

Santé Sexuelle

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



Dans ce numéro

• **Editorial** : Elizabeth LE COGUIC

• **Hommage à Francesca Galizia Thiele**

Isabelle CHAFFAÏ et Dominique CHATTON

• **De la pulsion au sentiment**

Francesca SANTARELLI

• **La Thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ) et le bien-être sexuel : Les enjeux de l'attachement**

Paul S. Greeman et Marie-Ève Lapointe-Campagna

• **L'Intérêt du Sexocorporel dans d'autres professions :**

Interview de Stefan FUCHS (SF) à Zürich réalisée par Isabelle CHAFFAÏ (IC)



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

Veillez 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

LE TOURBILLON DE LA VIE

Que ce soit dans notre vie intime ou dans nos relations familiales ou sociales, nos engagements sont parfois mis à mal, ce qui nous amène à tout remettre en question, nous laissant dans le désarroi et le doute. Cela fait partie des processus de vie.

Le couple n'y échappe pas, la vie associative ne fait pas exception, et c'est d'autant plus douloureux que nous y avons mis toutes nos forces de générosité et d'idéalisme.

Cette revue nous parle du couple, du handicap, encore, et elle se trouve aussi à la croisée des chemins. Certains partent, et j'en suis - ainsi que Joëlle Gourier qui fut un pilier de la revue - avec le souci de la suite, mais aussi la confiance : sous le chaos apparent, des germes d'avenir et des forces de renouvellement. Le mot « chaos » a la même étymologie que Keim, la graine...

Et de même que dans le couple, encore une fois, la mise en présence de forces polaires, contraires, est créatrice : c'est le principe de l'alchimie : de la confrontation des forces opposées surgit du nouveau.

La vie associative est riche, exigeante, elle apporte bien des satisfactions, mais sa dimension sociale est parfois source de renoncements, de déceptions, et le meilleur moyen de les surmonter est de garder les yeux fixés sur l'objectif commun... Un peu comme dans le couple...

Une étude récente a montré que la souffrance au travail est bien plus grande dans le monde associatif, car les jeux de pouvoirs sont les mêmes que dans l'entreprise, mais sans compensation matérielle, et souvent sans reconnaissance.

La vie associative a besoin de se renouveler.

Je veux souligner ici, au moment de me retirer, toute la richesse de ce travail qui fut passionnant, tant par ses contenus que par les échanges, frictions, qui m'ont beaucoup appris sur ces deux points.

Remercier les membres de la commission : Joëlle, Isabelle, Anne Charlotte, qui ont toujours permis d'avancer, par leur sérieux dans la relecture des textes, leurs propositions, leur adaptabilité, et les auteurs des articles, pour leur générosité et leur capacité à accueillir les corrections mineures, liées à la correction de la langue et à la compréhension des contenus .

Je remercie tout spécialement Joëlle Gourier qui a pris en charge la mise en page de la revue, avec tout ce que cela comporte de compétences techniques et ...humaines. Thomas Andree, notre traducteur allemand, Patrizia Guerra pour la traduction italienne, et tant d'intervenants ponctuels sans qui la revue n'aurait pas perduré.

Joëlle se retire, ainsi que moi-même, et je souhaite que le renouvellement se fasse dans la continuité, enrichie des apports inhérents à la participation de nouvelles têtes « pensantes ».

Elizabeth Le Coguc

Hommage à Francesca Galizia Thiele qui nous a quittés le 29 juillet 2015

J'ai eu le plaisir de rencontrer Francesca à Genève. J'ai eu le plaisir de la revoir à Paris.

J'ai reçu deux cadeaux de Francesca:

- le premier est son retour sur le travail d'observateurs et tout l'intérêt qu'elle porte au SexoCorporel et l'art d'observer. Nous avons beaucoup échangé sur "comment procéder pour reformuler ce qui est observé".

Un jour, en présence de Peter, nous avons même fait quelques jeux de rôle corporels, pour approfondir comment nous pourrions observer et reformuler notre observation en formation et en thérapie de couple. Nous avons bien apprécié, avec Francesca, de nous être enrichies de l'expérience et de la sagesse de Peter.

-le deuxième cadeau est plus personnel. Francesca m'a demandé des petites séances de massage de la tête, travail d'abandon. Je garde un merveilleux souvenir de ces échanges entre femmes sensuelles.

Je partage la tristesse de sa famille et de ses enfants, surtout celle de Peter et ses ami(e)s et collègues de Vienne, Zurich etc.....

Je garde dans mon cœur ce sourire qui vient du cœur, et cette voix mélodieuse douce à notre cœur.

Isabelle CHAFFAI

Je garde d'elle un beau souvenir de quelqu'un d'enjoué à la voix chaleureuse, une personne charmante et souriante comme je les aime ! Je partage la douleur de l'équipe de Zurich et surtout celle de sa famille et je formule mes meilleurs vœux pour eux pour une vie heureuse en dépit de la disparition de Francesca. J'ai eu la chance de la connaître lors d'une formation qu'elle faisait à Genève.

Dominique Chatton

[Un hommage émanent du groupe alémanique sera publié dans la revue 16.](#)

De la pulsion au sentiment : un parcours pour tous ?

Francesca Santarelli

Dès la naissance, suivant le modèle de l'attachement, l'enfant entre en relation avec d'autres personnes, et ce comportement pourra l'accompagner toute sa vie. Jung croit que notre vie est une perpétuelle communication créative vers l'individuation et donc, que l'homme, en tant qu'être vivant unique, a la capacité de trouver sa propre personne et de former sa propre personnalité.

Nous savons aujourd'hui que, pour l'enfant à naître, de la conception à la naissance, il existe d'importants stades liés à la construction de l'identité de genre biologique, mais capables aussi d'influencer la future identité de rôle.

Au premier plan, pendant la grossesse, il s'agit du rapport avec sa mère, son état d'âme, sa vie en terme de santé, ses rapports avec le monde extérieur. Déjà in utéro, le parcours est plus complexe pour le garçon que pour la fille. En effet, partant d'une gonade indifférenciée il devra s'approprier le Y. Donc, femme XX, homme XY. Le parcours est entamé et s'accroît dès la naissance, articulé et complexe dans un continuum de relations entre les sens que l'on a développés et le monde extérieur fait de biologie, d'affects, d'apprentissages.

Nous savons que, dans la construction de la personne, l'identité de genre amènera à des choix sexuels, émotionnels, affectifs, alors que l'identité de rôle orientera vers des choix scolaires de groupe et professionnels.

Il existe un monde intérieur, le Moi Somatique, qui interagit avec le monde extérieur, donnant vie à l'identité de genre intrapsychique, et nous passons donc de l'unicité (moi dans l'utérus ne formant qu'un avec ma mère), à la dualité (moi qui reconnais lentement ma mère comme autre que moi), à la triade (moi qui entre en relation avec mon père), au groupe (ma famille élargie, le monde).

Pourquoi est-ce que je pars de ce schéma ? Parce que certaines de ces modalités feront partie de ma vie pour toujours, selon la façon dont je structurerai ma personne.

Durant toute la vie, nous apprendrons que les identités sexuelles, masculine ou féminine, sont profondément différentes aussi bien dans le trajet concernant son propre genre que dans celui qui concerne son propre rôle, et que les besoins viscéraux, affectifs et rationnels sont différents.

La sexologie, de nos jours, surtout celle qui m'intéresse, à savoir les courants de pensée qui tiennent compte de l'approche psychocorporelle, observent l'enfant dans ses changements, en retenant que l'évolution de base est achevée à la fin de l'adolescence, avec l'acquisition de compétences toujours plus importantes qui vont s'enrichir à l'âge adulte.

Par quoi l'identité de genre est-elle donnée ?

Il y a la prédisposition innée au niveau chromosomique, endocrinologique, qui attribue le sexe à la naissance. Il y a le comportement des parents et des autres adultes référents qui peut influencer la vision de soi dans le monde. Il y a les stimuli qui, à partir de notre propre corps, donnent une impulsion à l'exploration de soi et du monde et qui peuvent contribuer à se sentir masculin ou féminin. En terme de quantité et de qualité, d'après Money, l'enfant effectue cet important apprentissage jusqu'à trois ou quatre ans : « je suis un garçon, je suis une fille ». « Le genre dans lequel nous nous identifions devient notre genre pour toute la vie » nous dit Money, mais nous avons constaté que ce n'était pas le cas, qu'il existe des psychothérapies qui aident à adhérer à sa propre identité de genre en terme de rapport psychocorporel, en partant de l'attribution du sexe anatomique pour parcourir un chemin de réappropriation. Il existe en effet des hommes et des femmes qui ne se perçoivent pas, ou peu, en tant que tels. On peut toutefois aider les personnes qui ont des identités incertaines à s'approprier pleinement leur statut d'homme ou de femme non lié à leur sexe anatomique.

Il est clair que rejoindre son identité de genre est conditionné par de nombreux facteurs, qui ne sont pas encore tous connus. Les facteurs biologiques ainsi que les apprentissages après la naissance s'intriquent avec le monde extérieur de manière de plus en plus importante.

Qu'est-ce que l'identité de rôle ?

Certaines études tendent à attribuer à la jeunesse l'affirmation de l'identité de rôle, car une personne de trente ans a déjà fait ses choix professionnels. Le parcours scolaire a donné des indications, mais de vingt à trente ans la recherche se poursuit. En réalité, l'identité de rôle est intimement liée à l'identité de genre ; dès la plus tendre enfance, il existe des prédispositions, dans les différents cheminements de maturation psychocorporels, qui permettent de faire des hypothèses sur les liens à venir entre les apprentissages et les attitudes, les mots clef étant: construction de la confiance de base, tendance à l'autonomie, construction de relations saines (en ayant la capacité d'introjecter l'objet d'amour de manière réelle et convenable). Je rappelle que « objet » sous-entend une personne extérieure à soi. Intérioriser le bon objet est, pour nous, la capacité de vivre dans la réalité une relation de prise en charge suffisamment bonne pour permettre la confiance de base.

Nous partons de là avec la capacité de reconnaître l'autre comme différent de soi et d'avoir la capacité de dépasser les frustrations et les ambivalences entre la raison et l'instinct. Dans la vie, l'une et l'autre forme d'identité seront toujours en contact, et il est souhaitable qu'elles puissent se développer de manière synchrone et harmonieuse. Pour continuer à parler de pulsions, sentiments, acquisitions dans le parcours du développement, en ayant choisi de confronter, là où cela est possible, les parcours de vie d'une personne non handicapée et d'une personne présentant différentes typologies de handicap, nous partons de ces données.

Nous savons qu'il existe deux différentes typologies de handicap :

- Handicaps imputables à des déficiences ou à des situations qui n'ont pas induit d'atteinte intellectuelle ;
- Handicaps imputables à des déficiences ou à des situations qui ont induit des atteintes intellectuelles

Sexualité et handicap : quel est le problème?

Lorsque nous pensons à la sexualité, en réalité, nous pensons au problème de la génitalité et, conjointement, à l'exercice de la sexualité sous la forme de la masturbation ou de la relation sexuelle.

Stéréotypes et préjugés

- La sexualité des personnes handicapées est perçue comme l'urgence d'un défoulement ponctuel et une fin en soi ;
- Dans l'imaginaire collectif, les personnes handicapées sont perçues comme asexuées ou hypersexuées
- Les handicapés moteurs et les non-voyants sont perçus comme des personnes sages et hyper rationnelles qui ont renoncé à tout romantisme en raison de leur condition physique.

On constate que, vers la quatrième année, les enfants acceptent presque exclusivement des jeux en adéquation avec leur propre sexe, en les jugeant plus adaptés. Les différences attirent beaucoup l'attention, et l'auto-érotisme, par manipulation jusqu'à cet âge, est très présent. A la crèche, comme en maternelle, les enfants handicapés sont suffisamment intégrés si les apprentissages familiaux et scolaires sont harmonieux. Ils sont intégrés et acceptés dans les groupes. En grandissant, les difficultés d'apprentissage de la gestion émotionnelle de ses propres impulsions augmentent, réduisant ainsi l'intégration. En effet, déjà à l'école primaire, vers la septième année, les enfants connaissent une sexualité plus dissimulée voire même cachée

que les handicapés, au gré des apprentissages familiaux et sociaux. Jusqu'à l'apparition des caractères sexuels secondaires qui permettent de dire : « je suis bien un garçon ou une fille », cette période entre sept et douze-treize ans est très liée à la capacité d'expression de contrôle de ses propres pulsions de manière socialement acceptable et par la grande diversification de son vécu personnel. Débutent ainsi fantaisies et désirs dans un espace secret, et en même temps la capacité de questionner, de se confronter aux personnes du même âge et aux adultes, souvent hors du cercle familial.

Le sentiment d'appartenance est important et deviendra le temple de l'adolescence. Ainsi dès le collège, nous pouvons multiplier les interventions pour favoriser une bonne sexualité et fournir des informations pour prévenir les difficultés les plus courantes. Dans ces apprentissages, qui se font aussi au collège, le rôle de transmission qui se joue entre l'éducateur spécialisé et la classe est très important, car celle-ci est parfois le seul groupe auquel la personne handicapée mentale peut se confronter.

Qu'en est-il, en réalité en regard du besoin rencontré?

Le handicap, en général, représente dès la onzième année, une frustration à dépasser sur le plan de la comparaison, et ainsi, le fait d'avoir aussi d'autres groupes de soutien, laïcs ou pas, en dehors de la scolarité est important, afin de se sentir « en relation » et non « en compétition » avec le groupe d'appartenance. Beaucoup d'enfants handicapés mentaux n'accèdent pas au lycée, si ce n'est à des cours spécialisés qui peuvent leur donner des compétences professionnelles. Entre les élèves du lycée, donc, dès quatorze ans, et au-delà de la problématique liée à la sexualité, nous savons qu'il existe de plus en plus de pratiques sexuelles.

Ceux qui les aident doivent être capables de s'adapter, de se mettre à la place de chaque enfant.

C'est la même chose pour tous sur le plan somatique, mais il existe d'énormes différences au niveau du vécu. Le groupe a une grande importance, à l'instar de l'espace de découverte du sexe avec les premiers partenaires et des échanges entre garçons et filles sur leur propre ressenti, tant affectif que sexuel. On constate une nouveauté : les garçons échangent plus, et pas seulement sur la capacité d'avoir des relations, mais aussi sur la qualité de celles-ci, ce qui est réellement positif. L'adolescent essaye de percevoir et de comprendre ce que signifie être dans son corps d'homme et de femme, quelles sont les qualités requises pour être acceptés et aimés par le groupe. Ainsi commencent les premières expériences et donc les discussions sur le sexe, l'affect, l'amour, la liberté sexuelle. Les attentes personnelles et sociales s'entremêlent de plus en plus, de même que naissent aussi des stéréotypes rassurants et des désirs de créativité propre. Dans cette même période, la personne handicapée est confrontée à des groupes de croissance (handisport...) où elle rencontre des personnes semblables. Cette rencontre, en général pour les plus chanceux, a lieu aussi dans les groupes de jeunes, ce qui enrichit leurs horizons. Malheureusement il existe une réalité sociale qui est hostile à bon nombre de ces jeunes et nous verrons comment.

Je distingue deux dynamiques parmi les plus négatives :

- Les jeunes qui n'ont reçu dans leur famille aucune sorte d'information et qui ont été « abandonnés » et éduqués par les médias. Il en résulte un vide absolu, une absence de fantaisie, de désir, de réalité sociale agréable, une forme de vie mécanique. L'important est de posséder et d'en dépendre.
- Les enfants nourris par des dynamiques familiales qui leur ont donné une illusion de toute-puissance. Tout cela en terme de pouvoir faire aller les choses dans son sens, et peu importe que ce soit au détriment de l'autre. Dans cette dynamique narcissique, la recherche névrotique du miroir et non de la personne, est toujours plus présente, avec le besoin d'avoir de fausses confrontations et de vivre en même temps la rage, la solitude, l'incapacité de regarder et de vivre la réalité pour ce qu'elle est.

Je parle de ces deux réalités car elles sont de plus en plus présentes dans la société actuelle. La formation de l'identité personnelle à l'adolescence crée un pont vers l'âge adulte qui reflète sa propre approche de la vie

jusqu'à cette période. Les découvertes sont, en réalité, tracées par ce procédé psycho-affectif que la personne établit au cours de ses vingt premières années. Nous pouvons donc imaginer comment, à l'intérieur des groupes sus-décrits, sans bien sûr s'identifier à tous les jeunes d'aujourd'hui, la discrimination du différent est grandement présente : de la moquerie gratuite, à l'implication dans certaines situations pour se confronter et gagner, et/ou attirer l'attention sur soi de manière à avoir un objet dégradé à dénigrer ou à manipuler pour justifier ouvertement l'agression physique. Nous pouvons, dans le pire des cas, imaginer des abus sur des garçons comme sur des filles, pratiqués par la « meute », et c'est malheureusement une attitude présente aussi chez les adultes.

Ceci me permet de rentrer plus particulièrement dans la spécificité de ce qui concerne la vie psycho-affective, et je prie les personnes intéressées par le problème des différents handicaps, de distinguer, en me lisant, ce qui se différencie et ce qui coïncide exactement avec la réalité que je vais décrire. Comme je l'ai dit, ma formation en sexologie prend appui sur les enseignements psychocorporels et, en particulier, j'ai l'honneur d'avoir poursuivi en Italie la formation avec le professeur Desjardins, titulaire de la chaire de l'université du Québec à Montréal pendant de nombreuses années, et créateur de l'approche Sexocorporelle. L'approche Sexocorporelle fait assurément comprendre les lois essentielles du corps, en rapport avec une sexualité suffisamment en santé pour tous. Je reprends à présent le concept d'individuation adapté aux handicapés physiques et, pour autant qu'ils aient la capacité d'apprendre et de s'approprier les notions et les outils, aux handicapés mentaux.

S'individualiser signifie se différencier de plein droit, en suivant sa propre prédisposition en termes créatifs et sociaux. Il est important de penser que l'adaptation au milieu n'entrave pas constamment le processus d'individuation, mais crée une passerelle afin que celui-ci soit plus lisible, dans le plus grand respect des caractéristiques personnelles et de celles des autres.

La personne handicapée physique a toujours connu le problème de la blessure corporelle, ou bien l'a rencontré au cours de son existence, et a eu besoin de structurer des défenses adaptées. Elle a, de plus, le droit de rechercher une sexualité qui lui fasse franchir les barrières réelles que rencontre son corps.

Voyons comment les lois du corps se reflètent dans le ressenti émotionnel et affectif. Avant tout, nous parlons de santé sexuelle quand existe, dès la naissance, le réflexe excitatoire, lequel est en place avant même la naissance. L'identité sexuelle a des composantes physiologiques qui enseignent à chacun de nous son propre sexe d'appartenance et, par le biais de l'intelligence rationnelle et du ressenti affectif, nous permettent de sortir du mécanique pour arriver au désir, au plaisir, à l'imaginaire érotique et aux codes d'attraction.

Il existe différentes étapes pour devenir adultes dans notre sexualité.

- L'excitation sexuelle et son développement, qui passe par les différents modes excitatoires, par la recherche des sources d'excitation et par la richesse de ces modalités excitatoires.

- Les composantes cognitives : importantes dans la structure de la sexualité. Interviennent ici les croyances, les conditionnements, la manière dont l'environnement vit et /ou juge la sexualité.

- Les composantes relationnelles : le sentiment amoureux, la capacité de communiquer sur le mode de la séduction, de l'érotisme.

Même chez les personnes handicapées ces composantes, si elles existent, peuvent l'aider à vivre leur sexualité de façon plus naturelle dans le plaisir, et la compréhension des règles.

Considérons maintenant les trois lois du corps, essentielles pour comprendre les différentes courbes d'excitation sexuelle qui nous singularisent :

RYTHME, TONUS MUSCULAIRE, ESPACE.

A savoir : l'utilisation de rythmes rapides ou lents, d'un tonus musculaire fort ou faible, d'une prise d'espace restreinte ou ample. Par rapport à cette réalité, il est possible de modifier la courbe excitatoire en canalisant et diffusant son excitation. Ainsi, en travaillant sur l'utilisation de ces différentes lois du corps, nous pouvons canaliser l'excitation et la rendre plus volontaire. Dans cette phase, la pratique de la masturbation est un passage obligatoire pour comprendre notre capacité spécifique et pour l'améliorer. Ceci vaut aussi pour la

personne handicapée, qui rencontre des variations psychocorporelles au cours de sa croissance. Le corps devient, pour nous cliniciens, un élément important à lire, car il nous permet de découvrir toutes les lignes de force sur lesquelles nous pouvons nous appuyer et travailler pour obtenir une amélioration.

Je suis un homme. Je suis une femme.

Il est important de vivre l'archétype masculin d'intrusivité et l'archétype féminin de réceptivité. Donc, quand une personne est-elle bien ancrée à son identité de genre ? Quand elle est en accord son archétype et donc, désire, érotise sa propre capacité et la capacité de l'autre à vivre la « différence » en tant que telle. Nous nous sentons attirés par ce qui entre dans nos propres codes de désir et de séduction sexuelle, et cela change et évolue avec le temps. Ce concept, l'absence d'immuabilité du vécu sexuel, est important : nous pouvons apprendre, améliorer, changer.

De plus nous désirons avoir des espaces personnels mais aussi individuels pour rêver et érotiser à nouveau notre propre partenaire ; il y a donc érotisation non seulement dans la proximité, mais aussi dans la distance. Cette capacité dépend du degré d'évolution de la personnalité. Il existe des attitudes particulièrement fusionnelles ou, au contraire, très individualistes, pour lesquelles la reconnaissance ou l'érotisation de l'autre à travers une bonne distance est impossible. La personne handicapée mentale a souvent grandi dans une fusion excessive, que ce soit dû à sa propre nature ou à l'interaction avec son milieu familial, dans la satisfaction de ses besoins et de ses apprentissages. Il peut aussi avoir « créé » un monde avec de fortes pointes d'individualisme, car celui dans lequel il vit l'a refusé.

Notre discours commence à prendre corps. Il y a donc des pulsions qui poussent à vivre un ensemble d'expériences et qui amènent à ressentir avec fierté un sentiment d'appartenance à son propre sexe. Ce parcours passe par la fonction de plaisir.

La fonction de plaisir sexuel : excitation sexuelle et plaisir sexuel sont souvent confondus. L'excitation est un phénomène physiologique qui peut coïncider ou pas avec le plaisir. Le plaisir est une perception émotionnelle plus ou moins intense liée aux sentiments d'affection et d'amour. C'est ainsi que le concept de faire l'amour est lié à une première phase d'autoérotisme de bonne qualité, où se déroule le parcours sus cité, pour atteindre une sexualité adulte.

Donc, la fonction de plaisir sexuel est une fonction complexe, qui lie profondément le ressenti pulsionnel au ressenti affectif, mais c'est une capacité adulte dans certaines situations, que certains n'atteindront jamais à son état d'équilibre. Pour vivre un rapport adulte, il ne suffit pas d'érotiser le fait d'être un homme ou une femme. Le cheminement est plus ample et plus complexe, au travers des codes d'attraction qui s'ancrent dans notre histoire avec les pensées, les sentiments, les croyances. Lorsque je parle d'équilibre, je veux dire que certains ont des codes d'attraction à prévalence génitale (sans érotisation du ressenti affectif) et d'autres à prévalence affective (sans érotisation de la génitalité).

En décrivant les modes excitatoires, nous pouvons dire que ces processus sont en partie ou totalement existants, même dans la croissance sexuelle de la personne handicapée.

Je parlerai des modes excitatoires fondamentaux :

1/ARCHAÏQUE (décharge mécanique) : Il implique les récepteurs profonds, sans usage des mains, mais la personne procède par pressions et frottements qui vont amener à la décharge d'un plaisir mécanique au niveau génital (présent chez les enfants)

2/MECANIQUE (décharge mécanique) : Il implique des récepteurs externes superficiels. La stimulation des organes génitaux se fait avec les mains, sur un rythme rapide et constant, créant des sensations fortes, uniquement au niveau des organes génitaux, ce qui est fréquent chez les adolescents mais aussi chez beaucoup d'adultes.

3/ONDULATOIRE : Grâce à des mouvements fluides et ondulatoires, l'excitation diffuse dans tout le corps. Il est possible de faire des fantaisies et ainsi accroître l'excitation sexuelle. Il n'y a pas ici d'importante canalisation de l'excitation vers la génitalité et la personne peut rester ainsi comme suspendue dans le plaisir en maintenant un rythme lent (typique de la femme), la décharge orgasmique peut survenir de façon exceptionnelle ou jamais.

4/EN VAGUE : Ce mode implique des récepteurs profonds et superficiels et permet de canaliser l'excitation jusqu'à la décharge orgasmique au moyen de mouvements qui impliquent toutes les lois du corps. Les rythmes varient. Il existe un vécu émotionnel et affectif du plaisir sexuel, une plus grande conscience de ses propres mouvements et on rejoint le mouvement de bascule que nous faisons souvent, sans nous en apercevoir, quand nous toussons, nous pleurons, nous rions.

Dans ce mouvement la double bascule est présente, du haut et du bas du corps ; elle est déjà présente in utero et à la naissance (rappelant le mouvement du dauphin dans la mer). C'est un mouvement que nous pouvons (tous) réapprendre pour atteindre une meilleure harmonie sexuelle. Ici intervient la décharge orgasmique.

Ces bases du fonctionnement sexuel établies, nous pouvons comprendre que chacun d'entre nous ait son propre mode excitatoire. Il est certain que la double bascule tient compte à la fois de la pulsion, de l'excitation, et de l'aspect du laisser aller à la volupté. C'est en effet dans la double-bascule que l'on trouve le mode le plus satisfaisant et le plus complet. Il est important de trouver, dans ce cas, une motivation relationnelle qui comporte le plaisir de partager et d'entrer dans le désir de l'autre.

Concernant la sexualité, nous savons qu'il faut tenir compte d'une vision dynamique de l'individu :

Identité psychique : en relation avec le vécu personnel et social

Identité somatique : en relation avec le vécu corporel et physique.

Nous avons dit que, sur le plan psychologique, le vécu sexuel est souvent lié à des croyances, des préjugés, qui amènent des sentiments de culpabilité, de honte, d'inadéquation.

Pour ce qui concerne la personne handicapée nous pouvons nous demander à quel niveau : peut-être plus dans l'ambiance qui l'entoure, tellement nécessaire, permissive ou opposant le refus ?

Pour ce qui concerne le discours sur la sexualité des personnes handicapées, nous parlons de chances égales, mais en réalité il n'y a aucune assistance sexuelle. Dans le modèle médical, on parle de handicap avec empêchement biologique permanent, et l'éducation à la sexualité n'est alors pas perçue comme problématique, mais à coup sûr dévolue à la famille, à certains services et il n'est pas proposé de formation adéquate pour gérer les craintes légitimes et les carences familiales, scolaires, sociales. Alors que les demandes de contrôle et de gestion de ces problématiques viennent de la famille, de l'école, des services, les personnes handicapées ont toujours besoin d'une information pour pouvoir accéder à des relations sentimentales et sexuelles satisfaisantes.

La pulsion sexuelle du sujet handicapé peut être incontrôlée, c'est pourquoi l'éducateur doit lui proposer des outils adéquats pour qu'il vive sa propre sexualité d'une manière socialement adaptée et qui corresponde à son individualité. Nous pouvons lui faciliter la réalisation de sa propre sexualité dans le respect des désirs et des sentiments, qui sont les siens, sans ignorer les limites imposées par les déficits inhérents au handicap de chacun. Nous pouvons l'inviter à expérimenter, par le biais de l'auto-érotisme, mais aussi lui enseigner les règles d'acceptabilité sociale : si nous ne pouvons pas enseigner le moment, nous pouvons enseigner le lieu. Il est important qu'il y ait un espace d'intimité à l'intérieur duquel la sexualité n'est ni niée, ni jugée. Au cours de cette information, il est fondamental d'apprendre à reconnaître les canaux sensoriels de la communication.

En effet, ces personnes sont souvent conscientes du fait que la sexualité est le plaisir de communiquer ses propres sensations et d'accueillir celles des autres à travers les gestes, la voix, la proximité corporelle, le mouvement. Chacune de ces personnes est unique et nous pensons que, dès l'enfance, la sexualité leur permet l'expression d'une partie d'elle-même.

Nous ignorons trop souvent que, au cours de la prise en charge d'une personne handicapée, les premières relations de plaisir précèdent se mettent en place par l'intermédiaire des sens : elles ne font donc pas partie de la sexualité adulte mais sont toutefois inhérentes à la sexualité. Trop souvent, sous prétexte de les considérer toujours comme des enfants, ces soins corporels se prolongent dans le temps, ne permettant pas à cette personne d'effectuer le parcours décrit, qui est composé de découvertes intimes et qui la mène à une autonomie toujours croissante. Dans la communication entre les services et la famille, il arrive souvent que, le fait d'amorcer le processus d'individuation de la personne handicapée à travers des espaces, des manières, des temps plus personnels, déchaîne des « agressivités fusionnelles » de la part des mères, parfois des pères ou des proches. A ce point, je voudrais évoquer certains stéréotypes qui, au travers de recherches sociales, concernent le handicap en Italie:

STEREOTYPES ET PREJUGES

- Les personnes handicapées mentales et ou non-entendantes sont perçues comme des personnes totalement incapables de mentaliser leurs émotions, ce qui les amènerait à un passage à l'acte automatique.

- Aucune forme de psychothérapie n'est possible avec ces sujets.

- En raison de leurs tendances à l'impulsivité, les personnes retardées mentalement sont plus portées que les autres vers des comportements paraphiliques.

- Les personnes handicapées ne sont pas sexuellement désirables, elles sont donc à l'abri du risque d'abus sexuel.

Le handicap est une difficulté que la personne rencontre au cours de son développement. Un obstacle qui interdit l'expression de ses potentialités, mais la personne handicapée ne peut pas être identifiée uniquement par son handicap. Elle possède, assurément, dans l'extériorisation de sa sexualité, une complexité de sentiments et de besoins à mettre en œuvre. Même le sujet handicapé mental doit recevoir de la part des parents et des éducateurs, une éducation qui tienne compte de sa dimension sexuelle.

En niant la sexualité, nous nions son existence dans la réalité, sa capacité d'entrer en relation avec son propre corps et le corps de l'autre. Souvent les familles ne parviennent pas à gérer les pulsions sexuelles parfois incontrôlables du sujet handicapé et, de ce fait, elles ne réussissent pas à lui faire vivre une sexualité appropriée.

Une vision réaliste, dans les limites imposées par le handicap, contribue à trouver les caractéristiques de ce handicap, pour dépasser les obstacles personnels et réaliser les désirs et les sentiments en termes réels.

Qu'entend-on par éducation sexuelle et quels en sont les moyens ?

Pendant des années j'ai considéré comme très enrichissants les échanges avec les personnes confrontées au problème.

Les familles vivent souvent une grande frustration au moment de la naissance d'un enfant handicapé et cela n'aide pas à la mise en place des processus de croissance et d'autonomie dont nous avons déjà parlé. Il existe, de plus, une distinction entre garçon et fille dans la modalité relative à la sexualité. Les garçons sont, en quelque sorte, atteints dans leurs performances et lorsqu'ils sont grands, on leur cherche des solutions plus ou moins adaptées pour résoudre leur « problème de sexe ». Les filles paraissent figées dans l'enfance. On les laisse là, sans sexe, et ainsi, il n'y a pas de problème. Il est plus simple d'ignorer, d'effacer le cri qui provient de leurs corps qui, pourtant, désire, perçoit, tombe amoureux. Dans la majorité des cas, ni les garçons ni les filles ne sont en mesure de vivre un rapport sexuel ou une relation durable. Certaines familles sont très présentes et favorisent les relations (usage de la maison, vacances...). Même si certains sujets sont absolument capables et désireux d'intimité, cela se limitera parfois à des relations platoniques. Il y a souvent des pulsions et des « élans amoureux » qui ne vont pas au bout, principalement en raison de l'équivoque sur la proximité intime qui ne se met pas en place automatiquement : possibilité d'avoir une relation sexuelle ou naissance d'un amour.

La personne handicapée vit souvent des « élans amoureux » idylliques et fusionnels qui ne sont pas partagés et là intervient l'important travail sur la capacité à dépasser la fusion excessive et la frustration qui en découle, pour atteindre une plus grande autonomie et risquer de tomber dans des situations extrêmes où ces « élans amoureux » sont source d'abus de la part de personnes non atteintes de handicap. Dans certains cas, il y a demande d'un rapport sexuel de la part de la personne handicapée. Un échange avec la famille ou l'adulte référent sera nécessaire pour expliquer le besoin et le désir de cette personne.

On voit ici combien il y a peu de soutien, de ce point de vue, en Italie. Pour un garçon, la famille doit chercher des situations de « soulagement complaisant » ou alors met en œuvre des mécanismes fusionnels dont la sexualité est exclue, pour les garçons comme pour les filles. En Suisse, en Hollande c'est un problème que gèrent les services sociaux qui, s'ils ne résolvent pas l'aspect relationnel, prennent en charge celui de l'acte sexuel. Des personnes formées à l'approche sexuelle et à la relation avec la personne handicapée offrent leur « aide sociale », ainsi exprimé pour rendre extrinsèque la sexualité des hommes et des femmes porteurs d'un handicap. En Italie on privilégierait la prostitution.

Il faut vraiment se demander quel cheminement doit être effectué afin de donner une dignité à la sexualité dans sa complétude telle qu'elle a été décrite jusqu'à présent. La personne handicapée mentale peut avoir des déficits dans sa croissance et dans son vécu affectif. Par exemple, certains identifient sur un mode infantile l'attractivité et le sentiment, et ont des « élans amoureux » où la charge pulsionnelle, par crainte, s'exprime uniquement par la masturbation. D'autres connaissent des pulsions plus sexuées et mécaniques, mais n'ont pas le pouvoir d'interagir dans une quelconque relation amoureuse. Il est important pour eux de se défouler sexuellement pour bien se sentir.

Ce sont là deux situations opposées, mais j'ai envie de dire que les personnes non porteuses de handicap ont eux aussi les mêmes problèmes. Nous devrions tous dépasser l'expression mécanique ou platonique de la sexualité et apprendre le sentiment amoureux érotisé.

La personne handicapée peut élaborer, étape par étape, un parcours sur mesure qui partirait du sexe biologique et du sentiment d'appartenance : je suis un homme, je suis une femme et j'atteins tous les niveaux possibles de l'érotisation. Pour la personne handicapée physique, puisque la blessure a été infligée à son corps, il n'y a pas d'obstacles pour apprendre les instruments permettant d'améliorer sa sexualité. Seule la topographie concernant le vécu des acquisitions de base est modifiée : utilisation du rythme, utilisation du tonus musculaire, utilisation de l'espace. La topographie de référence est changée.

Souvent l'approche consiste à donner plus de localisations de plaisir à l'intérieur du corps et à étudier comment parvenir pratiquement, et grâce à quels mouvements et à quels rythmes, à un rapport sexuel rendu possible. La capacité d'affect et d'« élan amoureux » sont dictées par le parcours de la vie, par ses propres expériences, tout comme le pouvoir de créer correctement une relation.

Parfois, au travers de la rééducation, la personne handicapée parle d'éducation sexuelle reçue pour la première fois, avec des découvertes exceptionnelles de transports, ainsi que l'accès au plaisir et à la volupté. Le vécu personnel change, il devient actif après avoir vécu la frustration de la maladie ou de l'accident. Rien n'est plus bloqué, la « danse » peut se réapprendre autant que faire se peut.

Le sens de soi s'accroît à mesure que les informations et le vécu permettent l'accès à l'auto-centration, ce qui permet l'acheminement vers des choix possibles et satisfaisants. S'il n'y a pas de vie de couple, il existe toutefois une bonne croissance individuelle dans la gestion de l'auto-érotisme qui devient plus ample et plus agréable.

Dans cette réalité clinique, le travail sur la sexualité apporte un progrès personnel.

Étudions les trois dimensions de l'éducation sexuelle :

- Ludique : découvrir son propre corps
- Relationnelle : découvrir le corps de l'autre
- Ethique : découvrir la valeur de la corporalité
-

Qu'est-ce que l'éducation sexuelle ?

- Apprendre à connaître toutes les parties du corps concernant la sexualité.
- Aider à comprendre toutes les modifications morphologiques et physiologiques qui accompagnent la puberté (menstruations, éjaculation, croissance de la poitrine, érections, etc...)
- Enseigner la pratique de la masturbation sans se faire mal ni provoquer des infections génitales
- Enseigner les lieux et moments adéquats pour pratiquer la masturbation sans créer d'embarras dans la famille.
-

Comment faire ?

- Par l'intermédiaire du jeu, il est possible d'expliquer l'anatomie masculine et féminine
- Par le dessin on peut permettre l'expression de la fantaisie relative à la sexualité
- Par la technique du « rôle-play » on peut montrer la relation dans le respect des autres personnes, ou acquérir de l'expérience dans la manière d'exprimer ses sentiments et ses émotions.
- Par l'animation de groupes, on peut créer des cadres de discussion pour échanger des informations et pour discuter de sujets liés à la sexualité qui n'ont pas d'espace ailleurs.

On parle souvent de sexualité pour entrer dans des stéréotypes de beauté et de perfection. Dans mon vécu de clinicienne, j'ai rencontré plus de perfection dans le dépassement des difficultés que dans des cheminements simples et sans aucune difficulté. Il y a plus de perfection là où l'amour se tient, par la redécouverte de la douceur, de caresses qui animent une intimité. Ce qui n'a rien à voir avec la gymnastique. « en chambre » qui, souvent, caractérise les handicapés sociaux.

Article traduit de l'Italien par Prisca Jami et Guy Montefiore

TCÉ ET BIEN-ÊTRE SEXUEL

La Thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ) et le bien-être sexuel : Les enjeux de l'attachement

Paul S. Greenman, Université du Québec en Outaouais

Institut de recherche de l'Hôpital Montfort (IRHM)

Ottawa Couple and Family Institute

Marie-Ève Lapointe-Campagna

Université du Québec en Outaouais

TCÉ ET BIEN-ÊTRE SEXUEL

Résumé : Cet article porte sur l'apport de la Thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ) à la démarche thérapeutique auprès de couples faisant face à des problèmes sexuels. Un aperçu de la TCÉ sera suivi d'une discussion sur le lien entre la qualité de l'attachement et le fonctionnement conjugal.

Ensuite, nous détaillerons la manière dont les systèmes d'attachement, sexuel et de caregiving (la prestation de soins) interagissent au sein des relations de couple et nous montrerons l'intégration de ces construits dans la TCÉ, afin d'aider les clients à améliorer la satisfaction de leur vie sexuelle. Nous concluons avec une discussion sur le lien entre la TCÉ et le Sexocorporel.

La Thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ) et le bien-être sexuel : Les enjeux de l'attachement

La Thérapie conjugale axée sur l'émotion (TCÉ, ou Emotionally Focused Therapy (EFT) for Couples en anglais) est une approche de la thérapie conjugale empiriquement validée pour le traitement de la détresse conjugale (Johnson, 2004; Lewandowski, Ozog et Higgins, 2015), ayant fait l'objet de 12 essais randomisés contrôlés et de 13 études sur le processus thérapeutique (Dalglish, Johnson, Burgess Moser, Wiebe et Tasca, 2014; Dalglish et al., 2014; McRae, Dalglish, Johnson, Burgess-Moser et Killian, 2014; Greenman et Johnson, 2013; Schade et al., 2014). Il existe également des recherches dont les résultats suggèrent l'efficacité de la TCÉ à long terme (Cloutier, Manion, Gordon Walker et Johnson, 2002; Halchuk, Makinen et Johnson, 2010) et sa capacité à changer les orientations d'attachement des individus (Burgess Moser, 2012; Mehr et al., 2014). La TCÉ a été appliquée, avec succès, à de nombreuses difficultés traditionnellement perçues comme étant des problèmes individuels, comme la dépression majeure (Denton, Wittenborn et Golden, 2012; Dessaulles, Johnson et Denton, 2003), le stress posttraumatique (Greenman et Johnson, 2013), et des complications sexuelles (Honarparvaran, Tabrizy et Navabinejad, 2010; Johnson et Zuccarini, 2010). Or, cette approche de la thérapie conjugale, et son apport au bien-être sexuel des couples sont relativement peu connus dans les pays francophones.

Le but de cet article est donc d'enrichir la littérature francophone sur la TCÉ en mettant en évidence l'impact potentiel de cette thérapie sur le fonctionnement sexuel. Nous commencerons par un aperçu de la TCÉ, suivi d'une discussion sur la conceptualisation de l'amour de cette approche psychothérapeutique chez l'adulte typique. Ensuite, nous démontrerons comment la TCÉ peut enrichir la sexualité, en mettant l'accent sur l'établissement d'un lien d'attachement.

Nous aurons recours à des vignettes cliniques et nous examinerons la recherche empirique sur l'efficacité de la TCÉ pour les problèmes sexuels. Finalement, nous concluons avec une discussion sur le lien entre la TCÉ et l'approche Sexocorporelle.

La TCÉ est une approche systémique et expérientielle (Johnson, 2004). D'un point de vue systémique, les difficultés conjugales chroniques, telles qu'un bon nombre de problèmes sexuels, sont comprises en TCÉ en termes de dynamiques d'interaction problématiques qui renforcent l'attachement insécurisant au sein de la relation (Johnson, 2013; Johnson et Zuccarini, 2010).

D'un point de vue expérientiel, selon la TCÉ, les émotions des partenaires sont les instruments principaux du changement thérapeutique (Johnson, 2004). Le sentiment d'insécurité au sein de la relation est le résultat d'un manque perçu de disponibilité affective et d'appui émotionnel de la part du partenaire. Il est entretenu d'une part par des comportements tels que la critique, le blâme ou d'autres tentatives inefficaces de rapprochement émotionnel, et d'autre part par la tendance à se défendre, à minimiser les préoccupations de l'autre ou à se retirer émotionnellement de l'autre.

Ces dynamiques typiques ont été identifiées dans des recherches scientifiques comme étant des prédicteurs du divorce (Gottman, 1994; Johnson, 2008).

La TCÉ est composée de trois stades et est divisée en neuf étapes (Johnson et Greenman, 2006; Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras et Denton, 2008). Le but du Stade I, qui comprend les quatre premières étapes de la thérapie, est la désescalade ou la désintensification de la dynamique néfaste. Le thérapeute aide les partenaires à devenir à l'affût de leur système d'interactions problématiques et à la gamme d'émotions et comportements qui les sous-tendent, dans le but de les unir contre ces « cycles », qui sont explicitement définis comme étant l'ennemi du couple. Au Stade II de la thérapie, l'intervenant restructure les interactions du couple en aidant les partenaires à répondre aux expressions d'émotions, de besoins affectifs et de vulnérabilités vécues par chacun dans le contexte de la relation et intensifiées en séance. Ces échanges favorisent un réengagement émotionnel de la part du conjoint qui a tendance à se retirer émotionnellement ainsi qu'un relâchement émotionnel de la part du conjoint ayant tendance à poursuivre ou à critiquer l'autre lors des conflits. La thérapie se termine au Stade III, lors duquel l'intervenant facilite des nouvelles solutions aux anciens problèmes pratiques et reflète activement les nouvelles positions de chacun dans la relation. L'entièreté du travail, à travers les différents stades thérapeutiques, fait appel à la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982; Hazan et Shaver, 1987), qui constitue la « carte de route » du thérapeute pratiquant la TCÉ.

L'attachement et le couple : la relation conjugale en tant que lien d'attachement.

L'amour, dans le cadre de la TCÉ, est compris comme étant un processus d'attachement analogue à celui qui se développe entre un enfant et son principal pourvoyeur de soins (Johnson, 2004; Johnson et Greenman, 2006). Le postulat de base de la théorie de l'attachement est que tous les êtres humains, sans exception, ont besoin de se sentir aimés et soutenus émotionnellement par des êtres chers, et ce, du début jusqu'à la fin de la vie. À l'âge adulte, les partenaires amoureux ont tendance à devenir les principales sources de soutien émotionnel, nommées des « figures d'attachement », pour la plupart des personnes en relation (Castellano, Velotti et Zavattini, 2014; Feeney, 2004; Zeifman et Hazan, 2008). Depuis la publication en 1987 de la première étude sur les processus d'attachement au sein des couples à l'âge adulte par Hazan et Shaver, une vaste littérature scientifique s'est développée autour de la notion suivante : les liens conjugaux seraient des liens d'attachement. Les résultats de plus de 500 études, avec des participants adultes de tous âges, corroborent cette hypothèse en démontrant :

1) que les adultes développent des liens affectifs extrêmement forts avec leurs partenaires intimes

2) que ces liens, lorsqu'ils sont caractérisés par l'offre d'une base de sécurité et un havre de paix dans les moments de stress et de menace, facilitent l'indépendance, l'autonomie et un sentiment d'intimité émotionnel entre les partenaires

3) que la rupture ou la menace perçue de rupture, même temporaire, de tels liens crée de la détresse psychologique et

4) que l'individu tentera, du mieux qu'il peut, de rétablir le lien de proximité avec sa figure d'attachement lors du manque ressenti de connexion émotionnelle, avant de se détacher de la relation (Guerriero et Zavattini, 2015; Johnson, 2013; Zeifman et Hazan, 2008).

Cette tendance à établir et à cultiver des liens de proximité émotionnelle avec des figures d'attachement aurait des avantages sur le plan de l'évolution de l'espèce humaine. Selon la perspective de la théorie de l'attachement, les liens dyadiques forts entre parents faciliteraient la survie et la croissance de leur progéniture. De plus, ils aideraient leurs enfants à attirer et à entretenir de tels liens à l'âge adulte, augmentant ainsi la probabilité de transmettre leurs gènes à une nouvelle génération. Les données empiriques appuient largement cette notion (Zeifman et Hazan, 2008; Johnson, 2013). Ces découvertes dans le domaine de l'attachement à l'âge adulte sont d'une importance primordiale pour la thérapie conjugale, car elles expliquent le niveau de détresse intense souvent observé chez les personnes ayant des difficultés conjugales, et elles guident l'intervention des thérapeutes qui pratiquent la TCÉ, travaillant de façon délibérée et constante à établir ou à rétablir un lien d'attachement sécurisant au sein de la relation.

L'attachement et la sexualité.

Bien qu'il y ait une variété d'avis parfois divergents sur la nature du lien entre l'attachement et la sexualité (p.ex., Brassard, Péloquin, Dupuy, Wright et Shaver, 2012; Eagle, 2007; Mikulincer et Shaver, 2007a; Zeifman et Hazan, 2008), il y a un consensus dans le domaine de l'attachement stipulant que les systèmes sexuels, d'attachement et de caregiving interagissent de façon constante et que cette interaction influe sur la qualité de la vie sexuelle des gens (Castellano et al., 2014; Mikulincer et Shaver, 2007b; Zeifman et Hazan, 2008). Nous entendons par « système » une force motivationnelle, ayant des objectifs spécifiques, qui influe sur le comportement humain.

Par exemple, le système d'attachement, lorsqu'il est activé dans les moments de stress ou de menace, amène la personne à chercher la proximité avec sa figure d'attachement principale, afin de se procurer un sentiment de protection (Castellano et al. 2014). La figure d'attachement principale est la personne avec qui le lien affectif est le plus fort, normalement le conjoint ou la conjointe (Castellano et al., 2014; Zeifman et Hazan, 2008). Le système de caregiving provoque chez l'individu la recherche de proximité avec le partenaire, afin de le protéger ou de l'appuyer face aux dangers, défis ou menaces (Castellano et al., 2014). Finalement, le système sexuel porte la personne à trouver un partenaire avec qui elle peut entamer des relations sexuelles, afin de transmettre son héritage génétique (Castellano et al., 2014; Mikulincer et Shaver, 2007a). Grâce à l'interaction entre ces systèmes, le contact physique intime gratifiant peut faciliter la formation d'un lien affectif fort, surtout quand le contact intime est répété. L'inverse est aussi vrai : le lien émotionnel qui se développe entre deux personnes qui se rapprochent et deviennent intimes sur le plan affectif peut activer le système sexuel et le désir sexuel, principalement, mais pas tout le temps, quand leurs orientations sexuelles sont compatibles (Diamond, 2003). En même temps et de façon parallèle, l'activité du système sexuel ou du système d'attachement peut déclencher le système de caregiving, qui fait en sorte qu'une personne a le désir de protéger et de prendre soin de son partenaire, qu'il soit romantique, sexuel ou les deux (Castellano et al., 2014; Guerriero et Zavattini, 2015; Zeifman et Hazan, 2008).

Cependant, les liens entre l'attachement et la sexualité ne se limitent pas aux interactions entre les systèmes. L'orientation ou le « style » d'attachement d'un individu, ainsi que la qualité du lien

d'attachement au sein d'une relation, jouent un rôle crucial dans le bien-être sexuel. Les résultats de maintes recherches révèlent, par exemple, que les personnes ayant tendance à reconnaître leurs besoins émotionnels de sécurité et d'intimité ainsi qu'à chercher et recevoir activement l'appui émotionnel de leurs partenaires dans les moments de stress, de menace ou de vulnérabilité (un style d'attachement « sécurisant ») ont plus de rapports sexuels, plus de sentiments positifs envers la sexualité et pendant l'activité sexuelle, plus d'éveil sexuel, plus de plaisir sexuel, plus d'orgasmes et plus de satisfaction sexuelle que les personnes ayant des styles d'attachement « insécurisants » (Birnbaum, 2007; Carrasco, 2012; Davis, 2006). Ces derniers comprennent la tendance à minimiser les besoins d'affection et à éviter des liens intimes avec d'autres (un style d'attachement « évitant »), la tendance à éviter des liens intimes avec les autres par peur d'être blessé (un style d'attachement « craintif ») et la tendance à désirer ardemment des liens intimes sans se sentir satisfait et rassuré quant à la disponibilité émotionnelle des figures d'attachement (un style d'attachement « préoccupé ») (voir Mikulincer et Shaver, 2007b, pour une analyse documentaire exhaustive). Bref, plus les personnes se sentent émotionnellement proches et en sécurité avec leurs partenaires, plus ils ont une vie sexuelle gratifiante. D'autre part, plus les gens se sentent détachés et loin de leurs partenaires amoureux, plus ils expriment de difficultés sexuelles (Brassard et al. 2012), peu importe leur genre.

Les différences entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à l'attachement et la sexualité se situent principalement au niveau des styles d'attachement insécurisants plus typiques d'un genre ou l'autre, et l'impact des styles d'attachement sur le comportement sexuel et la satisfaction.

La TCÉ pour les problèmes sexuels

À la lumière de l'abondance de preuves empiriques que :

- 1) les relations conjugales à l'âge adulte sont des liens d'attachement et que
- 2) l'attachement sécurisant au sein du couple permet une vie sexuelle valorisante et enrichissante, la TCÉ vise à créer le climat de sécurité, de confiance et d'intimité émotionnelle propice à l'exploration sexuelle. Il est important de souligner que nous ne pensons pas que la TCÉ devrait nécessairement remplacer les interventions focalisées sur les aspects physiologiques de la dysfonction sexuelle telles les difficultés érectiles ou l'éjaculation précoce chez les hommes, le manque de désir sexuel chez les hommes et les femmes et la difficulté à avoir un orgasme chez les femmes. Lorsque la nature des problèmes sexuels est principalement physiologique ou à une composante physiologique importante, la TCÉ peut aider à établir les conditions interpersonnelles nécessaires à l'application des techniques apprises en thérapie sexuelle.

Dans d'autres cas, la TCÉ s'attaque à la cause fondamentale des difficultés sexuelles, qui est souvent reliée à un manque de connexion émotionnelle dans la relation. L'hyperactivation du système sexuel représente fréquemment une tentative de rétablir ou d'améliorer le lien d'attachement (Johnson et Zuccarini, 2010). La sexualité devient ainsi l'instrument d'intimité et de connexion. L'hypoactivation du système sexuel résulte habituellement du manque de sentiment d'intimité émotionnelle dans la relation ou d'une préoccupation par rapport à la performance sexuelle (Johnson et Zuccarini, 2010, 2011). Dans cette optique, les réponses sexuelles des hommes et des femmes représentent les symptômes d'un problème plus profond : un manque de lien sécurisant dans la relation (Johnson et Zuccarini, 2011).

Les praticiens de la TCÉ mettent donc la sexualité dans son contexte relationnel. Ils s'efforcent de comprendre et d'aider les couples à changer leurs dynamiques relationnelles globales, afin de pouvoir se rapprocher sexuellement de façon stimulante et excitante pour les deux partenaires. Selon la perspective de la TCÉ, de telles explorations sexuelles satisfaisantes sont seulement possibles dans le contexte d'une relation sécurisante. Le thérapeute travaille à aider les partenaires à reconnaître et à changer la manière dont les problèmes d'attachement et les dynamiques qui les accompagnent se manifestent dans leur vie sexuelle.

Stade I : L'identification du cycle et désescalade

La priorité au stade 1 de la TCÉ est d'aider les partenaires à devenir plus conscients de leur cycle interactionnel. Lorsqu'on parle du « cycle », il s'agit des comportements (ou les « pas dans la danse interactionnelle ») de chaque partenaire lors des interactions, ainsi que des émotions et des besoins qui sous-tendent leurs comportements pendant les interactions.

L'intervenant aide alors les partenaires à reconnaître :

- 1) la façon dont ils se sentent lors des interactions ou disputes problématiques (p.ex., triste, anxieux, seul, frustré)
- 2) ce qu'ils font lorsqu'ils vivent des émotions fortes (p.ex., poursuivre, blâmer, critiquer l'autre personne ou bien se défendre, minimiser, intellectualiser et se retirer émotionnellement de l'autre personne) et
- 3) l'impact qu'a leur façon typique de gérer leur propre détresse liée au couple (c'est-à-dire, poursuivre ou se retirer de l'autre partenaire). Le thérapeute met l'accent sur la connexion émotionnelle ou le manque de connexion émotionnelle dans la relation avant d'aborder la sexualité en détail, et ce, sans exception (Johnson et Zuccarini, 2011).

Pour atteindre ces objectifs, le clinicien emploie, entre autres, des questions et des réponses évocatrices (p.ex., « Comment c'est pour vous lorsque vous percevez votre mari comme étant distant ? », « Comment réagissez-vous, à l'intérieur de vous, lorsque vous voyez votre femme comme « vous attaquant ? »), le reflet empathique (p.ex., « ça a l'air de faire mal, se sentir seul, comme ça ») et le recadrage (p. ex., « alors quand vous levez le ton, c'est comme si vous essayiez de signaler à votre partenaire, « je suis là! J'ai besoin que tu me voies! »). Le thérapeute peut également demander aux partenaires de se parler directement (appelé une « mise-en-acte »), mais cela sert principalement aux fins diagnostiques, afin de voir si le couple est en mesure de parler franchement et ouvertement de leurs peurs liées à l'attachement. Le but de toutes ces interventions est de sensibiliser le couple aux comportements qui nuisent à un sentiment de sécurité dans la relation, au besoin mutuel de se sentir aimés, appuyés et soutenus par leur partenaire (des « besoins d'attachement »), et à la façon dont certaines émotions, telle la colère, tendent à en masquer d'autres qui sont tout autant présentes et influent sur les interactions, telles la tristesse, la peine, la peur et la honte. Le but des interventions évocatrices est de mettre en évidence ces émotions plus « douces » (appelées les émotions « primaires », parce qu'elles tendent à se manifester immédiatement après un stimulus; Greenberg et Safran, 1987), afin de commencer à changer la dynamique interactionnelle. À titre d'exemple, une personne parlant de sa peur de perdre l'autre (émotion primaire) et de son grand désir de se sentir aimé (besoin d'attachement) aura probablement une réaction très différente dans son interaction avec son partenaire amoureux que quelqu'un qui critique, blâme et attaque. Une fois que le cycle est établi et évident, on reflète la manière dont les problèmes sexuels y sont reliés.

Vignette-Stade I : Jean et Luce.

Un couple, Jean et Luce, en couple depuis 25 ans, consulte le psychologue travaillant au Service de psychologie clinique de la santé d'un hôpital local suite à la crise cardiaque du mari. Ils ont été référés par le médecin responsable du Service de réadaptation cardiaque parce qu'ils éprouvent des problèmes sexuels depuis le diagnostic de la maladie cardiovasculaire de Jean. Lors de l'évaluation, le thérapeute pratiquant la TCÉ découvre que Luce devient de plus en plus critique concernant les habitudes de vie de Jean, qu'elle qualifie de « malsaines » et « suicidaires ». Elle dit qu'elle ne se sent plus attirée sexuellement envers son mari depuis qu'elle est obligée de jouer le rôle « d'infirmière » et « d'espionne ».

Jean, pour sa part, se plaint du manque d'activités sexuelles depuis le pontage qu'il a subi suite à sa crise cardiaque. L'intervention chirurgicale étant un succès, il affirme qu'il ne s'est jamais senti plus en forme

depuis sa jeunesse et il peine à comprendre pourquoi sa femme ne semble plus intéressée par lui, surtout que « tout allait bien » avant qu'il tombe malade. En collaboration avec le couple, le thérapeute dévoile la dynamique problématique, les émotions primaires et les besoins d'attachement qui la sous-tendent ainsi que le lien entre les besoins d'attachement et le problème sexuel du couple. Voici un extrait d'une séance du Stade I de la thérapie:

Luce : Mon mari a été remplacé par un patient médical qui tente de se détruire systématiquement. Il n'écoute rien de ce que les médecins disent. Au lieu de changer ses habitudes, il continue de manger, de boire et de fumer comme avant, sinon plus. Je ne veux rien savoir d'être proche de quelqu'un qui travaille fort pour se tuer. Non merci! Juste la pensée d'être intime avec lui me dégoûte.

Thérapeute : Quelque chose avec cet évènement vous a marqué profondément, et maintenant vous êtes fâchée contre Jean. Vous dites, « il essaie de se détruire ». Comment c'est pour vous, d'assister à ce qui semble être la destruction de quelqu'un qui est si important? (Question évocatrice, direction de l'attention vers les besoins d'attachement, recadrage.)

Luce : Ça me détruit. C'est comme si j'ai perdu mon lien vital.

Thérapeute : Votre « lien vital »? Alors vous avez vraiment besoin de Jean, et lorsque vous le voyez en danger, ça vous fait réagir fortement. (Reflet empathique.)

Luce : Oui, ça me fait peur!!!

Thérapeute : Peur de le perdre ?

Luce : Oui, bien sûr!

Thérapeute : Et que faites-vous lorsque vous avez peur, si peur de perdre Jean, que vous vous enragez?

Luce : J'essaie de contrôler sa diète et sa consommation d'alcool et de cigarettes encore plus ... et j'explose parfois.

Thérapeute : Alors, à la surface, on perçoit votre colère, mais vous dites que cette colère est en lien avec une grande peur de perdre votre « lien vital », c'est ça? Et quand vous avez peur comme ça, peur de le perdre, vous le critiquez en tentant de le garder en vie plus longtemps, est-ce bien ça? Et vous le ressentez loin, très loin, et surtout pas attirant. (Reflet d'émotions, des besoins d'attachement et des comportements et leur lien avec la sexualité.)

Luce : C'est difficile de se sentir amoureuse lorsque tu es en train de te protéger contre le pire.

Thérapeute : D'accord. On dirait que le fait de voir ces difficultés chez Jean sonne une alarme à l'intérieur de vous, une alarme qui dit, « danger! danger! » (Peurs fondamentales reliées à l'attachement). Et comment c'est pour vous, Jean, lorsque Luce se fâche concernant votre santé? (Mise en contexte du cycle).

Dans cette série de reflets empathiques, de recadrages et de questions évocatrices, le thérapeute a

réussi à explorer sous le problème sexuel pour arriver à sa principale cause : le sentiment de désespoir de la conjointe face à la perte potentielle de sa figure d'attachement, avec toute la colère et la protestation typique d'une telle menace, en lien avec la tendance de son mari à minimiser ses préoccupations et à rechercher incessamment des contacts sexuels. Luce explique que la sexualité est loin d'être sa priorité lorsqu'elle ne se sent pas en sécurité, un sentiment qui résulte de sa perception de la perte imminente de Jean. Le thérapeute a aidé Jean à entendre la peur cachée derrière la frustration de Luce, et il a aidé Luce à voir qu'elle tend à s'approcher de Jean de façon critique. Ce qui avait pour effet de renforcer les peurs et le

sentiment de solitude de Jean, qu'il n'osait pas partager avec elle, parce qu'il ne voulait pas se sentir davantage attaqué.

Le thérapeute a ensuite travaillé avec Jean pour le faire parler de ses réactions émotionnelles et comportementales lorsqu'il percevait des attaques de Luce. Il a confié qu'il avait aussi peur, et que le sexe était pour lui une bonne façon de se sentir proche de sa femme. Il a pleuré en exprimant sa déception et sa peine de voir le visage de Luce démontrant, manifestant selon lui, « comment elle est repoussée par moi ». Ainsi, le thérapeute a mis en évidence la façon dont les peurs liées à l'attachement avaient réduit le désir sexuel de Luce et la façon dont des peurs semblables de distance et d'éloignement émotionnel ont porté Jean à demander des rapports sexuels à Luce plus fréquemment. À la fin du stade 1 de la thérapie, ils comprenaient que leurs insatisfactions sexuelles reflétaient un problème (de manque) de sécurité émotionnelle (dans la relation) de la part des deux partenaires, et ils commençaient à percevoir cela comme étant leur ennemi commun (désescalade).

Vignette-Stade I : Georges et Nancy.

Georges et Nancy sont un jeune couple, ensemble depuis 3 ans. Ils rapportent que la fréquence et la qualité de leurs rapports sexuels, au début de leur fréquentation, étaient un facteur déterminant de leur décision de s'engager dans une relation sérieuse et exclusive. Nancy, en particulier, a mentionné que ses expériences sexuelles avec Georges étaient les meilleures de sa vie; elle expliquait qu'elle avait l'impression d'avoir découvert sa sexualité avec lui, contrairement à ses expériences sexuelles antérieures. La joie qu'elle a vécue dans son intimité avec George était, selon elle, « irremplaçable ».

Or, depuis qu'ils se sont fiancés et ont emménagé ensemble il y a six mois, dans le but de se marier bientôt, ils ont commencé à éprouver des problèmes sexuels. Georges, dont l'emploi de courtier en valeurs mobilières est excessivement stressant, a commencé à développer des difficultés à maintenir son érection lors de l'activité sexuelle. Il mentionne que Nancy était très compréhensive quand le problème a débuté et qu'ils ont trouvé d'autres façons de se satisfaire sexuellement. Cependant, selon Georges, Nancy est devenue de plus en plus frustrée lorsqu'il perdait son érection, malgré ses efforts de le cacher. Il dit, « je vois la déception dans ses yeux. Je vois qu'elle m'en veut, et après ça je me fâche contre moi-même ».

Nancy, pour sa part, explique qu'elle aussi vit beaucoup de stress dans sa vie professionnelle et personnelle—elle est chirurgienne à un hôpital local et sa mère est gravement malade. En effet, celle-ci a un cancer à un stade avancé. Elle dit qu'elle essaie de comprendre Georges et ce qu'il vit, mais qu'il est devenu plus difficile pour elle de ne pas pouvoir avoir de rapports sexuels avec lui. Pour Nancy, la sexualité avec Georges était, entre autres, une façon de s'évader de son stress quotidien. De plus, elle mentionne qu'elle se sent rejetée par Georges lorsqu'il ne veut pas faire l'amour ou lorsqu'il ne peut pas maintenir son érection. Elle se sent également délaissée quand Georges évite, selon elle, le sujet où lui suggère que sa réaction est exagérée.

Au Stade I de la thérapie, le thérapeute a posé beaucoup de questions évocatrices et a fait de nombreux recadrages, afin d'accéder aux émotions primaires de chacun et aux besoins d'attachement qui les soutiennent. Ces interventions ont aidé à découvrir que la crainte principale de Georges, contribuant énormément aux difficultés érectiles, était, en fait, une peur reliée à l'attachement :

Georges : C'est comme si j'ai échoué.

Thérapeute : « Échoué ? »

Georges : Oui, comme partenaire, comme homme. C'est humiliant.

Thérapeute : D'après vous, qu'est-ce qui va arriver si ça continue comme ça, si vous continuez « d'échouer » en n'étant pas en mesure de satisfaire Nancy sexuellement? Quelle est votre pire crainte? (Questions évocatrices, afin de provoquer une émotion primaire forte.)

Georges : Eh bien, qu'elle me laisse. Qu'elle trouve quelqu'un d'autre. Elle dit souvent qu'elle ne s'est jamais sentie aussi épanouie sexuellement. Mais si je ne suis plus capable de lui permettre de s'épanouir... (Georges commence à pleurer).

Thérapeute : « Si je ne suis pas capable de lui permettre de s'épanouir, elle va me quitter. Elle ne sera plus là. Je serai seul, c'est ça? » (Reflets, afin d'approfondir la peur fondamentale en lien avec l'attachement et afin d'aider Georges à faire le lien avec son comportement dans la relation.)

Georges : Oui.

Thérapeute : Et qu'est-ce que vous faites lorsque vous avez peur, si peur de la perdre ... lorsque vous êtes convaincu que vous finirez seul?

Georges : Eh bien, je me retire. Ou je lui dis que je suis trop fatigué pour faire l'amour. Ou je deviens très défensif et je me fâche.

Thérapeute : Mmh. Ça devient tellement insupportable, cette crainte de perdre la personne la plus importante, que vous vous retirez d'elle en étant frustré (Recadrage, reflet du comportement qui accompagne l'émotion et le besoin d'attachement).

Et comment c'est pour vous (thérapeute se tourne vers Nancy) Nancy, quand Georges s'éloigne de vous comme ça? (Insertion du comportement de Georges dans le cycle interactionnel.)

Nancy a ensuite pu parler de ses sentiments de rejet, de tristesse et de dépassement quand elle ressent une distance entre elle et Georges. Avec l'aide du thérapeute, elle s'est aperçue que sa tendance à se frustrer et à demander des rapports sexuels était reliée, en grande partie, à son désir de se sentir plus proche de lui, ainsi qu'à sa grande déception quand George n'était pas disponible émotionnellement.

Stade II : Le réengagement et le relâchement

Une fois que le couple reconnaît le cycle d'interactions qui maintient la distance et la frustration au sein de la relation et que les deux personnes perçoivent ce cycle comme étant la source principale du problème entre eux, ils sont prêts à passer au Stade II de la TCÉ. Au Stade II, l'objectif est de changer la dynamique en façonnant de nouveaux types d'interactions, dans lesquels les deux partenaires sont à l'affût de leurs émotions et de leurs besoins d'attachement.

De plus, ils demandent à l'autre d'y répondre de façon claire et directe en mettant en évidence leurs émotions douces (tristesse, peur, honte) et leurs vulnérabilités (Johnson, 2004; Johnson et Greenman, 2006; Lafontaine et al. 2008 de nouvelles réactions chez le partenaire et donc à changer la manière dont les deux personnes interagissent, mais seulement lorsqu'elles sont évidentes.

Vignette-Stade II : Jean et Luce.

Une fois que Jean et Luce ont reconnu leur cycle et compris, qu'au cœur de leurs difficultés sexuelles, il y avait une danse d'attachement, le thérapeute a pu entamer le Stade II de la TCÉ. Au début de ce stade, il a aidé Jean à approfondir son sentiment de solitude et d'incertitude, depuis sa crise cardiaque. De plus, il a aidé Jean à expliquer à Luce qu'il n'avait pas l'impression de pouvoir s'ouvrir à elle, parce qu'il avait peur de se faire attaquer par celle-ci. Il lui a dit directement que la sexualité était, pour lui, la seule manière qu'il

connaissait de se sentir encore connecté à elle émotionnellement. Ensuite, le thérapeute a aidé Luce à entendre et à répondre à cela, en invitant Jean à s'ouvrir et en lui disant qu'il n'était pas seul. Jean a ensuite demandé à Luce d'être plus patiente avec lui. Après ce « réengagement émotionnel » de la part de Jean, le thérapeute a commencé à approfondir et à exposer les peurs et les besoins de Luce. Voici un extrait d'une séance :

Luce : J'ai horriblement peur de finir seule au monde. J'ai toujours eu peur, depuis toujours, depuis que ma mère est décédée lorsque j'avais 9 ans. Et c'était moi qui commençais à être le parent de mon père et de ma petite sœur. Je me suis sentie si seule, et je ne pourrais pas supporter ça encore.

Thérapeute : Seule, si seule, avec personne qui prend soin de vous. (Approfondissement de l'affect primaire et des besoins d'attachement). Si j'ai bien compris, vous vivez ce sentiment à nouveau chaque fois que vous percevez Jean en danger, surtout depuis la crise cardiaque.

Luce : Oui! À chaque fois qu'il boit trop, à chaque fois qu'il oublie de prendre ses médicaments, c'est comme s'il se tirait une balle dans la tête!

Thérapeute : Tellement peur de le perdre. Pouvez-vous lui dire ça, Luce? Dites-lui à quel point vous avez peur de le perdre, que la raison pour laquelle vous vous frustrez est qu'il est si important pour vous. (Mise en acte.)

Luce (en larmes) : Je t'aime. Je ne peux pas imaginer ma vie sans toi. Tu es mon lien vital, mon amour. J'ai tellement peur depuis la crise cardiaque que tu te fasses encore plus mal, que je finirai seule, toute seule, sans toi... (Jean prend la main de Luce.)

Thérapeute : Qu'est-ce qui vient de se produire, Jean, quand Luce vous a regardé et a dit « J'ai tellement peur de te perdre parce que je t'aime tant »? Vous lui avez pris la main.

Jean : Je veux tout simplement la rassurer et la réconforter lorsque je la vois comme ça. C'est tellement différent de l'habitude. Normalement elle ne se montre pas comme ça à moi.

Thérapeute : Vous n'avez pas l'habitude de percevoir Luce, ayant besoin de vous. Luce, qui a peur de vous perdre, Luce, qui ferait n'importe quoi pour vous aider à demeurer en santé et présent avec elle. Qu'est-ce qui vous arrive lorsque vous voyez ça?

Jean : C'est curieux, mais ça me soulage. C'est comme si je n'étais pas seul après tout. Ça me donne le goût d'essayer de prendre soin de moi un peu plus. Pour elle, pour nous.

Le thérapeute a ensuite poursuivi avec Luce en l'aidant à se dévoiler davantage, et il a appuyé Jean à entendre et à répondre de manière réconfortante à ses expressions de vulnérabilité. Après plusieurs répétitions de ce type d'échanges pendant plusieurs séances, Luce a commencé à se sentir plus proche de Jean. Sa façon d'interagir avec lui est devenue plus douce (« relâchement émotionnel ») lorsqu'elle le percevait comme étant accessible. Les deux rapportaient se sentir plus en sécurité au sein de la relation. Avec le temps, ils ont repris leurs activités sexuelles avec beaucoup de satisfaction.

Vignette-Stade II : Georges et Nancy.

À la fin du Stade I de la thérapie, Georges et Nancy se sont rendu compte que la sexualité avait une signification différente pour chacun, surtout lorsque cela n'allait pas bien dans la relation. Pour Georges, c'était une source de stress et un autre endroit où il risquait de décevoir Nancy. Son anxiété face à la déception potentielle et à la perte potentielle de la relation, occasionnée par son incapacité à être à la hauteur des attentes qu'il percevait chez elle, a été mise en avant plan au cours du Stade I. Pour Nancy, la

sexualité, en plus d'être une source de plaisir et de détente physique, était une façon de sentir plus proche de Georges. Lorsqu'elle soupçonnait une menace à ce lien, ses peurs d'attachement ont été activées et elle se fâchait contre lui. Au début du Stade II, le thérapeute a voulu aider Georges à s'ouvrir à Nancy. Un des objectifs était de permettre à Nancy de comprendre que, contrairement à ce que Georges lui montre la plupart du temps, il était tout sauf indifférent à la souffrance de Nancy .

Thérapeute : Pouvez-vous aider Nancy à comprendre, Georges, à quel point la relation avec elle est importante pour vous, à quel point elle est tellement importante pour vous (recadrage), que lorsque vous pensez l'avoir déçue, ça vous fait si peur que vous vous éloignez d'elle? (Mise en acte.)

Georges : Tu dis que ce n'est pas grave, mais je vois dans tes yeux à quel point ça te brise le cœur lorsque je ne suis pas capable d'avoir une érection. Je vois à quel point tu es déçue et fâchée, et ça (il pleure), ça me fait peur. J'ai peur de te perdre.

Nancy : Ce qui me déçoit c'est le manque d'opportunité d'être proche de toi. On est tellement occupé qu'on dirait que le seul moment où on s'étreint est après avoir fait l'amour. Tu me manques, pas seulement le sexe avec toi. On n'a jamais pris le temps d'être proche autrement. Ne t'en fais pas, je ne vais nulle part. (Réconfort des peurs d'attachement.)

Lorsque Nancy a perçu la souffrance de Georges au lieu de l'indifférence, lorsqu'elle l'a vu devenir émotif à l'idée de la perdre, elle s'est sentie plus importante à ses yeux et plus proche de lui. Ce sentiment a eu pour effet de la rassurer, même si elle voulait tout de même améliorer leur vie sexuelle. De plus, le fait de se sentir importante et reconnue par Georges l'a menée à vouloir le reconforter à son tour lorsqu'il lui a dévoilé sa vulnérabilité. Le thérapeute a répété ce type de mise en acte à une multitude de reprises, afin de solidifier le réengagement émotionnel de la part de Georges et le relâchement émotionnel de la part de Nancy. Quand les deux partenaires ont commencé à se sentir plus en sécurité au sein de la relation et plus connectés l'un à l'autre, les échanges typiques des séances de thérapie, dans lesquelles les deux personnes se parlent directement et ouvertement de leurs sentiments et de leurs besoins, sont devenus plus typiques dans leur quotidien. À ce moment, ils étaient prêts à passer au Stade III de la thérapie.

Stade III-Consolidation et intégration

Le Stade III de la TCÉ représente un retour approfondi sur les problèmes pratico-pratiques, comme la sexualité, qui avaient enclenché le cycle négatif du couple au préalable. Le fait de se sentir plus en sécurité au sein de la relation et d'avoir reconnu le rôle de la sexualité dans la danse interpersonnelle, avec toute sa signification pour la qualité du lien d'attachement, aide le couple à aborder la sexualité plus directement et avec plus de succès. Dans le cas de Jean et Luce, par exemple, le thérapeute les a aidés au Stade III à s'entendre sur une manière de mettre en pratique le plan d'exercice et d'alimentation développé par le médecin, le kinésologue et le diététicien qui travaillaient avec Jean. Ils ont pu parler ouvertement de la manière dont Luce se sentait plus attirée sexuellement par Jean lorsqu'elle le sentait en mesure de prendre sa santé en main et plus ouvert à elle et à ses préoccupations, qui tournaient principalement autour de son amour pour lui. Le thérapeute a également pu refléter que Jean s'affirmait davantage en demandant à Luce de l'aider à réaliser le plan fourni par son équipe médicale. Ensemble, ils ont décidé que Luce accompagnerait Jean à la salle de gym et dans ses marches, ainsi qu'ils prépareraient la nourriture ensemble selon les consignes du diététicien.

Quant à Georges et Nancy, au courant du Stade III, ils ont commencé à consacrer plus de temps dans leurs semaines au couple et aux activités non sexuelles (p. ex., des sorties au restaurant, des marches, des jeux de société, de la conversation). Ils ont trouvé que le fait de se sentir plus proches et synchronisés émotionnellement avait beaucoup calmé les peurs de Georges, qui semblaient affecter ses réactions physiologiques liées à la sexualité. Ils ont travaillé avec leur thérapeute à élaborer des idées de jeux

sexuels et de techniques de rapprochement avec lesquelles ils étaient confortables tous les deux. Nancy se sentait moins frustrée lorsque Georges n'arrivait pas à maintenir son érection (ce qui arrivait beaucoup moins souvent à la fin de la thérapie), parce qu'elle le sentait proche et engagé. De plus, Georges, fort de la sécurité de ressentir l'amour de Nancy même si elle n'avait pas un orgasme chaque fois qu'ils tentaient de se rapprocher sexuellement, était plus à l'aise et ouvert à l'expérimentation sexuelle dans le couple. Ils n'avaient toutefois pas écarté l'idée de consulter en thérapie sexuelle ou de parler au médecin de Georges si le problème persistait, mais ni l'un ni l'autre ne percevait le problème comme étant une menace à la relation, ce qui a facilité l'exploration de leur sexualité.

La TCÉ et l'approche Sexocorporelle : Un beau mariage

L'approche Sexocorporelle constitue un modèle de santé sexuelle qui s'arrime bien avec la Thérapie conjugale axée sur l'émotion. Selon Desjardins, Chatton, Desjardins et Tremblay (2010), la santé sexuelle est définie comme étant «la naissance, le développement, l'interaction et l'harmonisation de toutes les composantes de la sexualité » (p.65). Le postulat de base de cette approche sexologique est que le corps et le cerveau forment un tout (Chatton, Desjardins, Desjardins et Tremblay, 2005 ; Desjardins et al. 2010). En ce sens, une émotion engendrera des modifications corporelles auxquelles elle est associée, alors qu'une position corporelle donnée entraînera des tensions musculaires précises qui auront un reflet au niveau émotionnel et cognitif (Chatton et al. 2005). Selon cette approche, le développement sexuel se fait à partir du réflexe d'excitation sexuelle, qui est présent avant même la naissance (Chatton et al., 2005 ; Desjardins et al. 2010). Au départ, il s'agit d'une réaction réflexe qui, via les diverses tentatives d'exploration de l'enfant, devient le résultat de ses apprentissages. La sexualité se développe donc par des apprentissages et est ainsi sujette aux changements, y compris aux changements affectifs (Desjardins et al., 2010). L'émotion joue donc un rôle primordial dans le développement sexuel et dans la santé sexuelle.

Cette philosophie de la sexualité s'arrime bien avec les valeurs de la TCÉ. Ceux qui pratiquent l'approche Sexocorporelle tiennent compte de l'impact des états affectifs sur la sexualité, tout comme les thérapeutes qui pratiquent la TCÉ. Selon la perspective Sexocorporelle, la causalité directe des difficultés sexuelles est quasiment toujours liée à la fonction d'excitation sexuelle (Desjardins et al. 2010). Comme nous avons vu dans les recherches et dans les deux vignettes présentées ici, l'excitation sexuelle (ou le manque d'excitation sexuelle) est souvent reliée à la qualité du lien d'attachement dans le couple. Il devient donc important d'aider les gens à se sentir proche et en sécurité émotionnelle, pour qu'ils puissent élargir leurs modes d'excitation sexuelle par le jeu des lois du corps (exploration de l'espace, des différents rythmes et des diverses tensions musculaires), par l'apprentissage de la technique de la double bascule (mouvement de bascule du bassin, des épaules et de la tête) ou encore par des techniques de respiration abdominale, qui sont typiques de l'approche Sexocorporelle (Desjardins et al., 2010). La sécurité relationnelle ouvrirait ainsi la porte aux apports du Sexocorporel.

Conclusion

La TCÉ est une approche de la thérapie conjugale validée empiriquement qui est très prometteuse pour le traitement des problèmes sexuels. Il y a eu trois études jusqu'à présent dans lesquelles la participation à une TCÉ a été liée à une augmentation de la satisfaction sexuelle comparativement au groupe témoin (Honaparvaran et al. 2010), à une augmentation de l'intimité émotionnelle comparativement à un groupe témoin et à une intervention cognitive (Dandeneau et Johnson, 1994) et à l'augmentation du désir sexuel chez les femmes comparativement à un groupe témoin (MacPhee, Johnson et Van der Veer, 1995). Il y a donc quelques preuves empiriques de l'efficacité de cette approche pour traiter les problèmes sexuels, ainsi que beaucoup de données anecdotiques à cet effet (Johnson et Zuccarini 2010, 2011).

Il reste tout de même du travail à faire. En effet, il manque présentement d'autres études bien contrôlées pour confirmer l'efficacité de la TCÉ pour traiter les problèmes sexuels. Il reste également de la recherche à faire concernant le processus thérapeutique de la TCÉ avec les couples faisant face aux difficultés d'ordre sexuel, puisque celui-ci peut différer en fonction de la population ou la problématique particulière (La Rocque, 2015; Makinen et Johnson, 2006). Il sera important à l'avenir de poursuivre la recherche dans ce domaine, afin de s'assurer de la qualité des soins offerts aux clients ayant des difficultés sexuelles.

Malgré le travail qu'il reste à faire, la TCÉ pourrait être un ajout extrêmement pertinent à une démarche de thérapie sexuelle, et, dans certains cas elle peut même être nécessaire avant que le couple ne puisse appliquer les techniques de la thérapie sexuelle de façon efficace. Car après tout, si la relation conjugale est en difficulté il sera évidemment très difficile pour le thérapeute, voire impossible, d'y faire émerger l'épanouissement sexuel des partenaires.

Références

- Birnbaum, G.E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 21-35. doi : 10.1177/0265407507072576
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Brassard, A., Péloquin, K., Dupuy, E., Wright, J., & Shaver, P.R. (2012). Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38, 245-262. doi : 10.1080/0092623X.2011.606881
- Burgess Moser, M. (2012). *The cognitive-affective and behavioural impact of emotionally focused couple therapy* (Thèse doctorale non publiée). Université d'Ottawa, Ottawa, Canada.
- Carrasco, B. (2012). *An empirical analysis of romantic attachment and sexuality* (Thèse doctorale non publiée). City College of New York, New York, U.S.A.
- Castellano, R., Velotti, P., & Zavattini, G.C. (2014). *What makes us stay together? Attachment and the outcomes of couple relationships*. London: Karnac Books.
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25, 3-19. doi : 10.3917/psys.051.0003.
- Cloutier, P.-F., Manion, I. G., Gordon Walker, J., & Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391-398. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x
- Dalgleish, T.L., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Wiebe, S.A., & Tasca, G. (2014). Predicting key change events in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Publication d'avance en ligne. doi : 10.1111/jmft.12101.
- Dalgleish, T.L., Johnson, S.M., Burgess Moser, M., Lafontaine, M., Wiebe, S.A., & Tasca, G. (2014). Predicting change in marital satisfaction throughout Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Publication d'avance en ligne. doi : 10.1111/jmft.12077
- Dandeneau, M. L., & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 17. doi : 10.1111/j.17520606.1994.tb01008.x

- Davis, D. (2006). Attachment-related pathways to sexual coercion. Dans M. Mikulincer & G.S.
- Goodman (Éds.), *Dynamics of romantic love : Attachment, caregiving, and sex* (p. 293-336). New York : Guilford Press.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples : A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 23-38. doi : 10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x
- Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2010). Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous. Dans M. El Feki (Éd.), *La sexothérapie. Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* (2e éd.) (pp. 63-102). Bruxelles: De Boeck Université.
- Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion focused therapy for couples in the treatment of depression : A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31(5),
- Diamond, L.M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, 110, 173-192. doi: 10.1037/0033-295X.110.1.173
- Eagle, M. (2007). Attachment and sexuality. Dans D. Diamond, S.J. Blatt, & J.D. Lichtenberg (Éds.), *Attachment and sexuality* (p. 27-50). Londres : The Analytic Press.
- Feeney, J.A. (2004). Transfer of attachment from parents to romantic partners: Effects of individual and relationship variables. *Journal of Family Studies*, 10, 220-238. doi : 10.5172/jfs.327.10.2.220
- Gottman, J.M. (1994). What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenman, P.S., & Johnson, S.M. (2013). Process research on Emotionally Focused Therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Family Process*, 52, 46-61. doi : 10.1111/famp.12015
- Guerriero, V., & Zavattini, G.C. (2015). Questioni d'amore : Teoria dell'attaccamento e relazioni sentimentali. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 2, 27-44.
- Halchuk, R. E., Makinen, J., & Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using Emotionally Focused Therapy: A three-year follow-up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9, 31-47. doi:10.1080/15332691.2011.613306
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. doi : 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Honarparvaran, N., Tabrizy, M., & Navabinejad, S. (2010). The efficacy of emotionally focused couple therapy (EFT-C) training with regard to reducing sexual dissatisfaction among couples. *European Journal of Scientific Research*, 43, 538-545.
- Johnson, S. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. New York: Little, Brown and Co.
- Johnson, S. (2013). *Love sense: The revolutionary new science of romantic relationships*. New York: Little, Brown and Co.
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection : The practice of emotionally focused marital therapy* (2nd edition). New York, NY : Brunner/Routledge.
- Johnson, S.M., & Greenman, P.S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 597-609. doi : 10.1002/jclp.20251
- Johnson, S.M., & Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36, 431-445. doi : 10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x

- Johnson, S.M., & Zuccarini, D. (2011). EFT for sexual issues : An integrated model of couple and sex therapy. Dans J.L. Furrow, S.M. Johnson, & B.A. Bradley (Éds.), *The emotionally focused casebook : New directions in treating couples* (p. 219-246). New York : Routledge.
- Lafontaine, M. F., Johnson-Douglas, S. M., Gingras, N., & Denton, W. (2008). Thérapie de couple axée sur l'émotion [Emotionally Focused Therapy for couples]. In J. Wright, Y.
- Lussier, & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 277-312). Québec: PUQ.
- LaRocque, G. (2015). La Thérapie de couple axée sur l'émotion (TCÉ) auprès de couples dont un membre a une maladie cardiaque et de couples en bonne santé physique : une étude du processus thérapeutique. Thèse doctorale non publiée. L'Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada. Lewandowski, G.W., Ozog, V., & Higgins, H. (2015). *The science of improving relationships*.
- Dans A. Rennolds (Éd). *Psychology of interpersonal perception and relationships* (p. 136). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M., & van Der Veer, M. M. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of sex & marital therapy*, 21(3), 159-182. Doi : 10.1080/00926239508404396.
- Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1055-1064. Doi : 10.1037/0022006X.74.6.1055.
- McCrae, T.R., Dalglish, T., L., Johnson, S.M., Burgess-Moser, M., & Killian, K.D. (2014). Emotion regulation and key change events in emotionally focused therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 13, 1-24. doi : 10.1080/15332691.2013.836046
- Mehr, S.E., Bahrami, F., Karami, B., Mehr, Y.E., Hedayati, A.M., Ahmadi, S., & Rozeyan, A. (2014). Studying the effect of emotion focused therapy on couples' attachment styles. *MAGNT Research Report*, 2, 595-602. doi : dx.doi.org/14.9831/1444-8939.2014/25/MAGNT.87
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007a). Psychodynamics of attachment and sexuality. Dans D.
- Diamond, S.J. Blatt, & J.D. Lichtenberg (Éds.), *Attachment and sexuality* (p. 51-78). Londres : The Analytic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007b). *Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change*. New York : Guilford Press.
- Schade, L.C., Sandberg, J.G., Bradford, A., Harper, J.M., Holt-Lunstad, J., & Miller, R.B. (2014). A longitudinal view of the association between therapist warmth and couples' in-session process: An observational pilot study of emotionally focused couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. Publication d'avance en ligne. doi: 10.1111/jmft.12076
- Zeifman, D., & Hazan, C. (2008). Pair bonds as attachments. Dans J. Cassidy & P.R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment (2e édition) : Theory, research, and clinical applications* (p. 436-455). New York : Guilford Press.



Interview réalisée par Isabelle CHAFFAI

Traduction : Mireille BAUMGARTNER

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

Nom : FUCHS

Prénom : STEPHAN

Année de formation : depuis 2001 et continuellement en train d'apprendre et d'approfondir

Niveau de formation : sexologue clinicien ISI, formateur et superviseur ISI

Interview réalisé par Isabelle Chaffai (I.CH.)

Avec **FUCHS Stephan** (août 2015 à Luzern Suisse)

I.CH. Comment avez-vous entendu parler du Sexocorporel ?

J'ai commencé par des études de théologie puis j'ai travaillé dans une paroisse catholique en tant qu'aumônier. Suite à une formation de psychothérapeute en Gestalt et en thérapie du mouvement intégratif, j'ai passé à une activité indépendante dans mon propre cabinet à Luzern. En même temps, j'étais préoccupé par beaucoup de questions autour de "Être un Homme" et mon travail auprès des hommes. Ceci m'a amené à être membre fondateur du "Bureau des Hommes" (Conseils pour hommes) et à suivre une formation d'encadrement et de conseil pour hommes en proie à la violence. C'est dans ce cadre que j'ai fait la connaissance du Dr. Peter Gehrig de Zürich. Il m'avait parlé alors d'un sexologue passionnant de Montréal qui allait venir à Genève. Étant alors engagé à la mise en place d'un bureau de conseil sur la violence des hommes, je n'ai pas donné suite à la venue de ce "canadien". Mais lorsque Peter Gehrig, alors occupé à l'institut du Prof. Jürg Willi, publia en 2001 une offre de cours sur "Sexualité Intégrative /Sexothérapie" je suis devenu curieux et je m'y suis inscrit. En douze séquences de un jour, Peter Gehrig nous introduisit dans le Sexocorporel. Dans ce groupe, constitué de douze hommes (!) et de dix femmes, ma curiosité et mon intérêt au sujet du Sexocorporel ont définitivement été éveillés. C'est ainsi que je me suis beaucoup réjoui lorsque Peter Gehrig a lancé une formation en "Sexocorporel" à Zürich en 2005, à laquelle j'ai pu participer.

I.CH. Comment s'est déroulé la rencontre avec Jean-Yves Desjardins ?

Jusqu'alors je n'avais entendu parler du prof. Jean-Yves Desjardins que par des récits. En mars 2007, j'ai fait personnellement sa connaissance lors d'une journée de supervision et d'approfondissement. Il y avait là un grand Monsieur digne, en complet, qui me regardait avec un regard chaleureux et me souhaita la bienvenue. En raison de mes connaissances limitées en français je n'ai malheureusement pas tout compris, alors que Jean-Yves Desjardins m'a compris sans aucune connaissance d'allemand, rien qu'avec son observation. De lui, je reçus des réponses précises et pertinentes.

Accompagnée de mon épouse, j'ai participé en 2007 à la série des "vivre en amour" à Genève où j'ai vécu Jean-Yves Desjardins, planté fièrement devant un grand public, avec son sourire conquérant, accueillant avec bienveillance chaque question du public et en balançant son bassin de façon séductrice.

Je suis très reconnaissant d'avoir eu le privilège de jouir de sa présence en chair et en os durant ces 5 weekends de séminaire.

Il conduisait ces séminaires en collaboration avec Dr Dominique Chatton, Yoko Pedrazzoli, Mireille Baumgartner et Antoinette Liechti-Maccarone. Tous ensemble, ils m'ont contaminé à l'idée de pouvoir proposer ces séminaires "vivre en amour" en allemand à Zürich. Depuis 2010 nous proposons avec Christa Gubler cette série de séminaire à Zürich, déjà pour la 4^{ème} fois.

I.CH. Quelle est votre profession ?

Je pratique depuis 1996 en tant que psychothérapeute du mouvement et ces derniers temps majoritairement en tant que sexologue clinicien dans mon propre cabinet à Lucerne. Depuis 2012, je collabore à la formation en Sexocorporel.

Avec la Dresse Karol Bischof, Francesca GaliziaThiele (décédée le 29.7.2015) et le Dr. Peter Gehrig nous formons l'équipe de formation de Hamburg (D), de Kisslegg (D) et de Zürich (CH).

I.CH. Qu'est-ce que la formation en Sexocorporel vous a apporté dans le cadre de votre profession ? Quels sont les outils et/ou habiletés acquises au cours de la formation qui vous servent dans votre profession?

Grâce aux formations en Sexocorporel, j'ai eu de plus en plus de facilité dans ma pratique à nommer de façon explicite et de manière simple et naturelle l'agir, les sensations et la pensée sexuelle. Ceci a eu sans conteste des conséquences immédiates sur les personnes qui recherchent du soutien auprès de moi. Ces dernières osent aborder les questions et leurs difficultés sexuelles, remarquent que ceci est possible et que, par mon questionnement approfondi, je suis intéressé à mieux comprendre leurs souffrances. Ils commencent dès les premières heures à comprendre leurs difficultés sexuelles et cela leur donne l'espoir d'une possibilité de changement. Ceci renforce à nouveau leur motivation pour la thérapie.

À l'origine, je venais de l'église catholique et de la théologie où le sacré et le spirituel sont détachés du corps et du sexué, et bénéficient d'une considération plus élevée. Là je ressentis l'axiome corps-cerveau comme une libération de ce dualisme et en même temps comme un défi de mettre ceci en pratique au quotidien.

Par la capacité de l'observation précise, il devient souvent possible d'initier des progrès par des petites propositions de changements. Ceci permet d'élargir la fonctionnalité sexuelle et la plaisir sexuel.

Personnellement, de constater que l'expérience personnelle, le jeu avec les tensions musculaires, la respiration, l'espace des mouvements et les rythmes avaient la priorité dans la formation ont été un enrichissement d'une valeur inestimable pour moi. En même temps, j'acquis un instrument pour mon travail quotidien au cabinet.

Je pourrais encore en raconter beaucoup ainsi. J'ai trouvé avec le Sexocorporel un concept non dogmatique et un outil qui me permet d'évaluer avec précision l'agir et le ressenti dans la sexualité, de le comprendre et selon la demande de développer et d'accompagner.

I.CH. Qu'est-ce qui vous a donné envie de poursuivre votre formation en deuxième niveau? Et que vous a apporté ce deuxième niveau et comment vous vous en servez dans le cadre de votre travail ?

Pour moi la question de continuer et d'approfondir la formation ne s'est même pas posée. Lors du premier niveau, j'étais souvent assis bouche bée, les yeux écarquillés et m'étonnais du contenu donné par Peter Gehrig, que les exercices corporels mettaient en évidence (acquérir et comprendre). Je voulais approfondir mes expériences et mon acquis. Dans ce deuxième passage, j'avais l'occasion de réentendre une deuxième fois le contenu, de découvrir de nouvelles connections, de comprendre autre chose et avant tout d'apprendre à observer sans juger.

I.CH. Le troisième niveau vous a permis de compléter quelles connaissances, que vous a-t-il apporté comme approfondissement ?

Grâce au savoir et à l'expérience croissante, le 3^{ème} niveau m'a permis de mieux comprendre la logique du système et de poser des questions quant à la transmission du Sexocorporel comme par exemple :

Comment transmettre les thèmes des séminaires ? Pourquoi Peter fait intervenir cet exercice juste à ce moment-là ? Comment les participants et les participantes y réagissent ? Comment transmettons-nous la double bascule pour qu'elle devienne un instrument qui permette de lier la dimension génitale du bas et la dimension émotionnelle du haut ? Quelle est l'influence de la lenteur sur l'intensification du plaisir érotique ?

Comme je suis seul dans mon cabinet, j'y ai trouvé une possibilité d'échange, d'approfondissement et un terrain d'essai.

J'ai apprécié d'avoir pu suivre un autre cycle à Paris chez la Dresse Claude Roux Deslandes et Martine Costes-Péplinski. J'ai pu y apprendre une autre façon de transmettre le Sexocorporel. Le petit groupe de formation de Paris permit un travail précis et comparable à celui pratiqué au cabinet en travail individuel.

I.CH. Quel serait le mot de la fin ?

Le Sexocorporel élève le plaisir et la joie de vivre de chacun qui entre en contact avec lui.

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