

Santé Sexuelle

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



Dans ce numéro

- **Editoriale** : Elizabeth LE COGUIC

- **Omaggio a 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

Veuillez noter que toute reproduction totale ou partielle d'un article publié dans la présente revue nécessite l'accord écrit de l'ISI et doit être suivie de la référence complète. Les articles publiés dans **SANTÉ SEXUELLE** n'engagent que les auteur(e)s.

POLITIQUE ÉDITORIALE :

Présentation des textes pour la revue:

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

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

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

CRITÈRES D'ÉVALUATION :

Tous les textes sont évalués en fonction des critères suivants :

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

ACCEPTATION DES TEXTES :

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

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

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

COMITE DE DIRECTION 2014– 2015 :

M. Jeffrey PEDRAZZOLI (Suisse) : Président

Mme Michèle BONAL (France) : Vice-présidente

Mme Lise DESJARDINS (Canada) : Secrétaire générale

Mme Joëlle GOURIER (Suisse) :

Trésorière, (responsable de la Commission du budget et des contrats, responsable de la Commission internet et des communications)

M. Pascal BENOIST (France) :

Responsable du Comité Scientifique

Mme Claude ROUX-DESLANDES (France)

Mme Patrizia GUERRA (Italie)

LES COMMISSIONS ET LEURS RESPONSABLES :

Mélanie TREMBLAY (Québec) :

Responsable de la Commission des Formations

Mme Elizabeth LE COGUIC (France) :

Responsable de la Commission de la revue

Karoline BISCHOF(Suisse) :

Responsable de la Commission des membres

COMMISSION DE LA REVUE :

Elizabeth LE COGUIC (France) :

Responsable de la commission

Isabelle CHAFFAÏ, Joëlle GOURIER,

Elizabeth LE COGUIC, Anne Charlotte LEROUX :

Relecture et corrections

Joëlle GOURIER : mise en page

EDITORIALE

Il vortice della vita

Sia nella nostra vita personale o nelle nostre relazioni familiari o sociali, gli impegni presi sono a volte indeboliti, cosa che ci porta a mettere in discussione tutto, lasciandoci nella confusione e nel dubbio. Questo è parte del processo della vita.

La coppia non sfugge, la vita associativa non fa eccezione, ed è particolarmente doloroso visto che ci abbiamo messo tutta la nostra forza in termini di generosità e d'idealismo.

Questa rivista parla della coppia, della disabilità, e ancora una volta, è anch'essa ad un bivio. Alcuni se ne vanno, e questa vale per me - e anche per Joëlle Gourier che era un pilastro della rivista - con la preoccupazione del dopo, ma anche la fiducia: nell'apparente caos in germi futuri e in forze di rinnovamento. La parola "caos" ha la stessa etimologia di Keim, il seme...

E' come nella coppia, ancora una volta, la presenza di forze polarizzate, contrarie, è creativa, è il principio dell'alchimia: dal confronto di forze opposte nasce il nuovo.

La vita associativa è ricca, impegnativa, regala soddisfazioni, ma la dimensione sociale è a volte una fonte di rinunce, di delusioni, e il modo migliore per superarle è quello di tenere gli occhi fermi su un obiettivo comune ... Un po' come nella coppia ...

Uno studio recente ha dimostrato che la sofferenza sul lavoro è molto più elevata nel mondo associativo, poichè i giochi di potere sono gli stessi che nelle imprese, ma senza alcun compenso materiale, spesso senza riconoscimento.

La vita associativa ha bisogno di rinnovarsi.

Voglio sottolineare, nel momento in cui mi ritiro, la ricchezza di questo lavoro che è stato appassionante, sia per il suo contenuto sia per gli scambi, sia per i conflitti che mi hanno insegnato molto su questi due aspetti. Grazie ai membri della commissione: Joëlle, Isabelle, Anne Charlotte, che hanno sempre permesso di andare avanti, con la loro serietà nel revisionare i testi, le loro proposte, la loro capacità di adattamento, grazie agli autori degli articoli per la loro generosità e la loro capacità di accogliere le correzioni minori relative alla correzione del linguaggio e alla comprensione del contenuto.

Un ringraziamento speciale a Joëlle Gourier che si è occupata della pubblicazione della rivista, con ciò che comporta in termini di competenze tecniche e ... umane. Thomas Andree, il nostro traduttore tedesco, Patrizia Guerra per la traduzione in italiano, e molti attori occasionali, senza i quali la rivista non sarebbe andata avanti.

Joëlle si ritira, ed anchio e mi auguro che il rinnovamento si svolga nella continuità, arricchito dai contributi della partecipazione di nuove teste "pensanti".

Elizabeth Coguic

Omaggio a Francesca Galizia Thiele che ci ha lasciati il 29 luglio 2015

Ho avuto il piacere di reincontrare Francesca a Ginevra. Ho avuto il piacere di rivederla a Parigi. Ho ricevuto due regali da Francesca:

- Il primo è il suo ritorno al lavoro di osservatrice e tutto il suo interesse per il Sexocorporel e l'arte di osservare. Abbiamo condiviso molto su "come fare per elaborare ciò che si osserva." Un giorno, in presenza di Peter, abbiamo persino fatto qualche gioco di ruolo corporeo, per approfondire come avremmo potuto osservare ed elaborare la nostra osservazione nella formazione e nella terapia di coppia. Avevamo apprezzato molto, con Francesca di esserci arricchite dell'esperienza e della saggezza di Peter.

- Il secondo è il dono più personale. Francesca mi ha chiesto delle piccole sedute di massaggio alla testa, un lavoro di abbandono. Conservo un bellissimo ricordo di questi scambi tra donne sensuali. Condivido il dolore della sua famiglia e dei suoi bambini, in particolare quello di Peter e dei suoi amici e colleghi di Vienna, Zurigo, ecc

Conservo nel cuore il sorriso che viene dal cuore, e questa dolce voce melodiosa per il nostro cuore.

Isabelle CHAFFAI

Conservo un bel ricordo di una persona allegra dalla voce calda, una persona affascinante e allegra come piace a me! Condivido il dolore dell'equipe di Zurigo e, in particolare, della sua famiglia ed esprimo loro i miei migliori auguri per una vita felice nonostante la scomparsa di Francesca. Ho avuto la fortuna di conoscerli durante una formazione che faceva a Ginevra.

Dominique Chatton

[Un omaggio del gruppo tedesco sarà pubblicato sulla rivista 16](#)

DALLA PULSIONE AL SENTIMENTO : UN PERCORSO PER TUTTI ?

Francesca Santarelli

Sin dalla nascita, seguendo il modello oggettuale il bambino instaura delle relazioni e questo comportamento lo potrà accompagnare tutta la vita.

Jung crede che la nostra vita sia un continuo comunicare creativo verso l'individuazione, dunque l'uomo come unico essere vivente, ha la capacità di trovare la propria persona e formare la propria personalità.

Oggi sappiamo che già in utero, per il futuro nascituro, dal momento del concepimento alla nascita, vi sono importanti stadi legati alla costruzione dell'identità di genere biologica, ma anche capaci di influenzare la futura identità di ruolo.

In primo piano, durante la gravidanza è: il rapporto con la madre, il suo stato d'animo, la sua vita in termini di salute, i suoi rapporti con il mondo esterno.

Il percorso già in utero, è più complesso per il maschio che non per la femmina, infatti partendo dalla gonade indifferenziata dovrà appropriarsi della y. Dunque donna xx, uomo xy

Il cammino è iniziato e dalla nascita si fa più vivo, articolato e complesso in un continuum di rapporti fra i propri sensi sviluppati ed il mondo esterno fatto di biologia, affetti, apprendimenti.

Noi sappiamo che, nella costruzione della persona, l'identità di genere porterà a scelte sessuali, emozionali, affettive, mentre l'identità di ruolo porterà a scelte scolastiche di gruppo e lavorative.

Vi è un mondo interno, il Sé Somatico che interagisce con il mondo esterno dando vita all'identità di genere intrapsichica, dunque passiamo dalla monade (io nell'utero tutt'uno con mia madre) alla diade (io che riconosco lentamente mia madre altro da me) alla triade (io che entro in rapporto anche con mio padre) al gruppo (la mia famiglia allargata, il mondo):

Perché parto da questa mappa ? Perché alcune di queste modalità faranno parte della mia vita sempre, a seconda di come strutturerò la mia persona.

Per tutta la vita si apprenderà che l'identità sessuale, maschile e femminile, sia nel percorso che riguarda il proprio genere, sia nel percorso che riguarda il proprio ruolo, sono profondamente differenti, e dunque con i bisogni sia viscerali, che affettivi, che razionali, diversi.

La sessuologia di oggi, soprattutto ciò di cui mi occupo, le varie scuole che tengono conto di un approccio psico corporeo, osservano il bambino nei suoi cambiamenti, ritenendo che l'evoluzione di base, sia completa alla fine dell'adolescenza, con l'acquisizione di competenze sempre maggiori che andranno ad arricchirsi nell'età adulta.

Da cosa è data l'identità di genere ?

Vi è la predisposizione innata a livello cromosomico, endocrinologico, che fa assegnare alla nascita un sesso.

Vi è il comportamento dei genitori e degli altri adulti di riferimento che può influenzare la visione di sé nel mondo.

Vi sono gli stimoli che dal proprio corpo, danno la spinta all'esplorazione di sé e del mondo che possono contribuire al sentirsi maschio o femmina.

In termini di quantità e qualità, secondo Money, il bambino sino ai tre anni o quattro attua questo importante apprendimento; sono un maschio, sono una femmina.

"IL genere in cui ci identifichiamo, diventa il nostro genere per la vita" dice Money, ma si è visto che non è così, vi sono psicoterapie che aiutano in termini di rapporto psicocorporeo, ad aderire alla propria identità di genere, partendo dall'attribuzione del sesso anatomico, per percorrere una strada di riappropriazione.

Vi sono infatti uomini e donne, che non si sentono o si sentono poco tali.

Si può però aiutare chi ha identità incerte, ad appropriarsi pienamente del proprio stato di uomo, donna, non legato al sesso anatomico.

Certo il raggiungimento dell'identità di genere è condizionato da molti fattori, ancora non tutti conosciuti.

Cause biologiche ed apprendimenti post natali si intrecciano, con importanza sempre maggiore, al mondo esterno.

Cos'è l'identità di ruolo ?

Alcuni studi tendono a portare l'identità di ruolo certa intorno alla giovinezza, una persona a trent'anni sa chi vuole essere in termini lavorativi. L'iter scolastico ha dato segnali ma, intorno ai venti anni sino ai trenta, la ricerca continua.

In realtà l'identità di ruolo è molto legata all'identità di genere, sin dalla più tenera età vi sono predisposizioni, nei vari passaggi di maturazione psicocorporea, che fanno ipotizzare futuri legami fra apprendimenti ed attitudini, parole d'ordine: costruzione della fiducia di base, spinta all'autonomia, costruzione di relazioni sane, (avendo la capacità di introiettare l'oggetto d'amore in modo reale e corretto).

Ricordo che oggetto è inteso quale persone esterna a noi.

Interiorizzare l'oggetto buono è per noi la capacità di vivere, nella realtà una relazione accudente sufficientemente buona tale da permettere la fiducia di base.

Da qui partiamo con la capacità di riconoscere l'altro come altro da me e di avere la capacità di superare le frustrazioni e le ambivalenze fra ragione ed istinto.

Nella vita l'una e l'altra forma di identità saranno sempre in contatto ed è auspicabile che possano svilupparsi in modo sincronico ed armonioso.

Per continuare a parlare di pulsione, sentimenti acquisizioni nel percorso dello sviluppo avendo scelto di confrontare laddove possibile tale percorso nella vita di una persona abile e di una persona con differenti tipologie di handicap partiamo da queste.

Sappiamo che :

Due differenti tipologie di handicap :

- Handicap riconducibili a deficit o situazioni che non hanno comportato disabilità intellettiva;
- Handicap riconducibili a deficit o situazioni che hanno comportato disabilità intellettiva

Sessualità ed handicap : qual è il problema?

Quando si pensa alla sessualità, in realtà si pensa al problema della genitalità, e quindi al piacere sessuale e, insieme ad esso, all'esercizio della sessualità nelle forme della masturbazione e del rapporto sessuale.

Si vede che verso i quattro anni i bambini accettano, quasi esclusivamente giochi legati al loro proprio sesso, giudicandoli più adeguati.

Le differenze interessano molto e l'auto etero, manipolazione sino a quell'età, è molto presente.

Nel nido, come nella scuola materna i bimbi con disabilità sono sufficientemente integrati se gli apprendimenti in famiglia e a scuola sono stati armoniosi.

Vengono integrati ed accettati nei gruppi.

Con il crescere dell'età aumentano le difficoltà di apprendimento gestione emotiva dei propri impulsi e l'integrazione diminuisce.

Infatti i bambini già alle elementari, verso i sei sette anni, vivono la sessualità più privatamente dei coetanei disabili mentali, se non di nascosto a seconda degli apprendimenti familiari e sociali.

Sino alla comparsa dei caratteri sessuali secondari che, fanno dire, sono proprio maschio e femmina, questo periodo dai sette ai dodici, tredici anni, è molto legato alla capacità di espressione di controllo delle proprie pulsioni in modo socialmente accettabile e dalla grande diversificazione del vissuto personale.

Iniziano fantasie e desideri in uno spazio segreto, ed al contempo la capacità di fare domande, confrontarsi con i coetanei ed adulti, spesso non facenti parte della propria famiglia.

Il sentimento di appartenenza è importante e diventerà la il tempio dell'adolescenza.

Allora già nella scuola media, si possono fare molti interventi per una buona sessualità e dare informazioni per prevenire malesseri di base.

In questa realtà, che possiamo riportare alle scuole medie, è molto importante il tramite che l'insegnante d'appoggio rappresenta con la classe, a volte unico gruppo col quale il disabile mentale può confrontarsi.

Immaginiamo il bisogno ed il deserto che ora questa realtà sta attraversando.

Comunque la disabilità in genere è dagli undici anni in poi una frustrazione da superare sul piano del confronto e dunque avere anche altri gruppi di supporto sia laici che non al di fuori del tempo scolastico è importante per sentirsi "in rapporto" e non "in gara" con il gruppo, comunque d'appartenenza.

Al liceo molti ragazzi con disabilità mentale non accedono, se non a corsi specialistici che possono dare loro competenze lavorative.

Sappiamo che, fra i ragazzi, al liceo, dunque dai quattordici anni alla maggiore età e oltre le problematiche legate alla sessualità, si fanno sempre più pratiche.

Chi aiuta deve essere in grado di adattarsi, mettersi nella pelle di ogni ragazzo.

Ciò che capita, è uguale per tutti solo dal punto di vista somatico ma, a livello di vissuto, vi sono enormi differenze.

Il gruppo è molto importante, come lo è uno spazio di scoperte del sesso con i primi partners e di scambio fra maschi e femmine, sul proprio sentito, sia affettivo che sessuale.

Vi è una novità: i maschi fra di loro si confrontano di più, non solo sulle capacità di avere relazioni, ma anche sulla qualità di queste, è davvero positivo.

In adolescenza si cerca di sentire e capire il senso di essere nel proprio corpo di uomo e di donna, quali siano le qualità richieste per essere accettati ed amati dal gruppo ed iniziano le prime esperienze e quindi discussioni sul sesso, l'affetto, l'amore, la libertà sessuale.

Si intrecciano sempre di più dunque, aspettative personali e sociali, nascono stereotipi rassicuranti e desiderio di creatività propria.

In questo stesso periodo di vita il disabile si è inoltre confrontato con gruppi (Anfas- Gruppi sportivi) di crescita dove ha incontrato persone simili a sé.

IL confronto in generale per i più fortunati è presente anche in gruppi di appartenenza al mondo giovanile, si arricchiscono gli orizzonti.

Purtroppo vi è una realtà sociale che per una parte di questi ragazzi è già "nemica" andiamo a vedere come.

Divido in due dinamiche fra le più negative.

Ragazzi che in famiglia non hanno ricevuto alcun tipo di formazione e sono stati abbandonati e cresciuti dai mass media.

Risultato: il vuoto pneumatico, c'è assenza di fantasia, desiderio, realtà sociali piacevoli, si vive meccanicamente.

Importante è possedere e dipenderne.

Ragazzi illusi dalle dinamiche familiari che hanno dato loro una visione onnipotente.

Tutto in termini di capacità nel far girare le cose a modo proprio, non importa se a scapito dell'altro.

In questa dinamica narcisistica la ricerca nevrotica dello specchio e non della persona è sempre più presente di nuovo dipendenti dall'aver falsi confronti e vivere al contempo rabbia solitudine incapacità di vedere e vivere la realtà per quella che è.

Parlo di queste due realtà, perché sono sempre più presenti nella società attuale.

La formazione dell'identità personale, in adolescenza, crea un ponte verso l'età adulta che rispecchia, il proprio approccio alla vita, avuto sino ad ora.

Le scoperte sono in realtà tracciate, da quel processo psico affettivo, che la persona ha vissuto lungo i suoi primi vent'anni di vita.

Possiamo dunque immaginare come all'interno dei due gruppi sopradescritti, non certo da identificarsi con tutti i ragazzi di oggi, la discriminazione del diverso sia molto presente: Dalla presa in giro gratuita coinvolgimento in situazioni solo per confrontarsi e vincere, attrarre a sé per avere un oggetto degradato da schernire o manipolare all'aperta aggressione fisica.

Possiamo nella peggiore delle ipotesi immaginare atti di abuso sia su ragazzi che ragazze fatti dal branco, purtroppo questa è una realtà che è presente anche nel mondo adulto.

Questo mi dà modo di entrare più nello specifico per quanto riguarda la vita psico affettiva, e prego le persone interessate al problema delle diverse abilità, di fare, ascoltando, i possibili distinguo, ma anche vedere le assonanze a volte assolute con le realtà che vado a descrivere.

Come ho detto, la mia formazione sessuologia, si avvale delle scuole psicocorporee ed in particolare ho l'onore di avere continuato in Italia la formazione, con il professore Des Jardins, docente per molti anni ed ancor prima inventore dell'approccio sesso corporeo presso l'università del Québec a Montreal.

L'approccio sesso corporeo fa sicuramente capire le leggi essenziali del corpo, rispetto ad una sessualità sufficientemente sana per tutti.

Riprendo ora il concetto di individuazione, legato ora, anche al disabile fisico, ed in casi di capacità di apprendimento ed appropriazione di strumenti al disabile mentale.

Individuarsi vuole dire differenziarsi con diritto, seguendo la propria predisposizione in termini creativi e sociali.

Importante pensare che l'adattamento all'ambiente non sempre frustra il processo individuazione, ma crea un ponte perché questo sia più leggibile ruotando nel grande rispetto delle proprie ed altrui caratteristiche.

Il disabile fisico ha da sempre o incontrato nella vita il problema della ferita corporea ed ha avuto bisogno di strutturare difese adeguate.

Inoltre ha il diritto di una ricerca della sessualità che gli faccia superare le reali barriere che il suo corpo incontra.

Vediamo come le regole del corpo si rispecchiano nel sentito emozionale ed affettivo.

Innanzitutto si parla di salute sessuale quando è presente, sin dalla nascita, il riflesso eccitatorio che è preesistente alla nascita stessa.

L'identità sessuale ha componenti fisiologiche che insegnano il proprio sesso di appartenenza ed attraverso l'intelligenza razionale e il sentito affettivo usciremo dalla meccanica per arrivare al desiderio, al piacere, all'immaginario erotico ai codici d'attrazione.

Vi sono diverse tappe per divenire adulti nella nostra sessualità.

L'eccitazione sessuale ed il suo sviluppo che passa, dai diversi modi eccitatori, dalla ricerca delle fonti e dalla ricchezza di queste modalità eccitatorie.

Le componenti cognitive importanti nella struttura della sessualità, qui rientrano le credenze i condizionamenti, il modo nel quale l'ambiente che circonda vive o giudica la sessualità.

Le componenti relazionali il sentimento amoroso, la capacità di comunicare in modo seduttivo, erotico.

Anche nel disabile queste componenti, se presenti possono aiutarlo a vivere una realtà che va nel termine della naturalezza, del piacere e della comprensione delle regole.

Passiamo alla tre leggi del corpo, importanti per capire le differenti curve di eccitazione sessuali che ci distinguono: RITMO – TONO MUSCOLARE – SPAZIO.

Uso del Ritmo veloce o lento, uso del tono muscolare forte o debole, uso dello spazio ristretto od ampio.

Rispetto a queste realtà, è possibile modificare la curva eccitatoria, canalizzando e diffondendo il proprio piacere.

Dunque attraverso il lavoro sull'utilizzo, di queste differenti leggi del corpo, noi possiamo canalizzare l'eccitazione e renderla più volontaria.

In questa fase l'attività masturbatoria è un passaggio obbligato, per comprendere, la propria specifica capacità e migliorarla.

Questo vale anche per il disabile che incontra nella sua crescita variazioni psicocorpore.

Il corpo diviene per noi clinici soggetto importante di lettura per scoprire tutti i punti di forza sui quali lavorare per il miglioramento senza alcuna omologazione.

Sono uomo Sono donna

Importante è la capacità di vivere l'archetipo maschile di intrusività e l'archetipo femminile di ricettività. Quindi quando una persona è ben ancorata alla sua identità di genere: quando aderisce a questo suo archetipo e dunque desidera, erotizza la propria capacità e le capacità dell'altro, desiderando la "differenza" da sé.

Ci si sente attratti da ciò che rientra nei propri codici di desiderio e seduttività sessuale, e ciò cambia nel tempo, evolve.

Questo è un concetto importante, la non fissità del vissuto sessuale: si può apprendere, migliorare, cambiare.

In più si è desiderosi di spazi personali, ma anche individuali per sognare e ri erotizzare il proprio partner, dunque vi è una erotizzazione, non solo nella vicinanza ma anche nella distanza.

Questa capacità dipende dal grado di evoluzione della personalità.

Vi sono realtà particolarmente fusionali od individualiste dove il riconoscimento o l'erotizzazione dell'altro attraverso la giusta distanza è impossibile.

Il disabile mentale è spesso cresciuto in una fusionalità eccessiva per sua propria natura o per bisogno ed insegnamento familiare o ha trovato un mondo che non lo ha voluto assente e lontano che ha creato, laddove possibile, punte di forte individualismo.

Il nostro discorso inizia a prendere corpo, vi sono dunque pulsioni che portano a vivere un insieme di esperienze e sfociano nel sentire di appartenere, con fierezza, al proprio sesso questo percorso passa dalla funzione del piacere.

La funzione del piacere sessuale. Spesso si confonde l'eccitazione con il piacere sessuale.

L'eccitazione è un fenomeno fisiologico che può verificarsi con il piacere, ma anche in sua assenza.

Il piacere è una percezione emozionale, più o meno intensa, legata a sentimenti d'affetto e d'amore.

Per questo il concetto di fare l'amore è legato ad una prima fase di buon autoerotismo dove vi è presente il percorso appena descritto per arrivare ad una sessualità adulta.

Dunque la funzione del piacere sessuale è una funzione complessa, che lega profondamente il sentito pulsionale con il sentito affettivo, ma è una capacità adulta e da alcuni mai raggiunta con equilibrio. Per vivere un rapporto adulto non basta erotizzare l'essere uomo o donna il cammino è più ampio e complesso, attraverso codici di attrazione, che si ancorano nella nostra storia con pensieri, sentimenti, credenze.

Quando parlo di equilibrio, intendo che alcune persone hanno codici attrattivi prevalentemente genitali (non erotizzano il sentito affettivo) ed altre prevalentemente affettivi (non erotizzano la genitalità).

Descrivendo i modi eccitatori possiamo dire che questi processi sono in parte o completamente esistenti anche nella crescita sessuale del disabile.

Parlerò dei fondamentali modi eccitatori:

1 –ARCAICO (scarica meccanica) Implica recettori profondi, non vi è l'uso delle mani , ma si fanno pressioni e strofinamenti che vanno a portare la scarica di piacere meccanico a livello genitale (presente nei bambini).

2 – MECCANICO (scarica meccanica)Implica ricettori esterni superficiali , attraverso le mani, si stimola, con un ritmo veloce e costante, vi sono sensazioni forti solo nei genitali, molto presente negli adolescenti, ma anche in molti adulti.

3 – ONDULATORIO Grazie a movimenti fluidi ed ondulatori, l'eccitazione si diffonde, in tutto il corpo, si possono fare fantasie ed aumentare così l'eccitazione sessuale. Qui non vi è una forte canalizzazione della eccitazione verso la genitalità e si può rimanere come

sospesi in una piacevolezza (tipico della donna) , si può arrivare alla scarica orgasmica.

4 – A ONDA Questa modalità implica recettori di superficie e profondi, e permette di incanalare l'eccitazione sino alla scarica orgasmica, attraverso movimenti che implicano tutte le leggi del corpo.

Vi è il vissuto emozionale ed affettivo del piacere sessuale, una coscienza maggiore dei propri movimenti e si arriva al movimento ad onda, che facciamo spesso, senza accorgerci, nel momento in cui tossiamo, piangiamo, ridiamo.

In questo movimento è presente il doppio movimento ad onda, della parte alta e bassa, presente sin nell'utero materno ed alla nascita (ricorda il movimento del delfino nel mare) è un movimento che si può riapprendere, per arrivare ad una migliore armonia sessuale.

Qui è presente una scarica orgasmica.

Spiegate le basi del funzionamento sessuale, si può capire, come ognuno al mondo abbia il proprio modo eccitatorio.

Certo è che il movimento di doppia onda, è quello che tiene conto sia della pulsione, dell'eccitazione che dell'aspetto del piacere e del lasciarsi andare alla voluttà.

E' infatti nell'onda che si trova la modalità più soddisfacente e completa.

Qui è importante trovare una motivazione relazionale, dove vi è il piacere di condividere ed entrare nel desiderio dell'altro.

Di fronte alla sessualità sappiamo che bisogna tenere conto di una visione dinamica dell'individuo

Identità psichica - In rapporto al vissuto personale e sociale

Identità somatica - In rapporto al vissuto personale e sociale

Abbiamo detto che sul piano psicologico, spesso il vissuto sessuale è legato a : credenze, pregiudizi che portano sensi di colpa, di vergogna, di inadeguatezza.

Rispetto al disabile c'è da chiedersi in chi? Forse più nell'ambiente che lo circonda così necessario e pervasivo o rifiutante.

Per quello che riguarda il discorso della sessualità dei diversamente abili, si dice che vi sono pari opportunità, ma nella realtà non vi è alcuna assistenza sessuale.

Nel modello medico si parla di disabilità come impedimento biologico permanente e la sessualità non viene vista come problematica, ma sicuramente demandata alla famiglia, ad alcuni servizi e non è proposta una formazione adeguata per gestire le giuste ansie ed incapacità famigliari-scolastiche sociali.

Mentre richieste di controllo e gestione di queste problematiche vengono dalla famiglia, dalla scuola e dai servizi, le persone disabili richiedono sempre più una formazione per poter accedere a relazioni sentimentali e sessuali soddisfacenti per loro.

L'impulso sessuale nel soggetto disabile, può non essere controllato e dunque, l'educatore deve dare al disabile mentale, strumenti atti a vivere la propria sessualità, in maniera socialmente accettabile ed adeguata alla persona.

Si può agevolare, nelle persone diversamente abili, la realizzazione della propria sessualità, nel rispetto dei propri desideri e dei propri sentimenti, senza ignorare i limiti imposti dalle menomazioni, caratteristiche della disabilità di ognuno.

Si possono sperimentare attraverso l'autoerotismo e possono imparare le regole socialmente accettabili, se non è possibile imparare il quando, è possibile imparare il dove.

Uno spazio intimo, in cui non viene negata, né giudicata la sessualità, è importante.

L'uso nella formazione del riconoscere i canali comunicativi possibili attraverso i sensi è fondamentale.

Infatti queste persone sono spesso coscienti che la sessualità è piacere di comunicare le proprie sensazioni e di ricevere le altrui attraverso gesti, voce, vicinanza corporea, movimento.

Ognuna di queste persone ha la sua unicità e si pensa che, sin da piccole, il sesso possa far loro esprimere parti di sé.

Troppo spesso infatti si ignora che durante l'accudimento ad un disabile si istaurano, attraverso i sensi, le prime relazioni di piacere pre edipiche dunque non facenti parti di una sessualità adulta, ma comunque inerenti la sessualità.

Troppo spesso in nome del vederli sempre bambini queste cure si protraggono nel tempo non permettendo di stabilire per il disabile quel percorso descritto e fatto di scoperte intime e sempre maggiore autonomia. Nella comunicazione dei servizi alla famiglia spesso, da parte delle madri, a volte dei padri, o famigliari, l'innescare l'individuazione del disabile attraverso spazi, modi, tempi più personali scatena "fusionali aggressività".

A questo punto voglio condividere alcuni stereotipi che in Italia, attraverso ricerche sociali, riguardano il disabile:

Stereotipi e pregiudizi:

- La sessualità delle persone disabili è percepita come un'urgenza di sfogo contingente e fine a se stesso;
- Nell'immaginario collettivo le persone disabili sono percepite o come asessuate o come ipersessuate,
- I disabili motori e i non vedenti vengono percepiti nell'immaginario come persone sagge ed iper-razionali che hanno rinunciato ad ogni romanticismo in virtù della loro condizione fisica;

Stereotipi e pregiudizi

- I disabili intellettivi e i non udenti sono percepiti come persone totalmente incapaci di mentalizzare le loro emozioni e automaticamente tendenti all'acting-out;
- Con questi utenti è impossibile una qualsiasi forma di psicoterapia;
- A causa della loro tendenza all'impulsività le persone con ritardo mentale siano più propense di altre ad attivare comportamenti parafilici;
- Le persone disabili sono indesiderabili sessualmente e per tale motivo immuni dal rischio di abuso sessuale.

L'handicap è una difficoltà che la persona riconosce nello sviluppo.

Un ostacolo che impedisce la manifestazione delle potenzialità, ma il diversamente abile non può essere identificato solo con il suo handicap.

Ha sicuramente, nell'estrinsecazione della sua sessualità, una complessità di sentimenti e bisogni da mettere in gioco.

Anche il soggetto con handicap intellettivo, deve ricevere un'educazione dai genitori e dagli educatori che, tenga conto della dimensione sessuale.

Negando la sessualità, neghiamo il suo essere nella realtà, il suo entrare in relazione con il proprio corpo ed il corpo dell'altro.

Le famiglie spesso non gestiscono gli impulsi sessuali che i disabili non sanno controllare e non riescono a far vivere ai disabili mentali una sessualità appropriata.

Una visione realistica nel limite imposto dalla menomazione aiuta a trovare le caratteristiche della disabilità, per superare i personali ostacoli e realizzare i desideri ed i sentimenti, in termini reali.

Cosa si intende per educazione alla sessualità e con quali mezzi.

Negli anni ho vissuto come molto arricchente il rapporto con operatori che si cimentavano con il problema. Le famiglie spesso vivono una grande frustrazione al momento della nascita di un bambino disabile e questo non aiuta tutti quei processi di crescita e di autonomia dei quali abbiamo parlato prima.

Inoltre vi è una distinzione fra maschi e femmine nella modalità relativa alla sessualità.

I maschi vengono in qualche modo subiti nelle loro performance e da grandi si cercano soluzioni più o meno adatte, per risolvere il “problema sesso”.

Le femmine sembrano come relegate ad un’ampolla di formalina.

Stanno lì senza sesso, è tutto naturale, stanno lì e non danno più di tanti problemi, è più facile ignorare, cancellare il grido che viene dai loro corpi, che pure desiderano, sentono, si innamorano.

Né maschi né femmine però sono in grado, in larga misura, di procurarsi un rapporto sessuale o di vivere una relazione duratura.

Alcune famiglie sono molto presenti ed assecondano relazioni (uso della casa, vacanze ecc.).

Seppure molti assolutamente capaci e desiderosi di intimità, anche, a volte soprattutto, sul piano affettivo.

Spesso vi sono pulsioni ed innamoramenti che non vanno a buon fine, causa principale per l’equivoco sulla vicinanza intima, che non diviene in automatico: possibilità di fare sesso o nascita di un amore.

Spesso il disabile vive innamoramenti idilliaci e fusionali che non vengono condivisi i cui l’importante lavoro sulla capacità di superare la fusionalità esagerata e la frustrazione che ne consegue per arrivare ad una maggiore autonomia e cadere in situazione estreme dove questi innamoramenti vengono abusati dai cosiddetti abili.

In alcuni casi vi è la richiesta di un rapporto sessuale, da parte del disabile, un parlare con la famiglia esplicitandone il bisogno ed il desiderio, all’adulto di riferimento qui si vede come in Italia, vi siano pochi aiuti da questo punto di vista.

La famiglia per il figlio maschio si trova a dover cercare situazioni di “sfogo compiacente” o attua meccanismi fusionali di negazione totale della sessualità sia per i maschi che per le femmine.

In Svizzera, come in Olanda, questo è un problema gestito dai servizi sociali e se non risolve completamente l’aspetto relazionale risolve però l’aspetto della sessualità agita.

Persone volontariamente formate all’approccio sessuale ed al rapporto con il disabile offrono il loro “aiuto sociale”, così è espresso per dar modo di estrinsecare la sessualità sia negli uomini che nelle donne disabili.

In Italia sarebbe favoreggiamento alla prostituzione.

C’è davvero da chiedersi quanta strada deve essere fatta, perché una dignità sia data alla sessualità nella sua interezza, descritta sin d’ora.

Il disabile psichico può avere dei deficit nella sua crescita e nel suo vissuto affettivo, ad esempio alcuni identificano, in modo infantile, l’attrazione e il sentimento ed hanno innamoramenti dove la carica pulsionale per timore viene espressa solo nell’atto masturbatorio.

Altri sentono invece spinte più sessuate e meccaniche, ma non hanno la capacità di interagire in alcuna relazione amorosa, è per loro importante sfogare la pulsione sessuale per stare bene.

Queste sono solo due situazioni opposte, mi viene da dire che comunque gli abili hanno spesso le stesse problematiche.

Dovremo tutti superare l’espressione meccanica o platonica della sessualità, ed imparare il sentimento amoroso erotizzato.

Il disabile può costruire, tappa per tappa, un cammino su misura, che parta dal sesso biologico e dal sentimento d’appartenenza: sono maschio, sono femmina, ed arrivi a tutti i livelli di erotizzazione possibile.

Nel disabile fisico, laddove la ferita è stata inferta sulla corporeità, non vi sono ostacoli ad apprendere strumenti per migliorare la propria sessualità.

La mappa rispetto al vissuto degli assunti di base uso del Ritmo-uso del Tono muscolare- uso dello Spazio, cambia.

Si cambia la mappa di riferimento.

Spesso l'approccio è quello di dare molti più punti di piacere all'interno della corporeità e studiare come si possa arrivare praticamente, attraverso quali movimenti e con quali tempi, agli amplessi possibili.

La capacità di affettività ed innamoramento sono dettate dal percorso della vita, dalle proprie esperienze, come la capacità di entrare correttamente in relazione.

A volte attraverso una rieducazione, il disabile parla di educazione, ricevuta per la prima volta, alla sessualità, con scoperte eccezionali di trasporto, voluttà e capacità di entrare nel piacere.

Il vissuto personale cambia, l'azione dopo la frustrazione della malattia o dell'incidente.

Non si è più bloccati, si riprende la danza possibile.

Il senso di sé riprende vigore e cresce a livello di informazioni e vissuti, atti ad aumentare l'auto centratezza e l'uscita verso scelte possibili e soddisfacenti.

Quando la coppia non si forma vi è lo stesso una buona crescita individuale, nella gestione dell'autoerotismo, che diviene più ampio e piacevole.

In questa realtà clinica il lavoro sulla sessualità contempla una crescita personale rivediamo le tre dimensioni di una possibile educazione sessuale:

Le tre dimensioni dell'educazione sessuale :

- LUDICA : scoprire il proprio corpo
- RELAZIONALE : scoprire il corpo dell'altro
- ETICA : scoprire il valore della corporeità

Educazione sessuale : che cos'è?

- Insegnare a conoscere le parti del corpo che riguardano la sessualità;
- Aiutare a comprendere le modificazioni morfologiche e fisiologiche che accompagnano la pubertà (mestruazioni, polluzioni, crescita del seno, erezioni, ecc.);
- Insegnare come praticare la masturbazione senza farsi del male o provocarsi infezioni ai genitali;
- Insegnare i luoghi e i tempi adatti per praticare la masturbazione senza creare imbarazzo alla famiglia;

Come?

- Attraverso il gioco è possibile spiegare l'anatomia del corpo maschile e femminile;
- Attraverso il disegno è possibile permettere l'espressione delle fantasie relative alla sessualità;
- Attraverso la tecnica del role-play è possibile mostrare il contatto rispettoso delle altre persone oppure sperimentarsi nell'espressione di sentimenti ed emozioni;
- Attraverso setting di gruppo è possibile creare ambiti di discussione per scambiare informazioni e per discutere di argomenti legati alla sessualità che non hanno spazio in altri luoghi.

Spesso si parla di sessualità per entrare in stereotipi futili di bellezza e perfezione.

Nel mio vissuto di clinico ho visto più perfezione nel superamento delle difficoltà, che non in strade apparentemente facili e senza alcun aggancio reale.

Più perfezione dove amore sta per riscoperta di dolcezza, carezze, che danno vita ad un'intimità che non ha nulla a che vedere con la ginnastica da camera che spesso contraddistingue il non socialmente abili.

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

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 (Dagleish, Johnson, Burgess Moser, Wiebe et Tasca, 2014; Dagleish et al., 2014; McRae, Dagleish, 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, Tabrizi 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 dégoute.

Thérapeute : Quelque chose avec cet événement 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 sous-tendent. 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 : Mhm. 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 accompagnent 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 réconforter 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
- Dagleish, 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.
- Dagleish, 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., Dalgleish, 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.

TCE E BENESSERE SESSUALE

La terapia di coppia focalizzata sull'emozione (ECT) e il benessere sessuale: i problemi dell'attaccamento

Paul S. Greenman, Università del Québec in Outaouais

Istituto di ricerca dell'Ospedale Montfort (IRHM)

Ottawa Istituto Coppia e Famiglia

Marie-Eve Lapointe-Campagna

Università del Québec in Outaouais

TCE E BENESSERE SESSUALE

Riassunto: Questo articolo tratta del contributo della terapia di coppia focalizzata sull'emozione (TCE) nel cammino terapeutico con le coppie che affrontano problemi sessuali. Un'anteprima del TCE sarà seguita da un dibattito sul legame tra la qualità dell'attaccamento e il funzionamento coniugale.

In seguito, preciseremo il modo in cui i sistemi d'attaccamento, sessuale e di accudimento interagiscono all'interno della relazione di coppia e mostreremo l'integrazione di questi costrutti nel TCE, per aiutare i clienti a migliorare la soddisfazione della propria vita sessuale. Termineremo con una discussione sul legame tra TCE e il Sexocorporel.

La terapia di coppia focalizzata sull'emozione (TCE) e il benessere sessuale: i problemi dell'attaccamento

La terapia di coppia fondata sull'emozione (TCE o Emotionally Focused Therapy (EFT) per Coppie in inglese) è un approccio di terapia di coppia empiricamente convalidata per il trattamento del disagio coniugale (Johnson, 2004; Lewandowski, Oz e Higgins, 2015), dopo 12 studi randomizzati controllati e 13 studi del processo terapeutico (Dalglish, Johnson, Burgess Moser, Wiebe e Tasca, 2014; Dalglish et al, 2014 ;. McRae, Dalglish, Johnson, Burgess- Moser e Killian, 2014; Greenman Johnson, 2013; Schade et al, 2014) .. Ci sono ricerche i cui i risultati suggeriscono l'efficacia della TCE a lungo termine (Cloutier, Manion, Gordon Walker e Johnson, 2002; Halchuk, Makinen e Johnson, 2010) e la sua capacità di cambiare l'orientamento dell' attaccamento degli individui (Burgess Moser, 2012; Mehr et al, 2014). La TCE è stata applicata con successo a molte difficoltà tradizionalmente percepite come fossero problemi individuali, come la depressione maggiore (Denton, Wittenborn e Golden, 2012; Dessaulles, Johnson e Denton, 2003), lo stress post-traumatico (Greenman e Johnson, 2013), e le problematiche sessuali (Honarparvaran, Tabrizi e Navabinejad, 2010; Johnson e Zuccarini, 2010). Tuttavia, quest' approccio della terapia coniugale, e il suo contributo al benessere sessuale delle coppie sono relativamente poco conosciuti nei paesi francofoni.

Lo scopo di quest'articolo è di arricchire la letteratura francofona sulla TCE evidenziando l'impatto potenziale di questa terapia sul funzionamento sessuale. Cominceremo con una panoramica sulla TCE, seguita da un dibattito sul concetto di amore in quest'approccio psicoterapeutico nell'adulto tipo. Successivamente dimostreremo come la TCE può migliorare la sessualità, mettendo l'accento sulla creazione di un legame d' attaccamento. Useremo casi clinici ed esamineremo la ricerca empirica sull'efficacia delle TCE nei problemi sessuali. Infine, concluderemo con una discussione sul legame tra TCE e l'approccio Sexocorporelle.

La TCE è un approccio sistemico ed esperienziale (Johnson, 2004). Dal punto di vista sistemico, le difficoltà coniugali croniche, come molti problemi sessuali, sono comprese nella TCE, in termini di dinamiche d'interazione problematiche che rafforzano l'attaccamento insicuro all'interno della relazione (Johnson, 2013; Zuccarini e Johnson, 2010).

Da un punto di vista esperienziale, secondo la TCE, le emozioni dei partner sono i principali strumenti del cambiamento terapeutico (Johnson, 2004). La sensazione d'insicurezza nel rapporto è il risultato di una percepita mancanza di disponibilità affettiva e di sostegno emotivo da parte del partner. E' mantenuto in parte da comportamenti come la critica, il rimprovero o da altri tentativi inefficaci di riavvicinamento emotivo, e in secondo luogo dalla tendenza a difendersi, per ridurre al minimo le preoccupazioni dell'altro o a disinvestire emotivamente dall'altro.

Queste dinamiche tipiche sono state individuate, nelle ricerche scientifiche, quali predittori di divorzio (Gottman, 1994; Johnson, 2008).

La TCE è composta da tre stadi ed è suddivisa in nove tappe (Greenman e Johnson, 2006; Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras e Denton, 2008). L'obiettivo dello Stadio I, che comprende le prime quattro tappe della terapia è la diminuzione progressiva delle dinamiche negative. Il terapeuta aiuta i partner a cercare i loro sistemi di relazione problematici e la gamma di emozioni e di comportamenti che li sottendono, con l'obiettivo di unirsi contro questi "cicli", che sono esplicitamente definiti come il nemico della coppia. Nello stadio II della terapia, l'intervento ristruttura le interazioni di coppia aiutando i partner a rispondere alle espressioni emotive, ai bisogni affettivi e alle vulnerabilità vissute da ciascuno nel contesto della relazione e intensificati in seduta. Questi scambi promuovono un coinvolgimento emotivo da parte del coniuge che ha la tendenza a ritirarsi emotivamente così come una liberazione emotiva da parte del coniuge che tende a continuare o criticare l'altro nei conflitti.

La terapia termina allo stadio III, in cui chi parla facilita nuove soluzioni a vecchi problemi e rispecchia attivamente le nuove posizioni di ciascuno nella relazione. L'intero lavoro attraverso le differenti tappe terapeutiche, fa capo alla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969/1982; Hazan e Shaver, 1987), che è la "road map" del terapeuta che usa la TCE.

L'attaccamento e la coppia: il rapporto coniugale come legame di attaccamento.

L'amore, nel quadro della TCE, è inteso come un processo di attaccamento simile a quello che si sviluppa tra un bambino e chi lo accudisce (Johnson, 2004; Johnson e Greenman, 2006). L'assunto di base della teoria dell'attaccamento è che tutti gli esseri umani, senza eccezione, hanno bisogno di sentirsi amati e sostenuti emotivamente dai propri cari, dall'inizio alla fine della vita. In età adulta, i partner innamorati tendono a diventare la principale fonte di supporto emotivo, chiamati "figure di attaccamento" per la maggior parte delle persone in una relazione (Castellano, Velotti e Zavattini, 2014; Feeney, 2004; Zeifman e Hazan 2008). Dopo la pubblicazione nel 1987 del primo studio sul processo di attaccamento nelle coppie in età adulta di Hazan e Shaver, una vasta letteratura scientifica si è sviluppata attorno al seguente concetto: i legami coniugali sarebbero legami di attaccamento. I risultati di oltre 500 studi, con partecipanti adulti di tutte le età avvalorano questa ipotesi mostrando:

- 1) che gli adulti sviluppano legami affettivi molto forti con i loro partner intimi
- 2) che questi legami quando si distinguono per l'offerta di una sicurezza di base e di un rifugio nei momenti di stress e di minaccia, facilitano l'indipendenza, l'autonomia e un sentimento d'intimità emotiva tra i partner
- 3) che la rottura o la minaccia percepita di rottura anche temporanea di questi legami crea disagio psicologico e
- 4) che l'individuo cercherà, nel miglior modo possibile, di ristabilire la stretta relazione con la sua figura di attaccamento a causa della mancanza di connessione emotiva sentita prima di uscire dalla relazione (Guerriero e Zavattini, 2015; Johnson 2013; Zeifman e Hazan 2008).

Questa tendenza a stabilire e a coltivare stretti legami emotivi con le figure di attaccamento avrebbe dei vantaggi in termini di evoluzione della specie umana. Dal punto di vista della teoria dell'attaccamento, i forti legami diadici tra genitori facilitano la sopravvivenza e la crescita dei loro figli. Inoltre, aiutano i figli ad attrarre e a mantenere tali rapporti in età adulta, aumentando anche la probabilità di trasmettere i loro geni alla generazione successiva. Le evidenze empiriche sostengono ampiamente questo concetto (Zeifman e Hazan, 2008; Johnson, 2013). Queste scoperte nel campo dell'attaccamento in età adulta sono di fondamentale importanza per la terapia di coppia, poiché spiegano il livello di malessere intenso spesso osservato in persone con difficoltà coniugali, e guidano l'intervento dei terapeuti che usano la TCE, lavorando in modo deliberato e costante per stabilire o ripristinare un legame di attaccamento all'interno della relazione.

L'attaccamento e la sessualità.

Anche se ci sono delle varietà di punti di vista a volte contrastanti sulla natura del legame tra attaccamento e la sessualità (ad esempio, Brassard, Peloquin, Dupuy, Wright e Shaver, 2012; Aquila, 2007; Shaver e Mikulincer 2007a; Zeifman e Hazan, 2008), vi è consenso in materia di attaccamento affermando che i sistemi sessuali, di attaccamento e di accudimento interagiscono costantemente tra loro e questa interazione influisce sulla qualità della vita sessuale delle persone (Castellano et al, 2014 ;. Mikulincer e Shaver, 2007b; Zeifman e Hazan 2008). Noi intendiamo per "sistema" una forza motivante, con obiettivi specifici, che influenza il comportamento umano.

Ad esempio, il sistema di attaccamento, se attivato in periodi di stress o minaccia, porta la persona a cercare la vicinanza alla sua figura di attaccamento primaria, per procurarsi un senso di protezione (Castellano et al. 2014). La figura di attaccamento primario è la persona con la quale il legame affettivo è più forte, di solito il coniuge (Castellano et al, 2014 ;. Zeifman e Hazan 2008). Il sistema di caregiving provoca negli individui la ricerca di vicinanza al partner, per proteggere o appoggiarsi davanti ai pericoli, alle sfide e alle minacce (Castellano et al., 2014). Infine, il sistema sessuale porta la persona a trovare un partner con cui poter avere rapporti sessuali, per trasmettere il proprio patrimonio genetico (Castellano et al, 2014 ;. Mikulincer e Shaver, 2007a) . Grazie all'interazione tra questi sistemi, il contatto fisico intimo gratificante può facilitare la creazione di un legame affettivo forte, quando il contatto intimo viene ripetuto. E' vero anche il contrario: il legame emotivo che s'instaura tra due persone che s'incontrano e diventano intimi sul piano affettivo è in grado di attivare il sistema sessuale e il desiderio sessuale, in primo luogo, ma non sempre, quando i loro orientamenti sessuali siano compatibili (Diamond, 2003). Contemporaneamente e in parallelo, l'attività del sistema sessuale o del sistema di attaccamento può attivare il sistema di caregiving (accudimento) che fa in modo che una persona abbia il desiderio di proteggere e di prendersi cura del suo partner, sia romantico, sessuale, o entrambi (Castellano et al, 2014 ;. Guerriero e Zavattini, 2015; Zeifman e Hazan 2008).

Tuttavia, i collegamenti tra l'attaccamento e la sessualità non sono limitati alle interazioni tra i sistemi. L'orientamento o lo "stile" di attaccamento di un individuo e la qualità del legame d'attaccamento all'interno di una relazione svolgono un ruolo cruciale nel benessere sessuale. I risultati di molte ricerche rivelano, ad esempio, che le persone che tendono a riconoscere i loro bisogni emotivi di sicurezza e d'intimità piuttosto che cercare e ricevere attivamente sostegno emotivo dai loro partner nei momenti di stress, di minaccia o vulnerabilità (un stile di attaccamento "rassicurante") hanno più rapporti sessuali, sentimenti più positivi sulla sessualità e durante l'attività sessuale, più eccitazione sessuale, più piacere sessuale, più orgasmi, e più soddisfazione sessuale rispetto alle persone con stili di attaccamento "non rassicuranti" (Birnbaum, 2007, Carrasco, 2012; Davis, 2006). Questi ultimi includono la tendenza a minimizzare le esigenze di affetto e di evitare i legami intimi con gli altri (uno stile di attaccamento "evitante"), la tendenza a evitare legami intimi con gli altri per paura di essere feriti (uno stile di attaccamento "timoroso") e la tendenza a desiderare ardentemente relazioni intime senza sentirsi soddisfatti e rassicurati circa la disponibilità emotiva delle figure di attaccamento (uno stile di attaccamento "preoccupato") (vedi Mikulincer e Shaver, 2007b, per una revisione completa della letteratura). In breve, più le persone si sentono emotivamente vicine e rassicurate dai loro partner, più avranno una vita sessuale appagante. D'altra parte, tanto più la maggior parte delle persone si sente distaccata e lontana dai loro partner amorosi, tanto più esprime difficoltà sessuali (Brassard et al. 2012), a prescindere dal genere di appartenenza.

Le differenze tra uomini e donne in materia di attaccamento e di sessualità si situano principalmente a livello dello stile d'attaccamento insicuri più tipici di un genere o dell'altro, e dell'impatto degli stili d'attaccamento sul comportamento sessuale e la soddisfazione.

TCE per i problemi sessuali

Alla luce dell'abbondanza di prove empiriche:

- 1) le rapporti di coppia in età adulta sono relazioni di attaccamento e
- 2) l'attaccamento sicuro tra la coppia permette una vita sessuale gratificante e appagante, la TCE mira a creare un clima di sicurezza, fiducia e intimità emotiva favorevole all'esplorazione sessuale.

E' importante sottolineare che non pensiamo che la TCE dovrebbe necessariamente sostituire interventi mirati sugli aspetti fisiologici della disfunzione sessuale, come disturbi dell'erezione erettile e eiaculazione precoce negli uomini, mancanza di desiderio sessuale negli uomini e nelle donne e la difficoltà a raggiungere l'orgasmo nelle donne. Quando la natura dei problemi sessuali è principalmente fisiologica o è presente una componente fisiologica importante la TCE può aiutare a stabilire le condizioni interpersonali necessarie per l'applicazione delle tecniche apprese nella terapia sessuale.

In altri casi, la TCE affronta la causa principale delle difficoltà sessuali, spesso legata a una mancanza di connessione emozionale nel rapporto. L'ipoattivazione del sistema sessuale rappresenta spesso un tentativo di ristabilire o migliorare il legame di attaccamento (Johnson e Zuccarini, 2010). La sessualità diventa lo strumento sia d'intimità che di connessione. Il sistema sessuale ipoattivo deriva solitamente dalla mancanza di senso d'intimità emotiva nel rapporto o una preoccupazione per la prestazione sessuale (Johnson e Zuccarini, 2010, 2011). In quest'ottica, le risposte sessuali degli uomini e delle donne rappresentano i sintomi di un problema più profondo: la mancanza di un legame rassicurante all'interno della relazione (Johnson e Zuccarini, 2011).

Chi utilizza laTCE mette quindi la sessualità nel suo contesto relazionale. Si impegna a capire e ad aiutare le coppie a cambiare le loro dinamiche relazionali globali, al fine di avvicinarsi sessualmente in modo stimolante ed eccitante per entrambi i partner. Dal punto di vista della TCE, tali esplorazioni sessuali soddisfacenti sono possibili solo nel contesto di una relazione rassicurante. Il sessoterapeuta lavora per aiutare i partner a riconoscere e cambiare il modo in cui i problemi di attaccamento e le dinamiche che li accompagnano si manifestano nella loro vita sessuale.

Stadio I: L'identificazione del ciclo e la diminuzione progressiva

La priorità nello stadio 1 della TCE è quello di aiutare i partner a diventare più consapevoli del loro ciclo di interazione. Quando si parla di "ciclo", si tratta dei comportamenti di ciascun partner nelle loro interazioni, piuttosto che delle emozioni e dei bisogni alla base del loro comportamento durante le interazioni.

Il terapeuta aiuta quindi i partner a riconoscere:

- 1) come si sentono quando interagiscono o vivono momenti problematici (ad esempio, triste, ansioso, solo, frustrato)
- 2) quello che fanno quando vivono forti emozioni (ad esempio, insistere, colpevolizzare, criticare l'altra persona o per difendersi, minimizzare, intellettualizzare e ritirarsi emotivamente dall'altra persona) e
- 3) l'impatto del loro modo tipico di gestire il proprio disagio in relazione alla coppia (vale a dire, insistere o ritirarsi dall'altro partner). Il terapeuta mette l'accento sul legame emotivo o sulla mancanza di connessione emotiva nella relazione prima di discutere la sessualità in modo dettagliato, e senza eccezioni (Zuccarini e Johnson, 2011).

Per raggiungere questi obiettivi, il clinico utilizza, tra l'altro, le domande e le risposte allusive (ad esempio, "Lei come sta quando percepisce suo marito come lontano?", "Come reagisce tra sè, quando vede sua moglie che "si appiccica?"), il riflesso empatico (ad esempio, "dà l'idea di fare male, sentirsi soli, così") e reinquadramento (p. es., "quando lei alza la voce, è come se cercasse di dire al suo partner, "Sono qui! Ho bisogno che tu mi veda! "). Il terapeuta può anche chiedere ai partner di comunicare direttamente (chiamato "messa in scena"), ma questo è usato principalmente a fini diagnostici, per vedere se la coppia è in grado di parlare francamente e apertamente delle loro paure legate all'attaccamento. Lo scopo di questi interventi è di sensibilizzare la coppia ai comportamenti che danneggiano il senso di sicurezza nel rapporto, il reciproco bisogno di sentirsi amati, appoggiati e sostenuti dal partner (i "bisogni di attaccamento"), e il modo in cui

certe emozioni, come la rabbia, tendono a mascherarne altre, altrettanto presenti e influenzano le interazioni quali la tristezza, il dolore, la paura e la vergogna. L'obiettivo degli interventi evocativi è quello di evidenziare quelle emozioni più "dolci" (chiamate emozioni "primarie" perché tendono a verificarsi immediatamente dopo uno stimolo, Greenberg e Safran, 1987), per iniziare a cambiare le dinamiche d'interazione. Ad esempio, una persona che parla della sua paura di perdere l'altro (emozione primaria) e del suo grande desiderio di sentirsi amato (bisogno di attaccamento) probabilmente avrà una reazione molto diversa nell'interazione con il suo partner innamorato con qualcuno che la critica, la incolpa e l'attacca. Una volta che il ciclo è stabilito ed evidente, si riflette sul come i problemi sessuali siano collegati ad esso.

Caso clinico -Stadio I: Jean e Luce.

Una coppia, Jean e Luce, insieme da 25 anni, consulta lo psicologo che lavora al Servizio di psicologia clinica della salute di un ospedale locale a seguito di una crisi cardiaca del marito. Sono stati inviati dal medico responsabile del Servizio di Riabilitazione Cardiaca perché hanno problemi sessuali dopo la diagnosi di malattia cardiovascolare di Jean. Durante la valutazione, il terapeuta che usa la TCE scopre che Luce sta diventando sempre più critica rispetto allo stile di vita di Jean, che descrive come "non sano" e "suicida". Dice che non si sente più sessualmente attratta da suo marito da quando lei è costretta a svolgere il ruolo di "infermiera" e "spia".

Jean, da parte sua, si lamenta della mancanza di attività sessuale da quando ha subito un intervento chirurgico di bypass dopo il suo attacco di cuore. L'intervento è stato un successo, dice che non si è sentito così in forma da quando era giovane, e si sforza di capire perché la moglie non sembri più interessata a lui, in particolare visto che "tutto andava bene", prima che si ammalasse. In collaborazione con la coppia, il terapeuta rivela le dinamiche problematiche, le emozioni primarie e i bisogni di attaccamento che stanno alla base e il legame tra i bisogni di attaccamento e il problema sessuale della coppia. Ecco un estratto di una seduta dello Stadio I della terapia:

Luce: Mio marito è stato sostituito da un paziente che cerca di distruggersi sistematicamente. Non ascolta nulla di ciò che i medici gli dicono. Invece di cambiare le sue abitudini, continua a mangiare, bere e fumare come prima, se non di più. Io non voglio saperne di essere vicino a qualcuno che lavora sodo per uccidersi. No

Terapeuta: questo evento vi ha segnato profondamente, e ora sei arrabbiata con Jean. Dice: "cerca di distruggersi". Com'è per Lei assistere a quella che Le sembra la distruzione di qualcuno che è importante? (D

Luce: Mi distrugge. E' come se avessi perso la mia ancora di salvezza

Terapeuta: La sua "ancora di salvezza"? Quindi Lei ha realmente bisogno di Jean, e quando lo vede in pericolo, questo la fa reagire con forza. (Riflessione empatica.)

Luce: Sì, mi fa paura !!!

Terapeuta: Paura di perderlo?

Luce: Sì, certo!

Terapeuta: E cosa fa quando ha paura, tanta paura di perdere Jean, che la fa arrabbiare?

Luce: Cerco di controllare la sua dieta e l'alcol e le sigarette ancora di più ... e qualche volta esplodo.

Terapeuta: Quindi, in superficie, si percepisce la vostra rabbia, ma Lei dice che la rabbia è legata a una grande paura di perdere l'ancora di salvezza", giusto? E quando ha una paura così, ha paura di perderlo, lo critica cercando di mantenerlo in vita più a lungo, è giusto? E lo sente lontano, molto lontano, soprattutto non attraente. (Riflessione sull'emozioni, sui bisogni di attaccamento e sui comportamenti e il loro rapporto con la sessualità.)

Luce: E 'difficile sentirsi innamorata quando si sta cercando di proteggere se stesse dal peggio.

Terapeuta: Ok. diciamo che vedere le difficoltà in Jean crea un allarme dentro di Lei, un allarme che dice: "Pericolo! Pericolo!" (Paure fondamentali legate all'attaccamento). E com'è per Lei, Joan, quando Luce è arrabbiata per la sua salute? (posizionamento nel contesto del ciclo).

In questa serie di riflessioni empatiche, di reinquadramenti e di domande suggestive, il terapeuta è riuscito ad esplorare il problema sessuale per raggiungere la sua causa principale: il sentimento di disperazione della moglie di fronte alla potenziale perdita della sua figura di attaccamento, con tutta la rabbia e la protesta tipica di una tale minaccia, legata alla tendenza del marito a minimizzare le sue preoccupazioni e a cercare costantemente il contatto sessuale. Luce dice che la sessualità è lontana dalle sue priorità quando non si sente sicura, una sensazione che le deriva dalla sua percezione della perdita imminente di Jean. Il terapeuta ha aiutato Jean a sentire la paura nascosta dietro la frustrazione di Luce, ed ha aiutato Luce a vedere che tende ad avvicinarsi a Jean in modo critico. Ciò ha avuto l'effetto di rinforzare le paure e il senso di solitudine di Jean che non osava condividerle con lei, perché si sentiva soltanto attaccato.

Il terapeuta ha poi lavorato con Jean per farlo parlare delle sue reazioni emotive e dei suoi comportamenti quando si sentiva attaccato da Luce. Ha confidato che anche lui aveva paura, e che il sesso fosse un buon modo per sentirsi vicino alla moglie. Ha pianto esprimendo la sua delusione e il dolore nel vedere il volto di Luce che mostrava "come fosse respinta da me." Così, il terapeuta ha rivelato come i timori legati all'attaccamento avessero ridotto il desiderio sessuale di Luce e come simili paure di distanza e allontanamento emotivo avessero portato Jean a chiedere sesso più frequentemente a Luce. Al termine dello stadio 1 della terapia, hanno capito che la loro insoddisfazione sessuale riflette un problema (di mancanza) di sicurezza emotiva (nella relazione), da parte di entrambi i partner, e hanno cominciato a percepire questo come il loro nemico comune (désescalade).

Caso clinico-Fase I: Georges e Nancy.

Georges e Nancy sono una giovane coppia, insieme da 3 anni. Essi riferiscono che la frequenza e la qualità del loro sesso, all'inizio della loro frequentazione, sono state un fattore determinante nella loro decisione di impegnarsi in una relazione seria ed esclusiva. Nancy, in particolare, ha detto che le sue esperienze sessuali con Georges sono state le migliori della sua vita; ha spiegato che sentiva di aver scoperto la sua sessualità con lui, a differenza delle sue precedenti esperienze sessuali. La gioia che ha vissuto nell'intimità con George era, secondo Lei, "insostituibile".

Dal momento in cui si sono fidanzati e si sono trasferiti a vivere insieme sei mesi fa, per sposarsi presto, hanno cominciato ad avere problemi sessuali. Georges, il cui lavoro di mediatore d'immobili è molto stressante, ha cominciato a sviluppare difficoltà a mantenere l'erezione durante l'attività sessuale. Ha detto che Nancy è stata molto comprensiva quando è iniziato il problema e hanno trovato altri modi per soddisfarsi sessualmente. Tuttavia, secondo Georges, Nancy è diventata sempre più frustrata quando Lui ha perso la sua erezione, nonostante si sforzasse per nasconderselo. Ha detto: "Vedo la delusione nei suoi occhi. Vedo che mi vuole, e così mi arrabbio con me stesso."

Nancy, da parte sua, dice che anche lei ha avuto un sacco di stress nella sua vita personale e professionale (Lei è un chirurgo presso l'ospedale locale e sua madre è gravemente malata). Infatti, si tratta di un cancro in fase avanzata. Dice che cerca di capire Georges e quello che vive ma è diventato più difficile per lei non avere rapporti sessuali con lui. Per Nancy, la sessualità con George era, tra l'altro, un modo per sfuggire al suo stress quotidiano. Inoltre, afferma che si sente rifiutata da Georges quando non lui vuole fare l'amore o quando non riesce a mantenere l'erezione. Si sente anche trascurata quando Georges evita l'argomento, secondo lei, o suggerisce che la sua reazione è esagerata.

Allo Stadio I della terapia, il terapeuta ha posto molte domande evocatrici e ha fatto molti reinquadramenti, per accedere alle emozioni primarie di ciascuno e ai bisogni di attaccamento che ne sono alla base. Questi interventi hanno contribuito a scoprire che la paura principale di Georges, contribuendo enormemente alla difficoltà di erezione, è stata, infatti, una paura collegata all'attaccamento :

Georges: E 'come se avessi fallito'

Terapeuta: "fallito?"

Georges: Sì, come partner, come uomo. E 'umiliante.

Terapeuta: Secondo lei, che cosa accadrà se continuerà così, se Lei continuerà a "fallire" non essendo in grado di soddisfare Nancy sessualmente? Qual è la paura più grande? (Domanda suggestiva per provocare una forte emozione primaria.)

Georges: Beh, che lei mi lasci. Che trovi qualcun altro. Spesso Lei dice di non essersi mai sentita così soddisfatta sessualmente. Ma se io non sono più in grado di permetterle di essere soddisfatta... (Georges inizia a piangere)

Terapeuta: "Se non sono in grado di permetterle di essere soddisfatta, lei mi lascerà. Non ci sarà più. Sarò da solo, giusto?" (Riflessioni, per approfondire la paura fondamentale sull'attaccamento e per aiutare Georges a fare il collegamento con il suo comportamento nella relazione)

George: Sì.

Terapeuta: E cosa fa quando Lei ha paura, tanta paura di perderla ... quando è convinto che rimarrà solo?

George: Beh, mi tiro fuori. Oppure le dico che sono troppo stanco per fare l'amore. O divento molto difeso e mi arrabbio.

Terapeuta: Mmhm. Così diventa insopportabile, questa paura di perdere la persona più importante, che si ritiri da solo essendo frustrato (reinquadramento, che riflette il comportamento che accompagna l'emozione e il bisogno di attaccamento).

E come è per Lei (il terapeuta si rivolge a Nancy) Nancy, quando Georges si allontana in quel modo? (inserimento del comportamento di Georges nel ciclo interattivo).

Nancy ha potuto parlare dei suoi sentimenti di rifiuto, di tristezza e di superamento quando sente una distanza tra lei e Georges. Con l'aiuto del terapeuta, si è resa conto che la sua tendenza a frustrarsi e a chiedere il sesso erano legati, in gran parte, al suo desiderio di sentirsi più vicina a lui così come della sua delusione quando Georges non era disponibile emotivamente.

Fase II: Il re-coinvolgimento e l'allentamento

Quando la coppia riconosce il ciclo d'interazioni che mantiene la distanza e la frustrazione nella relazione ed entrambe le persone percepiscono questo ciclo come fonte principale del problema tra di loro, sono pronti per la fase II della TCE. Nella fase II, l'obiettivo è di cambiare le dinamiche plasmando nuovi tipi d'interazione, in cui entrambi i partner sono alla ricerca delle loro emozioni e dei loro bisogni di attaccamento.

Inoltre, chiedono all'altro di rispondere in modo chiaro e diretto, mettendo in evidenza le loro emozioni dolci (tristezza, paura, vergogna) e le loro vulnerabilità (Johnson, 2004; Johnson e Greenman, 2006; Lafontaine et al. 2008) le nuove reazioni del partner e quindi di cambiare il modo in cui le due persone interagiscono, ma solo quando sono evidenti.

Caso clinico II: Jean e Luce.

Quando Jean e Luce hanno riconosciuto il loro ciclo e compreso che al centro delle loro difficoltà sessuali, c'è stata una danza di attaccamento, il terapeuta ha potuto iniziare la fase II del TCE. All'inizio di questa fase, ha aiutato Jean ad approfondire il suo sentimento di solitudine e d'incertezza, dopo la sua crisi cardiaca. Inoltre, ha aiutato Jean a spiegare a Luce che lui aveva l'impressione di non potersi aprire con lei, perché aveva paura di essere attaccato. Le ha detto direttamente che la sessualità era per lui l'unico modo che sapeva di sentirsi ancora legato a lei emotivamente. Successivamente, il terapeuta ha aiutato Luce ad ascoltare e a rispondere a ciò invitando Jean ad aprirsi e dicendogli che non era solo. Jean ha poi chiesto a Luce di essere più paziente con lui. Dopo questo "re-coinvolgimento emozionale" di Jean, il terapeuta ha cominciato ad approfondire ed esporre le paure e i bisogni di Luce. Ecco un estratto di una seduta:

Luce: Ho una paura terribile di finire sola al mondo. Avevo sempre paura, sempre, da quando mia madre è morta quando avevo 9 anni. E sono stata io che ho cominciato a essere il genitore di mio padre e di mia sorella piccola. Mi sono sentita così sola, e non potrei sopportarlo di nuovo.

Terapeuta: sola, così sola, con nessuno che si prenda cura di Lei. (Approfondimento dell'affetto primario e dei bisogni di attaccamento). Se ho ben capito, Lei vive quella sensazione di nuovo ogni volta che vede Joan in pericolo, tanto più dopo l'attacco cardiaco.

Luce: Sì! Ogni volta che beve troppo, ogni volta che si dimentica di prendere le sue medicine, è come se lui si stesse tirando una pallottola in testa!

Terapeuta: Quindi ha paura di perderlo. Può dirglielo Luce? Gli dica di quanta paura ha di perderlo, gli dica che è questa la ragione per la quale voi vi frustrate e di quanto lui è importante per lei (Messa in atto.)

Luce (in lacrime): ti amo. Non riesco a immaginare la mia vita senza di te. Tu sei la mia ancora di salvezza, il mio amore. Ho tanta paura dopo l'attacco di cuore che tu ne abbia ancora, che rimarrò sola, tutta sola, senza di te ... (Joan prende la mano di Luce.)

Terapeuta: Che cosa succede, Joan, quando Luce l'ha guardato e ha detto: "Ho tanta paura di perderti, perché ti amo tanto"? Le ha preso la mano.

Joan: Voglio semplicemente rassicurarla e confortarla quando la vedo così. E' così diversa dal solito. Normalmente non si mostra così con me.

Terapeuta: Lei non ha l'abitudine di sentire che Luce ha bisogno di Lei. Luce, che ha paura di perderla, Luce, che farebbe di tutto per aiutarla a rimanere in buona salute e con lei. Che cosa le succede quando la vede così?

Jean: E strano, ma mi fa piacere. E' come se io non fossi solo, dopo tutto. Mi fa venire voglia di provare a prendermi cura di me, un po' di più. Per lei, per noi.

Il terapeuta ha poi proseguito con Luce, aiutandola a svelarsi ulteriormente, e ha sostenuto Jean nell'ascoltare e nel rispondere in modo confortante alle sue espressioni di vulnerabilità. Dopo diverse ripetizioni di questo tipo di scambio in diverse sedute, Luce ha iniziato a sentirsi più vicina a Joan. Il suo modo di interagire con lui è diventato più morbido ("rilascio emozionale") quando ha percepito che fosse disponibile. Entrambi hanno riferito di sentirsi più sicuri nel rapporto. Nel corso del tempo, hanno ripreso le loro attività sessuali con grande soddisfazione.

Caso clinico-Stadio II: George e Nancy.

Alla fine dello Stadio I della terapia, Georges e Nancy avevano capito che il sesso ha un significato diverso per ciascuno, soprattutto quando non si sta bene nella relazione. Per Georges, è stato una fonte di stress e un altro aspetto in cui potrebbe deludere Nancy. La sua ansia per la delusione potenziale e la perdita potenziale della relazione, causata dalla sua incapacità di essere all'altezza delle aspettative che vedeva in lei, è stato messo in primo piano durante lo Stadio I. Per Nancy, la sessualità, oltre ad essere una fonte di piacere e rilassamento fisico, era un modo per sentirsi più vicina a Georges. Quando lei supponeva ci fosse una minaccia a questo legame, le sue ansie d'attaccamento si sono attivate e lei si è arrabbiata con lui. All'inizio dello stadio II, il terapeuta voleva aiutare Georges ad aprirsi con Nancy. Uno degli obiettivi era di consentire a Nancy di capire che, contrariamente a quello che George le mostra per la maggior parte del tempo, è stato tutt'altro che indifferente alla sofferenza di Nancy.

Terapeuta: George, può aiutare Nancy a capire, come il rapporto sia importante, a che punto lei sia così importante (ritaglio), che pensa di averla delusa, che se fa così è perché non si allontani da Lei? (messa in atto.)

Georges: Tu dici che non importa, ma vedo nei tuoi occhi a che punto ti si spezza il cuore quando non sono in grado di avere un'erezione. Vedo quanto sei delusa e arrabbiata, e questo (piangendo), che mi spaventa. Ho paura di perderti.

Nancy: Quello che mi delude è la mancanza di opportunità di esserti vicino. Sei così occupato che sembra che l'unico momento in cui ci si abbraccia sia dopo avere fatto l'amore. Mi manchi tu, non solo il sesso con te. Non ci siamo mai presi il tempo per essere vicini altrimenti. Non ti preoccupare, io non vado da nessuna parte. (rassicurazione RECONFORT delle paure d'attaccamento.)

Quando Nancy ha percepito la sofferenza di Georges invece dell'indifferenza, quando l'ha visto emozionarsi al pensiero di perderla, si è sentita più importante ai suoi occhi e più vicino a lui. Questo sentimento ha avuto l'effetto di rassicurare lei, anche se ha ancora la voglia di migliorare la loro vita sessuale. In aggiunta, il fatto di sentirsi importante e riconosciuta da Georges l'ha portata a volerlo confortare a sua volta, quando lui ha mostrato la sua vulnerabilità. Il terapeuta ha ripetuto tale messa in atto molte volte per rinsaldare l'impegno emotivo da parte di Georges e il rilascio emotivo da parte di Nancy. Quando entrambi i partner hanno cominciato a sentirsi più sicuri nel rapporto e più legati tra loro, gli scambi tipici delle sedute di terapia, in cui le due persone parlano direttamente e apertamente dei propri sentimenti e dei propri bisogni sono diventati più frequenti nella loro vita quotidiana. A quel punto, erano pronti a passare allo stadio III della terapia.

Stadio III-Consolidamento e l'integrazione

Lo stadio III del TCE rappresenta un ulteriore ritorno sui temi pratici come la sessualità, che avevano scatenato come prevedibile nella coppia il primo ciclo negativo. Il fatto che si sentano più sicuri nella relazione e l'aver riconosciuto il ruolo della sessualità nella loro danza interpersonale, con tutto il significato per la qualità del legame di attaccamento, aiuta la coppia a discutere della sessualità in modo più diretto e con maggior successo. Nel caso di Jean e Luce, per esempio, il terapeuta li ha aiutati nello stadio III a concordare un modo di mettere in pratica l'attività fisica e la dieta proposta dal medico, dal dietista e dal kinesiologo che lavora con Joan. Sono stati in grado di parlare apertamente di come Luce si sentisse tanto più attratta sessualmente da Joan quando più lui fosse in grado di prendere in mano la propria salute e di essere più aperto a lei e alle sue preoccupazioni, che ruotavano principalmente intorno all'amore per lui. Il terapeuta ha potuto anche riflettere su quanto Joan sosteneva chiedendo a Luce di aiutarlo a realizzare il piano previsto dall'équipe medica. Insieme hanno deciso che Luce accompagnasse Jean in palestra e nelle camminate e che si sarebbero preparati il cibo insieme secondo le istruzioni del dietista.

Quanto a George e Nancy, nel Stadio III attuale, hanno cominciato a dedicare più tempo della settimana alla coppia e attività non sessuali (per es ristoranti, passeggiate, giochi di società, chiacchiere). Hanno scoperto che il sentirsi più vicini emotivamente e più in sintonia ha molto calmato i timori di Georges che sembravano danneggiare le sue reazioni fisiologiche legate alla sessualità. Hanno lavorato con loro terapeuta per sviluppare idee di giochi sessuali e di tecniche di riavvicinamento con cui entrambi si sentono bene. Nancy si sente meno frustrata quando Georges non riesce a mantenere l'erezione (situazione che è accaduta molto meno spesso al termine della terapia), perché si sente vicina e coinvolta. Inoltre, Georges, forte della sicurezza di sentire l'amore di Nancy, anche se lei non ha l'orgasmo ogni volta che hanno un rapporto sessuale, si è sentito più a suo agio e aperto alla sperimentazione sessuale nella coppia. Essi non avevano, tuttavia, scartato l'idea di un consulto sessoterapico o di parlare con il medico di Georges se il problema persistesse, ma né l'uno né l'altro hanno percepito il problema come una minaccia per la relazione, cosa che ha facilitato l'esplorazione della loro sessualità.

TCE e l'Approccio Sexocorporelle: Un bel matrimonio

L'approccio Sexocorporelle è un modello di salute sessuale che si fissa bene con la TCE. Secondo Desjardins, Chatton, Desjardins e Tremblay (2010), la salute sessuale viene definita come "la nascita, lo sviluppo, l'interazione e l'armonizzazione di tutte le componenti della sessualità" (p.65). La premessa di base di quest'approccio sessuologico è che il corpo e il cervello formano un tutt'uno (Chatton, Desjardins, Desjardins e Tremblay, 2005; 2010 Desjardins et al). In questo senso, un'emozione genererà dei cambiamenti corporei

cui è associata, in modo che una determinata posizione del corpo si tradurrà in specifiche tensioni muscolari che avranno un riflesso a livello emotivo e cognitivo (Chatton et al. 2005). Secondo quest'approccio, lo sviluppo sessuale parte dal riflesso di eccitazione sessuale che è presente anche prima della nascita (Chatton et al., 2005; Desjardins et al., 2010). Inizialmente, è una reazione riflessa che, attraverso vari tentativi di esplorazione del bambino, diventa il risultato dei suoi apprendimenti. La sessualità si sviluppa tramite apprendimenti ed è quindi soggetta a modifiche, inclusi i cambiamenti emotivi (Desjardins et al., 2010). L'emozione gioca un ruolo chiave nello sviluppo sessuale e nella salute sessuale.

Questa filosofia sulla sessualità si aggancia bene ai valori della TCE. Coloro che praticano l'Approccio Sexocorporelle prendono in considerazione l'impatto degli stati affettivi sulla sessualità, così come i terapeuti che praticano la TEC. Secondo la prospettiva del Sexocorporelle, la causalità diretta di una disfunzione sessuale è quasi sempre legata alla funzione dell'eccitazione sessuale (Desjardins et al. 2010). Come abbiamo visto nelle ricerche e nei due casi clinici qui presentati, l'eccitazione sessuale (o la mancanza di eccitazione sessuale) è spesso legata alla qualità del legame di attaccamento nella coppia. E' quindi importante aiutare le persone a sentirsi vicine e in una situazione di sicurezza emotiva, in modo che possano ampliare i loro modelli di eccitazione sessuale con il gioco delle leggi del corpo (esplorazione dello spazio, ritmi differenti e differenti tensioni muscolari), imparando la tecnica del doppio basculamento (movimento di basculamento del bacino, delle spalle e della testa) o ancora con tecniche di respirazione addominale, che sono tipiche dell'approccio Sexocorporelle (Desjardins et al. 2010). La sicurezza relazionale, aprirà la porta ai contributi del Sexocorporelle.

Conclusioni

La TCE è un approccio della terapia di coppia empiricamente convalidata che è molto promettente per il trattamento dei problemi sessuali. Ci sono stati tre studi fino ad oggi in cui la partecipazione a una TCE è stata associata a una maggiore soddisfazione sessuale rispetto al controllo (Honaparvaran et al. 2010), con un incremento di intimità emotiva rispetto ad un gruppo di controllo e ad un intervento cognitivo (Dandeneau e Johnson, 1994) e con l'aumento del desiderio sessuale nelle donne rispetto a un gruppo di controllo (MacPhee, Johnson e Van der Veer 1995). Quindi vi sono alcune evidenze empiriche dell'efficacia di questo approccio per trattare i problemi sessuali e molte prove aneddotiche in tal senso (Johnson e Zuccarini 2010, 2011).

Resta ancora del lavoro da fare. Infatti, mancano attualmente altri studi ben controllati per confermare l'efficacia della TCE per trattare i problemi sessuali. Resta anche da fare della ricerca sul processo terapeutico della TCE con le coppie con difficoltà sessuali, siccome può variare in base alla popolazione o al particolare problema (La Rocque, 2015 e Makinen Johnson, 2006). Sarà importante in futuro proseguire con ulteriori ricerche in questo campo, al fine di garantire la qualità delle cure per i clienti con difficoltà sessuali.

Nonostante il lavoro che resta da fare, la TCE potrebbe essere estremamente utile in un percorso di terapia sessuale, e in alcuni casi può anche essere necessaria prima in modo che la coppia possa applicare le tecniche di terapia sessuale in modo efficace. Dopo tutto, se la relazione coniugale è in difficoltà sarà ovviamente molto difficile per il terapeuta, se non impossibile, fare emergere l'appagamento sessuale dei partner.

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
- Dagleish, 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.
- Dagleish, 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. 293336). 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.
- Dessaules, 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., Dalgleish, 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.



Intervista a cura di Isabelle CHAFFAI

Traduzione: Patrizia Guerra

Quali sono i collegamenti, i legami, o come Lei utilizza il Sexocorporel nel suo lavoro?

Cognome: FUCHS

Nome: STEPHAN

Anno di formazione: dal 2001 e ancora oggi in formazione ed approfondimento continuo

Livello della formazione: sessuologo, clinico ISI, formatore e supervisore ISI

Intervista realizzata da Isabelle Chaffai (I.CH.)

Con **FUCHS Stephan** (agosto 2015 a Lucerna in Svizzera)

I.CH. Come sei venuto a conoscenza del Sexocorporel?

Ho cominciato a studiare teologia e poi lavorato in una parrocchia cattolica come cappellano. Dopo un corso di formazione in psicoterapia Gestalt e in terapia di movimento integrativo, sono passato ad un'attività indipendente nel mio studio a Lucerna. Allo stesso tempo, ero preoccupato da molti interrogativi circa "Essere un uomo" e sul mio lavoro con gli uomini. Questo mi ha portato a essere uno dei membri fondatori di "Bureau des Hommes " (consigli per gli uomini) e a seguire una formazione d'inquadramento e consigli per uomini violenti. E 'in questo contesto che ho conosciuto dottor Peter Gehrig di Zurigo. Mi ha poi parlato di un sessuologo appassionante di Montreal che stava venendo a Ginevra. Poi essendo impegnato per la costruzione di un ufficio di consulenza sulla violenza maschile, non ho risposto per l'arrivo di questo "Canadese". Ma quando Peter Gehrig, poi occupato nell'istituto del Prof. Jürg Willi, ha pubblicato nel 2001, un'ampia offerta di corsi su " Sessualità integrata/Sessoterapia " mi sono incuriosito e mi sono iscritto. In dodici sessioni di una giornata, Peter Gehrig ci ha introdotto nel Sexocorporel. In questo gruppo composto di dodici uomini (!) e dieci donne, la mia curiosità e il mio interesse per il Sexocorporel si sono definitivamente risvegliati. Per questo motivo mi sono stato molto contento quando Peter Gehrig ha lanciato una formazione in "Sexocorporel" a Zurigo, nel 2005, a cui ho partecipato.

I.CH. Come si è svolto l'incontro con Jean-Yves Desjardins?

Fino ad allora non avevo sentito parlare del prof. Jean-Yves Desjardins all'infuori che nei racconti. Nel marzo 2007, l'ho conosciuto personalmente nel corso di una giornata di supervisione e di approfondimento. C'era un grande Uomo, pieno di dignità che mi guardava con calore e che mi dava il benvenuto. A causa della mia limitata conoscenza della lingua francese lo purtroppo non capisco tutto, mentre Jean-Yves Desjardins mi capiva senza alcuna conoscenza della lingua tedesca, solo con la sua osservazione. Da lui ho ricevuto risposte precise e pertinenti.

Con mia moglie, ho partecipato nel 2007 alla serie "Vivere in Amore" a Ginevra, ho vissuto Jean-Yves Desjardins, in piedi fiero davanti a un folto pubblico, con il suo sorriso che conquistava, accogliendo benevolmente ogni domanda del pubblico e muovendo il bacino in modo seduttivo. Gli sono molto grato di aver avuto il privilegio di godere della sua presenza in carne e ossa nel corso di questi 5 week-end dei seminari.

Conduceva i seminari in collaborazione con il dottor Dominique Chatton, Yoko Pedrazzoli, Mireille Baumgartner e Antoinette Liechti Maccarone. Tutti insieme, mi hanno trasmesso l'idea di potere proporre questi seminari "Vivere in Amore" in tedesco a Zurigo. Dal 2010 con Christa Gubler proponiamo questa serie di seminari a Zurigo, già per la quarta volta.

I.CH. Qual è la sua professione?

Lavoro dal 1996 come psicoterapeuta del movimento e negli ultimi tempi soprattutto come sessuologo clinico nel mio studio a Lucerna. Dal 2012, collaboro alla formazione in Sexocorporel.

Con le Dottsse Karol Bischof, Francesca GaliziaThiele (scomparsa il 29/07/2015) e il Dr. Peter Gehrig formiamo l'équipe di formazione di Amburgo (D), Kisslegg (D) e Zurigo (CH).

I.CH. La formazione nel Sexocorporel che cosa le ha portato come parte della vostra professione? Quali strumenti e / o competenze acquisite durante la formazione le servono nella sua professione?

Grazie alla formazione in Sexocorporel, è stato sempre più facile nella mia pratica nominare esplicitamente e in modo semplice e naturale il fare, i sentimenti e il pensiero sessuale. Ciò ha avuto conseguenze indubbiamente immediate sulle persone in cerca di sostegno da me. Recentemente osano affrontare i problemi e le loro difficoltà sessuali, sottolineano che è possibile e che, con le mie domande approfondite, io sono interessato a comprendere meglio la loro sofferenza. Cominciano nelle prime ore a capire le loro

difficoltà sessuali e questo dà loro la speranza di un possibile cambiamento. Questo rafforza ancora una volta la loro motivazione alla terapia.

Originariamente, io provengo dalla Chiesa cattolica e dalla teologia in cui il sacro e lo spirituale sono separate dal corpo e dal sessuale, e godono di una considerazione più alta. Ho sentito l'assioma corpo-cervello come una liberazione da questo dualismo e contemporaneamente come una sfida nel metterlo in pratica nella vita quotidiana.

Con la capacità di osservazione precisa, diventa spesso possibile avviare progressi partendo da piccole proposte di cambiamento. Questo permette di ampliare la funzionalità sessuale e il piacere sessuale. Personalmente, ho constatato, con l'esperienza personale, che giocare con le tensioni muscolari, la respirazione, lo spazio dei movimenti e i ritmi hanno avuto la priorità nel campo della formazione essendo stati un arricchimento di valore inestimabile per me. Allo stesso tempo, ho acquisito uno strumento per il mio lavoro quotidiano nello studio.

Potrei ancora raccontare molto. Ho trovato con il Sexocorporel un concetto non dogmatico e uno strumento che mi permette di valutare con precisione l'agire e il sentire nella sessualità, di capire in base alla domanda di sviluppo e di accompagnare.

I.CH. Che cosa l'ha spinto a continuare la sua formazione al secondo livello? E cosa ha apportato questo secondo livello e come Lei lo utilizza come parte del suo lavoro?

Per me la questione di continuare e approfondire la formazione non si è neppure posta. Al primo livello, spesso ero in soggezione, gli occhi spalancati e stupiti dai contenuti offerti da Peter Gehrig, che gli esercizi corporei mettevano in evidenza (acquisire e capire). Volevo approfondire le mie esperienze e le mie acquisizioni. In questo secondo passaggio, ho avuto l'opportunità di ascoltare di nuovo per la seconda volta alcuni contenuti, scoprire nuove connessioni, capire dell'altro e, soprattutto, imparare a osservare senza giudicare.

I.CH. Il terzo livello ha permesso di completare quelle conoscenze, cosa le ha dato in termini di approfondimento?

Grazie alla competenza e all'esperienza in crescita, il 3 ° livello mi ha permesso di capire meglio la logica del sistema e di fare domande sulla trasmissione del Sexocorporel quali: Come trasmettere i temi dei seminari? Perché Peter inserisce quell'esercizio proprio in quel momento? Come i /le partecipanti reagiscono? Come si fa a trasmettere il doppio basculamento in modo che diventi uno strumento per collegare la dimensione genitale del basso e la dimensione emotiva dell'alto? Qual è l'influenza della lentezza sull'intensificazione del piacere erotico?

Visto che io sono solo nel mio studio, ho trovato una possibilità di scambio, approfondimento e un banco di prova.

Mi è piaciuto essere in grado di seguire un altro ciclo a Parigi, con le Dottsse Claude Deslandes Roux e Martine Costes-Peplinski. Sono stato in grado di imparare un altro modo per trasmettere il Sexocorporel. Il piccolo gruppo di formazione di Parigi ha permesso un lavoro preciso e confrontabile con quello che si fa prevalente nel lavoro individuale.

I.CH. Quale potrebbe essere la parola conclusiva?

Il Sexocorporel aumenta il piacere e la gioia di vivere di tutti coloro che entrano in contatto con esso.

I.CH. Grazie per la sua partecipazione e le auguro successo nel raggiungere i suoi progetti.