Santé Sexuelle

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

Dans ce numéro

- ***Editorial :*** **Elizabeth LE COGUIC**
- ***A la mémoire de : Hommage à Maryvonne Desbarats***

  Michèle BONAL et Elizabeth GUILLEBAUD
- ***Thérapie Sexocorporelle et pharmacologique :***

Stratégies pour une synergie efficace dans les troubles de l'érection

  Roberto TODELLA
- ***Trauma, dissociation et neurothérapies***

  Gina RUBINI
- ***L'Intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions :***

  Interview de Karol BISCHOFF (KB) à Zürich réalisée par Isabelle CHAFFAÏ (IC)

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 :

Elizabeth LE COGUIC (France) :
Responsable de la commission

Isabelle CHAFFAÏ, Joëlle GOURIER,

Elizabeth LE COGUIC, Anne-Charlotte LEROUX :
Relecture et corrections

EDITORIAL

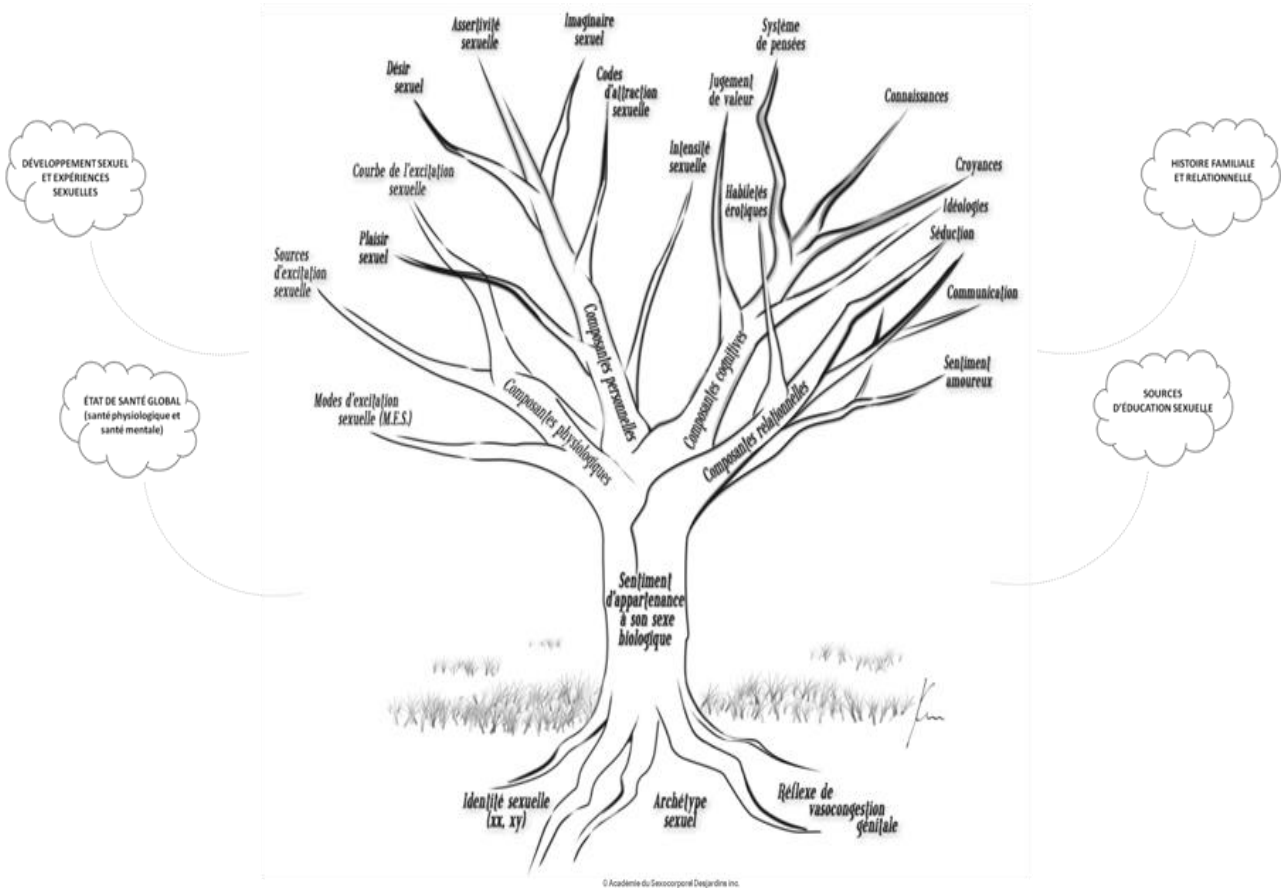
Aux lecteurs et membres de l'I.S.I.

Notre souhait de proposer une revue thématique s'avère très compliqué, mais nous sommes heureux de vous offrir au moins des articles de qualité, cette fois issus des conférences prononcées lors des journées de l'I.S.I., à Montréal pour l'article de Gina Rubini, et à San Remo pour l'article de Roberto Todella. Permettez-moi de saluer au passage l'assiduité du groupe des Italiens qui, quoique peu nombreux, restent un soutien fidèle, à travers, surtout, la participation régulière de Patricia Guerra qui assure gracieusement la traduction italienne depuis de nombreuses années.

De même les présentations de cas cliniques qui mettent en évidence la logique de système ne sont encore qu'un vœu pieux…et je ne saurais trop vous inciter à nous en faire parvenir : Le Sexocorporel peut rester vivant, évoluer et s 'approfondir à travers nos expériences et le partage de nos questionnements dans la réalité de nos cabinets.

Vous remarquerez ici, le lien avec des pratiques autres que Sexocorporelles - la gestion des stress post-traumatiques (Gina Rubini) et l'utilisation conjointe de médication et du Sexocorporel (Roberto Todella) - qui a toute sa place dans le modèle de santé Sexuelle: on ne peut prétendre traiter, étoffer, nourrir toutes les branches de l'arbre à l'aide du Sexocorporel seul, à moins que ce ne soit justement son originalité de mettre les autres approches en perspective.
Par ailleurs, ce lien est cultivé depuis longtemps à travers les interviews réalisées par Isabelle Chaffaï auprès de praticiens du Sexocorporel, venus d'horizons variés et qui nous disent comment ils ont intégré le Sexocorporel à leurs formations de base.

Elizabeth Le Coguic



A la mémoire de : Hommage à Maryvonne Desbarats

Maryvonne, l'espace d'un week-end, tu t'es fait la malle, nous laissant sidérés par une disparition aussi rapide : tu étais là et tu n'es plus là, comme une magicienne, sorcière, peut-être la petite dame habillée en noir, disparue dans un nuage de fumée ? Tu nous laisses, aux uns et aux autres, des rendez-vous manqués, et des tâches à accomplir sans toi…comme un élan pour poursuivre notre vie, notre travail commun, notre idéal humaniste dans le champ de la sexologie.

Par ton enseignement tu as lutté contre l'ignorance et l'obscurantisme responsables de la souffrance sexuelle, fidèle à toi-même et à ceux qui t'avaient enseigné, et courageusement auprès de professions parfois hostiles à la prise en charge sexologique.

Dans le numéro spécial de Janvier 2013 de la revue Santé Sexuelle nous avions titré l'article écrit à plusieurs voix en hommage à Jean Yves Desjardins « Paroles Mêlées ». C'est le souvenir que je garde de toi : nos paroles mêlées dans l'enseignement, l'animation des groupes, le travail d'écriture. Tu étais une partenaire exigeante et exaspérante, souvent à contre-pied ou contre-argument, relançant sans relâche notre réflexion par des récits cliniques, des citations, des historiettes du quotidien. Nous avions aussi partagé des co-thérapies auprès de patients ou patientes en difficulté et tu avais une ténacité énergique à conduire et soutenir le travail thérapeutique.

C'est la même ténacité que tu as utilisée pour te maintenir dans la vie jusqu'au bout, faisant comme un tour d'honneur héroïque, dans les différents lieux et groupes où tu aimais enseigner : malgré un voyage périlleux tu as tenu à être présente aux journées de l'ISI à Montréal en septembre 2014.

Alors aujourd'hui, c'est avec simplicité et émotion que nous essayons de te retrouver un peu à travers cet hommage, pour que nous puissions garder une trace de la professionnelle et de l'amie que tu as été pour chacun de nous.

Des yeux pleins de lumière au point de ne pas en voir la couleur

Des paupières baissées, style blockhaus, parfois

Des yeux plissés plein de tendresse

De la curiosité dans le regard, l'embrassade

Le regard portant au loin et au si près de l'intime

Maryvonne, subtile dans le lien, la présence

Sans compromis

Chaleureuse

Rugueuse

A la voix si douce

Humble

Puissante

Amie tendre, inconditionnelle, exigeante

D'un parti pris farouche et pourtant si ouverte

Ferme, là, existante

Jusque même « arquebouttée », si nécessaire à ses yeux

Tendre, si tendre, pleine de tendresse pour les siens, si attendrie par ses petits-enfants, émerveillée,

Dans l'exaltation de partager avec eux la vie, le bonheur de la vie ensemble

Déterminée, jusqu'au bout

Droite, debout, aimante

Aimée

Poème écrit par Nicole Sarradon

Maryvonne était psychologue clinicienne et sexologue. Elle enseignait la sexologie en France à l'Université Paul Sabatier de Toulouse et intervenait également en Europe (Suisse, Belgique et Autriche).

Maryvonne était un esprit militant, héritage familial, pétri de valeurs humanistes, qui l'avait amenée au cours de sa vie à s'investir dans la vie associative, plus particulièrement au sein du monde associatif de la Sexologie. C'est ainsi qu'elle a été successivement parmi les premiers membres de l'AIUS, Association Inter

Hospitalo Universitaire de Sexologie (« Elle a fait partie de nos troupes du début de la sexologie » précise Mireille Bonierbale, présidente de l'AIUS), puis membre du Conseil d'Administration et secrétaire du Cifres, Centre International de Formation et de Recherche en Sexologie, puis membre fondateur de l'Asclif,

Association des Sexologues Cliniciens Francophones, et enfin membre fondateur de l'ISI, Institut Sexocorporel International Jean-Yves Desjardins.

L'être humain compris dans sa complexité, l'intéressait et a suscité sa curiosité tout au long de sa vie : elle a adhéré à l'idée d'une approche intégrative de la personne dans toutes ses dimensions.

Après avoir obtenu un diplôme de psychopathologie clinique de l'Université d'Aix Marseille, elle part vivre dans le Gers, département qu'elle affectionnait, où elle aimait revenir pour se ressourcer et retrouver ses souvenirs de jeune maman.

Elle s'installe ensuite à Toulouse pour exercer son métier de psychologue au Centre Hospitalier spécialisé Gérard Marchant. En 1989, sur les conseils de son ami Bob Harakat du Maroc, alors jeune étudiant en psychologie, elle s'inscrit au Diplôme Universitaire de Sexologie clinique ; elle fait partie des toutes premières promotions de ce diplôme. Diplôme qui est porté à l'époque par le Professeur Francis Pontonnier, urologue, Michèle Bonal, Catherine Cabanis et Réjean Tremblay.

En 1993 elle passe un DEA, diplôme d'Etude Appliquée, de psychopathologie à l'Université du Mirail, ce qui l'amène à obtenir un poste au Service Médical Pénitentiaire Régional (SMPR). Parallèlement elle développe son activité libérale comme sexothérapeute au Centre de consultations sexologiques de la rue des Arts à Toulouse.

Outre ses activités professionnelles, Maryvonne communique, anime des ateliers et enseigne.

En effet, Maryvonne investissait énormément sa vie professionnelle et tenait à transmettre. Elle avait une curiosité clinique et intellectuelle qui sera présente jusqu'au bout. Elle prenait plaisir à la recherche et la faisait partager à son entourage professionnel. Elle se nourrissait de lectures, restait attentive aux dernières avancées et actualités. Beaucoup se souviendront de Maryvonne arrivant pour ses interventions, son sac pesant, en bandoulière, dans lequel elle avait glissé non seulement ses notes mais ses livres, ses documents et ses articles récents en lien avec le sujet à traiter. Elle utilisait souvent l'humour avec son auditoire et regardait d'un œil distrait ses notes éparpillées devant elle, tant elle possédait son sujet. Maryvonne n'aura utilisé l'outil diaporama que tardivement, elle commençait à y prendre goût !!!

Maryvonne était une pionnière. Ses années en milieu carcéral et sa double casquette de psychologue et de sexologue l'amèneront à s'interroger sur le comportement des agresseurs sexuels (auteurs de violences sexuelles) et à chercher à comprendre la logique de leur système. Elle s'intéressera également aux victimes. C'est un premier axe de travail qui l'aura passionnée (« Elle aura montré la voie pour que la sexologie devienne peu à peu incontournable dans la prise en charge des violences sexuelles » précise le Dr Marie Laure Gamet qui partageait avec elle cette réflexion).

Elle développera un deuxième axe de travail en s'intéressant au développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent à partir des travaux de Piaget. Son métier de grand-mère viendra nourrir cette réflexion.

Ces 2 axes de travail seront enrichis avec la rencontre de Jean Yves Desjardins, auprès de qui elle se formera au Sexocorporel, avec qui elle échangera pour alimenter en particulier sa recherche sur le mécanisme de la compulsivité. Elle sera très touchée par sa disparition et continuera au travers des formations en tant que formatrice à diffuser ce que Jean Yves Desjardins avait développé, le Sexocorporel.

Parmi les cours qu'elle donnait, outre les cours sur les violences sexuelles et le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent, elle appréciait aussi ceux qui traitaient du désir sexuel, du sentiment amoureux et du couple.

Les témoignages reçus lors de son décès, exprimeront beaucoup de gratitude envers elle, relèveront son côté généreux et l'attention qu'elle pouvait porter à l'autre.

Merci de tout cœur, Maryvonne

Elizabeth Guillebaud, Michèle Bonal

Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité

Thérapie Sexocorporelle et pharmacologique :

Stratégies pour une synergie efficace dans les troubles de l'érection

Roberto Todella

La fonctionnalité de l'érection représente une composante déterminante dans le sentiment d'appartenance au sexe masculin. Par conséquent, la résolution d'une trouble de l'érection est toujours une étape fondamentale dans la thérapie sexologique.

L'approche Sexocorporelle, à travers l'évaluation sexologique, permet de définir une stratégie thérapeutique précise et efficace : à partir du problème diagnostiqué, elle tient compte de la logique du système, de ses limites et de ses lignes de force. Parfois, pendant le parcours thérapeutique, il peut être utile d'intégrer d'autres outils, par exemples des médicaments inhibiteurs des phosphodiestérases de type 5 (PDE5i) qui sont entrés désormais dans les thérapies des troubles de l'érection.

Par contre, quand la thérapie pharmacologique est utilisée seule avec des patients ayant des troubles de l'érection, il s'avère que, dans un nombre important de cas, son efficacité reste seulement partielle ou même complètement absente. Si cela arrive c'est que le médicament, pour agir avec succès, doit être utilisé dans un contexte adapté en respectant certaines conditions. Une intervention Sexocorporelle préalable est en mesure de créer les conditions nécessaires pour que le médicament puisse agir avec efficacité.

Le médicament contribue à faire parvenir à l'érection et à la maintenir plus facilement, en réduisant l'angoisse de performance, ses effets mauvais sur la réponse excitatoire et sur la perception du plaisir.

L'amélioration de l'érection et la réduction de l'angoisse ainsi obtenus créent des conditions plus favorables pour une utilisation ultérieure de la thérapie Sexocorporelle et permettent de poursuivre et de compléter le parcours entamé dans le sens de l'amélioration de la santé sexuelle.

La synergie positive se manifeste dans l'influence réciproque que les deux outils peuvent exercer s'ils sont correctement proposés et utilisés.

Introduction

La plus part des clients qui consultent un sexologue clinique pour une trouble de l'érection aujourd'hui ont déjà essayé de résoudre leur problème avec des médicaments spécifiques (souvent auto-prescrits, achetés sur internet ou prescrits par le médecin généraliste), sans obtenir une réponse efficace. Démoralisés ou inquiets, convaincus que leur problème est si grave qu'il les rend résistants à des médicaments aussi puissants, ces sujets « non-responders », s'adressent au sexologue comme dernière tentative.

Dans ces cas-là, le travail thérapeutique peut être plus difficile à cause de la perte de confiance que ces personnes manifestent ; en revanche, ce travail peut s'appuyer sur leur prise de conscience, qui consiste à savoir se mettre en question, sans être dans l'attente magique d'une solution immédiate.

Après une évaluation sexologique précise qui permet d'identifier l'origine du manque de réponse positive et après avoir fait un travail préliminaire sur la fonction excitatoire, il est possible de proposer à nouveau le médicament. Dans la plus part des cas, on obtient une réponse positive qui confirme l'efficacité du travail thérapeutique Sexocorporel et renforce l'adhésion du sujet aux étapes suivantes.

La validité de la synergie entre médicaments et thérapie Sexocorporelle existe aussi avec des clients présentant des troubles de l'érection (en particulier primaire) n'ayant pas encore utilisé de médicaments.

Dans toutes ces situations (troubles de l'érection primaires, secondaires, sujets ayant ou pas déjà utilisé des médicaments), l'intégration avec les inhibiteurs des PDE5 peut donner une contribution importante en permettant de travailler avec un patient moins concentré sur la réponse de vasocongestion, plus rassuré sur

son appartenance et donc plus réceptif à l'apprentissage et à l'expérience que le travail Sexocorporel favorise en direction de la santé sexuelle.

Ce qui est nécessaire pour une synergie efficace entre approche Sexocorporelle et thérapie pharmacologique

- Une évaluation sexologique précise (en particulier de la fonction excitatoire) pour identifier les lignes de force et les limites du système.
- Une connaissance précise des médicaments (leur fonctionnement, leur utilisation).
- La définition des objectifs thérapeutiques.
- La définition d'une stratégie thérapeutique.
- La définition des outils thérapeutiques.
- Le choix du bon moment (le *timing*) : quand intégrer le médicament.

L'évaluation de la fonction excitatoire dans la thérapie intégrée

La première étape pour une synergie efficace est une évaluation précise de la fonction excitatoire. L'objectif est l'identification de la présence des conditions nécessaires pour que, par la suite, l'utilisation des médicaments puisse avoir un effet. La finalité du travail Sexocorporel préliminaire sera d'identifier les limites et les obstacles afin de les modifier.

Les composantes suivantes seront à évaluer :

- L' « excitabilité du sujet » :
  - Ses sources excitatoires (y compris l'imaginaire érotique).
  - Ses codes d'attraction sexuelle.
  - La possibilité/capacité d'accès et utilisation des sources excitatoires dans l'interaction sexuelle.

- L'intégrité et la qualité du réflexe de vasocongestion :
  - La présence de composantes d'angoisse qui s'expriment avec plus de tension dans les vaisseaux sanguins (hypertonie adrénergique).
  - La présence de facteurs de risques cardio-circulatoires (hyper-tension, cigarette, dyslipidémie, surpoids, sédentarité, diabète, stress chronique) induisant une lésion endothéliale qui crée obstacle à la vasodilatation.
  - La présence de pathologies organiques (génitales, neurologiques-endocriniennes) lesquelles, avec différents mécanismes, peuvent créer obstacle à la vasodilatation.
  - L'âge du patient (élasticité des parois vasculaires réduite, taux androgénique réduit).

- La gestion de la réponse excitatoire :
  - La modalité et la courbe excitatoire, l'usage du corps et de ses lois (fluidité, diffusion, canalisation), le rapport excitation/plaisir.

- La fonction excitatoire exprimée dans la dynamique du couple :
  - La possibilité d'accès et d'utilisation des sources et des codes d'attraction dans la sexualité avec le/la partenaire.
  - La communication érotique et les habilités érotiques.
- L'attitude et les opinions du partenaire par rapport au problème sexuel, à la demande de thérapie et à l'éventuel usage de la thérapie pharmacologique.

Une fois ces informations récoltées il est possible de comprendre les raisons pour lesquelles le médicament, s'il a déjà été utilisé, est partiellement ou totalement inefficace. De plus, il sera possible de définir le parcours Sexocorporel nécessaire pour que le médicament puisse être introduit ou réintroduit avec succès.

Les médicaments PDE5i (sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil)

Ce qui est nécessaire savoir pour une synergie efficace avec la thérapie Sexocorporelle :

- Le mécanisme d'action :
  - Il s'agit de médicaments qui agissent à travers une inhibition enzymatique sélective (elle se détermine presque exclusivement sur le tissu érectile génital) qui favorise et maintient la vasodilatation activée par la stimulation excitatoire.
  - Ils facilitent donc l'atteinte et le maintien d'une pleine rigidité seulement si précédés et accompagnés de stimulations excitatoires efficaces.
  - Par conséquent, ils ne sont pas en mesure de provoquer de manière autonome le réflexe de vasocongestion.
  - Leur efficacité ne dépend pas du désir sexuel qui représente un facteur favorisant leur action, mais pas suffisant.

- Différences entre les diverses molécules (pharmacocinétique) :
  Les molécules aujourd'hui disponibles (sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil) sont similaires par rapport à leur efficacité et leur maniabilité. La principale différence est représentée par leur demi-vie (durée de l'effet pharmacologique) qui est plus longue pour le tadalafil (jusqu'à 36 heures). Récemment le tadalafil a été commercialisé même avec l'indication thérapeutique pour le traitement des LUTS (Lower urinary tract symptoms). Cette double indication peut être utile si la problématique sexuelle est accompagnée de troubles urologiques prostatiques.

- Caractéristiques positives :
  - Efficacité élevée (due à leur sélectivité élevée).
  - Maniabilité élevée (facilité d'usage).
  - Faibles effets collatéraux.
  - Bonne sécurité (contre-ndications limitées).

Les inhibiteurs des phosphodiestérases 5 sont donc des médicaments très efficaces, sûrs et avec un mode d'emploi facile, par conséquent amplement et universellement utilisés, parfois auto-ordonnés, et sans un contrôle médical qui, au contraire, ne devrait jamais manquer. Cependant, ils sont souvent employés sans une connaissance adéquate de leurs caractéristiques pharmacologiques (doses et temps d'absorption) et de leur mécanisme d'action. Cela a un effet négatif sur leur efficacité.

Principales causes de réponse inexistante ou partielle au médicament

- Stimulations excitatoires inadéquates ou absentes : il s'agit de la cause principale de réponse faible. Souvent le médicament est prescrit sans préciser sa modalité d'action, c'est-à-dire la « stabilisation » de l'érection plutôt que son induction. Pour fonctionner il est donc nécessaire que les stimulations excitatoires soient en mesure de faire démarrer le réflexe de vasocongestion.
- Le niveau d'anxiété trop élevé. Même en présence de stimulations adéquates, l'hypertonie adrénergique exprimée par l'angoisse de prestation s'oppose à la vasodilatation.
- Conflictualité au sein du couple, hostilité du partenaire à l'usage du médicament. Cela a des effets négatifs sur le « climat » érotique et sur le niveau d'anxiété empêchant au médicament d'agir.

Modalité incorrecte d'utilisation du médicament (temps de début et durée de l'action, rapport avec le moment des repas).

- Posologie inadéquate. C'est seulement à travers une évaluation précise des différentes composantes de la réponse excitatoire et des obstacles pouvant intervenir, qu' il est possible d'identifier le dosage le plus adapté et de le modifier en fonction des résultats de la thérapie.

Dans la plupart des cas où la réponse au médicament a été insuffisante, il y a un problème de mauvais « timing » : le médicament, souvent utilisé en dehors d'un parcours thérapeutique, est prescrit avant d'obtenir les conditions nécessaires à son action.

Dans d'autres cas, même si le médicament est utilisé dans des conditions qui ne sont pas totalement favorables, on peut obtenir une réponse positive au médicament, mais elle finira par s'affaiblir ou s'arrêter complètement avec le temps. C'est ce qui peut arriver si le bénéfice obtenu n'est pas soutenu par un parcours de prise de conscience et de développement nécessitant un travail sexologique plus structuré.

Usage des techniques Sexocorporelles afin d'optimiser l'efficacité des médicaments inhibiteurs des PDE5

A travers une évaluation sexologique attentive, le thérapeute peut identifier la présence ou l'absence des conditions nécessaires à l'activation de médicaments inhibiteurs des PDE5. Il peut aussi comprendre les raisons de leur inefficacité, si précédemment utilisés.

Avant de proposer ou re-proposer une thérapie pharmacologique il faudrait, au préalable, avoir effectué un travail Sexocorporel, en se fixant les objectifs suivants :

- Construire une alliance thérapeutique (adhésion cognitive au projet thérapeutique) : à travers une explication précise du mécanisme d'action du médicament, ainsi que des motivations qui l'ont rendu inefficace.
- Réduire le niveau d'angoisse de performance (restructuration cognitive par rapport à la fonction excitatoire, gestion des composantes émotionnelles).
- Rendre le sujet plus conscient de son excitabilité (prise de conscience des sources, des codes d'attraction et de l'imaginaire érotique).
- Faciliter l'accès aux stimulations excitatoires efficaces (favoriser l'auto-centration).
- Rendre la dynamique relationnelle plus favorable : adhésion du partenaire au projet thérapeutique, amélioration de la communication et de l'interaction érotique (la disponibilité du partenaire à participer/collaborer au parcours thérapeutique est utile mais pas indispensable).

Quand ces objectifs sont atteints le médicament pourra être prescrit et utilisé (importance du « timing » thérapeutique) et pourra contribuer fortement à l'atteinte et au maintien de l'érection.

La synergie positive : l'usage de la thérapie pharmacologique favorise le parcours thérapeutique sexologique qui suivra

L'amélioration de la rapidité et de la stabilité de la réponse de vasoconstriction obtenues avec le support pharmacologique, amènent rapidement à une diminution de l'angoisse de performance.

En plus, le sujet aura une amélioration des érections nocturnes et des érections matinales (ou une possible réapparition si elles avaient disparu) quand la thérapie pharmacologique dure dans le temps, suite à une élasticité des parois vasculaires retrouvée. Ou encore, une réactivité plus importante dans l'activité auto érotique ou suite à des stimulations excitatoires occasionnelles. Cela permet d'alimenter la confiance dans la récupération d'une érection satisfaisante ainsi que dans l'efficacité de la thérapie.

Cette attitude plus positive permettra au sujet de concentrer son attention sur les stimulations sensorielles en mesure de maintenir une bonne excitation.

La stabilité de l'érection conséquente à l'effet synergique entre le médicament et l'accès plus facile aux stimulations excitatoires, favorisera les étapes suivantes du parcours thérapeutique.

Il sera alors plus facile de travailler sur la gestion de la réponse excitatoire (fluidité, diffusion, canalisation) à travers les techniques Sexocorporelles et d'atteindre les différents objectifs (en termes d'appropriation et érotisation phallique, intrusivité sexuelle, intensité sexuelle, érotisation du féminin, etc.) émergés dans l'évaluation du système du patient, de ses lignes de force et de ses limites.

Comment utiliser les médicaments?

On peut distinguer deux modalités, les deux pouvant être utilisées :

- Utilisation au besoin (« on demand »).
- Utilisation en continu.

La deuxième modalité (administration quotidienne du médicament en quantité réduite) s'adapte davantage au parcours thérapeutique Sexocorporel. En effet, l'administration quotidienne maintient un effet constant qui permet de séparer l'absorption du médicament du moment du rapport sexuel.

On crée donc des conditions particulièrement favorables pour concentrer l'attention du patient sur l'acquisition de nouvelles expériences sensorielles et émotionnelles stimulées par le travail Sexocorporel.

Pendant combien de temps utiliser les médicaments

Dans la plus part des cas, au moment où le parcours Sexocorporel s'est effectué avec succès, l'usage du médicament devient superflu.

Parfois, c'est le patient même qui, de manière autonome, le suspend. Sinon la suspension sera évaluée et mise en pratique dans les temps et manière les plus opportuns, différents selon les cas, en fonction de l'étape atteinte dans le parcours thérapeutique.

Nous pourrions opter pour :

- Interruption complète
- Réduction de dosage
- Réduction de la fréquence des prises du médicament

En cas de présence d'une forte composante organique qui fait obstacle à la réponse de vasocongestion (lésion vasculaire), il peut être opportun de maintenir la thérapie pharmacologique pendant un temps indéterminé, même si le travail corporel a déjà été effectué et conclu de manière positive.

Situations cliniques que l'on rencontre souvent et où la thérapie intégrée Sexocorporelle et pharmacologique peut être opportune

- Troubles primaires de l'érection (*lifelong*) :

  Il s'agit souvent de sujets plutôt jeunes avec un sentiment d'appartenance à son propre sexe biologique peu structuré et avec une appropriation et érotisation phalliques limitées. Dans ces cas, le parcours thérapeutique est plus long et progressif (développement de la fonction excitatoire, centration, assertivité, érotisation du féminin, etc.). L'introduction du médicament demande un travail préparatoire attentif puisque un manque de réponse rendrait plus difficile de récupérer la confiance et l'adhésion au projet thérapeutique. Dans ces cas, l'usage des médicaments proposés sera surtout « en continu », face à un parcours plus long, indépendamment de la dynamique relationnelle et qui est à adapter au patient.

- Troubles secondaires de l'érection (*acquired*) :

  Grande variété de situations : il s'agit souvent de sujets moins jeunes chez qui l'on retrouve, parmi les éléments déterminants, la problématique sexuelle, des facteurs de risques cardio-circulatoires

  ainsi que des habitudes de vie défavorables (cigarette, alcool, sédentarité, surpoids, diabète, hypertension, dyslipidémie, etc.). Souvent l'on retrouve des dynamiques relationnelles conflictuelles ou la peur, au début d'une nouvelle relation, de ne pas être à la hauteur des attentes du partenaire. Dans ce cas, le médicament doit être introduit après avoir atténué les conditions défavorables (à la fois individuelles et relationnelles si elles sont présentes). Un usage du médicament « en continu »

est préférable, mais on propose souvent la modalité « on demand », surtout si l'activité sexuelle est occasionnelle ou peu fréquente.

- Inactivité sexuelle de longue durée :
  Chez les patients d'un certain âge, et/ou qui ont interrompu depuis longtemps leur activité sexuelle (pour manque de disponibilité du partenaire ou à cause de problèmes dysfonctionnels préexistants), le support pharmacologique a une signification « de réhabilitation », d'un point de vue à la fois organique (réduite fonctionnalité vasculaire), et psycho émotionnel (peur d'avoir perdu la capacité excitatoire). Dans ces cas, il est fortement utile d'arriver à une amélioration à travers des érections nocturnes et matinales, mais aussi une plus importante réactivité aux stimulations. En effet, tout cela représente un signal clair de « réveil » favorisant le parcours thérapeutique.

- Présence de composantes organiques significatives ayant un impact sur la réponse de vasocongestion, notamment dans les sujets d'un certain âge. L'usage de la thérapie pharmacologique peut être indispensable pour atténuer les lésions organiques et optimiser ainsi le parcours Sexocorporel.

Bref……

La synergie entre l'approche Sexocorporelle et la thérapie pharmacologique des troubles de l'érection se définit en quatre moments :

- Évaluation précise de la fonction excitatoire : permettant d'identifier les limites et les lignes de force de l'excitation même.

- Amélioration des limites de la fonction excitatoire :
  - Élargissement de l'excitabilité du sujet avec une amélioration de la prise de conscience et facilité d'accès aux sources excitatoires. Cela entraîne une probabilité accrue d'activation d'une réponse physiologique de vasocongestion.
  - Réduction de la composante d'angoisse.
  - Modification des distorsions cognitive (les modèles sexuels des médias).
  - Intervention sur les dynamiques de couple, si elles sont conflictuelles ou présentent une hostilité à la thérapie.

- Introduction du médicament : les résultats obtenus dans le travail Sexocorporel préliminaire permet aux médicaments de pouvoir agir avec efficacité sur la réponse de vasocongestion ; l'on obtient une meilleure rigidité et par conséquent une stabilité de l'érection même (activation du mécanisme d'occlusion vasculaire).

- Finalisation du parcours Sexocorporel : la diminution de l'angoisse conséquente à la stabilité de l'érection favorisera l'attention du patient sur les composantes sensorielles et émotionnelles (le plaisir). Ces composantes alimentent et incrémentent la réponse excitatoire en permettant aux outils Sexocorporels d'opérer plus facilement vers l'atteinte des objectifs thérapeutiques établis.

Conclusions

Les bons résultats thérapeutiques obtenus dans les dysfonctions de l'érection à travers la synergie entre la thérapie pharmacologique et l'approche Sexocorporelle confirment son efficacité ainsi que la possibilité d'une intégration positive avec d'autres outils.

A travers une évaluation sexologique précise et complète ainsi que l'encadrement de la sexualité comme système, il est possible d'identifier avec précision le moment et la modalité d'intégration des médicaments dans le parcours thérapeutique entamé. Les deux techniques, utilisées par des thérapeutes préparés, s'intègrent parfaitement et permettent d'obtenir des meilleurs résultats par rapport à un usage dissocié.

Connaître les techniques Sexocorporelles et les caractéristiques pharmacodynamiques des inhibiteurs des PDE5 est le prérequis nécessaire pour une synergie efficace.

Des résultats analogues peuvent être obtenus même avec d'autres catégories de médicaments utilisés dans les dysfonctions sexuelles (par exemple les sérotoninergiques dans la thérapie du contrôle éjaculatoire) puisque la synergie trouve dans la grande spécificité et la flexibilité de l'approche Sexocorporelle ses meilleures garanties de résultat.

Références:

- 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. sexologue clinicienne et psychothérapeute en collaboration avec Dr Édouard Beltrami, psychiatre et sexologue émérite

Trauma, dissociation et neurothérapies

Résumé de conférence de l'ISI (Institut de Sexocorporel International)

Trauma, dissociation et neurothérapies

Depuis l'arrivée du DSM-5, il y a eu, selon plusieurs experts en trauma comme Bessel Van der Kolk(2013), une certaine amélioration dans les critères d'inclusion du Stress post-traumatique, cela malgré des réserves importantes de ne pas être allé assez loin. Cependant, une vaste majorité de notre clientèle souffrant de choc émotionnel ne répond pas à ces critères encore trop restreints dans le DSM5.

De plus, Kolk (1994-2014) décrit dans ''The body keeps the score'' comment le trauma est rejoué dans le corps passant par la douleur, l'anxiété, la dépression, les maladies etc. Le corps garde en mémoire les réactions physiologiques vécues lors du trauma. Si la personne ne pouvait pas libérer ces réactions physiologiques lors de l'événement, celles-ci restent prisonnières dans le corps jusqu'à ce qu'on les adresse par des approches corporelles, sensorimotrices et neurothérapeutiques comme l'EMDR, et non pas seulement verbales comme le décrit le psychiatre David Servan Schreiber dans son livre Guérir.

Aider le client à tolérer les réactions physiologiques vécues lors du trauma tout en restant dans son corps devient un but important. Nous savons que la plupart des stress post traumatiques génèrent une dissociation entre le corps et l'esprit (freeze ou fold response). Ce mécanisme de protection n'est pas efficace à long terme car, à chaque fois que la personne se rappelle ou revit des parties de son trauma, son cerveau réagit de la même façon même lorsqu'il n'est plus en danger.

Voici un résumé de la présentation faite lors du congrès de Sexocorporel International (ISI) qui a eu lieu à Montréal le 6 septembre dernier. Le but de la présentation était de faire, avec un angle différent, un survol rapide du stress post traumatique, de la dissociation et des pistes de traitements. Nous avions comme objectif de faire connaître les facteurs de risque et de protection du stress post traumatique, de rappeler les particularités de la dissociation et les outils de mesure, et d'informer sur les neurothérapies.

Trois types de stress traumatique

Kolk (2013) est très clair sur le fait que pour lui, il existe trois types de stress traumatique : le simple, le complexe et le mixte. Le simple comprend UN événement et un individu sans trouble de personnalité. Celui-ci aura des flashbacks, des réminiscences et des cauchemars. Au **F**MRI (Functionnal Magnetic Resonance Imaging), l'Amygdale est active. Il peut s'agir d'un trauma de guerre, un accident etc. Selon Francine Shapiro, fondatrice de l'approche EMDR en 1987, ce type de traumatisme peut se traiter par une séance en EMDR. Il est à noter que le processus thérapeutique peut comprendre plusieurs séances de préparation.

En ce qui concerne le stress traumatique complexe, il comprend de multiples traumas dans l'enfance ou des micros traumas qui, selon la littérature, ont un impact sur le développement des troubles de personnalité. Au FMRI, le cerveau frontal bloque la pensée logique tout comme si la personne était encore en grand danger. Les lobes frontaux inhibent tout pour laisser la place au système d'urgence, soit le système sympathique, et les hormones d'urgence comme le cortisol augmentent. La personne se retrouve en situation de stress même si le danger ne vient pas de l'extérieur. Le stress traumatique mixte est une

combinaison des deux types. Il existe des facteurs de risque et de protection avant l'événement, pendant l'événement et après l'événement.

Facteurs de risque et de protection du stress post traumatique

Facteurs de risque pré-existant l'événement	
Sexe féminin (Comparé aux hommes, la fréquence et la sévérité du PTSD demeureraient plus grandes chez la femme) Antécédents de traumatisme ou jeune âge lors de l'événement traumatique. Maltraitance pendant l'enfance ou difficulté à s'adapter Antécédents de troubles psychiatriques Antécédents familiaux de troubles psychiatriques Milieu défavorisé, degré d'instruction peu élevé	Facteurs de protection pré-traumatique (avant l'événement) Stratégies de gestion du stress Personnalité résistante au stress Confiance en ses moyens de réagir Expérience antérieure ou formation adéquate

Facteurs de risque péri-traumatique (pendant l'événement)	
Nature du traumatisme (agression physique). Sévérité ou chronicité du traumatisme. Gravité des symptômes aigus ou de la réactivité physiologique (accélération de la fréquence cardiaque et réaction de sursaut). Épisode dissociatif au moment de l'événement traumatique. Impression d'impuissance ou de perte de maitrise. Risque de mortalité	Facteurs de protection péri-traumatique Présence versus dissociation Soutien positif de l'entourage

Facteurs de risque post traumatique (après l'événement)	
Absence de soutien social. Absence d'un traitement précoce approprié ou inaccessibilité des services de santé. Honte, culpabilité ou manque d'assurance. Facteurs de stress secondaires liés au rétablissement (traumatisme secondaire). Facteurs de stress dans la vie quotidienne	Facteurs de protection post-traumatique Soutien social positif ex: « on me croit » Habitudes de vie saines ex: pas d'abus de substances

La Dissociation

Putnam (1997) indique : « *The escape when there is no escape* ». Ma traduction libre: **Une sortie lorsqu'il n'y a pas de sortie!**

Définition

Selon DSM-IV-TR (APA 2000): La dissociation est « ***une rupture des fonctions habituellement intégrées*** *de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement* ». Selon Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006) c'est un « *manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, comme système entier, ces sous-systèmes endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire.* »

Les causes

La cause la plus commune du développement d'un trouble dissociatif est l'abus répétitif physique, sexuel ou autre (e.g., Putnam, 1985). Dans un contexte de traumas chroniques et sévères dans l'enfance, la dissociation peut être considérée comme adaptative car elle réduit la détresse catastrophique créée par le trauma. Par contre, si la dissociation perdure à l'âge adulte, lorsque le danger primaire n'existe plus, cela est mal adapté. L'adulte dissocié pourrait déconnecter automatiquement lors de situations perçues comme dangereuses ou menaçantes sans prendre le temps de déterminer s'il y a effectivement un danger réel. Ceci laisse la personne en ''absence'' dans plusieurs situations de la vie courante sans capacité de se protéger elle-même lors de vrai danger.

La dissociation peut survenir lorsqu'il y a eu de la négligence sévère ou de l'abus émotionnel sans abus physique ou sexuel évident (Anderson & Alexander, 1996; West, Adam, Spreng, & Rose, 2001). Le manque de support d'un ou plusieurs membres de la famille est un élément important qui augmente le stress de beaucoup.

Les enfants peuvent devenir dissociés dans des familles ou un parent lui fait peur, est non prévisible, dissocié lui-même ou donne souvent des messages contradictoires. (Blizard, 2001; Liotti, 1992, 1999a, b).

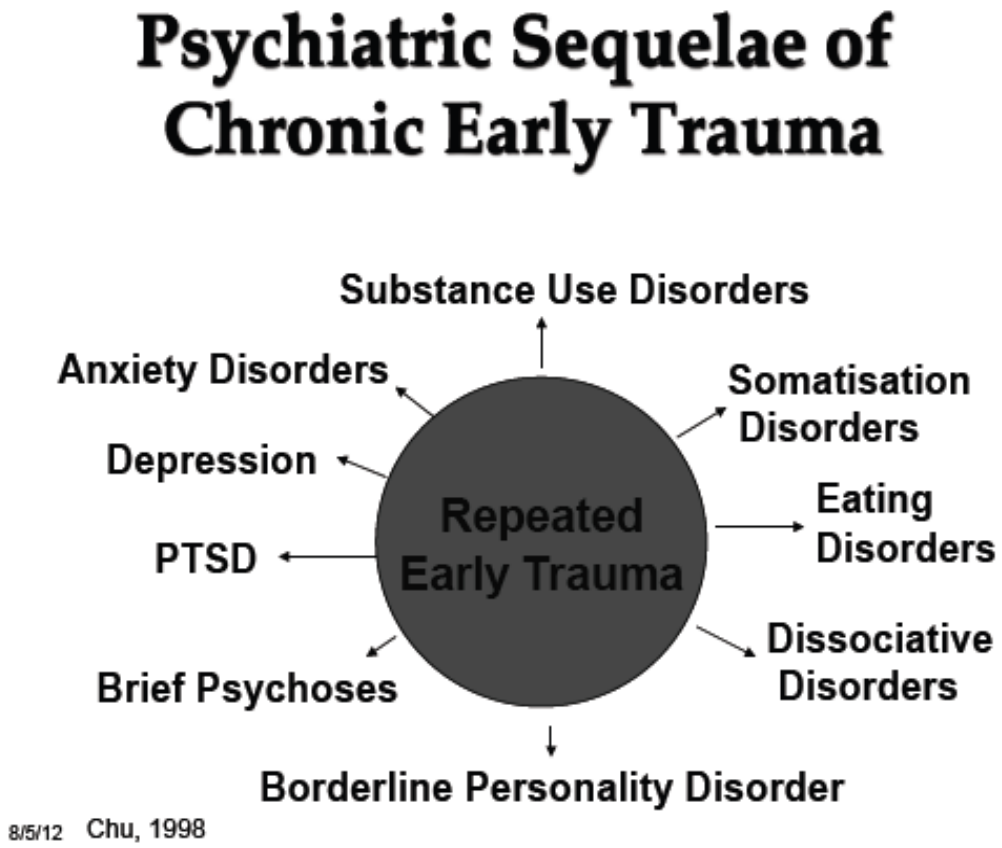
La prévalence

Après un événement traumatique: 73% des individus exposés à un incident traumatique feront l'expérience d'états dissociatifs dans les heures, journées et semaines ultérieures.[1]

La prévalence estimée est de 10% pour tous les troubles dissociatifs confondus dans la population générale (e.g., Loewenstein, 1994).

Dans la revue Depression and Anxiety (2011), on indique que les troubles dissociatifs sont liés à un historique de trauma et à des mécanismes neuronaux spécifiques.

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



Voici un tableau résumé de l'impact des traumas répétés et chroniques dans l'enfance. Nous remarquons que plusieurs diagnostics psychiatriques sont fondés sur le développement de l'enfant. Kolk (2013) en fait une critique importante concernant le DSM-5. D'où l'importance des connaissances en neurosciences sur le développement de la personnalité.

Les neurothérapies

Le EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et le IMO (Intégration par les Mouvements Oculaires) ne sont pas des thérapies verbales. Celles-ci fonctionnent par le biais de la stimulation bilatérale. De plus, ces techniques stimulent la région du cerveau responsable entre autres de distinguer le passé du présent, le danger de la sécurité etc. Dr Marco Pagani (2012)[2], PhD Neurophysiologie et Médecine Nucléaire du cerveau, chercheur senior à l'Institut of Cognitive Sciences and Technologies, CNR en Italie, a fait plusieurs recherches sur l'EMDR. Il a trouvé qu'après la thérapie EMDR complétée, les événements traumatiques étaient intégrés au niveau cognitif. L'activation cérébrale durant les mouvements bilatéraux sont associés à une réduction significative des expériences émotionnellement négatives.

David Servan-Schreiber, psychiatre explique le principe : « *Si un événement douloureux a été mal "digéré" parce que trop violent, les images, les sons et les sensations liés à l'événement sont stockés dans le cerveau, prêts à se réactiver au moindre rappel du traumatisme. Le mouvement oculaire débloque l'information traumatique et réactive le système naturel de guérison du cerveau pour qu'il complète le travail.* »

EMDR

Francine Shapiro découvre l'effet bénéfique des mouvements oculaires au cours d'une promenade dans un parc en 1987 pendant qu'elle ruminait des pensées négatives. Depuis, elle a reçu des prix pour son apport à la profession. En 1994, elle reçoit le grand prix scientifique des États-Unis : l'Award for Distinguished Scientific Achievement in Psychology. Puis en 2002, elle reçoit le prix Sigmund Freud par

[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*

l'Association mondiale de psychothérapie et par la ville de Vienne. L'organisation EMDRIA (EMDR Internationale Association) existe à travers le monde. (emdr.org)

La thérapie EMDR est maintenant reconnue comme efficace pour le traitement du stress post-traumatique, entre autres par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et APA, American Psychiatric Association depuis 2004.

Un élément clé, que Dr Beltrami et moi-même avons remarqué avec une clientèle psychiatrique, est que la phase deux du protocole en EMDR est capitale ! Le client doit être en confiance. Le climat doit être calme et tranquille (ex: endroit sécure en visualisation) et le système parasympathique doit être prédominant avec une capacité d'auto régulation par le client. Cette préparation doit être atteinte avant de débuter le reprocessing.

IMO (Intégration par le mouvement oculaire)

Son origine est différente de l' EMDR. Cette approche provient de la PNL Programmation Neuro-Linguistique dans les années 1970. Richard Bandler et John Grinder se basent sur le modèle de Milton Erickson (hypnose), Virginia Satir et Fritz Pearls. Robert Dilts, un des pionniers en NLP, la surnomme originalement "Eye Movement Pattern Interruption" en 1981.

Connirae and Steve Andreas "*Eye Movement Integrator*" puis "*Eye Movement Integration*" en 1989. Enfin, Danie Beaulieu PhD, du Québec, écrit le 1er livre sur l'IMO et les protocoles après sa rencontre avec Andreas en 1993. À notre connaissance, elle est la seule formatrice au Québec. Pour plus d'information : academieimpact.com.

Selon cette approche, on note une importance de la direction oculaire dans le champ visuel en combinaison avec le mouvement bilatéral. À notre connaissance, il existe des protocoles précis comprenant au moins 22 segments de mouvements oculaires. Ceux-ci sont effectués dans tout le champ visuel du client et adaptés au client. Cette approche utilise les mouvements oculaires SPEM (lent) contrairement au EMDR qui utilise le mouvement REM (Rapid Eye Movement).

À notre connaissance, les deux approchent peuvent être utiles dans les champs d'intervention suivant :

Champs d'interventions pour ces approches
PTSD stress post-traumatique TRAUMA: toute situation où la personne s'est sentie impuissante et qui continue de hanter (insomnie, flashs, pensées obsédantes et récurrentes) sans nécessairement répondre à tous les critères du DSM. MICRO TRAUMAS: toute expérience qui persiste à engendrer des effets négatifs et récurrents sur la personne: séparation, infidélité, deuil etc. PENSÉES NÉGATIVES ou LIMITANTES PHOBIES – ANXIÉTÉ

À qui s'adresse ces approches

Enfants, adultes, personnes âgées présentant des symptômes dans les champs d'interventions mentionnés.

Formation 2015

Dr Édouard Beltrami et moi-même offrirons dès février 2015 une formation complète de deux jours sur les neurosciences, la sexologie et le DSM-5. Oui le DSM5 puisque cet outil s'avère utile pour communiquer avec d'autres professionnels et avec les compagnies d'assurances. Les psychothérapeutes font face à une nouvelle classification des diagnostics lorsqu'ils reçoivent des clients en traitements. Ils doivent être en

mesure de composer avec les différentes classifications. Afin de mieux comprendre la classification, des notions de bases en neurosciences se révèlent utiles pour comprendre la formation de la personnalité de l'enfant, les conséquences des abus sexuels sur la sexualité adulte, les troubles de personnalité, les corrélations endocrinienne d'un début d'amour romantique et les fluctuations des hormones, allant jusqu'à la phase d'attachement. Nous aborderons le DSM-5 ayant un impact sur la sexualité ainsi que la dissociation et les outils de traitement. Pour information : info@centre-imo.com

Remerciements

Je tiens à remercier mes collègues de classe et amies Lise Desjardins et Mélanie Tremblay avec qui je partage, depuis 1995, la passion pour notre domaine d'étude. Bien sûr l'équipe de l'ISI pour leur ouverture et volonté d'élever nos connaissances. Je ne peux passer sous silence, un de mes mentors depuis 1996 qui m'a guidée et soutenue mais surtout qui m'a appris à accueillir les nouvelles idées et innovations en plus de me guider sur la voie de la dissociation…merci Dr Beltrami. Enfin, je remercie infiniment Isabelle Chaffai et Joelle Gourier pour cette belle opportunité et leur vision pour cet article.

Gina Rubini M.A.

en collaboration avec Dr Édouard Beltrami

Bibliographie

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.

Meta-analyses en EMDR

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.

Quels sont les ponts, les liens ou comment utilisez-vous le Sexocorporel dans le cadre de votre métier de base ?

Nom BISCHOF
Prénom Karol
Année de formation : 2004 jusqu'à présent
Niveau de formation sexologue clinicienne ISI, formatrice ISI
Interview réalisée par Isabelle CHAFFAÏ (IC) au mois de NOV 2014 à Zürich (Suisse).

IC : comment avez-vous entendu parler du Sexocorporel ?
Peter Gehrig m'a fait découvrir le Sexocorporel. Il m'a séduite par sa façon de l'intégrer dans son travail et m'a invité à suivre la formation. Grâce à un peu de théorie et des petites démonstrations de la bascule du bassin, j'avais la chance de pouvoir aider un client avec une éjaculation rapide en trois courtes sessions – ce qui avait un effet très séduisant sur moi. (Et je ne me rappelle pas avoir reçu un autre client après, avec qui les choses étaient si faciles !)

IC : Et comment s'est déroulée la rencontre avec Jean-Yves Desjardins?
J'ai eu la chance de rencontrer Jean-Yves aux formations à Genève et à Paris dès 2004, dans les Séminaires Vivre en Amour et comme superviseur à Zurich. Il m'a impressionné fortement et il a changé ma vie.

IC : Quelle est votre profession ?
Je suis sexologue clinicienne et formatrice en Sexocorporel, et encore un peu gynécologue.

IC : Qu'est-ce que la formation en Sexocorporel vous a apporté dans le cadre de votre profession ?
Au début, j'étais gynécologue. Aujourd'hui, après avoir été formée en plus de 8 cycles de formations en Sexocorporel, je suis sexothérapeute et formatrice en Sexocorporel en Allemagne et Suisse avec Stephan Fuchs, Francesca Galizia et Peter Gehrig. Donc, le Sexocorporel a complètement changé ma profession. **Il est devenu ma profession.**

IC : Quels sont les outils et/ou habiletés acquises au cours de la formation, qui vous servent dans votre profession ?
L'ensemble du Sexocorporel avec sa façon de savoir, savoir-faire et savoir-être.

IC : Qu'est-ce qui vous a donné envie de poursuivre votre formation en deuxième niveau ?
Dans la première formation, j'ai très vite compris que cette approche me convenait beaucoup mieux que les autres approches sexologiques que j'avais apprises. Le Sexocorporel est basé sur la réalité physiologique et offre des outils puissants.

IC : Et que vous a apporté ce deuxième niveau et comment vous vous en servez dans le cadre de votre travail?
Les buts du deuxième niveau sont l'apprentissage de la lecture corporelle comme outil incontournable dans le travail Sexocorporel comme thérapeute et comme formateur, et la réflexion sur la propre logique du système. Ces habiletés peuvent toujours être approfondies, donc cet apprentissage ne s'est pas terminé par le deuxième niveau pour moi – c'est un processus continu.

IC : le troisième niveau vous a permis de compléter quelles connaissances
Que vous a-t'il apporté comme approfondissement ?
Le troisième niveau adresse la compréhension de la logique du système des personnes et de la formation, donc pour moi aussi : incontournable et un processus continu.

IC : Quel serait votre mot de la fin ?
Je souhaite à tous les lecteurs et toutes les lectrices de s'immerger dans le Sexocorporel, à se laisser toucher par lui, à le promouvoir et finalement, à participer à son développement.

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

« Oui, j'ose le dire, je rêve à une immense thérapie collective sur l'érotisme ».

Institut Sexocorporel International
Jean-Yves Desjardins

10èmes journées scientifiques & cliniques
de l'Institut Sexocorporel International - Jean-Yves Desjardins
Institut Sexocorporel International
Jean-Yves Desjardins
ÉROTISMES
Des concepts aux applications cliniques
25 & 26 septembre 2015
Le Grand Large, Palais des congrès de Saint-Malo, France
Infos & inscriptions
www.asexo.fr
a.SEx.O.

Présentation du congrès

Dans le cadre de ses journées de formation annuelle, l'Institut Sexocorporel International

Organise les 10èmes journées scientifiques et cliniques

à Saint-Malo (France) Saint-Malo (France)

Erotismes

Des concepts aux applications cliniques

Vendredi 25 & Samedi 26

Septembre 2015

Palais du Grand Large
Saint-Malo

Le congrès se déroulera au Palais des congrès le Grand Large.

1 Quai Duguay Trouin,

35407 Saint-Malo, France.

(www.legrandlarge-congres.com)

Palais des congrès

Programme

Vendredi 25 septembre – matin

8h30 : Accueil

09h00 : **Mot de bienvenue du président de l'ISI**
Dr Jeffrey Pedrazzoli (Suisse) Gynécologue-Obstétricien, sexologue clinicien ISI, formateur ISI

09h15 : **Introduction de la journée par le modérateur**
Dr Pascal Benoist (France) Médecin sexologue

09h30 : **Erotisme, sexocorporel et neurosciences**
Dr Serge Wunsch (France) Docteur en neurosciences

10h45 : Pause

11h15 : **Archétypes sexuels; quelle place pour l 'érotisme ?**
Dr Dominique Chatton (Suisse) Psychiatre, sexologue clinicien ISI, formateur ISI

12h30 : Pause déjeuner

Vendredi 25 septembre – après-midi

14h00 : **Modes d'excitation sexuelle et développement érotique** *Dr Karoline Bischof (Suisse) Gynécologue-Obstétricienne, sexologue clinicienne ISI, formatrice ISI*

15h00 : **De la pornographie à l'érotisme : regards d'une réalisatrice post-pornographie**

Ovidie (France) Réalisatrice post-pornographie, journaliste ***16h : Pause***

16h30 : **Ateliers**

17h45 : **Les corps érotiques selon Jean-Yves Desjardins** Un film de *Jeffrey Pedrazzoli (Suisse) Gynécologue-Obstétricien, sexologue clini-cien ISI, formateur ISI*

18h30 : Fin

20h30 : **Pièce de théâtre : « Je suis sexologue, mais je me soigne ! »**

Une pièce de, et avec, *François Parpaix (France) Médecin sexologue*

Mise en scène : *Bruno Chapelle*

Samedi 26 septembre - matin

8h30 : Accueil

09h00 : **Introduction de la journée par le modérateur**

Dr Claude Roux-Deslandes (France) Médecin, sexologue clinicienne ISI, formatrice ISI

09h10 : **Eveil des sens et érotisme dans les Thérapies CognitivoComportementales de la 3ème vague**

Nathalie Dessaux (France) Psychologue

10h00 : **Hypnose et métaphores érotiques**

Joëlle Mignot (France) Psychologue , sexologue clinicienne, hypnothérapeute, formatrice, rédactrice en chef de la revue « Sexualités Humaines »

10h45 : Pause

11h15 : **L'essence des sens**

Mélanie Tremblay (Canada) Sexologue clinicienne ISI, psychothérapeute, formatrice ISI

12h30 : Pause déjeuner

Samedi 26 septembre – après-midi

14h00 : **Un lit pour deux, la tendre guerre**

Jean-Claude Kaufmann (France) Sociologue, directeur de recherche

CNRS

15h00 : **De l'intimité conjugale à l'intimité érotique**

Dr François Parpaix (France) Médecin sexologue

16h : Pause

16h30 : **Ateliers**

17h45 : **Conclusion du président de l'ISI**

Dr Jeffrey Pedrazzoli (Suisse) Gynécologue-Obstétricien, sexologue clinicien ISI, formateur ISI

18h : Fin

20h00 : **Soirée de gala sur le thème de l'érotisme …**

Ateliers : 16h30-17h45 Vendredi

- Les codes érotiques aujourd'hui

Patrizia Anex (Suisse) Psychologue, sexologue clinicienne ISI, formatrice ISI et Antoinette Liechti (Suisse) Psychologue, sexologue clinicienne ISI, formatrice ISI

- Sex'ercices

Dr Peter Gehrig (Suisse) Psychiatre, psychothérapeute, sexologue clinicien ISI, formateur ISI

- Atelier d'initiation au sexocorporel

Catherine Bassereau (France) Sage-femme, sophrologue, sexologue clinicienne

ISI et Sylvie Sapin (France) Médecin périnéologue, sexologue clinicienne

- Les codes érotiques aujourd'hui

Patrizia Anex (Suisse) Psychologue, sexologue clinicienne ISI, formatrice ISI et Antoinette Liechti (Suisse) Psychologue, sexologue clinicienne ISI, formatrice ISI

- Sex'ercices

Dr Peter Gehrig (Suisse) Psychiatre, psychothérapeute, sexologue clinicien ISI, formateur ISI

- Pédagogie de l'intimité conjugale en consultation

Dr François Parpaix (France) Médecin sexologue

Tarifs

Comprenant l'accès aux sessions scientifiques, ateliers et pauses

	1 Jour	2 Jours	Pièce de théâtre	Soirée de gala
Etudiants	75 €	125 €	20 €	60 €
Membres ISI	130 €	220 €	20 €	60 €
Non Membres	**150 €**	**260 €**	**20 €**	**60 €**

Inscriptions sur place: +20%

Les conférences seront disponibles sur clé USB au prix de 15 €

Attestations et justificatifs vous seront remis à l'accueil du congrès

Posters étudiants

Durant le congrès, venez découvrir le travail des étudiants en Sexocorporel des différentes écoles européennes et Canadiennes. Participez à l'élection du meilleur poster en donnant votre avis et en votant.
Une sélection de 10 posters maximum sera réalisée par le comité scientifique.

Une remise des prix aura lieu pendant la soirée de gala -Prix du public.
-Prix du comité scientifique

Pour concourir, veuillez adresser votre proposition de poster à l'A.Sex.O par mail au comité scientifique

a.sex.o@orange.fr

Comité d'organisation

Association Sexocorporel de l'Ouest

Le Gall Renaud
Bassereau Catherine
Dr Sapin Sylvie
Dr Benoist Pascal
Dr Sebille Josselin
Desjardins Lise
Thouroude Christine
Guillo Gaëlle
Tremblay Mélanie

www.asexo.fr

Quelques mots sur la ville de Saint-Malo

Cité corsaire, capitale de la mer, joyau de la Côte d'Émeraude… quels que soient les qualificatifs qui lui sont attribués, Saint-Malo a toujours été, au cours de son histoire, le rendez-vous de toutes les aventures de tous les rêves…

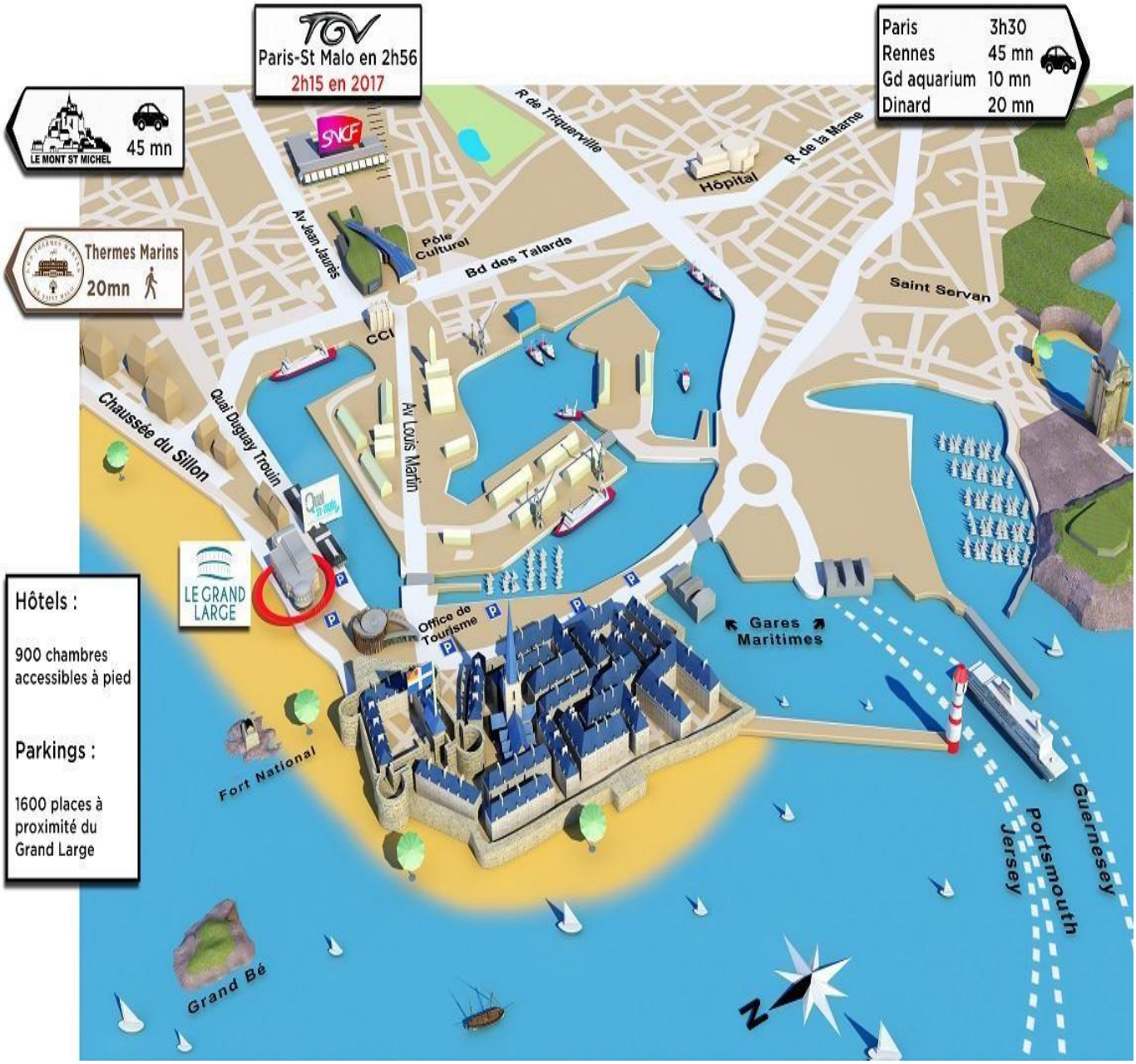
La ville occupe une place privilégiée en Bretagne. Située à la pointe nord de l'Ille-et-Vilaine, en bordure de la Normandie et à quelques encablures du Mont Saint-Michel, Saint-Malo est aussi un tremplin vers les îles anglo-normandes et l'Angleterre.

Lieu d'histoire et de légendes, berceau d'illustres personnages, la ville a su, malgré des heures sombres, conserver une authenticité conférée par ses remparts, ses pavés et ses vieilles pierres. Fière d'un riche passé, la cité balnéaire réputée reste une ville moderne toujours tournée vers l'avenir…

La fin du XV^e^ et le début du XVI^e^ siècle furent marqués par un essor remarquable des activités maritimes, par suite des voyages de découverte.

Les Malouins fréquentent avant 1520 les parages de Terre-Neuve et atteignent le Brésil et c'est en poursuivant cette route du Nord-Ouest que Jacques Cartier découvre en 1534 le Canada.

Comment venir à Saint-Malo



Aspects pratiques de Saint-Malo

Pour vous aider à vous repérer et à vous déplacer dans Saint-Malo, vous trouverez ci-dessous quelques renseignements pratiques et adresses utiles.

Bus interurbains

Les lignes C1 et C2 du réseau Kéolis relient le Palais du Grand Large à la gare SNCF en 5 minutes.

Taxis

Les Taxis Malouins sont disponibles dans les 10 minutes suivant votre appel : 02 99 81 30 30

Location de véhicules

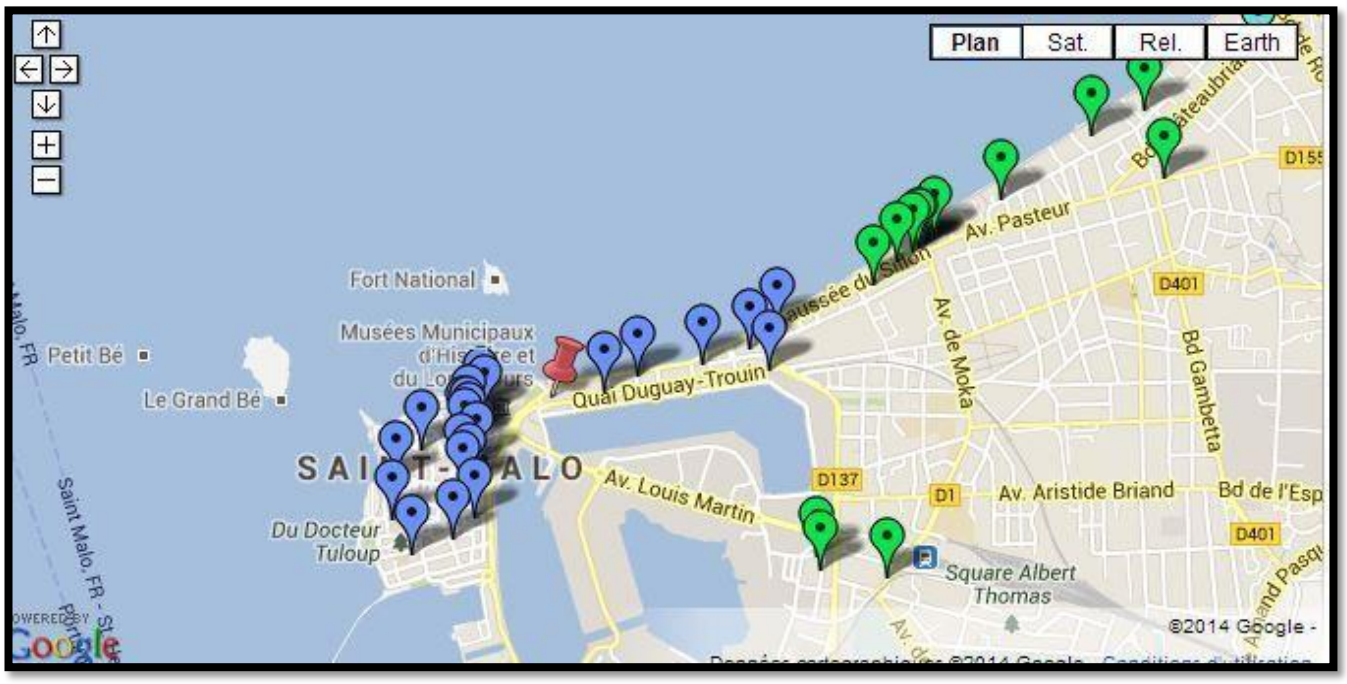
S'adresser au Palais du Grand Large.

Consulter le site internet *www.legrandlarge-congres.com*

Hébergements et réservations

Saint-Malo a une capacité hôtelière de 2450 chambres, du 1 étoile au 4 étoiles, dont 800 sont accessibles à pied (moins de 5 minutes) pour rejoindre le palais du Grand Large (en rouge sur la

carte). Pour bénéficier d'un tarif préférentiel congressiste, le Palais du Grand Large, met à disposition sur notre site internet www.asexo.fr un lien permettant de réserver votre chambre en toute simplicité.



Vos soirées durant le congrès.

Jeudi 24 Septembre 2015

Assemblée Générale de l'ISI

Vendredi 25 Septembre 2015

Pièce de théâtre

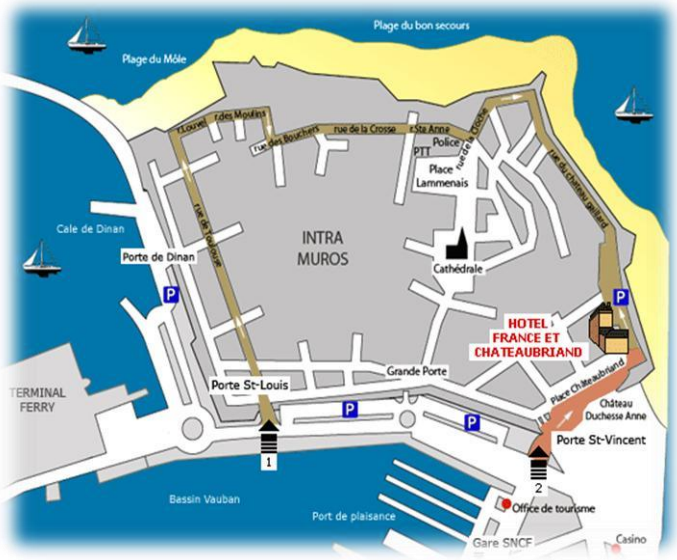
Samedi 26 Septembre 2015

Soirée de gala sur le thème de l'érotisme….

Jeudi 24 Septembre 2015 - 18H00

Hôtel France et
Chateaubriand (3 étoiles) 12,
place Chateaubriand
35412 Saint-Malo
Tel: 02 99 56 66 52

Veuillez indiquer lors de votre inscription au congrès, votre participation à l'assemblée générale – www.asexo.fr



« Je suis sexologue, mais je me soigne! »

Une pièce de, et avec, François Parpaix.
Mise en scène Bruno Chapelle

Vendredi 25 Septembre 2015 – 20H30

Amphithéâtre Maupertuis
Le Grand Large, Palais des congrès
1, Quai Duguay-Trouin
35400 Saint-Malo

Coût de la pièce: 20 €

Cette pièce est accessible également au non congressistes.

Places limitées.

Inscriptions : www.asexo.fr

Pourquoi cette pièce?

C'est une manière pour l'auteur d'alterner le tête à tête des consultations avec le souhait d'une prise de conscience plus collective :

le public.

Le choix du personnage?

Un sexologue comme personnage ce n'est pas banal, mais libère le spectateur, trop souvent pris pour cible, d'une identification trop explicite. Alors pour une fois…

Comment se déroule le spectacle?

Il s'agit d'un monologue sans entracte. Arrive sur scène, un homme à la fois embarrassé et furieux, se présentant comme sexologue. Il doit remplacer au pied levé un éminent confrère qui devait animer une conférence sur le couple. Très vite il dérape sur son propre parcours sexuel, sentimental et conjugal…

Après nous avoir révélé ses déboires d'homme, il nous raconte comment, lui et sa femme Natacha, ont tenté de relancer le désir dans leur couple en créant de l'intimité par une séduction au quotidien… jusqu'à la chute finale.

À travers l'itinéraire à la fois drôle et bouleversant d'un sexologue, le spectateur revisite son propre parcours sentimental, sexuel et conjugal au rythme des révélations, des pudeurs, des exaltations et des interrogations de cet homme. A chacun de redécouvrir l'importance d'une séduction au quotidien dans un couple. Le style est vif, plein d'autodérision, rythmé et convivial. quotidien dans un couple. Le style est vif, plein d'autodérision, rythmé et convivial.

Qui est François Parpaix?

François Parpaix est médecin sexologue, enseignant, conférencier, comédien et auteur de livres: «Pour être de meilleurs amants», coauteur du «Petit Larousse de la sexualité», d'articles et de deux pièces: «Je suis sexologue mais je me soigne» 2010 et «Les sextoys de monsieur Jean» 2012.

Samedi 26 Septembre 2015 – 20H30

Le Grand Large, Palais des congrès
1, Quai Duguay-Trouin
35400 Saint-Malo

Les temps forts de la soirée sous le thème de l'érotisme

Avec vue imprenable sur la mer
Le repas sera assuré par le traiteur bio « La cale Gourmande »
Concert live avec le groupe jazz Comik Strip (chant – guitare)
Soirée dansante avec DJ
Remise des prix « Posters étudiants » Et d'autres surprises…