Santé Sexuelle

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

Dans ce numéro

- *Editoriale :* **Elizabeth LE COGUIC**
- *Omaggio Maryvonne Desbarats*

  Michèle BONAL et Elizabeth GUILLEBAUD
- *Terapia Sessocorporea e Farmacologica:*

Strategie per una sinergia efficace nel deficit erettivo

Roberto TODELLA
- *Trauma, dissociazione e neuroterapie*

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

  Intervista **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

Joëlle GOURIER : mise en page

EDITORIALE

Ai lettori e ai membri I.S.I.

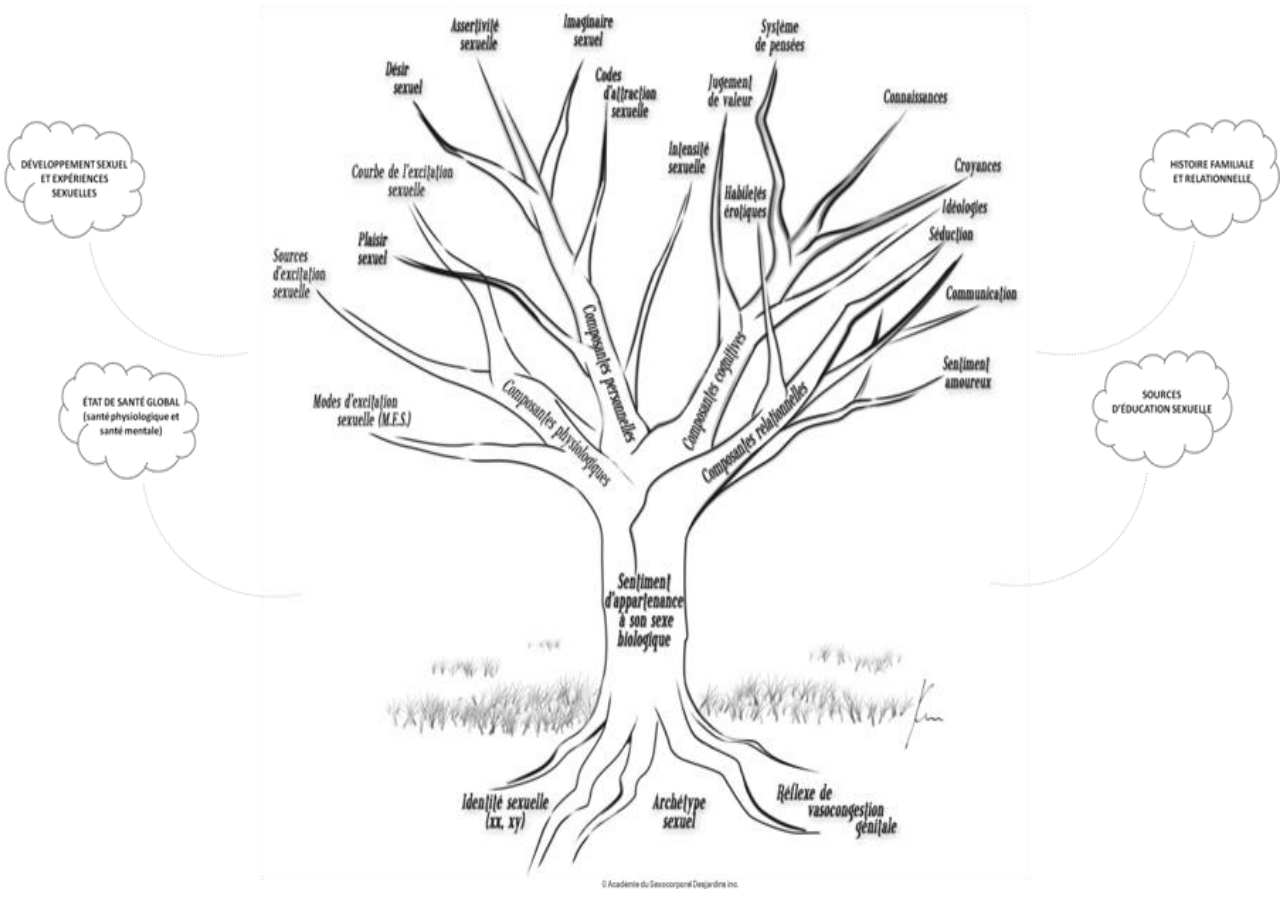
Il nostro desiderio di proporre una rivista tematica è molto complicato, ma siamo lieti di offrirvi almeno articoli di qualità, questa volta provenienti dalle relazioni tenute durante i giorni della ISI, a Montreal con l'articolo di Gina Rubini e a Sanremo con l'articolo di Roberto Todella. Permettetemi di fare un saluto al volo all'assiduo gruppo degli italiani che, anche se pochi di numero, rimangono un sostegno affezionato, attraverso, soprattutto, la regolare partecipazione di Patricia Guerra che fornisce gentilmente la traduzione italiana da molti anni.

Allo stesso modo le presentazioni de casi clinici che mettano in risalto la logica del sistema sono ancora un pio augurio… e vorrei vivamente invitarvi ad inviarcene: Il Sexocorporel può rimanere vivo, evolvere e approfondirsi attraverso le nostre esperienze e la condivisione delle nostre domande nella realtà delle nostri studi professionali.

Noterete qui, il legame con pratiche diverse dal Sexocorporelle –la gestione dello stress post-traumatico (Gina Runini) e l'uso congiunto di farmaci e del Sexocorporel (Roberto Todella) - che ha il suo posto nel Modello di Salute Sessuale : non si può pretendere di trattare, arricchire, nutrire tutti i rami dell'albero con il solo Sexocorporel, a meno che il mettere gli altri approcci in vista non costituisca proprio la sua originalità.

D'altronde, questo legame è stata coltivato da molto tempo grazie alle interviste realizzate da Isabelle Chaffaï con chi pratica il Sexocorporel, provenienti da orizzonti differenti e che ci dicono come hanno integrato il Sexocorporel con la loro formazione di base.

Elizabeth Le Coguic



Omaggio a Maryvonne Desbarats

Maryvonne, lo spazio di un week-end, e te ne sei andata, lasciandoci storditi per una scomparsa così rapida: tu eri lì e non ci sei più, come una maga, può essere una strega la piccola signora vestita di nero ?, scomparsa in una nuvola di fumo . Lasci ciascuno di noi con appuntamenti mancati, e compiti da realizzare senza di te ... come una spinta a continuare la nostra vita, il nostro lavoro comune, il nostro ideale umanista nel campo della sessuologia.

Con il tuo insegnamento hai combattuto contro l'ignoranza e l'oscurantismo responsabile della sofferenza sessuale, fedele a te stessa e a ciò che ti avevano insegnato, e coraggiosamente rispetto alle figure professionali talvolta ostili alla presa in carico sessuologica.

Nel numero speciale di gennaio 2013 della rivista Salute Sessuale abbiamo intitolato l'articolo scritto a più voci in omaggio a Jean Yves Desjardins "Parole miste a sofferenza ". Questo è il ricordo che ho di te: le nostre parole che si mescolano durante l'insegnamento, nell'animazione dei gruppi, nel lavoro di scrittura. Sei stata una partner esigente ed esasperante, spesso in contropiede o argomentando contro, rilanciando instancabilmente le nostre riflessioni con racconti clinici, citazioni, storie di vita quotidiana. Abbiamo anche condiviso co-terapie con pazienti uomini o donne in difficoltà e tu avevi una tenacia piena di energia nel guidare e sostenere il lavoro terapeutico.

E' la stessa tenacia che hai usato per tenerti in vita fino alla fine, facendo come un giro d'onore eroico, nei differenti luoghi e nei gruppi in cui amavi insegnare: nonostante un viaggio rischioso ci hai tenuto ad essere presente alle giornate ISI a Montreal nel settembre 2014.

Così oggi, è con semplicità ed emozione che cerchiamo di ritrovarti un po' attraverso quest' omaggio, in modo che possiamo custodire una traccia della professionista e dell' amica che sei stata per ciascuno di noi.

Occhi pieni di luce fino al punto da non vederne il colore
Le palpebre abbassate, stile fortino, a volte
Gli occhi strizzati pieni di tenerezza
La curiosità nello sguardo, l'abbraccio
Lo sguardo lontano e così vicino all'intimo
Maryvonne, sottile nel legame, la presenza
Senza compromessi
Calda
Ruvida
Dalla voce così dolce
Timida

Potente
Amica tenera, incondizionata, esigente
Scorbutica per partito preso eppure così aperta
salda, là, presente

facendosi anche in quattro se necessario ai suoi occhi
tenera, così tenera, piena di affetto per la sua famiglia, così commossa dai suoi nipoti, stupita,
nell'esaltazione di condividere con loro la vita, la fortuna vita insieme
Determinata , fino alla fine
diritta, in piedi, affettuosa
amata

Poesia scritta da Nicole Sarradon

Maryvonne era una psicologa clinica e sessuologa. Ha insegnato la sessuologia in Francia all'Università Paul Sabatier di Tolosa e anche in Europa (Svizzera, Belgio e Austria).

Maryvonne era uno spirito militante, un retaggio familiare, ricco di valori umanistici, che l'avevano portata nella sua vita ad essere coinvolta nella vita associativa, in particolare nel mondo associativo della Sessuologia. E' stata in successione una dei primi membri della AIHUS, Association Inter Hospitalo Universitaire de Sexologie ("Ha fatto parte del nostro gruppo dall'inizio della sessuologia", precisa Mirella Bonierbale, presidente della AIUS) e poi membro del Consiglio d'amministrazione e segretaria del Cifres, Centro Internazionale della Formazione e della Ricerca in Sessuologia poi membro fondatrice della Asclif, Associazione di sessuologi clinici francofoni, e, infine, uno dei membri fondatori dell' ISI, Istituto Sexocorporel Internazionale Jean Yves Desjardins.

L'essere umano inteso nella sua complessità l'ha interessata e ha suscitato la sua curiosità per tutta la vita: ha aderito all'idea di un approccio integrato della persona in tutte le sue dimensioni.

Dopo la laurea in psicopatologia clinica presso l'Università di Aix Marseille, si è trasferita nel Gers, dipartimento che amava, dove amava tornare a rilassarsi e ritrovare i suoi ricordi di giovane madre.

Si era poi trasferita a Tolosa per esercitare la sua professione di psicologa presso il Centro ospedaliero specialistico Gérard Marchant. Nel 1989 su consiglio del suo amico marocchino Bob Harakat allora giovane studente di psicologia, si è iscritta al Diploma Universitario in Sessuologia Clinica; fa parte di tutte le prime

promozioni di questo diploma, diploma che all'epoca era retto dal professor Francesco Pontonnier, urologo, Michele Bonal, Catherine Cabanis e Réjean Tremblay.

Nel 1993 aveva conseguito un DEA, Diploma di Studio Applicato di psicopatologia all'Università di Mirail, che l'aveva portata ad ottenere un 'incarico nel Servizio Medico Regionale del Penitenziario (SMPR). Nel frattempo aveva sviluppato la sua attività professionale come sessuologa al Centro di consultazioni sessuologiche della via delle Arti a Tolosa.

Oltre alle sue attività professionali, Maryvonne comunica, anima seminari e insegna.

Infatti, Maryvonne aveva investito enormemente nella sua vita professionale e ha voluto trasmetterlo.

Aveva una curiosità clinica e intellettuale che sarà presente fino alla fine. Le piaceva fare ricerca e condividerla con il suo ambiente professionale. Si nutriva di letture, era attenta agli ultimi sviluppi e all'attualità. Molti ricorderanno Maryvonne che arrivava per i suoi interventi, con la sua pesante borsa, a tracolla, in cui aveva fatto scivolare non solo i suoi appunti, ma i suoi libri, i suoi documenti e i suoi recenti articoli relativi all'argomento da trattare. Spesso usava l'umorismo con il suo pubblico e guardava con un occhio distratto i suoi appunti sparsi davanti a lei, tanto possedeva l'argomento.

Maryvonne ha utilizzato tardi le diapo come strumento, aveva cominciato a prenderci gusto!!!

Maryvonne è stato una pioniera. I suoi anni nell'ambiente del carcere e il suo doppio ruolo di psicologa e sessuologa la portarono a interrogarsi sul comportamento degli aggressori sessuale (autori di violenze sessuali) e a cercare di capire la logica del loro sistema. Si interesserà anche delle vittime. E' stato un primo ambito di lavoro che la appassionerà ("Avrà indicato la via perché la sessuologia gradualmente diventasse essenziale nella presa in carico delle violenze sessuali", ha detto la Dottssa Marie Laure Gamet che ha condiviso con lei questa riflessione).

Svilupperà un secondo ambito di lavoro, concentrandosi sullo sviluppo psicosessuale dei bambini e degli adolescenti partendo dal lavoro di Piaget. Il suo ruolo di nonna arricchirà questa riflessione.

Queste 2 linee di lavoro saranno arricchite dall'incontro con Jean Yves Desjardins, con il quale si formerà nel Sexocorporel, con Lui ci saranno scambi per alimentare in particolare la sua ricerca sul meccanismo della compulsività. Sarà molto colpita dalla sua morte e continuerà con le formazioni come formatrice per trasmettere ciò che Jean Yves Desjardins aveva sviluppato, il Sexocorporel.

Tra i corsi che ha tenuto, oltre ai corsi sulle violenze sessuali e lo sviluppo e psicosessuale del bambino e dell'adolescente, le piaceva anche occuparsi di desiderio sessuale, sentimento d'amore e di coppia.

Le testimonianze ricevute quando è morta, hanno espresso molta gratitudine, hanno rivelato il suo lato generoso e l'attenzione che aveva per altri.
Grazie con tutto il cuore, Maryvonne

Elizabeth Guillebaud, Michèle Bonal

Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité

TERAPIA SESSOCORPOREA E FARMACOLOGICA: STRATEGIE PER UNA SINERGIA EFFICACE NEL DEFICIT ERETTIVO

Abstract

La funzionalità erettiva rappresenta una componente determinante nel sentimento di appartenenza al sesso maschile. Di conseguenza, quando è presente un deficit erettivo, la sua risoluzione è sempre un passaggio fondamentale della terapia sessuologica.

L'approccio sessocorporeo, attraverso la valutazione sessuologica, consente di definire una strategia terapeutica precisa ed efficace che, a partire dal problema presentato, tiene conto della logica del sistema, dei suoi limiti e linee di forza. Durante il percorso terapeutico, in determinati casi, può essere utile integrare altri strumenti, come ad esempio i farmaci inibitori delle fosfodiesterasi tipo 5 (PDE5i), entrati ormai da molti anni nella terapia della disfunzione erettile.

Per contro, quando nei soggetti con deficit erettivo la terapia farmacologica viene utilizzata da sola, in molti casi la sua efficacia risulta solo parziale o del tutto assente. Questo accade perché il farmaco, per agire con successo, deve essere utilizzato in un contesto adeguato rispettando determinate condizioni. Un intervento sessocorporeo preliminare è in grado di creare quelle condizioni necessarie affinchè il farmaco possa agire efficacemente.

Il farmaco contribuisce a raggiungere e mantenere più facilmente l'erezione, di conseguenza si riduce l'ansia da prestazione e i suoi effetti dannosi sulla risposta eccitatoria e sulla percezione del piacere.

Il miglioramento dell'erezione e la riduzione dell'ansia così ottenuti creano condizioni più favorevoli per un ulteriore utilizzo della terapia sesso corporea consentendo di proseguire e completare il percorso di crescita nella direzione della salute sessuale.

La sinergia positiva quindi è rappresentata dalla reciproca influenza che i due strumenti possono esercitare se, come vedremo, vengono correttamente proposti e utilizzati.

Introduzione

La maggior parte dei pazienti che oggi si rivolgono al sessuologo clinico per una difficoltà erettiva hanno già provato a risolvere il loro problema con farmaci specifici (spesso auto prescritti, acquistati tramite internet o prescritti dal medico generalista) senza tuttavia aver ottenuto una risposta efficace. Demoralizzati e preoccupati, convinti che la gravità della loro condizione sia tale da renderli resistenti anche a farmaci così potenti, i c.d. soggetti "non-responders", si rivolgono al sessuologo come ultima spiaggia. Il lavoro terapeutico in questi può essere più difficile per la perdita di fiducia che manifestano ma è allo stesso tempo facilitato dalla consapevolezza che hanno di doversi mettere in discussione senza l'aspettativa magica di una soluzione immediata.

Dopo una valutazione sessuologica accurata che consente di individuare l'origine della mancata risposta e dopo un lavoro preliminare sulla funzione eccitatoria, è possibile riproporre il farmaco. Nella maggior parte di questi casi si ottiene una piena risposta che conferma l'efficacia del lavoro terapeutico sessocorporeo messo in atto e rinforza l'adesione del soggetto alle tappe successive.

La validità della sinergia tra farmaci e terapia sesso corporea si rivela anche nei pazienti con deficit erettivo (specialmente primario) che non hanno ancora assunto farmaci.

In tutte queste situazioni (deficit erettivi primari, secondari, soggetti che hanno già utilizzato i farmaci o non ancora), l'integrazione con gli inibitori delle PDE5 può dare un importante contributo consentendo di lavorare con un soggetto meno concentrato sulla risposta vaso congestizia, più rassicurato sul suo

sentimento di appartenenza e quindi più recettivo all'apprendimento e all'esperienza che il lavoro sesso corporeo gli offre nella direzione della salute sessuale.

Cosa è necessario per una sinergia efficace tra approccio sessocorporeo e terapia farmacologica:

una precisa valutazione sessuologica (della funzione eccitatoria in particolare) per individuare linee di forza e limiti del sistema
una precisa conoscenza dei farmaci (come funzionano, come devono essere utilizzati)
la definizione degli obbiettivi terapeutici
la definizione di una strategia terapeutica
la definizione degli strumenti terapeutici
una corretta scelta dei tempi (il *timing*): quando integrare il farmaco

La valutazione della funzione eccitatoria nella terapia integrata:

La prima tappa per una sinergia efficace è un'accurata valutazione della funzione eccitatoria. L'obbiettivo è individuare la presenza delle condizioni necessarie affinchè il successivo utilizzo dei farmaci possa avere effetto. Individuare i limiti e gli ostacoli e modificarli sarà la finalità del lavoro sessocorporeo preliminare.
Andranno valutate le seguenti componenti:

L' "eccitabilità" del soggetto:
Le sue fonti eccitatorie (compreso l'immaginario erotico)
I suoi codici di attrazione sessuale
La possibilità/capacità di accesso e utilizzo delle stesse nell'interazione sessuale

L'integrità e la qualità del riflesso vaso-congestizio:
La presenza di componenti ansiose che si esprimono con una maggiore tensione dei vasi sanguigni (ipertono adrenergico)
La presenza di fattori di rischio cardiocircolatori (ipertensione, fumo, dislipidemia, sovrappeso, sedentarietà, diabete, stress cronico) che inducono un danno endoteliale che ostacola la vasodilatazione
La presenza di patologie organiche (genitali, endocrine neurologiche) che con differenti meccanismi possono ostacolare la vasodilatazione
L'età del paziente (ridotta elasticità delle pareti vasali, ridotto tasso androgenico)

La gestione della risposta eccitatoria
La modalità e la curva eccitatoria, l'utilizzo del corpo e delle sue leggi (fluidità, diffusione, canalizzazione), il rapporto eccitazione/piacere

La funzione eccitatoria espressa nella dinamica di coppia
La possibilità di accesso e di utilizzo delle fonti e dei codici di attrazione nella sessualità con la partner
La comunicazione erotica e le abilità erotiche

L'atteggiamento e le opinioni del partner rispetto al problema sessuale, alla richiesta di terapia e all'eventuale utilizzo della terapia farmacologica

Una volta raccolte tutte le informazioni sopra elencate sarà possibile comprendere i motivi per i quali il farmaco, se è già stato utilizzato, è risultato parzialmente o totalmente inefficace. Sarà inoltre possibile definire il percorso sesso corporeo necessario affinchè il farmaco possa essere introdotto o reintrodotto con successo.

I farmaci PDE5i (sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil).

Cosa è necessario sapere per una efficace sinergia con la terapia sessocorporea:

Il meccanismo di azione:
sono farmaci che agiscono attraverso una inibizione enzimatica selettiva (si determina quasi esclusivamente sul tessuto erettile genitale) che favorisce e mantiene la vasodilatazione attivata dagli stimoli eccitatori.
facilitano quindi il raggiungimento e il mantenimento di una piena rigidità solo se preceduti e accompagnati da stimoli eccitatori efficaci.
di conseguenza non sono in grado di innescare autonomamente il riflesso vaso congestizio.
la loro efficacia non dipende dal desiderio sessuale che rappresenta un fattore favorente ma non sufficiente per la loro azione.

Differenze tra le diverse molecole (farmacocinetica):
Le molecole oggi disponibili (sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil) sono simili rispetto all'efficacia e alla maneggevolezza. La principale differenza è rappresentata dall'emivita (durata dell'effetto farmacologica) che è più lunga per il tadalafil (fino a 36 ore). Recentemente il tadalafil viene commercializzato anche con l'indicazione terapeutica per il trattamento dei LUTS (*Lower urinary tract symptoms*). Questa doppia indicazione può risultare utile nei casi in cui la problematica sessuale si accompagni a disturbi urologici prostatici.

Caratteristiche positive:
Elevata efficacia (dovuta all'elevata selettività)
Elevata maneggevolezza (facilità di uso)
Scarsi effetti collaterali
Buona sicurezza (limitate controindicazioni)

Gli inibitori delle fosfodiesterasi 5 sono quindi farmaci altamente efficaci, sicuri e facili da usare e di conseguenza ampiamente e universalmente utilizzati, spesso autoprescritti e senza un controllo medico che invece non dovrebbe mai mancare. Tuttavia vengono spesso utilizzati senza una adeguata conoscenza delle loro caratteristiche farmacocinetiche (dosi e tempi di assunzione) e del loro meccanismo di azione, compromettendone l'efficacia.

Principali cause della mancata o parziale risposta al farmaco:

Stimoli eccitatori inadeguati o assenti: è la principale causa della scarsa risposta. Spesso il farmaco viene prescritto senza precisare il suo modo di agire che è quello di "stabilizzare" l'erezione più che di indurla. Per entrare in funzione necessita quindi di stimoli eccitatori che siano in grado di avviare il riflesso vaso congestizio.
Livello dell'ansia troppo elevato. Anche in presenza di stimoli adeguati l'ipertono adrenergico che esprime l'ansia da prestazione si oppone alla vasodilatazione.
Conflittualità di coppia, ostilità della partner all'uso del farmaco che producono effetti negativi sul "clima" erotico e sul livello dell'ansia che impediscono al farmaco di agire.
Modalità di utilizzo del farmaco non corretta (tempo di inizio e durata dell'azione, rapporto col cibo).
Posologia non adeguata. Solo attraverso una precisa valutazione delle diverse componenti della risposta eccitatoria e degli ostacoli alla stessa si potrà individuare il dosaggio più adatto e modificarlo in base all'andamento della terapia.

La maggior parte dei casi nei quali la risposta al farmaco è stata insufficiente è dovuta al "timing" errato: il farmaco, spesso utilizzato al di fuori di un percorso terapeutico, viene prescritto prima di ottenere le condizioni necessarie alla sua azione.
In altri casi, se pure utilizzato in condizioni non del tutto favorevoli, si può ottenere una risposta positiva al

Farmaco che però col tempo viene a ridimensionarsi o a perdersi completamente. Questo accade in quanto il beneficio ottenuto non viene sostenuto da un percorso di consapevolezza e di crescita per il quale è indispensabile un lavoro sessuologico più articolato.

Uso delle tecniche sessocorporee per ottimizzare l'efficacia dei farmaci inibitori delle PDE5

Attraverso una attenta valutazione sessuologica il terapeuta può individuare la presenza o l'assenza delle condizioni necessarie ad attivare i farmaci inibitori delle PDE5 e comprendere i motivi che li hanno resi inefficaci se precedentemente utilizzati.
Prima di proporre o riproporre la terapia farmacologica andrà quindi svolto un lavoro sessocorporeo preliminare con i seguenti obbiettivi:

Costruire un'alleanza terapeutica: (adesione cognitiva al progetto terapeutico) mediante un'accurata spiegazione del meccanismo di azione del farmaco e di conseguenza delle motivazioni che lo hanno reso inefficace.
Ridurre il livello dell'ansia da prestazione (ristrutturazione cognitiva rispetto alla funzione eccitatoria, gestione delle componenti emotive)
rendere maggiormente consapevole il soggetto della sua eccitabilità (consapevolezza delle fonti, codici di attrazione e immaginario erotico)
Facilitare l'accesso a stimoli eccitatori efficaci (favorire l'autocentratura)
Rendere la dinamica relazionale più favorevole: adesione della partner al progetto terapeutico, migliorare la comunicazione e l'interazione erotica (la disponibilità della partner a partecipare/ collaborare al percorso terapeutico è utile ma non indispensabile).

Quando i suddetti obbiettivi saranno raggiunti il farmaco potrà essere prescritto e utilizzato (importanza del "timing" terapeutico) e potrà contribuire significativamente al raggiungimento e al mantenimento dell'erezione.

La sinergia positiva: l'utilizzo della terapia farmacologica favorisce il successivo percorso terapeutico sessocorporeo

La maggiore rapidità della risposta vaso-congestizia e la maggiore stabilità ottenute con il supporto farmacologico ridimensionano rapidamente l'ansia da prestazione.
Inoltre, specialmente quando la terapia farmacologica è protratta nel tempo, il soggetto avverte un miglioramento delle erezioni notturne e delle erezioni al risveglio (o una possibile ricomparsa se erano sparite), dovuti ad una migliorata elasticità delle pareti vascolari. E ancora una maggiore responsività nell'attività autoerotica o a seguito di stimoli eccitatori occasionali. Verrà così alimentata una maggiore fiducia nella possibilità di recuperare una valida erezione e nell'efficacia della terapia.
L'atteggiamento più positivo consentirà al soggetto di focalizzare maggiormente l'attenzione sugli stimoli sensoriali in grado a loro volta di mantenere una buona eccitazione.
La stabilità dell'erezione conseguente all'effetto sinergico tra il farmaco e il maggiore accesso agli stimoli eccitatori, favorirà le tappe successive del percorso terapeutico.
Sarà allora più facile lavorare sulla gestione della risposta eccitatoria (fluidità, diffusione, canalizzazione) mediante le tecniche sesso corporee e raggiungere i diversi obbiettivi (in termini di appropriazione ed erotizzazione fallica, intrusività, intensità sessuale, erotizzazione del femminile, ecc.) emersi dalla valutazione del sistema del paziente, dalle sue linee di forza e dai suoi limiti.

Come utilizzare i farmaci

Si possono distinguere due modalità:

Utilizzo al bisogno ("on demand")
Utilizzo continuo

Entrambe le modalità possono essere utilizzate, tuttavia la seconda (somministrazione quotidiana di ridotta quantità di farmaco) si adatta maggiormente al percorso terapeutico sessocorporeo. La somministrazione giornaliera mantiene un effetto costante che consente di svincolare l'assunzione del farmaco dal momento del rapporto sessuale.

Si vengono così a creare delle condizioni particolarmente favorevoli per indirizzare l'attenzione del soggetto all'acquisizione di nuove esperienze sensoriali ed emotive stimolate dal lavoro sessocorporeo.

Per quanto tempo utilizzare i farmaci

Nella maggior parte dei casi quando il percorso sessocorporeo si è completato con successo l'utilizzo del farmaco diventa superfluo.
Talvolta è il paziente stesso che autonomamente lo sospende, altrimenti la sospensione verrà valutata e attuata nei tempi e nei modi più opportuni, differenti da caso a caso, in base all'andamento e alla fase del percorso terapeutico.

Si potrà verificare:

Interruzione completa
riduzione del dosaggio
riduzione della frequenza delle assunzioni

Nei casi in cui è presente una significativa componente organica che ostacola la risposta vaso-congestizia (danno vascolare) può essere indicato il mantenimento a tempo indeterminato della terapia farmacologica, anche quando il lavoro sessocorporeo si è concluso positivamente.

Situazioni cliniche di frequente riscontro nelle quali può essere indicata la terapia integrata sessocorporea e farmacologica:

Deficit erettivi primari: (*lifelong*):

Si tratta spesso di soggetti relativamente giovani con un sentimento di appartenenza al proprio sesso biologico poco strutturato, con una appropriazione ed erotizzazione fallica limitata. In questi casi il percorso terapeutico è più lungo e articolato (sviluppo della funzione eccitatoria, centratura, assertività, erotizzazione del femminile, ecc.). L'introduzione del farmaco richiede un attento lavoro preparatorio in quanto una mancata risposta renderebbe più difficile recuperare la fiducia e l'adesione al progetto terapeutico. L'uso in questi casi è prevalentemente "in continuo", a fronte di un percorso più lungo che prescinde dalla dinamica relazionale, concordato col paziente.

Deficit erettivi secondari (*acquired*):

Ampia varietà di situazioni: spesso soggetti più avanti negli anni dove concorrono alla problematica sessuale fattori di rischio cardiocircolatori e abitudini di vita sfavorevoli (fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso, diabete, ipertensione, dislipidemia, ecc.). In molti casi si evidenziano dinamiche relazionali conflittuali o il timore, all'inizio di una nuova relazione, di non essere all'altezza delle aspettative della partner. Anche in questi casi il farmaco deve essere introdotto dopo aver ridimensionato le condizioni sfavorevoli (sia

individuali che relazionali quando presenti). E' preferibile un utilizzo del farmaco "in continuo" ma viene spesso proposta la modalità "on demand" specie se l'attività sessuale è occasionale o poco frequente.

Inattività sessuale protratta nel tempo:

Soggetti che hanno da lungo tempo interrotto l'attività sessuale (per mancanza reale o di disponibilità della partner o per preesistenti problemi disfunzionali), specialmente se avanti negli anni, nei quali il supporto farmacologico ha un significato "riabilitativo", sia dal punto di vista organico (ridotta funzionalità vascolare) sia psicoemotivo (timore di aver perso la capacità eccitatoria). In questi soggetti è particolarmente utile il miglioramento che si ottiene delle erezioni notturne e al risveglio e la maggior reattività agli stimoli in quanto rappresentano un importante segnale di "risveglio" che favorisce il percorso terapeutico.

Presenza di componenti organiche significative che interferiscono con la risposta vaso-congestizia, specialmente in soggetti avanti negli anni. L'uso della terapia farmacologica può essere indispensabile per ridimensionare il danno organico ed ottimizzare così il percorso sessocorporeo.

Riassumendo…

La sinergia tra l'approccio sessocorporeo e la terapia farmacologica del deficit erettivo si definisce in quattro momenti:

Accurata valutazione della funzione eccitatoria: consente di individuare i limiti e le linee di forza dell'eccitazione stessa

Miglioramento dei limiti della funzione eccitatoria:
ampliare l'eccitabiltà del soggetto con una maggiore consapevolezza e facilità di accesso alle proprie risorse eccitatorie e quindi una maggior probabilità di attivare una risposta fisiologica vaso-congestizia
ridurre la componente ansiosa
modificare le distorsioni cognitive (i modelli sessuali dei media)
Intervenire sulle dinamiche di coppia quando conflittuali od ostili alla terapia

Introduzione del farmaco: i risultati ottenuti dal lavoro sessocorporeo preliminare consente ai farmaci di poter agire efficacemente sulla risposta vaso-congestizia ottenendo una maggiore rigidità e di conseguenza una stabilità dell'erezione stessa (attivazione del meccanismo veno-occlusivo).

Completamento del percorso sesso corporeo: la riduzione dell'ansia conseguente alla stabilità dell'erezione favorirà l'attenzione del soggetto sulle componenti sensoriali ed emotive (il piacere) che a loro volta alimentano e incrementano la risposta eccitatoria consentendo agli strumenti sessocorporei di operare più agevolmente verso il raggiungimento degli obbiettivi terapeutici stabiliti.

Conclusioni

I buoni risultati terapeutici ottenuti nelle disfunzioni erettive attraverso la sinergia tra la terapia farmacologica e l'approccio sesso corporeo confermano, oltre alla sua efficacia, anche la possibilità di una positiva integrazione con altri strumenti.
Attraverso una completa e precisa valutazione sessuologica e l'inquadramento della sessualità come sistema è possibile individuare con precisione il momento e il modo di integrare i farmaci nel percorso terapeutico avviato. In questa maniera i due strumenti, utilizzati da terapeuti preparati, si integrano perfettamente e

consentono di ottenere migliori risultati rispetto ad un uso dissociato.
Conoscere le tecniche sesso corporee e le caratteristiche farmacodinamiche degli inibitori delle PDE5 sono il prerequisito necessario per una efficace sinergia.
Analoghi risultati possono essere ottenuti anche con altre categorie di farmaci utilizzati nelle disfunzioni sessuali (ad esempio i serotoninergici nella terapia del controllo eiaculatorio) in quanto la sinergia trova nella grande specificità e flessibilità dell'approccio sesso corporeo le migliori garanzie di risultati.

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 **HYPERLINK "http://94.198.98.159/doi/10.1111/jsm.2014.11.issue-6/issuetoc"**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 **HYPERLINK "http://94.198.98.159/doi/10.1111/jsm.2012.9.issue-9/issuetoc"**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 **HYPERLINK "http://94.198.98.159/doi/10.1111/jsm.2011.8.issue-12/issuetoc"**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 **HYPERLINK "http://94.198.98.159/doi/10.1111/jsm.2014.11.issue-6/issuetoc"**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

Dr. Roberto Todella

Medico – Psicoterapeuta

Sessuologo Clinico

Spec. in ginecologia

Presidente C.I.R.S. (HYPERLINK "http://www.cirs-online.it/"*www.cirs-online.it)*

Studio: Piazza Paolo da Novi 7-1 - 16129 Genova

Abitazione: Via Gropallo 4-27A - 16122 Genova

010-588387 cell: 3384404130

HYPERLINK "mailto:todella@tin.it"todella@tin.it

Centro Interdisciplinare

Ricerca e Formazione in Sessuologia

HYPERLINK "http://www.cirs-nline.it/"www.cirs-nline.it

Gina Rubini M.A. sessuologa clinica e psicoterapeuta in collaborazione con il Dr Edouard Beltrami , psichiatra e sessuologo emerito

Trauma, dissociazione e neuroterapie

Riassunto della conferenza dell'ISI (Istituto di Sessocorporeo Internazionale)

6 settembre 2014

Montreal

Trauma, dissociazione e neuroterapie

Con il DSM-5, ci sono stati, secondo molti esperti in trauma come Bessel Van der Kolk (2013), alcuni miglioramenti nei criteri di inclusione dello Stress post-traumatico, nonostante le riserve significative secondo cui non si è andati abbastanza lontani. Tuttavia, la stragrande maggioranza dei nostri clienti affetti da shock emotivo non rispondono a questi criteri troppo ristretti in DSM5.

Inoltre, Kolk (1994-2014) ha descritto in'' The body keeps the score " come il trauma viene riprodotto nel corpo attraverso il dolore, l'ansia, la depressione, le malattie ecc. Il corpo memorizza le reazioni fisiologiche vissute durante il trauma. Se la persona non ha potuto dare spazio a queste risposte fisiologiche durante l'evento, queste rimangono intrappolate nel corpo fino a quando non sono indirizzati verso approcci corporei, sensorio motori, e neuro terapici come EMDR, e non solo verbali come descritto dallo psichiatra David Servan Schreiber nel suo libro Guerir.

Aiutare il cliente a tollerare le reazioni fisiologiche vissute durante il trauma pur rimanendo nel proprio corpo diventa un obiettivo importante. Sappiamo che la maggior parte degli stress post-traumatici genera una dissociazione tra il corpo e la mente (freeze o fold response). Questo meccanismo di protezione non è efficace nel lungo termine, perché, ogni volta che la persona ricorda o rivive parti del suo trauma, il cervello reagisce allo stesso modo, anche quando non è più in pericolo.

Ecco una sintesi della presentazione fatta al Congresso del Sexocorporel International (ISI), tenutasi a Montreal il 6 settembre scorso. Lo scopo della presentazione è stato quello di fare con una prospettiva diversa, una rapida panoramica dello stress post-traumatico, della dissociazione e delle piste di trattamento. Il nostro obiettivo era di fare conoscere i fattori di rischio e i fattori protettivi nello stress post-traumatico, ricordare le specificità della dissociazione e gli strumenti per quantizzarlo, e far conoscere le neuroterapie.

Tre tipi di stress traumatico

Kolk (2013) è molto chiaro sul fatto che per lui, ci sono tre tipi di stress traumatico: semplice, complesso e misto. Semplice comprende UN evento e un individuo senza disturbo di personalità. Costui avrà flashback, ricordi e incubi. In FMR (risonanza magnetica funzionale), l'Amigdala è attiva. Possono essere un trauma di guerra, un incidente ecc. Secondo Francine Shapiro, fondatrice dell'approccio di EMDR nel 1987, questo tipo di trauma può essere trattato con una sessione di EMDR . È interessante notare che il processo terapeutico può includere diverse sessioni di preparazione.

Per quanto riguarda lo stress traumatico complesso, esso include molteplici traumi nell'infanzia o micro traumi che, secondo la letteratura, ha un impatto sullo sviluppo dei disturbi di personalità. Alla FMRI il cervello frontale blocca il pensiero logico, come se la persona fosse ancora in grande pericolo. I lobi frontali inibiscono tutto per far posto al sistema di emergenza, come il sistema simpatico, e gli ormoni dello stress come il cortisolo aumentano. La persona si trova in condizioni di stress, anche se il pericolo non proviene

dall'esterno. Lo Stress traumatico misto è una combinazione di entrambi i tipi. Ci sono fattori di rischio e protettivi prima dell'evento, durante l'evento e dopo l'evento.

Fattori di rischio e di protezione dallo stress post-traumatico

Fattori di rischio pre-esistenti all'avvenimento

Sesso femminile (rispetto agli uomini, la frequenza e la gravità del PTSD rimangono di più nelle donne) Storia di un trauma o la giovane età nel momento dell'evento traumatico. Maltrattamenti infantili o difficoltà di adattamento
Storia di disturbi psichiatrici
Storia familiare di disturbi psichiatrici
Ambiente difficile, basso livello d'istruzione

Fattori di protezione pre-traumatici (prima dell'evento)
Strategie di gestione dello stress
Personalità resistenti allo stress
La fiducia nella propria capacità di reagire
Precedente esperienza o una formazione adeguata

Fattori di rischio peri-traumatico (durante l'evento)
Natura del trauma (aggressione fisica).
Gravità o cronicità del trauma.
La gravità dei sintomi acuti o della reattività fisiologica (aumento della frequenza cardiaca e reazione di allarme).
Episodio dissociativo al momento dell'evento traumatico.
Sensazione d'impotenza o di perdita di controllo.Rischio di morte

Fattori protettivi peri-traumatico

Presenza versus dissociazioneSostegno positivo dell'ambiente

Fattori di rischio post-traumatico (dopo l'avvenimento)

La mancanza di sostegno sociale.
Vergogna, colpa o mancanza di rassicurazione.

Fattori di stress secondari relativi al recupero (trauma secondario).

I fattori di stress nella vita quotidiana

Fattori di protezione post-traumatico

Supporto sociale positivo ad esempio "mi credono"
Stile di vita sano ad esempio: non abuso di sostanze

La Dissociazione

Putnam (1997) afferma: "La fuga quando non c'è fuga". La mia traduzione libera: **Un'uscita quando non c'è nessuna uscita**!

Definizione

Secondo il DSM-IV-TR (APA 2000): La dissociazione è una "*rottura di funzioni solitamente integrate della coscienza, della memoria, dell'identità o della percezione dell'ambiente* ." Secondo Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006) si tratta di una "*mancanza d'integrazione di due o più sottosistemi psicobiologici di personalità, come l'intero sistema, questi sottosistemi avvallano perlomeno un senso di Sé rudimentale* »

Le cause

La causa più comune di sviluppo di un disturbo dissociativo è il ripetuto abuso fisico, sessuale o di altro tipo (Putnam, 1985). In un contesto di traumi cronici e gravi nell'infanzia, la dissociazione può essere considerata adattativa perché riduce il disagio catastrofico creato dai traumi. Per contro, se la dissociazione persiste in età adulta, quando il pericolo principale non esiste più, ciò è poco adatto. L'adulto dissociato può disconnettersi automaticamente in situazioni percepite come di pericolo o minacciose senza darsi il tempo di stabilire se davvero ci sia un pericolo reale. Questo lascia la persona 'assente' in molte situazioni della vita quotidiana, senza la possibilità di proteggersi in un vero pericolo.

La dissociazione può verificarsi quando c'è stato un abbandono grave o un abuso senza evidenti abusi fisici o sessuali (Anderson & Alexander, 1996; West, Adam Spreng, e Rose, 2001). La mancanza di sostegno di uno o più membri della famiglia è un elemento importante che auenta molto lo stress.

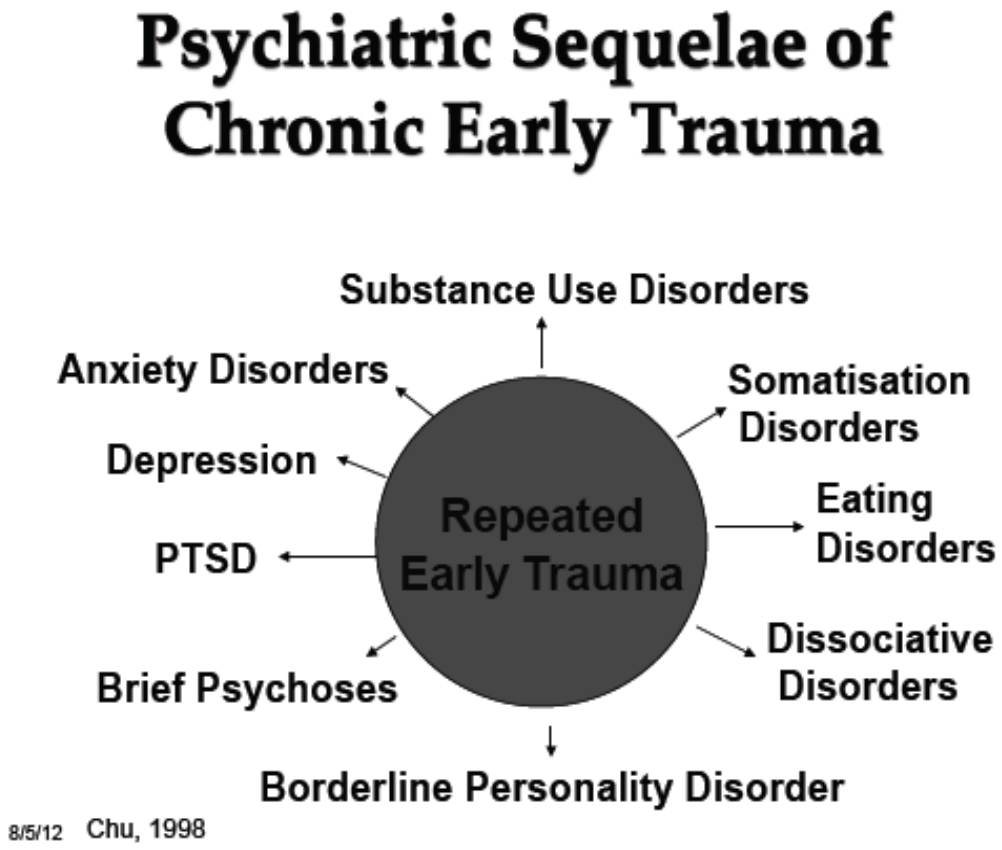
I bambini possono diventare dissociati in famiglia o rispetto ad un genitore che spaventa, è imprevedibile, dissociato esso stesso o invia messaggi contraddittori. (Blizard, 2001; Liotti, 1992, 1999a, b).

La prevalenza

Dopo un evento traumatico: il 73% degli individui esposti a un incidente traumatico sperimenterà stati dissociativi nelle ore, nei giorni e nelle settimane successive.

La prevalenza stimata è del 10% per tutti i disturbi dissociativi confusi nella popolazione generale (Loewenstein, 1994).

Nella rivista Depressione e Ansia (2011), è indicato che i disturbi dissociativi sono legati a una storia di traumi e a specifici meccanismi neuronali.



Ecco un quadro riassuntivo degli effetti di traumi ripetuti e cronici nell'infanzia. Notiamo che diverse diagnosi psichiatriche si fondano sullo sviluppo del bambino. Kolk (2013) fa un importante critica al DSM-5. Di qui l'importanza della conoscenze in neuroscienze sullo sviluppo della personalità.

Le neuroterapie

EMDR (Eye Movement Desensitization e Reprocessing) e l'IMO (Eye Movement Integration) non sono terapie verbali. Operano attraverso la stimolazione bilaterale. Inoltre, queste tecniche stimolano la regione del cervello responsabile tra l'altro della distinzione tra passato e presente, tra rischio e sicurezza ecc. Il Dr. Marco Pagani (2012), PhD Neurofisiologia e Medicina Nucleare del cervello, ricercatore senior presso l'Istituto di Scienze Cognitive e Tecnologie , CNR in Italia, ha fatto diversi ricerche sulla EMDR .

Ha constatato che dopo il completamento della terapia EMDR, gli eventi traumatici vengono integrati a livello cognitivo. L'attivazione cerebrale durante i movimenti bilaterali è associata a una significativa riduzione delle esperienze emotive negative.

David Servan-Schreiber, psichiatra spiega il principio: "*Se un evento doloroso è stato mal" digerito ", perché troppo violento, le immagini, i suoni e le sensazioni legate all'evento sono memorizzati nel cervello, pronto a riattivarsi con il ricordo del trauma. Il movimento degli occhi sblocca l'informazione traumatica e riattiva il sistema naturale di guarigione del cervello in modo che esso integri il lavoro. »*

EMDR

Francine Shapiro ha scoperto l'effetto benefico dei movimenti oculari durante una passeggiata nel parco nel 1987, mentre rimuginava su pensieri negativi. Da allora, ha ricevuto riconoscimenti per il suo contributo alla professione. Nel 1994, ha ricevuto il più grande premio scientifico negli Stati Uniti: il premio per il Distinguished Scientific Achievement in Psicologia. Poi, nel 2002, ha ricevuto il premio Sigmund Freud dalla World Association di Psicoterapia e dalla città di Vienna. L'organizzazione EMDRIA (EMDR International Association) esiste in tutto il mondo. (Emdr.org)

La terapia EMDR è ora riconosciuta come efficace per il trattamento dello stress post-traumatico, tra altri anche dal INSERM (Istituto Nazionale per la Salute e la Ricerca Medica) e APA, Associazione Psichiatrica Americana dal 2004.

Un elemento chiave che il dottor Beltrami ed io abbiamo notato con i pazienti psichiatrici è che la fase due del protocollo EMDR è fondamentale! Il cliente deve avere fiducia. Il clima dovrebbe essere calmo e tranquillo (ad es. garantire una visuale rassicurante) e il sistema parasimpatico deve essere predominante, con una capacità di autoregolazione da parte del cliente. Questa preparazione deve essere raggiunta prima di iniziare il trattamento.

IMO (Integrazione attraverso il movimento degli occhi)

La sua origine è diversa dalla EMDR. Questo approccio viene dalla PNL Programmazione Neuro Linguistica degli anni 1970. Richard Bandler e John Grinder si basano sul modello di Milton Erickson (ipnosi), Virginia Satir e Fritz Pearls. Robert Dilts, un pioniere in PNL, originariamente soprannominato il "Eye Movement Pattern interruption" nel 1981.

Connirae e Steve Andreas "Eye Movement Integrator" e "Eye Movement Integration" nel 1989. Infine, Danie Beaulieu PhD, in Quebec, ha scritto il primo libro sulla IMO e sui protocolli dopo l'incontro con Andreas nel 1993. A nostra conoscenza, è l'unica formatrice in Quebec. Per ulteriori informazioni: academieimpact.com.

Secondo questo approccio, è importante la direzione dell'occhio nel campo visivo in combinazione con il movimento bilaterale. A nostra conoscenza, ci sono protocolli specifici, che comprendono almeno 22 segmenti di movimenti oculari. Questi sono eseguiti in tutto il campo visivo del cliente e adattati al cliente. Quest'approccio utilizza i movimenti oculari SPEM (lenti) a differenza della terapia EMDR che utilizza il movimento REM (Rapid Eye Movement).

A nostra conoscenza, i due approcci possono essere utili nelle seguenti aree d'intervento:
Settori di intervento per questi approcci

PTSD stress post traumatico

TRAUMA: ogni situazione in cui la persona si sentiva impotente e da cui continua ad essere perseguitato (insonnia, flash, pensieri ossessivi e ricorrenti) senza necessariamente soddisfare tutti i criteri del DSM.

MICROTRAUMI: qualsiasi esperienza che continua ad avere effetti negativi e ricorrenti sulla persona: separazione, infedeltà, lutto ecc.
PENSIERI NEGATIVI o LIMITANTI

FOBIE – ANSIA

A chi si rivolge

Bambini, adulti, anziani con sintomi nei campi d'intervento menzionati.

Formazione 2015

Il Dr. Édouard Beltrami ed io offriremo da una completa formazione di due giorni sulle neuroscienze, la sessuologia e il DSM-5 a febbraio 2015. Sul DSM5 poiché questo strumento è utile per comunicare con gli altri professionisti e con le compagnie di assicurazione. Gli psicoterapeuti si trovano di fronte ad una nuova classificazione diagnostica quando ricevono i pazienti in trattamento. Essi devono essere in grado di affrontare le differenti classificazioni. Per capire meglio la classificazione, i concetti base in neuroscienze sono utili per capire la formazione della personalità del bambino, le conseguenze degli abusi sessuali sulla sessualità adulta, i disturbi di personalità, le correlazioni endocrine dell'inizio di un amore romantico e le fluttuazioni ormonali, fino alla fase dell'attaccamento. Ci avvicineremo alle patologie del DSM-5 che hanno un impatto sulla sessualità fino alla dissociazione e agli strumenti del trattamento. Per informazioni: info@centre-imo.com

Ringraziamenti

Voglio ringraziare i miei colleghi e le amiche Lise Desjardins e Mélanie Tremblay con cui condivido dal 1995, la passione per il nostro campo di studio. Naturalmente l'equipe dell'ISI per l'a- pertura e la volontà di aumentare la conoscenza. Non posso ignorare, uno dei miei mentori che dal 1996 mi guidato e mi ha sostenuto e soprattutto che mi ha insegnato ad accogliere nuove idee e innovazioni, oltre a guidarmi sulla strada della dissociazione ... grazie Dr. Beltrami. Infine, ringrazio infinitamente Isabelle Chaffai e Joelle Gourier per questa grande opportunità e per la loro revisione di questo articolo.

Gina M. A. Rubini
in collaborazione con il Dr. Édouard Beltrami

Bibliografia

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.

KAROL BISCHOF

Intervista ISABELLE CHAFFAI

Quali sono i ponti, i legami, o come utilizza il Sexocorporel all'interno del suo lavoro?
Cognome: BISCHOF
Nome Karol
Anno di formazione: 2004 finora

Livello di formazione sessuologa clinica ISI, formatrice ISI

Intervista a cura di Isabelle Chaffaï (I CH)
alla Dottssa KAROL BISCHOF
nel mese di novembre 2014 a Zurigo.

ICH: Com'è venuta a conoscenza del Sexocorporel?
Peter Gehrig mi ha fatto scoprire il Sexocorporel. Mi ha sedotto il modo di integrarlo nel suo lavoro e mi ha invitato a conseguire la formazione. Grazie ad un po' di teoria e piccole dimostrazioni del basculamento del bacino, ho potuto aiutare un cliente con l'eiaculazione rapida in tre piccole sessioni – cosa che ha avuto un effetto molto seducente su di me. (E non mi ricordo di aver avuto un altro cliente in seguito con cui le cose siano state così facili!)

ICH: E come si è svolto l'incontro con Jean-Yves Desjardins?
Ho avuto l'opportunità di incontrare Jean-Yves alla formazione a Ginevra e a Parigi nel 2004, nei seminari Vivere in Amore e come supervisore a Zurigo. Mi ha profondamente colpito e mi ha cambiato la vita.

ICH: Qual è la sua professione?
Sono una sessuologa clinica e formatrice in Sexocorporel e ginecologa.

ICH: Che tipo di formazione Le ha dato il Sexocorporel nel quadro della sua professione?
In un primo momento ero una ginecologa. Oggi, dopo essere stata formata in più di 8 cicli di cicli di formazione in Sexocorporel sono una sesso terapeuta e formatrice in Germania e in Svizzera con Stephan Fuchs, Francesca Galizia e Peter Gehrig. Così il Sexocorporel ha completamente cambiato la mia professione. E 'diventato la mia professione.

ICH: Quali sono gli strumenti e / o le competenze acquisite durante la formazione, che sono utili nella sua professione?
L'insieme del Sexocorporel con il suo modo di sapere, sapere fare e sapere essere.

ICH: Che cosa l'ha spinta a proseguire la sua formazione al secondo livello?
Nella prima formazione, ho capito subito che quest'approccio mi si adatta molto meglio di altri approcci sessuologici che avevo imparato. Il Sexocorporel si basa sulla realtà fisiologica e offre strumenti potenti.

ICH: E che cosa Le ha offerto questo secondo livello e come lo utilizza nel suo lavoro?
Gli obiettivi del secondo livello sono l'apprendimento della lettura corporea come uno strumento essenziale per il lavoro sesso corporeo come terapeuta e come formatrice, e la riflessione sulla propria logica del sistema. Queste abilità possono sempre essere approfondite, quindi questo apprendimento per me non è finito al secondo livello - si tratta di un processo in divenire.

ICH: il terzo livello le ha permesso di completare quelle conoscenze Cos'ha apportato come approfondimento?
Il terzo livello indirizza alla comprensione della logica del sistema delle persone e della formazione, quindi anche per me: necessario e un processo continuo.

ICH: Quale sarà la sua parola finale?
Auguro a tutti i lettori e a tutte le lettrici di immergersi nel Sexocorporel, di lasciarsene coinvolgere, di promuoverlo, e infine di partecipare al suo sviluppo.

ICH:
Grazie per la sua partecipazione e le auguro un buon successo nella prosecuzione dei suoi progetti.

.