUIC, Anne-Charlotte LEROUX: Lektorat und Korrektur

EDITORIAL

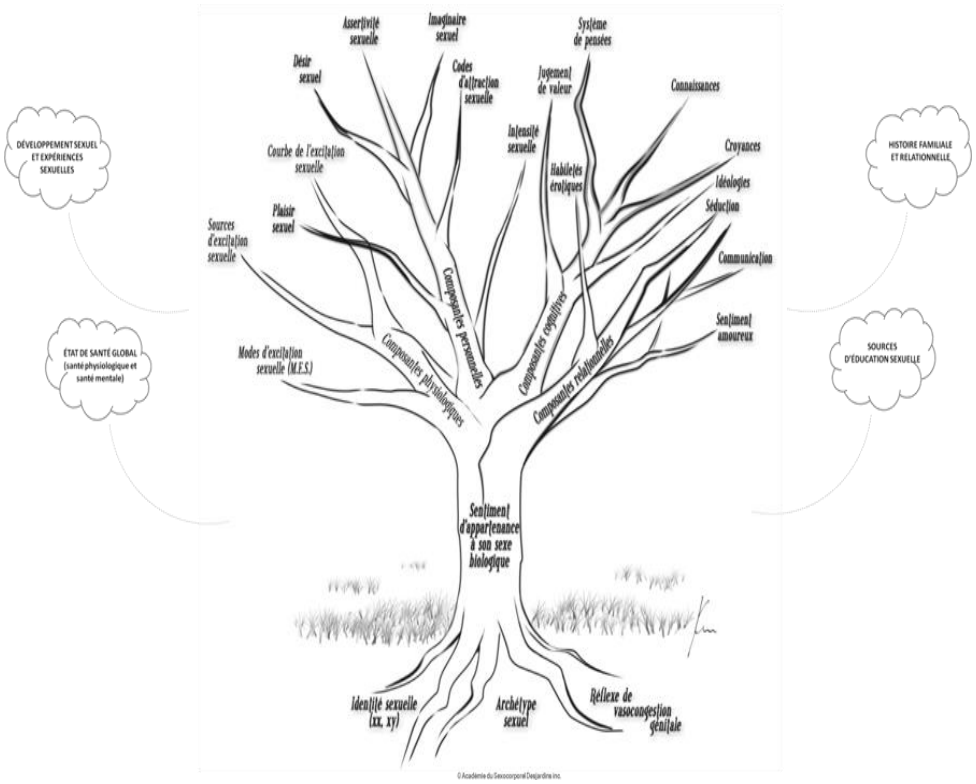
An die Leser und die Mitglieder des I.S.I.

Unser Wunsch, eine thematische Revue zusammenzustellen, erweist sich als sehr schwierig, aber wir sind glücklich, Ihnen zumindest qualitativ hochwertige Artikel anbieten zu können, die diesmal aus Vorträgen stammen, die auf Tagungen des I.S.I. gehalten wurden (der Artikel von Gina Rubini aus einem Vortrag in Montreal und der Artikel von Roberto Todella von der Tagung in San Remo). Erlauben Sie mir an dieser Stelle, die Beharrlichkeit der italienischen Gruppe zu würdigen, die uns, obwohl wenig zahlreich, weiterhin treu unterstützt, vor allem durch die regelmäßige Beteiligung von Patricia Guerra, die seit vielen Jahren die italienische Übersetzung unentgeltlich sicherstellt.

Obwohl die Präsentationen klinischer Fälle, die die Logik des Systems aufzeigen sollen, bisher nur ein frommer Wunsch sind, und ich Sie nicht oft genug ermutigen kann, sie uns zukommen zu lassen: Das Sexocorporel wird weiterhin mit Leben erfüllt werden, sich durch unsere Erfahrungen und die gemeinsamen Fragestellungen in der Realität unserer Praxen weiterentwickeln und vertiefen.

Sie werden hier die Verbindung zu anderen Praktiken als den sexocorporellen bemerken – das Management von posttraumatischem Stress (Gina Rubini) und die gemeinsame Anwendung von Medikamenten und dem Sexocorporel (Roberto Todella) – die ihren Platz im Modell der sexuellen Gesundheit hat: Man kann nicht behaupten, alle Zweige des Baumes allein mit Hilfe des Sexocorporel zu behandeln, zu ergänzen, zu ernähren, es sei denn, seine Originalität besteht genau darin, andere Herangehensweisen in Perspektive zu setzen.
Übrigens wird diese Verbindung schon lange gepflegt durch die Interviews, die Isabelle Chaffaï mit Personen führte, die das Sexocorporel praktizieren, aus vielfältigen Bereichen kommen und die uns berichten, wie sie das Sexocorporel in ihre Grundausbildungen integriert haben.

Elizabeth Le Coguic



Zum Gedenken an: Hommage an Maryvonne Desbarats

Von ganzem Herzen danke, Maryvonne

Maryvonne, innerhalb eines Wochenendes hast Du Dich vom Acker gemacht, uns verwundert von einem so schnellen Ableben zurückgelassen: Du warst da, und Du bist nicht mehr da, wie eine Zauberin, eine Hexe, vielleicht die kleine Dame in schwarz, verschwunden in einer Rauchwolke? Du hinterlässt uns, den einen und den anderen, nicht eingehaltene Termine, und Aufgaben, die ohne Dich erledigt werden müssen … wie ein Ansporn, unser Leben, unsere gemeinsame Arbeit, unser humanistisches Ideal auf dem Gebiet der Sexologie fortzusetzen.

Durch Deine Lehrtätigkeit hast Du gegen die Ignoranz und den Obskurantismus gekämpft, die für das sexuelle Leiden verantwortlich sind, treu Dir selbst und all denen, die es Dich gelehrt hatten, und mutig gegenüber Berufen, die der sexologischen Betreuung manchmal feindselig gegenüberstanden.

In der Sonderausgabe der Revue Santé Sexuelle vom Januar 2013 hatten wir den von mehreren Verfassern geschriebenen Artikel zur Würdigung von Jean Yves Desjardins mit « Gemischte Worte» betitelt. Dies ist die Erinnerung, die ich von Dir im Gedächtnis behalte: Unsere Worte, vermischt im Unterricht, bei der Animation der Gruppen, bei der Arbeit des Schreibens. Du warst eine anspruchsvolle und widerspenstige Partnerin, häufig dagegen oder mit Gegenargumenten, indem Du unsere Reflexion unermüdlich wiederaufgenommen hast – durch klinische Erzählungen, Zitate, Kurzgeschichten aus dem täglichen Leben. Wir hatten auch gemeinsame Co-Therapien mit Patientinnen oder Patienten, die in Schwierigkeiten waren, und Du hattest eine energische Hartnäckigkeit, die therapeutische Arbeit durchzuführen und zu unterstützen.

Dieselbe Hartnäckigkeit hast Du genutzt, um Dich aufrecht zu halten im Leben, bis zum Ende, indem Du eine heldenhafte Ehrenrunde an den verschiedenen Orten und in den Gruppen machtest, wo Du gern

unterrichtet hast: Trotz einer gefährlichen Reise wolltest Du bei den Tagen des ISI in Montreal im September 2014 anwesend sein.

Heute versuchen wir also mit Einfachheit und Emotion, Dich ein wenig durch diese Hommage wiederzufinden, damit wir eine Spur der Expertin und der Freundin bewahren können, die Du für jeden von uns gewesen bist.

Augen voller Licht, so dass man deren Farbe nicht sieht

Gesenkte Pupillen, Blockhaus-Stil, manchmal

Zusammengekniffene Augen, viel Zärtlichkeit

Neugier im Blick, die Umarmung

Der Blick, der in die Ferne schweift, und dem Intimen so nah

Maryvonne, subtil in der Bindung, die Präsenz

Ohne Kompromiss

Herzlich

Rau

Mit einer so sanften Stimme

Bescheiden

Mächtig

Zärtliche, bedingungslose, anspruchsvolle Freundin

Mit einer erbitterten Voreingenommenheit, und dennoch so offen

Standhaft, da, existent

„beharrlich“, wenn nötig, in ihren Augen

Zärtlich, so zärtlich, voll Zärtlichkeit für die Ihrigen, so gerührt von ihren Enkeln, bewundernd,

Voll Begeisterung, mit ihnen das Leben, das Glück des Zusammenlebens zu teilen

Entschlossen, bis zum Ende

Gerade, aufrecht, liebend

Geliebt

Gedicht geschrieben von Nicole Sarradon

Maryvonne war klinische Psychologin und Sexologin. Sie unterrichtete Sexologie in Frankreich, an der Universität Paul Sabatier in Toulouse und war auch in Europa tätig (Schweiz, Belgien und Österreich).

Maryvonne war ein streitbarer Geist, ein Familienerbe, durchdrungen von humanistischen Werten, die sie im Lauf ihres Lebens dazu gebracht haben, sich im Vereinsleben einzubringen, insbesondere in der assoziativen Welt der Sexologie. Sukzessiv gehörte sie zu den ersten Mitgliedern der AIUS, Association Inter-Hospitalo Universitaire de Sexologie („Sie war Teil unserer Anfangstruppe in der Sexologie“, präzisiert Mireille Bonierbale, Präsidentin der AIUS), danach war sie Mitglied des Verwaltungsrats und Sekretärin des Cifres, Centre International de Formation et de Recherche en Sexologie, danach Gründungsmitglied der Asclif, Association des Sexologues Cliniciens Francophones, und schließlich Gründungsmitglied des ISI, Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins.

Der Mensch, in seiner Komplexität gesehen, interessierte sie und hat ihre Neugier ihr ganzes Leben lang geweckt: Sie befürwortete die Vorstellung einer integrativen Herangehensweise an die Person in all ihren Dimensionen.

Nachdem sie ein Diplom in klinischer Psychopathologie an der Universität Aix Marseille erhalten hatte, lebte sie im Gers, ein Département, das sie liebte, in das sie gern zurückkehrte, um sich zu regenerieren und um ihre Erinnerungen als junge Mutter wiederzufinden.

Dann lässt sie sich in Toulouse nieder, um ihren Beruf als Psychologin am Centre Hospitalier spécialisé Gérard Marchant auszuüben. 1989 schreibt sie sich auf Anraten ihres Freundes Bob Harakat aus Marokko, damals junger Psychologiestudent, für das Diplôme Universitaire de Sexologie clinique ein; sie gehört zu den Allerbesten dieses Diplomstudienganges. Ein Diplom, das zu jener Zeit von Professor Francis Pontonnier, Urologe, Michèle Bonal, Catherine Cabanis und Réjean Tremblay angeboten wurde.

1993 legte sie an der Université du Mirail das DEA in Psychopathologie

ab (Diplôme d’Etude Appliquée), was dazu führte, dass sie eine Stelle beim medizinischen regionalen Gefängnisdienst erhielt (Service Médical Pénitentiaire Régional, SMPR). Parallel dazu entwickelt sie ihre liberale Aktivität als Sexotherapeutin am Centre de consultations sexologiques in Toulouse, in der rue des Arts.

Zusätzlich zu ihren beruflichen Aktivitäten kommuniziert Maryvonne, animiert Workshops und lehrt.

Maryvonne investierte in der Tat sehr viel in ihr Berufsleben und wollte alles weitergeben. Sie hatte eine klinische und intellektuelle Neugier, die bis zum Ende präsent sein sollte. Sie hatte Freude an der Forschung und ließ ihr Berufsumfeld daran teilhaben. Sie nährte sich von Lektüren, stand den letzten Fortschritten und Aktualitäten aufmerksam gegenüber.

Viele werden sich an Maryvonne erinnern, wie sie bei ihren Interventionen eintraf, ihre schwere Tasche über der Schulter, in die sie nicht nur ihre Notizen gepackt hatte, sondern auch ihre Bücher, ihre Dokumente und ihre jüngsten Artikel, die in Verbindung mit dem zu behandelnden Thema standen. Häufig ging sie humorvoll mit ihrem Publikum um, und warf nur einen flüchtigen Blick auf ihre vor sich verstreuten Notizen, so gut beherrschte sie ihr Thema.

Maryvonne benutzte das Diaporama als Hilfsmittel erst spät, und dann fing sie an, Geschmack daran zu finden !!!

Maryvonne war eine Pionierin. Ihre Jahre im Gefängnismilieu und ihre Doppelrolle als Psychologin und Sexologin führte sie dazu, das Verhalten sexueller Straftäter zu hinterfragen (Autoren sexueller Gewalt) und zu versuchen, die Logik ihres Systems zu verstehen. Sie interessierte sich auch für die Opfer. Dies ist ein erster Arbeitsschwerpunkt, der sie begeisterte (« Sie hat den Weg gezeigt, damit die Sexologie nach und nach unumgänglich bei der Betreuung sexueller Gewalt wird» präzisiert Dr. Marie Laure Gamet, die diese Reflexion mit ihr teilt).

Sie entwickelte einen zweiten Arbeitsschwerpunkt, indem sie sich, ausgehend von den Arbeiten von Piaget, für die psychosexuelle Entwicklung des Kindes und des Teenagers interessierte. Ihre Rolle als Großmutter sollte diese Reflexion nähren.

Diese beiden Arbeitsschwerpunkte wurden durch das Treffen mit Jean Yves Desjardins bereichert, bei dem sie sich im Sexocorporel ausbilden ließ, mit dem sie sich austauschte, um insbesondere ihre Forschung zum Mechanismus der Kompulsivität voranzutreiben.

Sie war von seinem Ableben sehr betroffen, und als Ausbilderin gab sie das weiter, was Jean Yves Desjardins entwickelt hatte, das Sexocorporel.

Von den Kursen, die sie außer den Kursen zur sexuellen Gewalt und zur psychosexuellen Entwicklung des Kindes und des Teenagers gab, schätzte sie diejenigen sehr, die das sexuelle Begehren, das Liebesgefühl und das Paar behandelten.

Die nach ihrem Tod empfangenen Bekundungen drücken viel Dankbarkeit für sie aus, offenbaren ihre großzügige Seite und die Aufmerksamkeit, die sie anderen entgegenbringen konnte.

Von ganzem Herzen danke, Maryvonne

Elizabeth Guillebaud, Michèle Bonal

Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité

Sexocorporelle und pharmakologische Therapie:

Strategien für eine effiziente Synergie bei Erektionsstörungen

Roberto Todella

Die Funktionalität der Erektion stellt eine wichtige Komponente beim Gefühl der Zugehörigkeit zum maskulinen Geschlecht dar. Folglich ist die Lösung einer Erektionsstörung stets ein grundlegender Schritt in der sexologischen Therapie.

Die Sexocorporelle Herangehensweise ermöglicht es, durch die sexologische Evaluation eine präzise und effiziente therapeutische Strategie zu definieren: Ausgehend vom diagnostizierten Problem, berücksichtigt sie die Logik des Systems, ihre Grenzen und ihre Stärken. Manchmal kann es während des therapeutischen Parcours nützlich sein, andere Hilfsmittel zu integrieren, z.B. Medikamente, welche Phosphodiesterases vom Typ 5 hemmen (PDE5i), die nunmehr Eingang in die Therapien von Erektionsstörungen gefunden haben.

Wenn hingegen allein die pharmakologische Therapie bei Patienten angewandt wird, die Erektionsstörungen haben, zeigt sich, dass, bei einer bedeutenden Zahl von Fällen, ihre Effizienz lediglich partiell bleibt oder ganz ausbleibt. Wenn dies geschieht, dann deshalb, weil das Medikament, in einem angepassten Kontext angewandt werden muss, um erfolgreich wirken zu können, und bestimmte Bedingungen beachtet werden müssen. Durch eine vorhergehende Sexocorporelle Intervention können die notwendigen Bedingungen geschaffen werden, damit das Medikament effizient wirken kann.

Das Medikament trägt dazu bei, dass die Erektion erfolgt und leichter aufrechterhalten werden kann, indem es den Leistungsdruck und seine schlechten Auswirkungen auf die exzitatorische Antwort und auf die Wahrnehmung der Lust reduziert.

Die so erhaltene Verbesserung der Erektion und die Reduzierung der Angst schaffen günstigere Bedingungen für eine spätere Anwendung der Sexocorporellen Therapie und ermöglichen es, den begonnenen Parcours im Sinne der Verbesserung der sexuellen Gesundheit fortzusetzen und zu komplettieren.

Die positive Synergie äußert sich im gegenseitigen Einfluss, den die beiden Hilfsmittel ausüben können, wenn sie korrekt vorgeschlagen und angewendet werden.

Einführung

Die meisten Klienten, die heute einen klinischen Sexologen wegen einer Erektionsstörung konsultieren, haben bereits versucht, ihr Problem mit spezifischen (häufig selbst verschriebenen, im Internet gekauften oder vom Hausarzt verschriebenen) Medikamenten zu lösen, ohne eine effiziente Antwort zu erhalten. Demoralisiert oder beunruhigt, überzeugt, dass ihr Problem so schwerwiegend ist, dass es sie gegen so starke Medikamente resistent macht, wenden sich diese Subjekte „non-responders“ als letzten Versuch an den Sexologen.

In diesen Fällen kann die therapeutische Arbeit aufgrund des Vertrauensverlustes, den diese Personen offenbaren, schwieriger sein; Dagegen kann sich aber diese Arbeit auch darauf stützen, dass sie sich bewusst geworden sind, sich in Frage stellen zu können, ohne in der magischen Erwartung einer sofortigen Lösung zu sein.

Nach einer präzisen sexologischen Evaluation, die es ermöglicht, den Ursprung des Mangels an positiven Antworten zu identifizieren, und nach Vorarbeiten zur Erregungsfunktion ist es möglich, das Medikament erneut vorzuschlagen. In den meisten Fällen erhält man eine positive Antwort, die die Effizienz der therapeutischen Sexocorporellen Arbeit bestätigt und die Zustimmung des Subjekts zu folgenden Etappen stärkt.

Die Synergie zwischen Medikamenten und Sexocorporeller Therapie gilt auch für Klienten, die (insbesondere primäre) Erektionsstörungen aufweisen, und noch keine Medikamente angewendet haben.

In all diesen Situationen (primäre, sekundäre Erektionsstörungen, Subjekte, die bereits Medikamente angewendet haben oder nicht), kann die Integration mit den PDE5-Inhibitoren einen wichtigen Beitrag leisten, indem mit einem Patienten gearbeitet werden kann, der sich weniger auf die Antwort der Vasokongestion konzentriert, beruhigter über seine Zugehörigkeit ist, und also empfänglicher ist für das Lernen und für die Erfahrung, die die Sexocorporelle Arbeit begünstigt, in Richtung der sexuellen Gesundheit.

Was ist notwendig für eine effiziente Synergie zwischen Sexocorporeller Herangehensweise und pharmakologischer Therapie

- Eine präzise sexologische Evaluation (insbesondere der Erregungsfunktion), um die Stärken und die Grenzen des Systems zu identifizieren.
- Eine präzise Kenntnis der Medikamente (ihre Funktionsweise, ihre Anwendung).
- Die Definition der therapeutischen Ziele.
- Die Definition einer therapeutischen Strategie.
- Die Definition der therapeutischen Hilfsmittel.
- Die Wahl des richtigen Zeitpunkts (das T*iming*): Wann das Medikament integrieren.

Die Evaluation der Erregungsfunktion in der integrierten Therapie

Die erste Etappe für eine effiziente Synergie ist eine präzise Evaluation der Erregungsfunktion. Das Ziel ist die Identifikation der notwendigen Bedingungen, damit anschließend die Anwendung der Medikamente Wirkung zeigen kann. Der Zweck der sexuellen Vorarbeiten besteht darin, die Grenzen und die Hindernisse zu identifizieren, um sie zu verändern.

Folgende Komponenten müssen beurteilt werden:

- Die « Erregbarkeit des Subjekts »:
  - Seine Erregungsquellen (einschließlich der sexuellen Fantasien).
  - Seine Anziehungscodes.
  - Die Möglichkeit/Fähigkeit des Zugangs und der Nutzung von Erregungsquellen in der sexuellen Interaktion.

- Die Integrität und die Qualität des Reflexes der Vasokongestion :
  - Die Präsenz von Angstkomponenten, die sich durch mehr Druck in den Blutgefäßen äussert (adrenergische Hypertonie).
  - Die Präsenz von Faktoren von Herz-Kreislauf-Risiken (Bluthochdruck, Zigarette, Dyslipidämie, Übergewicht, Bewegungsmangel, Diabetes, chronischer Stress), die zu einer Endothelschädigung führen, die die Vasodilatation behindert.
  - Die Präsenz organischer Pathologien (genital, neurologisch-endokrinisch) die, mit verschiedenen Mechanismen, die Vasodilatation behindern können.
  - Das Alter des Patienten (reduzierte Elastizität der Gefäßwände, reduzierte androgene Rate).

- Das Management der exzitatorischen Antwort :
  - Die Modalität und die Erregungskurve, der Gebrauch des Körpers und seiner Gesetze (Fluidität, Diffusion, Kanalisierung), das Verhältnis Erregung/Lust.

- Die Erregungsfunktion, ausgedrückt in der Dynamik des Paares:
  - Die Möglichkeit des Zugangs und der Anwendung der Quellen und der Anziehungscodes in der Sexualität mit dem Partner/der Partnerin
  - Die erotische Kommunikation und die erotischen Fähigkeiten.
  - Die Einstellung und die Meinung des Partners zum sexuellen Problem, zur Bitte nach einer Therapie und zu einer eventuellen Anwendung der pharmakologischen Therapie.

Wenn diese Informationen zusammengetragen worden sind, ist es möglich, zu verstehen, aus welchen Gründen das Medikament, wenn es bereits verwendet worden ist, teilweise oder total ineffizient ist. Außerdem ist es möglich, den notwendigen Sexocorporellen Parcours zu definieren, damit das Medikament erfolgreich eingeführt oder wiedereingeführt werden kann.

Die PDE5i-Medikamente (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil, Avanafil)

Was ist notwendig für eine effiziente Synergie mit der Sexocorporellen Therapie:

- Der Handlungsmechanismus:
  - Es handelt sich um Medikamente, die durch eine selektive Enzyminhibition wirken (sie definiert sich fast ausschließlich über das erektile genitale Gewebe), welches die durch die Erregungsstimulation aktivierte Vasodilatation begünstigt und aufrechterhält.
  - Sie erleichtern also das Erreichen und das Aufrechterhalten einer vollen Rigidität nur, wenn ihnen effiziente Erregungsstimulationen vorausgehen und sie durch diese begleitet werden.
  - Folglich sind sie nicht in der Lage, selbstständig den Reflex der Vasokongestion auszulösen. Ihre Effizienz hängt nicht vom sexuellen Begehren ab, das einen ihre Aktion begünstigenden Faktor darstellt, aber nicht ausreicht.

- Unterschiede zwischen den verschiedenen Molekülen (Pharmakokinetik):
  Die heute verfügbaren Moleküle (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil, Avanafil) sind ähnlich in Bezug auf ihre Effizienz und ihre Handhabbarkeit. Den Hauptunterschied stellt ihre Halbwertszeit dar (Dauer der pharmakologischen Wirkung) die für das Tadalafil länger ist (bis 36 Stunden). Vor kurzem kam das Tadalafil in den Handel, sogar mit dem therapeutischen Hinweis für die Behandlung der LUTS (Lower urinary tract symptoms). Dieser doppelte Hinweis kann nützlich sein, wenn die sexuelle Problematik von urologischen prostatischen Störungen begleitet wird.

- Positive Eigenschaften:
  - Hohe Effizienz (durch ihre hohe Selektivität).
  - Gute Handhabbarkeit (Einfachheit der Benutzung).
  - Schwache Nebenwirkungen.
  - Hohe Sicherheit (begrenzte Kontraindikationen).

Die Inhibitoren von Phosphodiesterasen 5 sind also sehr effiziente Medikamente, sicher, mit einer einfachen Bedienungsanleitung, folglich reichlich und universell angewandt, manchmal selbstverschrieben und ohne eine medizinische Kontrolle die, im Gegenteil, niemals fehlen sollte. Häufig werden sie jedoch ohne eine angemessene Kenntnis ihrer pharmakologischen Eigenschaften (Dosen und Absorptionszeiten) und ihres Aktionsmechanismus benutzt. Dies wirkt sich negativ auf ihre Effizienz aus.

Hauptursachen für eine nicht vorhandene oder nur teilweise Antwort auf das Medikament

- Unangemessene oder fehlende Erregungsstimulationen : Dies ist der Hauptgrund für eine schwache Antwort. Häufig wird das Medikament verschrieben, ohne seine Aktionsmodalität zu präzisieren, d.h. vielmehr die „Stabilisierung“ der Erektion als ihre Induktion. Für ihre Funktionsweise ist es also nötig, dass die Erregungsstimulationen in der Lage sind, den Reflex der Vasokongestion zu starten.

Das zu hohe Angstniveau. Sogar bei der Präsenz angemessener Stimulationen stellt sich die adrenergische Hypertonie, die sich durch die Leistungsangst äußert, der Vasodilatation entgegen.

- Konfliktpotenzial beim Paar, negative Einstellung des Partners zur Anwendung des Medikaments. Dies hat negative Auswirkungen auf das erotische Klima und auf das Angstniveau, was verhindert, dass das Medikament wirkt.
- Inkorrekte Modalität der Anwendung des Medikaments (Anfangszeit und Dauer der Wirkung, Verhältnis zum Zeitpunkt der Mahlzeiten).
- Unangemessene Posologie. Nur durch eine präzise Evaluation der verschiedenen Komponenten der exzitatorischen Antwort und der Hindernisse, die auftreten können, ist es möglich, die am besten angepasste Dosierung zu identifizieren und sie je nach den Ergebnissen der Therapie zu verändern.

In den meisten Fällen, in denen die Antwort auf das Medikament nicht ausreichend war, liegt ein Problem des schlechten „Timing" vor: Das Medikament, das häufig außerhalb eines therapeutischen Parcours angewandt wird, wird verschrieben, bevor die für seine Wirkung notwendigen Bedingungen geschaffen wurden.

In anderen Fällen kann man, selbst wenn das Medikament unter Bedingungen angewandt wird, die nicht vollkommen begünstigend sind, eine positive Antwort auf das Medikament erhalten, aber sie wird letztendlich schwächer werden oder mit der Zeit völlig aufhören. Das kann geschehen, wenn der erzielte Gewinn nicht unterstützt wird von einem Parcours der Bewusstwerdung und der Entwicklung, was eine strukturiertere sexologische Arbeit erfordert.

Anwendung der Sexocorporellen Techniken, um die Effizienz PDE5-hemmender Medikamente zu optimieren

Durch eine aufmerksame sexologische Evaluation kann der Therapeut das Vorhandensein oder das Fehlen der für die Aktivierung PDE5-hemmender Medikamente notwendigen Bedingungen identifizieren. Er kann auch die Gründe für ihre Ineffizienz verstehen, wenn sie vorher angewandt wurden.

Bevor eine pharmakologische Therapie vorgeschlagen oder erneut vorgeschlagen wird, muss zuvor Sexocorporelle Arbeit geleistet worden sein, bei der folgende Ziele festgelegt werden müssen:

- Eine therapeutische Allianz aufbauen (kognitive Zustimmung zum therapeutischen Projekt): durch eine präzise Erläuterung des Wirkungsmechanismus des Medikaments sowie der Bedingungen, die zur Ineffizienz geführt hatten.
- Das Niveau der Leistungsangst reduzieren (kognitive Restrukturierung im Verhältnis zur Erregungsfunktion, Management der emotionalen Komponenten).
- Das Subjekt bewusster für seine Erregbarkeit machen (Bewusstwerdung der Quellen, der Anziehungscodes und der sexuellen Fantasien).
- Den Zugang zu effizienten Erregungsstimulationen erleichtern (die Autozentrierung begünstigen).
- Die relationelle Dynamik begünstigen: Zustimmung des Partners zum therapeutischen Projekt, Verbesserung der Kommunikation und der erotischen Interaktion (die Verfügbarkeit des Partners, beim therapeutischen Parcours mitzuarbeiten/sich daran zu beteiligen, ist nützlich, aber nicht unerlässlich).

Wenn diese Ziele erreicht worden sind, kann das Medikament verschrieben und angewandt werden (Bedeutung des therapeutischen „Timing"), und kann entscheidend zum Erreichen und zur Aufrechterhaltung der Erektion beitragen.

Die positive Synergie: Die Anwendung der pharmakologischen Therapie begünstigt den folgenden therapeutischen sexologischen Parcours

die pharmakologische Unterstützung führt zu einer Verbesserung der Schnelligkeit und der Stabilität der Antwort der Vasokonstriktion und somit schnell zu einer Verringerung der Leistungsangst.

Wenn die pharmakologische Therapie eine Zeitlang andauert, werden sich außerdem die nächtlichen und morgendlichen Erektionen beim Subjekt verbessern (oder möglicherweise erneut auftreten, wenn sie verschwunden waren) – als Folge einer wiedergefundenen Elastizität der Gefäßwände, oder als Folge einer

erneuten, höheren auto-erotischen Aktivität oder als Folge gelegentlicher Erregungsstimulationen. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, das Vertrauen in das Wiedererlangen einer zufriedenstellenden Erektion sowie in die Effizienz der Therapie zu stärken.

Diese positivere Einstellung wird es dem Subjekt ermöglichen, seine Aufmerksamkeit auf die sensorischen Stimulationen zu konzentrieren, mit deren Hilfe eine gute Erregung aufrechterhalten wird.

Die Stabilität der Erektion als Folge der synergischen Wirkung zwischen dem Medikament und dem leichteren Zugang zu den Erregungsstimulationen wird die folgenden Etappen des therapeutischen Parcours begünstigen.

Es wird also einfacher sein, durch die Sexocorporellen Techniken am Management der exzitatorischen Antwort zu arbeiten (Fluidität, Diffusion, Kanalisierung) und die unterschiedlichen Ziele zu erreichen (hinsichtlich der Appropriation und der phallischen Erotisierung, der sexuellen Intrusivität, der sexuellen Intensität, Erotisierung des Femininen, usw.), die sich aus der Evaluation des Systems des Patienten, seiner Stärken und seiner Grenzen ergeben haben.

Wie sollen die Medikamente angewandt werden?

Man kann zwei Modalitäten unterscheiden, beide können angewandt werden:

- Anwendung nach Bedarf (« on demand »).
- Ständige Anwendung.

Die zweite Modalität (tägliche Einnahme des Medikaments in geringer Quantität) passt sich mehr an den therapeutischen Sexocorporellen Parcours an. Tatsächlich hält die tägliche Einnahme eine konstante Wirkung aufrecht, die es ermöglicht, die Absorption des Medikaments vom Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs zu trennen.

Man schafft also besonders günstige Bedingungen, um die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Erwerb neuer sensorischer und emotionaler Erfahrungen zu konzentrieren, die durch die Sexocorporelle Arbeit stimuliert werden.

Wie lange sollen die Medikamente angewandt werden?

In den meisten Fällen wird zu dem Zeitpunkt, an dem der Sexocorporele Parcours erfolgreich war, die Anwendung des Medikaments überflüssig.

Manchmal ist es der Patient selbst, der es selbstständig absetzt. Ansonsten wird die Absetzung evaluiert und in sinnvollster Zeit sowie auf die sinnvollste Art und Weise umgesetzt, unterschiedlich je nach den Fällen, je nach der auf dem therapeutischen Parcours erreichten Etappe.

Wir könnten optieren für:

- Vollständige Unterbrechung
- Reduzierung der Dosierung
- Reduzierung der Häufigkeit der Einnahme des Medikaments

Im Falle des Vorhandenseins einer starken organischen Komponente, die die Antwort der Vasokongestion behindert (Gefäßverletzung), kann es sinnvoll sein, die pharmakologische Therapie auf unbestimmte Zeit aufrechtzuerhalten, selbst wenn die korporelle Arbeit bereits geleistet und positiv abgeschlossen wurde.

Klinische Situationen, die man häufig antrifft, und bei denen die integrierte Sexocorporelle, pharmakologische Therapie sinnvoll sein kann

- Primäre Erektionsstörungen (*lifelong*):
  Es handelt sich häufig um recht junge Subjekte, mit einem wenig strukturierten Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht und mit begrenzter Appropriation und phallischer

Erotisierung. In diesen Fällen ist der therapeutische Parcours länger und progressiv (Entwicklung der Erregungsfunktion, Zentrierung, Assetivität, Erotisierung des Femininen usw.). Die Einführung des Medikaments erfordert eine aufmerksame Vorbereitungsarbeit, denn eine fehlende Antwort würde die Wiedererlangung des Vertrauens und die Zustimmung zum therapeutischen Projekt erschweren. In diesen Fällen ist die Anwendung der vorgeschlagenen Medikamente vor allem **„s**tändig", angesichts eines längeren Parcours, unabhängig von der relationellen Dynamik, die an den Patienten angepasst werden muss.

- Sekundäre Erektionsstörungen (*acquired*):

Große Vielfalt der Situationen: Es handelt sich häufig um weniger junge Subjekte, bei denen man unter den bestimmenden Elementen die sexuelle Problematik, Faktoren von Herz-Kreislauf-Risiken sowie ungünstige Lebensgewohnheiten (Zigaretten, Alkohol, Bewegungsmangel, Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck, Dyslipidämie usw.) vorfindet. Häufig findet man konfliktreiche relationelle Dynamiken, oder die Angst, am Anfang einer neuen Beziehung den Erwartungen des Partners nicht gerecht zu werden. In diesem Fall sollte das Medikament eingeführt werden, nachdem die ungünstigen, (gleichermaßen individuellen und relationellen) Bedingungen, falls vorhanden, abgemildert worden sind. Eine « ständige » Anwendung des Medikaments ist vorzuziehen, aber man schlägt oft die Modalität „on demand" vor, vor allem, wenn die sexuelle Aktivität gelegentlich oder wenig häufig ist.

- Lange sexuelle Inaktivität:

Bei Patienten eines gewissen Alters und/oder die seit langem ihre sexuelle Aktivität unterbrochen haben (aufgrund mangelnder Verfügbarkeit des Partners oder vorher bestehender dysfunktioneller Probleme) hat die pharmakologische Unterstützung die Bedeutung „der Rehabilitierung", sowohl vom organischen (reduzierte Funktionalität der Gefäße) als auch vom psycho-emotionalen Standpunkt (Angst, die Erregungsfähigkeit verloren zu haben). In diesen Fällen ist es sehr nützlich, zu einer Verbesserung zu kommen, durch nächtliche und morgendliche Erektionen, aber auch durch eine größere Reaktivierung der Stimulationen. Dies alles stellt in der Tat ein eindeutiges Signal des „Erwachens" dar, das den therapeutischen Weg begünstigt.

- Vorhandensein wesentlicher organischer Komponenten, die eine Auswirkung auf die Antwort der Vasokongestion haben, besonders bei Subjekten eines bestimmten Alters. Die Anwendung der pharmakologischen Therapie kann unerlässlich sein, um die organischen Verletzungen abzumildern und somit den Sexocorporellen Parcours zu optimieren.

Kurz……

Die Synergie zwischen der Sexocorporellen Herangehensweise und der pharmakologischen Therapie von Erektionsstörungen definiert sich in vier Momenten:

- Präzise Evaluation der Erregungsfunktion:

Ermöglicht es, die Grenzen und die Stärken der Erregung selbst zu identifizieren.

- Verbesserung der Grenzen der Erregungsfunktion:

- Erweiterung der Erregbarkeit des Subjekts, mit einer Verbesserung der Bewusstwerdung und Vereinfachung des Zugangs zu den Erregungsquellen. Dies hat eine gestiegene Wahrscheinlichkeit der Aktivation einer physiologischen Antwort der Vasokongestion zur Folge.
- Reduzierung der Angstkomponente.
- Veränderung der kognitiven Störungen (die sexuellen Modelle der Medien).
- Eingriff in die Paardynamiken, wenn sie konfliktreich sind, oder der Therapie feindselig gegenüberstehen.

- Einführung des Medikaments:

Durch die bei der Sexocorporellen Vorarbeit erhaltenen Ergebnisse wird es möglich, dass die Medikamente effizient bei der Antwort der Vasokongestion wirken können; Man erhält eine bessere Rigidität und folglich eine Stabilität der Erektion selbst (Verhinderung des Gefäßverschlusses).

- Finalisierung des Sexocorporellen Parcours:

Als Folge der Stabilität der Erektion verringert sich die Angst, und die Aufmerksamkeit des Patienten für die sensorischen und emotionalen Komponenten wird begünstigt (die Lust). Diese Komponenten stärken und steigern die exzitatorische Antwort, indem sie es den Sexocorporellen Hilfsmitteln ermöglichen, einfacher auf das Erreichen der festgelegten therapeutischen Ziele hinzuwirken.

Schlussfolgerungen

Die guten therapeutischen Ergebnisse, die bei erektilen Dysfunktionen durch die Synergie zwischen der pharmakologischen Therapie und der Sexocorporellen Herangehensweise erzielt wurden, bestätigen ihre Effizienz sowie die Möglichkeit einer positiven Integration anderer Hilfsmittel. Durch eine präzise und vollständige sexologische Evaluation sowie durch die Einbettung der Sexualität als System ist es möglich, präzise den Zeitpunkt und die Modalität der Integration der Medikamente in den begonnenen therapeuthischen Parcours zu identifizieren. Die beiden Techniken, die von Therapeuten mit entsprechenden Kenntnissen angewandt werden, integrieren sich sehr gut und ermöglichen es, bessere Ergebnisse zu erzielen, im Vergleich zu einer getrennten Anwendung.

Das Wissen um die Sexocorporellen Techniken und die pharmakodynamischen Eigenschaften der PDE5-Inhibitoren ist die notwendige Grundvoraussetzung für eine effiziente Synergie.

Analoge Ergebnisse können sogar mit anderen Medikamentenkategorien, die bei sexuellen Dysfunktionen angewandt werden, erzielt werden (z.B. die Serotonergen in der Therapie der ejakulatorischen Kontrolle), denn die Synergie findet durch die große Spezifizität und die Flexibilität der sexocorporellen Herangehensweise ihre besten Garantien für Ergebnisse.

Referenzen:

- Hannah M. Schmidt MA, Thomas Munder PhD, Heike Gerger PhD, Sarah Frühauf MA and Jürgen Barth PhD* "Combination of Psychological Intervention and Phosphodiesterase-5 Inhibitors for Erectile Dysfunction: A Narrative Review and Meta-Analysis" The Journal of Sexual Medicine Volume 11, Issue 6, pages 1376–1391, June 2014

- Ana A. Carvalheira PhD, Nuno Monteiro Pereira MD, PhD, João Maroco PhD, Vera Forjaz MSc "Dropout in the Treatment of Erectile Dysfunction with PDE5: A Study on Predictors and a Qualitative Analysis of Reasons for Discontinuation" The Journal of Sexual Medicine Volume 9, Issue 9, pages 2361–2369, September 2012

- Giovanni Corona MD, PhD, Nicola Mondaini MD, Andrea Ungar MD, Elisa Razzoli MD, Andrea Rossi MoS[5]and Ferdinando Fusco MD, "Phosphodiesterase Type 5 (PDE5) Inhibitors in Erectile Dysfunction: The Proper Drug for the Proper Patient" The Journal of Sexual Medicine Volume 8, Issue 12, pages 3418–3432, December 2011

- Huilei Yan MD, Huantao Zong MD, Yuanshan Cui MD, Nan Li MD and Yong Zhang PhD "The Efficacy of PDE5 Inhibitors Alone or in Combination with Alpha-Blockers for the Treatment of Erectile Dysfunction and Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis" The Journal of Sexual Medicine Volume 11, Issue 6, pages 1539–1545, June 2014

- R. Todella, R. Viganò, R. Gasciarini "Le richieste terapeutiche sessuologiche e l'iter del paziente" Rivista di Sessuologia, CIC Edizioni Internazionali, vol. 37, n° 1 pp. 33-34, Roma, 2013

Gina Rubini M.A. klinische Sexologin und Psychotherapeutin in Zusammenarbeit mit Dr. Édouard Beltrami, Psychiater und emeritierter Sexologe

Trauma, dissoziative Störung und Neurotherapien

Zusammenfassung des Vortrags am ISI

(Institut de Sexocorporel International)

Trauma, dissoziative Störung und Neurotherapien

Seit der Herausgabe des DSM-5 gab es, laut mehrerer Traumaexperten wie Bessel Van der Kolk (2013), in den Inklusionskriterien des posttraumatischen Stresses eine gewisse Verbesserung, und dies trotz großer Vorbehalte, nicht weit genug gegangen zu sein. Dennoch: Eine große Mehrheit unserer Klientel, die unter emotionalem Schock leiden, entsprechen diesen noch zu begrenzten Kriterien im DSM-5 nicht.

Außerdem beschreibt Kolk (1994-2014) in ''The body keeps the score'', wie das Trauma nachgespielt wird im Körper, passierend durch Schmerz, Angst, Depression, Krankheiten usw. Der Körper behält die während des Traumas erlebten physiologischen Reaktionen im Gedächtnis. Wenn die Person während des Ereignisses ihre physiologischen Reaktionen nicht freisetzen konnte, bleiben diese im Körper gefangen, bis man sie durch korporelle, sensomotorische und neurotherapeutische Herangehensweisen wie EMDR behandelt, und nicht nur durch verbale, wie es der Psychiater David Servan Schreiber in seinem Buch „Guérir" („Heilen") beschreibt.

Dem Klienten zu helfen, die während des Traumas erlebten physiologischen Reaktionen zu tolerieren, indem man in seinem Körper bleibt, wird zu einem wichtigen Ziel. Wir wissen, dass die meisten posttraumatischen Stress-Situationen eine dissoziative Störung zwischen dem Körper und dem Geist generieren (freeze oder fold response). Dieser Schutzmechanismus ist langfristig nicht effizient, denn jedes Mal, wenn sich die Person an ihr Trauma erinnert oder Teile davon noch einmal erlebt, reagiert ihr Gehirn ebenso, selbst wenn es nicht mehr in Gefahr ist.

Im Folgenden eine Zusammenfassung der Präsentation, die auf dem Kongress des Institut de Sexocorporel International (ISI) gehalten wurde, der in Montreal am 6. September im vergangenen Jahr stattgefunden hat. Das Ziel der Präsentation bestand darin, aus einem anderen Blickwinkel einen schnellen Überblick über posttraumatischen Stress, dissoziative Störung und Behandlungswege zu geben. Unser Ziel war es, die Risiko- und Schutzfaktoren des posttraumatischen Stresses bekannt zu machen, an die Besonderheiten der dissoziativen Störung und an die diagnostischen Instrumente zu erinnern und über die Neurotherapien zu informieren.

Drei Typen des traumatischen Stresses

Kolk (2013) äußert sich sehr klar über die Tatsache, dass es für ihn drei Typen des traumatischen Stresses gibt: den einfachen, den komplexen und den gemischten.

Der einfache umfasst ein Ereignis und ein Individuum ohne Persönlichkeitsstörungen. Es hat Flashbacks, Reminiszenzen und Albträume. Beim **F**MRI (Functionnal Magnetic Resonance Imaging) ist die Amygdala

aktiv. Es kann sich um ein Kriegstrauma, einen Unfall usw. handeln. Laut Francine Shapiro, die 1987 die Herangehensweise EMDR gegründet hat, kann diese Art von Trauma durch eine EMDR-Sitzung behandelt werden. Dabei ist anzumerken, dass der therapeutische Prozess mehrere vorbereitende Sitzungen umfassen kann.

Was den komplexen traumatischen Stress betrifft, umfasst er vielfältige Traumata in der Kindheit oder Micro-Traumata, die sich, laut der Literatur, auf die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen auswirken. Beim FMRI blockiert das Frontalhirn das logische Denken, als wenn die Person noch in großer Gefahr wäre. Die Frontallappen hemmen alles, um dem Notsystem, also dem sympatischen System, Raum zu geben, und die Nothormone, wie das Kortison, steigen. Die Person befindet sich in einer Stresssituation, selbst wenn keine Gefahr von außen kommt. Der gemischte traumatische Stress ist eine Kombination beider Typen. Es gibt Risiko- und Schutzfaktoren vor dem Ereignis, während des Ereignisses und nach dem Ereignis.

Risiko- und Schutzfaktoren des posttraumatischen Stresses

Vor dem Ereignis vorhandene Risikofaktoren	
Weibliches Geschlecht (im Vergleich zu den Männern sind Häufigkeit und Schwere der PTBS bei der Frau höher) Vorgeschichte von Traumata oder in jungen Jahren erlebtes traumatisches Ereignis Misshandlung während der Kindheit oder Anpassungsschwierigkeiten Vorgeschichte psychiatrischer Störungen Vorgeschichte in der Familie von psychiatrischen Störungen benachteiligendes Umfeld, niedriges Bildungsniveau	Prätraumatische Schutzfaktoren (vor dem Ereignis) Stressmanagement-Strategien Stressresistente Persönlichkeit Vertrauen in seine Reaktionsmittel Vorherige Erfahrung oder angemessene Ausbildung

Peritraumatische Risikofaktoren (während des Ereignisses)	
Art des Traumas (physische Aggression). Schwere oder Chronifizierung des Traumas. Gravität starker Symptome oder der physiologischen Reaktivität (Beschleunigung der Herzfrequenz und Schreckreaktion). Dissoziative Episode zum Zeitpunkt des traumatischen Ereignisses. Eindruck von Machtlosigkeit oder Kontrollverlust. Todesrisiko	Peritraumatische Schutzfaktoren Präsenz versus dissoziative Störung Positive Unterstützung des Umfeldes

Posttraumatische Risikofaktoren (nach dem Ereignis)	
Fehlende soziale Unterstützung. Fehlende geeignete Frühbehandlung oder Unzugänglichkeit der Gesundheitsdienste. Scham, Schuld oder Unsicherheit. Sekundäre Stressfaktoren in Verbindung mit der Genesung (sekundäres Traumata). Stressfaktoren im täglichen Leben	Posttraumatische Schutzfaktoren Positive soziale Unterstützung, z.B. : « man glaubt mir » Gesunde Lebensgewohnheiten, z.B.: kein Missbrauch von Substanzen

Die dissoziative Störung

Putnam (1997) stellt fest: "*The escape when there is no escape*". Meine freie Übersetzung: **Ein Ausweg, wenn es keinen Ausweg gibt!**

Definition

Laut dem DSM-IV-TR (APA 2000) ist die dissoziative Störung „***eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen*** *des Bewußtseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt*.". Laut Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006) ist sie ein *„Mangel an Integration zwischen zwei oder mehreren psychobiologischen Subsystemen der Persönlichkeit, als ganzes System enthält jedes dieser Subsysteme mindestens einen rudimentären Sinn von sich Selbst."*

Die Ursachen

Die gängigste Ursache für die Entwicklung einer dissoziativen Störung ist der wiederholte Missbrauch - physisch, sexuell oder anders (vgl. Putnam, 1985).

In einem Kontext chronischer und schwerer Traumata in der Kindheit kann die dissoziative Störung als adaptiv angesehen werden, denn sie reduziert die durch das Trauma geschaffene katastrophale Not. Wenn die dissoziative Störung dagegen im Erwachsenenalter weiter anhält, wenn die primäre Gefahr nicht mehr existiert, ist dies schlecht adaptiert. Der dissoziativ gestörte Erwachsene könnte bei als gefährlich oder bedrohlich empfundenen Situationen automatisch abschalten, ohne sich die Zeit zu nehmen, zu ermitteln, ob tatsächlich eine reelle Gefahr vorliegt. Dies lässt die Person in „Abwesenheit' - in mehreren Situationen des täglichen Lebens, unfähig, sich bei wahrer Gefahr selbst zu schützen.

Die dissoziative Störung kann auftreten, wenn schwerwiegende Vernachlässigung oder emotionaler Missbrauch ohne offensichtlichen physischen oder sexuellen Missbrauch vorgelegen haben (Anderson &

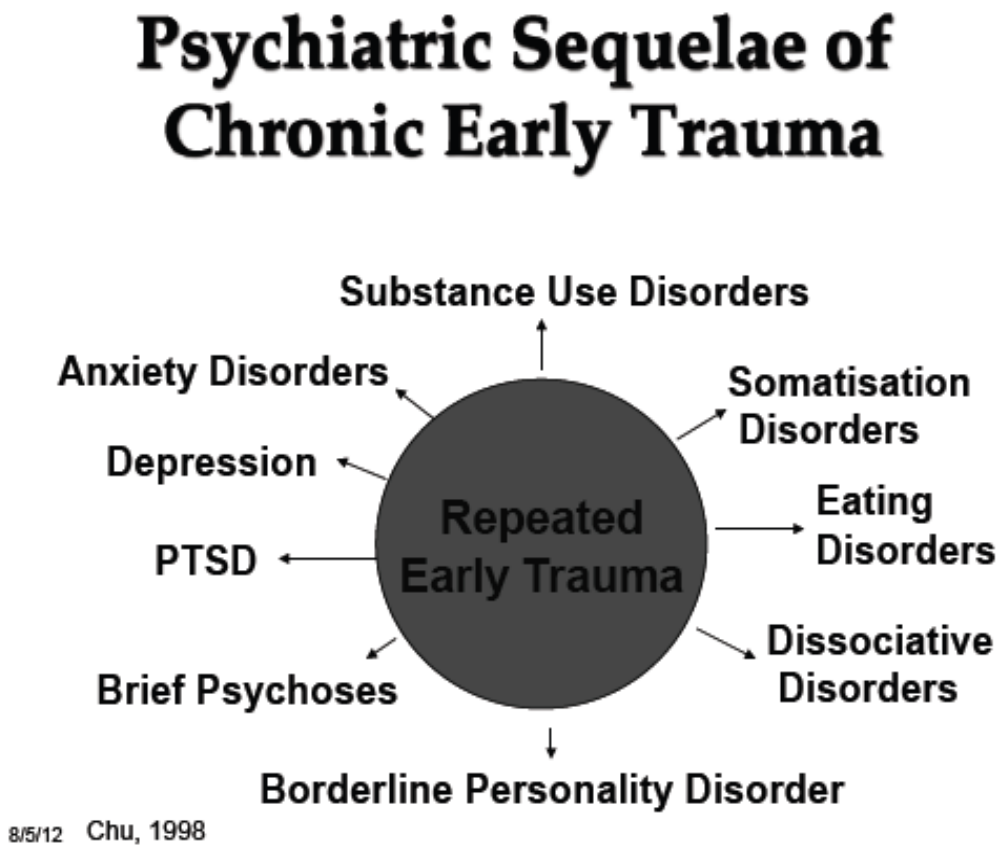
Alexander, 1996; West, Adam, Spreng, & Rose, 2001). Der Mangel an Unterstützung eines oder mehrerer Familienmitglieder ist ein wesentliches Element, welches den Stress um ein Vielfaches steigert.

Kinder können dissoziativ gestört werden in Familien, wo ein Elternteil ihnen Angst macht, nicht vorhersehbar ist, selbst dissoziativ gestört ist oder häufig widersprüchliche Botschaften gibt (Blizard, 2001; Liotti, 1992, 1999a, b).

Die Prävalenz

Nach einem traumatischen Ereignis werden 73% der Individuen, die einem traumatischen Zwischenfall ausgesetzt waren, in späteren Stunden, Tagen und Wochen die Erfahrung dissoziativ gestörter Zustände machen.[1] Die geschätzte Prävalenz beträgt für alle dissoziativen Störungen zusammengenommen 10% in der allgemeinen Bevölkerung (vgl. Loewenstein, 1994).

In der Revue Depression and Anxiety (2011) wird festgestellt, dass dissoziative Störungen mit einer Vorgeschichte von Traumata und mit spezifischen neurologischen Mechanismen verbunden sind.



Hier eine Grafik, die die Auswirkung wiederholter und chronischer Traumata in der Kindheit zusammenfasst. Wir bemerken, dass mehrere psychiatrische Diagnosen auf der Entwicklung des Kindes beruhen. Kolk (2013) kritisiert in diesem Zusammenhang den DSM-5. Daher die Bedeutung der Kenntnisse in Neurowissenschaften über die Entwicklung der Persönlichkeit.

Die Neurotherapien

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und EMI (Eye Mouvement Integration) sind keine verbalen Therapien. Sie funktionieren mittels der bilateralen Stimulation. Darüber hinaus stimulieren diese

[1] International Society for the Study of Dissociation, 2002; Martinez-Toboas & Guillermo, 2000; Saxe, van der Kolk, Berkowitz, Chinman, Hall, Lieberg & Schwartz, 1993

Techniken die Hirnregion, die, u.a. dafür verantwortlich ist, die Vergangenheit von der Gegenwart, Gefahr von Sicherheit zu unterscheiden usw.

Dr. Marco Pagani (2012)[2], PhD in Neurophysiologie und Nuklearmedizin des Gehirns, Seniorwissenschaftler am Institut of Cognitive Sciences and Technologies, CNR in Italien, hat mehrere Studien über EMDR veröffentlicht. Er hat herausgefunden, dass nach Abschluss der EMDR-Therapie die traumatischen Ereignisse

auf kognitiver Ebene integriert waren. Die Gehirnaktivierung bei den bilateralen Bewegungen wird mit einer signifikativen Reduzierung emotional negativer Erfahrungen assoziiert.

David Servan-Schreiber, Psychiater, erläutert das Prinzip: „Wenn ein schmerzliches Ereignis schlecht *"verdaut " wurde, weil es zu gewaltsam war, werden die mit dem Ereignis verbundenen Bilder, die Geräusche und Gefühle im Gehirn gespeichert, bereit, sich bei der geringsten Erinnerung an das Trauma zu reaktivieren. Die Augenbewegung setzt die traumatische Information frei und reaktiviert den natürlichen Heilmechanismus des Gehirns, um so die Arbeit zu komplettieren."*

EMDR

Francine Shapiro entdeckte die positive Wirkung von Augenbewegungen 1987 bei einem Parkspaziergang, als sie über negative Gedanken nachgrübelte. Seitdem hat sie für ihren Beitrag in der Profession Preise erhalten. 1994 erhält sie den großen Wissenschaftspreis der Vereinigten Staaten: das „Award for Distinguished Scientific Achievement in Psychology". Und 2002 erhält sie den Sigmund-Freud-Preis durch den Weltverband für Psychotherapie und durch die Stadt Wien. Die Organisation EMDRIA (EMDR International Association) gibt es überall auf der ganzen Welt (emdr.org).

Die EMDR-Therapie ist jetzt als effizient anerkannt bei der Behandlung von posttraumatischem Stress, u.a. durch das INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) und die APA, American Psychiatric Association seit 2004.

Ein Schlüsselelement, das Dr. Beltrami und ich bei einer psychiatrischen Klientel bemerkt haben, besteht darin, dass die zweite Phase des Protokolls in EMDR wichtig ist! Der Klient muss Vertrauen haben. Das Klima muss still und ruhig sein (z.B. sicherer Ort für Visualisierung), und das parasympathische System muss prädominant sein, mit einer Kapazität der Autoregulation durch den Klienten. Diese Vorbereitung muss vor Beginn des Reprocessing abgeschlossen sein.

EMI (Eye Mouvement Integration)

Ihr Ursprung unterscheidet sich vom EMDR. Diese Herangehensweise stammt vom NLP (Neuro-linguistischen Programmieren) in den 1970er Jahren. Richard Bandler und John Grinder knüpfen an das Modell von Milton Erickson (Hypnose), Virginia Satir und Fritz Pearls an. Robert Dilts, einer der Vorreiter in NLP, nennt sie 1981 ursprünglich "Eye Movement Pattern Interruption". Connirae und Steve Andreas "*Eye Movement Integrator*", dann "*Eye Movement Integration*" 1989. Danie Beaulieu PhD aus Québec schreibt schießlich das erste Buch über EMI und die Protokolle nach ihrem Treffen mit Andreas 1993. Soweit wir wissen, ist sie die einzige Ausbilderin in Québec. Für mehr Informationen: academieimpact.com.

Laut dieser Herangehensweise notiert man die Bedeutung der Augenrichtung im Gesichtsfeld in Kombination mit der bilateralen Bewegung. Soweit wir wissen, gibt es präzise Protokolle, die mindestens 22 Segmente von Augenbewegungen umfassen. Sie werden im gesamten Gesichtsfeld des Klienten ausgeführt und an den Klienten angepaßt. Diese Herangehensweise nutzt die Augenbewegungen SPEM (langsam), im Gegensatz zu EMDR, wo die REM-Bewegung genutzt wird (Rapid Eye Movement).

Soweit wir wissen, können beide Herangehensweisen in folgenden Anwendungsbereichen nützlich sein:

---

[2] ***International scientific prizes:*** *Winner of the* ***Francine Shapiro Award 2011*** *for the best 2010 scientific contribution in EMDR field for the paper:* ***Grey matter changes in posterior cingulate and limbic cortex in PTSD are associated with trauma load and EMDR outcome*** *. Nardo D, Högberg G, D,Looi J, Larsson SA, Hällström T,* ***Pagani M.*** *J Psychiatr Res 2010; 44:477-485*

Anwendungsbereiche für diese Herangehensweisen
PTBS posttraumatischer Stress TRAUMA: Jede Situation, in der die Person sich machtlos gefühlt hat und die weiter herumgeistert (Schlaflosigkeit, Flashs, besitzergreifende, wiederkehrende Gedanken) ohne notwendigerweise alle Kriterien des DSM zu erfüllen. MICRO TRAUMATA: Jede Erfahrung, die anhaltend negative und wiederkehrende Auswirkungen für die Person zur Folge hat: Trennung, Untreue, Trauer usw. Negative oder begrenzende Gedanken PHOBIEN – Angst

Für wen sind diese Herangehensweisen bestimmt?

Kinder, Erwachsene, Ältere, die Symptome in den erwähnten Anwendungsbereichen zeigen.

Ausbildung 2015

Dr. Édouard Beltrami und ich bieten ab Februar 2015 eine komplette zweitägige Ausbildung zu Neurowissenschaften, zur Sexologie und zum DSM-5 an. Ja, der DSM5, denn dieses Hilfsmittel erweist sich als nützlich, um mit anderen Fachleuten und den Versicherungsunternehmen zu kommunizieren. Die Psychotherapeuten sehen sich mit einer neuen Klassifizierung der Diagnosen konfrontiert, wenn sie Klienten zur Behandlung empfangen. Sie müssen in der Lage sein, die verschiedenen Klassifikationen zu berücksichtigen.

Um die Klassifikation besser zu verstehen, erweisen sich einfache Grundkenntnisse in den Neurowissenschaften als nützlich, um die Herausbildung der Persönlichkeit des Kindes, die Folgen von sexuellem Missbrauch auf die Sexualität des Erwachsenen, Persönlichkeitsstörungen, die endokrinen Korrelationen des Anfangs einer romantischen Liebe und die Fluktuationen der Hormone, die bis zur Phase der Bindung gehen, zu verstehen. Wir behandeln den DSM-5, weil er sich auf die Sexualität sowie auf die dissoziative Störung und die Behandlungsinstrumente auswirkt. Für Informationen:

info@centre-imo.com

Danksagung

Ich möchte mich bei meinen Kommilitoninnen und Freundinnen Lise Desjardins und Mélanie Tremblay bedanken, mit denen ich seit 1995 die Begeisterung für unsere Studienrichtung teile. Natürlich beim Team des ISI für ihre Offenheit und ihren Willen, unsere Kenntnisse zu erweitern.

Ich kann einen meiner Mentoren nicht schweigend übergehen, der mich seit 1996 geführt und unterstützt hat, mich aber vor allem gelehrt hat, neue Vorstellungen und Innovationen aufzunehmen - zusätzlich zur Anleitung auf dem Weg der dissoziativen Störung… danke Dr. Beltrami. Schließlich bedanke ich mich unendlich bei Isabelle Chaffai und Joelle Gourier für ihre Idee zu diesem Artikel und für diese schöne Möglichkeit.

Gina Rubini M.A.

in Zusammenarbeit mit Dr. Édouard Beltrami

Bibliografie

Adler-Tapia, R., Settle, C., & Shapiro, F. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) psychotherapy with children who have experienced sexual abuse and trauma.In P. Goodyear-Brown (Ed.) *The handbook of child sexual abuse: Identification, assessment and treatment* (pp. 229-250). Hoboken, NJ: Wiley.

Amen, Daniel G. Lansing, K, Hanks, C and Rudy, L. (2005) High Resolution Brain SPECT Imaging and EMDR in Police Officers with PTSD. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2005 Fall;17(4):526-32.

American Psychiatric (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM- 5(tm)) American Psychiatric Pub; 5 edition.

Bergmann, Uri (2012) Neurobiological Foundations for EMDR Practice. Springer Publishing compagy. 248p.

Beltrami, E. (2005) Dépression réfractaire et micro-traumatisme. Congrès de Médecine sexuelle 2005.

Beaulieu. D. (2003). L'intégration par les mouvements oculaires: Manuel pratique de la thérapie IMO. Éditions de l'Homme.

Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. Dissociation, 6(1), 16-27.

Brownback, Brownback, Mason and Associates (2011) Construct and predictive validity of the Comprehensive Neurodiagnostic Checklist 10/20 (CNC). 300 item checklist which fleshes out 42 differents neuropathologies.

Fisher, H. (2010) Why Him? Why Her?: How to Find and Keep Lasting Love (Henry Holt, January 2010) 320p.

Goleman D. (2013) Focus: The Hidden Driver of Excellence. Harper. 320p.

Hanson R. (2013) *Hardwiring Happiness: The New Brain Science of Contentment, Calm, and Confidence*. 304p.

Jehel et al., (2005) Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. Le PDI est une *échelle* d'auto-évaluation de 13 items. Can J Psychiatry, Vol 50, No 1, January 2005.

Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In Wilson J.P., Marmar C.R., (Eds.). *Assessing psychological trauma and posttraumatic stress disorder* (p. 412-428). New York : The Guilford Press.

McGonigal, K. (2013) The Willpower Instinct: How Self-Control Works, Why It Matters, and What You Can Do to Get More of It. Avery Trade. 272p.

Porges SW. (2011). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. New York: Norton.

Siegel D. (2010) *Mindsight: The New Science of Personal Transformation* Bantam.

Shapiro, F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures. New-York. The Guilford Press.

Shapiro, F. (2012). Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy. Rodale Books.

Stickgold R (2002). EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. Anxiety, Panic, PTSD PET Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA 02115, USA. Tuesday, 01 January 2002**.**

Van der Kolk, B. (2007). A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance. J Clin Psychiatry 68:0, Month 2007.

Van der Kolk, B. (2013). Trauma and the DSM-. CMI Education. Web seminar.

World Health Organization (2013). *Guidelines for the Management of Conditions That are Specifically Related to Stress*. Geneva, WHO.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta- analysis of psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry, 162, 214-227.

Maxfield, L., & Hyer, L.A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. Journal of Clinical Psychology, 58, 23-41.

Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychological Medicine, 36, 1515-1522.

Was sind die Brücken, die Verbindungen, oder wie nutzen Sie das Sexocorporel im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit?

Name BISCHOF
Vorname Karol

Ausbildung: 2004 bis heute

Ausbildungsniveau: Klinische Sexologin ISI, ISI-Ausbilderin

Ein Interview, das Isabelle CHAFFAÏ (IC) im November 2014 in Zürich (Schweiz) geführt hat.

IC: Wie haben Sie zum ersten Mal vom Sexocorporel erfahren?

Peter Gehrig ließ mich das Sexocorporel entdecken. Er hat mich verführt durch seine Art, es in seine Arbeit zu integrieren, und hat mich eingeladen, eine Ausbildung zu machen. Durch ein wenig Theorie und kleine Demonstrationen der doppelten Schaukel hatte ich das Glück, einem Klienten mit einer schnellen Ejakulation in nur drei kurzen Sitzungen helfen zu können – was eine sehr verführerische Wirkung auf mich hatte. (Und ich erinnere mich nicht daran, einen anderen Klienten danach behandelt zu haben, bei dem die Dinge so einfach waren!)

IC: Und wie ist das Treffen mit Jean-Yves Desjardins verlaufen?

Ich hatte das Glück, Jean-Yves ab 2004 bei Ausbildungen in Genf und in Paris, in den Seminaren „Vivre en Amour“ („In Liebe leben“) und als Supervisor in Zürich zu treffen. Er hat mich stark beeindruckt und mein Leben verändert.

IC: Was ist Ihr Beruf?

Ich bin klinische Sexologin und Ausbilderin in Sexocorporel, und auch noch ein bisschen Gynäkologin.

IC: Was hat Ihnen die Ausbildung in Sexocorporel im Rahmen Ihres Berufs gebracht?

Am Anfang war ich Gynäkologin. Heute, nachdem ich in mehr als 8 Ausbildungszyklen in Sexocorporel ausgebildet wurde, bin ich Sexotherapeutin und Ausbilderin in Sexocorporel in Deutschland und in der Schweiz, zusammen mit Stephan Fuchs, Francesca Galizia und Peter Gehrig. Das Sexocorporel hat also meinen Beruf vollkommen verändert. **Es ist mein Beruf geworden.**

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

Die Gesamtheit des Sexocorporel mit seinem Wissen, seinem Können und seiner ganz besonderen Art und Weise, das Sein zu erleben.

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

In der ersten Ausbildung habe ich sehr schnell verstanden, dass diese Herangehensweise viel besser zu mir passt als die anderen sexologischen Herangehensweisen, die ich gelernt hatte.
Das Sexocorporel beruht auf der physiologischen Realität und bietet überaus wirkungsvolle Werkzeuge.

IC: Und was hat Ihnen dieses zweite Niveau gebracht, und wie wenden Sie dies im Rahmen Ihrer Arbeit an?
Die Ziele des zweiten Niveaus sind es, die Lektüre des Körpers zu erlernen,
als unumgängliches Werkzeug in der sexocorporellen Arbeit als Therapeut und als Ausbilder,
sowie die Reflexion über die eigene Logik des Systems. Diese Fertigkeiten können immer weiter vertieft werden, also hat das Lernen für mich nicht mit dem zweiten Niveau aufgehört – es ist ein ständiger Prozess.

IC: Welche Kentnisse haben Sie dank des dritten Niveaus komplettiert, was hat es Ihnen als Vertiefung gebracht?
Das dritte Niveau wendet sich an das Verständnis der Logik des Systems von Personen und der Ausbildung, also für mich auch: unumgänglich und ein ständiger Prozess.

IC: Was ist Ihr Schlusswort?
Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern, sich in das Sexocorporel zu versenken, sich von ihm berühren zu lassen, es zu fördern, und sich schließlich an seiner Entwicklung zu beteiligen.

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