

RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

*Sexologie et
psychosomatique
relationnelle*

Sami-Ali
Joëlle Mignot
Jean-Marie Sztalryd
Sylvie Cady
Bruno Kufeld
Michèle Chahbazian
Leila Al-Husseini
Roseline Bidon



Extrait de la publication

ÉDITIONS MÉDICALES
ET SCIENTIFIQUES

**RECHERCHE EN
PSYCHOSOMATIQUE**

**Sexologie et
psychosomatique
relationnelle**

This page intentionally left blank

**RECHERCHE EN
PSYCHOSOMATIQUE**

**Sexologie et
psychosomatique
relationnelle**

Sami-Ali
Joëlle Mignot
Jean-Marie Sztalryd
Sylvie Cady
Bruno Kufeld
Michèle Chahbazian
Leila Al-Husseini
Roseline Bidon



Centre International de Psychosomatique
Collection *Recherche en psychosomatique*
dirigée par Sylvie Cady

Dans la même collection

Le cancer – novembre 2000

La dépression – février 2001

La dermatologie – mars 2001

La clinique de l'impasse – octobre 2002

Identité et psychosomatique – octobre 2003

Rythme et pathologie organique – février 2004

Psychosomatique : nouvelles perspectives – avril 2004

Médecine et psychosomatique – septembre 2005

Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel – février 2007

Soigner l'enfant psychosomatique – février 2008

Affect refoulé, affect libéré – mars 2008

Entre l'âme et le corps, les pathologies humaines – octobre 2008

Handicap, traumatisme et impasse – janvier 2009

Soigner l'allergie en psychosomatique – octobre 2009

Entre l'âme et le corps, douleur et maladie – août 2011

Psychosomatique de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte – janvier 2012

La psychomotricité relationnelle – mars 2012

Psychosomatique et maladie d'Alzheimer – juin 2012

Éditions EDK/Groupe EDP Sciences

25, rue Daviel

75013 Paris, France

Tél. : 01 58 10 19 05

Fax : 01 43 29 32 62

edk@edk.fr

www.edk.fr

© Éditions EDK, 2013

ISBN : 978-2-8425-4179-8

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Introduction

Sexualité et relation

Professeur M. Sami-Ali

Pour situer la sexualité humaine par rapport à la relation, il est important de revenir à des thèmes majeurs qui ont marqué les débuts de la psychanalyse, à commencer par le thème de l'organisation corporelle en fonction de la droite et de la gauche.

En effet, c'est dans la correspondance avec Fliess que Freud fut confronté à une théorie qui établit un lien entre la bilatéralité et la bisexualité, la gauche étant le féminin et la droite le masculin. Et c'est à ce propos que Freud découvre chez lui une difficulté à reconnaître la droite et la gauche et qu'il doit faire le geste d'écrire pour retrouver la main dominante. Dans ce contexte, la prévalence de la gauche chez Freud, alliée à « un misérable pouvoir de représenter l'espace » l'a amené finalement à adopter la bisexualité, comme base de la théorie des psychonévroses, libérée de toute référence au corps, en même temps que la rupture de sa relation avec Fliess.

Passons maintenant à la préhistoire et à l'histoire et voyons comment Freud conçoit la sexualité humaine dans son ensemble ?

Remarquons d'abord que le livre fondamental que Freud consacre à ce thème ne s'intitule pas « Trois essais sur la sexualité », mais « Trois essais sur la *théorie* de la sexualité » ou, dans une autre traduction, la « théorie sexuelle ». La différence montre que la démarche de Freud est essentiellement une construction à partir de la découverte de la sexualité infantile, de manière à établir une

continuité entre les différentes formes de la sexualité et de concevoir la psychonévrose comme le négatif de la perversion. Les variétés de la pathologie reposent en fait sur la même sexualité infantile, s'exerçant sur le mode auto-érotique à partir des zones érogènes qui furent d'abord nommés zones hystérogènes. Et Freud de reconnaître finalement toute la peau comme la zone érogène par excellence.

Pour étayer sa conception de la sexualité infantile, Freud prend l'exemple du suçotement, en s'appuyant sur des descriptions du pédiatre hongrois Linder. La succion voluptueuse chez le nourrisson s'accompagne ici d'une distraction totale de l'attention, elle conduit soit à l'endormissement, soit à une réaction motrice qui est une sorte d'orgasme. La distinction paraît alors subtile entre une sexualité génitale et une sexualité pré-génitale.

Or, nous considérons que la sexualité ne peut trouver sa valeur que parce qu'elle est d'emblée la relation d'un nourrisson à la mère et que cette relation existe à la naissance et même avant la naissance.

Ici, c'est l'expérience de satisfaction produite chez le nourrisson, par le mouvement de bouche, qui répète exactement quelque chose qu'il a déjà vécu, c'est-à-dire la satisfaction après la tétée.

Pour Freud, la sexualité infantile est d'abord et essentiellement une sexualité auto-érotique. Un plaisir se produit sur une partie du corps. Elle est une fonction vitale, et c'est toujours une satisfaction partielle.

Pour nous, dès le début, on a affaire à une relation du nourrisson avec la mère.

L'auto-érotisme est une reproduction, non pas de l'expérience de satisfaction, mais d'une relation globale avec la mère.

C'est cette relation qui est constitutive de la sexualité infantile. Le nourrisson y reproduit par des mouvements de succion, en l'absence de l'objet, un objet absent, il le reproduit comme un objet présent à travers la projection.

La relation à cet objet, qui permet à l'enfant de reproduire une relation en l'absence de l'objet, signifie deux choses vraiment fondamentales.

Elle signifie que la bouche, elle-même, n'est plus dans une fonction réelle : mais dans un imaginaire et l'objet impliqué dans cette expérience est un objet imaginaire.

En fait, le nourrisson constitue un imaginaire, par un acte imaginaire.

Il ne tète pas, mais, par l'acte de téter, il constitue un imaginaire, par une bouche qui ne sert pas réellement. Il existe donc une double

constitution de la dimension de l'imaginaire avec un corps imaginaire et un objet imaginaire.

Quand, par la suite, Freud dit que, chez l'enfant, cette activité peut être considérée comme une activité auto-érotique, je considère que cela n'a jamais été qu'une relation.

Pour moi, on est d'emblée dans la relation.

Il n'y a pas, à un moment donné, une non-relation.

Freud a été obligé de postuler la non-relation parce qu'il concevait que la pathologie non-relationnelle, autiste ou psychotique notamment, sont des pathologies qui font revenir à une phase où il n'y avait pas d'objet.

La relation, par excellence, c'est la relation à la mère : elle détermine la possibilité que l'enfant puisse s'aimer lui-même et exister dans cet amour de soi. Il répète en fait l'amour qu'il avait reçu. S'il ne reçoit pas d'amour, il ne peut pas s'aimer soi-même. Car la réalité humaine est relationnelle, thème de notre dernier livre *Penser l'unité. La psychosomatique relationnelle* (Esprit du temps, Paris, 2011).

This page intentionally left blank

Quel sexologue, quel symptôme sexuel, quelle relation ? Prise en charge des troubles sexuels dans une perspective dynamique psychosomatique

Joëlle Mignot

Si aujourd'hui la formation des « sexologues » est avant tout universitaire, c'est parce qu'il y a maintenant presque trente ans que des médecins et des psychologues ont eu le courage de l'introduire dans les facultés de médecine. Les DIU de sexologie et de sexualité humaine, dont l'enseignement est le fruit de ce travail, sont présents dans plus de dix universités françaises et continuent à former des professionnels de la santé et du champ social soit du côté de la thérapie, soit du côté du conseil en éducation sexuelle. Sept professions passent aujourd'hui l'examen national, seul garant d'une formation dont la profession qui en découle n'est pas réglementée à ce jour.

Dans la pratique sexologique, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire éloigne cette discipline de tout risque de dogme théorique, et c'est ce qui fait aussi sa richesse tant dans les différentes formes d'exercice des praticiens (mixte, exclusif) que dans les approches thérapeutiques. Ceci dit, le trouble sexuel ne peut s'envisager que dans l'unité psychosomatique de l'individu, le processus thérapeutique s'appuyant lui-même sur la relation.

Le paysage sexologique français aujourd'hui est constitué d'environ mille praticiens dont les professions de base sont médecins, psychologues ou professionnels de la santé.

Qu'est-ce qu'un psychologue sexologue clinicien ?

Sa position s'inscrit dans un double cadre très particulier.

Le premier volet est celui du psychologue, spécialiste de la psychologie défini au XVI^e siècle comme la « science de l'apparition des esprits ». La psychologie implique l'idée de connaissance de « l'âme humaine » comme une partie de la métaphysique. C'est aussi l'étude scientifique des phénomènes de l'esprit, de la pensée, caractéristique des êtres humains chez qui existe une connaissance de leur propre existence. « Psycho » se définit comme les éléments de « l'âme sensitive ». Le suffixe – *logie* se réfère à « *logos* » (discours) qui vient du grec *logia*, « théorie ». Le psychologue, dans son quotidien professionnel, s'inscrit donc dans ce que l'homme a de plus profondément humain, sa pensée et sa capacité à s'exprimer, sa parole mais aussi le vécu de son corps.

Le second volet est celui de la sexologie définie comme une science qui étudie les phénomènes sexuels normaux et pathologiques et le traitement des troubles sexuels. Là encore s'associe le suffixe – *logie* qui fait référence au discours, à la parole au langage humain.

Le corps et la fonction sexuelle
Le symptôme sexuel expression de la demande
La situation d'impasse sexuelle et relationnelle



Le psychisme dans
sa dimension consciente
et inconsciente
L'identité du psychologue sexologue
à travers le travail sur le sens

Le rôle de la parole
privilegié d'expression
du lien corps/esprit
Les outils et les techniques

Dans son travail, le moteur principal est la relation privilégiée et spécifique du thérapeute avec le patient, au cœur des interactions entre ces trois pôles.

Cet ensemble définit en soi la dimension clinique de la prise en charge, *klinè* se définissant en grec comme « au chevet du malade ». Il s'agit donc avant tout de prendre en charge une personne, un sujet à part entière dans son humanité, pétri par son histoire et non pas défini par une pathologie ou un symptôme sexuel.

Globalité, individualité et qualité de la relation seront donc les 3 piliers de la prise en charge.

Le corps et la fonction sexuelle, le symptôme sexuel expression de la demande, la situation d'impasse

L'homme, la femme, le couple qui consultent viennent demander de l'aide face à une situation intime douloureuse qu'ils jugent sans issue. Ils se sont engagés dans une voie psychologique et comportementale où ils ne peuvent en aucun cas revenir en arrière, ni faire demi-tour. Comme dans une rue sans issue, ils se heurtent au mur de leur incapacité à franchir une difficulté dont ils ont l'impression de ne rien maîtriser d'autant plus qu'ils tentent en vain de le faire. La route du plaisir est barrée, ils sont dans un cul de sac qui rend la forme d'un symptôme sexuel devant lequel ils se trouvent démunis.

En fait, il s'agit d'une triple impasse :

- Face au corps qui défaille et qui ne répond pas en cohérence avec le désir conscient (l'impuissance par l'érection qui se perd, l'éjaculation précoce par l'urgence et l'envahissement de l'excitation, le vaginisme par le sentiment de fermeture en sont des exemples).
- Face à la relation à l'autre, difficile ou impossible, l'intimité n'étant plus créatrice et renforçatrice de liens.
- Face à la vie intérieure à travers le découragement, le questionnement, la sensation diffuse de pas être un sujet à part entière mais aussi de ne pas être « comme tout le monde », la sexualité étant très sensible aux modèles et aux idées reçues véhiculées dans la société d'aujourd'hui.

Dans cette situation d'impasse sexuelle, le patient est privé d'horizon dans sa dimension corporelle, relationnelle et personnelle. Elle implique également une forme d'arrêt du temps sexuel qui se teinte d'insatisfaction, de dévalorisation, d'anxiété, de sentiment d'incapacité... Ceci se complique car les autres dimensions

temporelles de la vie continuent à animer le patient : suivant les cas, temps affectif, temps social, familial... Tout se passe comme si le temps sexuel s'était fragmenté dans une subjectivité qui continue à fonctionner par ailleurs.

Nous retrouvons cela dans les troubles du désir et dans les distorsions amour/désir ou désir/excitation.

Le psychologue-sexologue se retrouve alors devant un arrêt, un stop que l'autre lui décrit plus ou moins facilement, lui parlant de son histoire présente et passée, faisant parfois d'emblée des relations de causes à effet immédiats, ceux-ci faisant fonction d'écran (dans le cas des traumatismes sexuels par exemple).

Quel symptôme sexuel ?

La demande

Le premier travail sera donc de préciser la demande du patient. Ce qui est important de noter, c'est que la plupart du temps les patients arrivent avec un symptôme « sur un plateau ». Ils utilisent souvent les mots justes voire déjà très « scientifiques », soit parce qu'ils sont adressés par leur médecin qui a posé un diagnostic, soit parce qu'il ont fait le tour d'Internet. Mais, paradoxalement, ils sont dans une sorte de confusion où ils confondent plaisir et désir, plaisir et orgasme, désir et excitation... Comme le trouble sexuel s'inscrit dans une dynamique qui implique le tiers réel ou fantasmé, il est important de déterminer quelle est exactement la demande.

Il sera nécessaire de distinguer la véritable demande de la motivation et de sa forme exprimée, la plainte... Combien de patients viennent pour sauver leur couple, ou poussés par leur partenaire ? Combien aussi viennent en ayant fait le tour déjà de nombreux traitements ou consultations chez des collègues ? Enfin, combien ont déjà fait une analyse de plusieurs années, traitant ce « reliquat du symptôme sexuel » parfois disant même « je n'ai jamais parlé de cela à mon analyste... »

L'évaluation

Tout naturellement, l'évaluation sexologique devra être précise et effectuée lors des premiers entretiens qui ne peuvent pas se résumer à un simple interrogatoire.

Les premiers entretiens vont permettre de recueillir mais aussi d'accueillir et de déposer un certain nombre d'informations où vont se croiser la forme et le fond.

La parole, les mots, le corps dans son expression verbale et non verbale, les émotions, les silences, les omissions et bien sûr les lapsus et autres signes. Les faits, le contenu manifeste traversent et colorent par l'histoire du patient la description du symptôme, toute cette expressivité et son vécu sensible. C'est dans ce croisement de la forme et du fond que le psychologue-sexologue, par son attention particulière, à la fois distanciée et bienveillante, va accompagner le patient. Notre premier travail sera donc d'écouter, d'observer en se gardant bien d'aller trop vite, en particulier dans l'interprétation.

Cette évaluation passera par la prise en compte indispensable de l'anatomie et de la physiologie sexuelle, ce qui exige une formation dispensée dans nos diplômes. Car souvent les patients arrivent en première intention.

Elle passera aussi par un bilan de l'histoire et de la fonction sexuelle actuelle, de la relation du patient au plaisir et au désir, etc.

Quels sont les symptômes sexuels les plus courants ?

Chez l'homme, nous sommes confrontés aux demandes concernant les dysfonctions érectiles, éjaculation précoce primaire ou secondaire mais aussi les troubles du désir qui font l'objet de demandes de plus en plus fréquentes.

Chez la femme, les troubles de l'orgasme (anorgasmie primaire et secondaire), du plaisir et de la sensorialité interne et externe, le vaginisme (hypercontraction involontaire des muscles vaginaux et périvaginaux) et les dyspareunies (douleurs aux rapports sexuels) mais aussi les troubles du désir sous leurs différentes formes.

La pratique clinique montre qu'un symptôme sexuel peut en cacher un autre. Par exemple, une femme souffrant d'un vaginisme peut en fait être en difficulté avec son désir, le sens du refus et de la fermeture étant lié à sa relation à l'homme. Un homme étant dans une demande pour éjaculation précoce peut en fait être dans l'expression d'une agressivité masquée vis-à-vis des femmes.

Beaucoup de couples choisissent aussi de consulter d'emblée ensemble soit pour une difficulté conjointe, soit pour un symptôme exprimé par l'un des deux. Parfois aussi les symptômes se répondent au sein du couple. C'est le cas du couple éjaculateur précoce/anorgasmique.

Rappelons que le mot symptôme vient du latin « *symptoma* » coïncidence. C'est à la fois un phénomène, un caractère observable ou perceptible lié à un état ou une évolution. C'est aussi ce qui révèle et permet de prévoir. Le symptôme implique l'idée de réunion de deux acceptions : ce qui apparaît et ce qu'il cache dans la dimension non évidente de coïncidence. Il y a rencontre, simultanéité entre deux éléments, l'un visible et exprimé l'autre secret, refoulé, non conscient.

Le symptôme sexuel implique donc d'une part ce qui est montré à travers la dysfonction et d'autre part découvre autre chose dans l'histoire du sujet, dans toutes ses dimensions corporelles, affectives et psychologiques. De nombreuses pathologies médicales non sexuelles complètent souvent le tableau clinique et, à ce niveau de lecture, le choix de l'organe doit susciter tout notre intérêt. Et ceci dans trois sens : maladie conséquence du trouble sexuel (frustrations s'exprimant somatiquement, tensions abdominales par exemple), maladie concomitante (par exemple, dans le cas des mycoses à répétition chez la femme ou quand le symptôme sexuel est un indicateur d'un trouble cardiovasculaire chez l'homme), maladie engageante du trouble sexuel (dans le cas de cancer ou de maladie grave mettant le pronostic vital en cause, maladies cardiovasculaires...). L'intrication entre troubles somatiques et difficultés sexuelles est donc souvent un écheveau difficile à démêler et on peut penser que si l'esprit a un effet sur le corps, le corps le lui rend bien !

Le symptôme sexuel est donc alors mis en mots après avoir été mis en corps.

Parole émise par le patient, écoutée et entendue par le thérapeute qui en fait la base de son travail. En ce sens, l'originalité de sa tâche sera de démêler, à travers plusieurs filtres, les intrications du conscient et de l'inconscient qui font le lit du trouble sexuel et ceci à travers la relation et l'analyse de ce nous appellerons ses contre-attitudes. Démêler et permettre au patient de retisser sa relation à la sexualité par l'attention clinique que le thérapeute lui porte.

C'est dans cette attention que prend aussi la valeur du temps à la différence d'autres approches sexologiques, plus médicales par exemple, où la réponse du thérapeute va s'appuyer soit sur une prescription de médicament, soit sur une approche plus opératoire de type comportemental.

Ce temps de la thérapie est bien sûr relatif suivant la nature de la demande et l'évolution du patient, mais il a valeur dynamique dans la reconstruction qui est en œuvre.

Du diagnostic à la prise en charge

Si la parole est l'outil principal du psychologue, la clinique sexologique exige d'autres compétences fondamentales étayées par un sous-sol théorique solide : une bonne connaissance de l'anatomie et de la physiologie sexuelle, de la psychopathologie en général, des pathologies sexuelles en particulier, mais aussi une palette d'outils qui peuvent aller des thérapies corporelles à la relaxation, à l'hypnose ou au « conseil sexologique ». Sur la base de l'observation clinique, de l'écoute et du temps nécessaire à la mise en place de la relation que ces outils pourront être efficaces et certainement pas en tant que tels.

C'est ce savant mélange de connaissances théoriques, de valeur donnée à la parole du patient, de mise en place d'outils thérapeutiques pratiques qui lui permettra dans sa relation avec le thérapeute de redonner sens à sa sexualité car c'est de l'intérieur que s'ouvre le processus d'évolution voire de guérison.

Ceci posé, notre rôle se situe à plusieurs niveaux étant donné que le trouble sexuel se situe toujours à la frange du somatique et du psychique. Nous devons pouvoir repérer les signes qui ont nécessité un bilan organique.

Dans ce cadre, différents degrés de prise en charge sont possibles tenant compte des éléments de diagnostic. Dans certains cas, nous nous situons au niveau de l'information qui suffit à diminuer le niveau d'angoisse lié à la difficulté sexuelle. C'est un peu comme si le patient venait chercher un niveau d'expertise chez le sexologue pour le rassurer. La notion d'autorisation est souvent sous-jacente à ces consultations, qui peuvent parfois se résumer à quelques-unes. D'autres cas de demandes s'inscrivent déjà dans le temps et permettent la mise en place d'un processus thérapeutique sur quelques mois, voire plus. Chaque rencontre sera une surprise, une invention à deux, et des techniques comme la relaxation, l'utilisation des états de conscience modifiés ou de « veille paradoxale » et l'hypnose ericksonnienne sont en ce sens très utiles.

Dans ces différents cas de figure, on ne peut éluder la réflexion sur la place du médicament en lien avec la sexothérapie et ceci sur deux plans : Les effets iatrogènes de certains médicaments qu'il ne faut pas ni ignorer ni oublier. Mais surtout la place des médicaments dits « sexoactifs » qui sont souvent expérimentés par le patient avant de consulter. On peut mesurer la place fondamentale du médecin prescripteur mais surtout la façon dont le médicament a été prescrit ainsi que l'impact de sa consommation sur la vie sexuelle et relationnelle.

Nous avons aussi à faire avec tous ces différents cas de figure : soit il souhaite un complément à son traitement, soit celui-ci a été un échec, soit il souhaite s'en débarrasser avec en arrière-plan le fantasme de l'accoutumance.

Tout ceci a son importance et teinte le travail dans la relation qui démarre.

On peut dire que si la substance chimique dispose d'un pouvoir d'amélioration de la santé sexuelle, c'est par la prise en charge psychologique et l'accompagnement qui engage la reconnaissance des affects en lien avec le vécu corporel passés et présents que le patient va pouvoir trouver ou retrouver sa position de sujet à part entière.

Quelle relation ?

La relation qui s'installe dans le cadre de cette demande liée à l'intime s'appuie sur les attentes du patient et sur l'idée qu'il se fait d'un « travail » sur sa sexualité et sur sa capacité à engager ce travail (et s'engager lui-même !) dans la relation thérapeutique en donnant sa juste place au symptôme, sans l'ignorer, mais sans le laisser envahir l'espace thérapeutique.

La capacité du thérapeute à décoder les éléments relationnels : ai-je envie de m'occuper de ce patient ? Quel rôle me fait-il jouer ? Quel rôle est-ce que je joue moi-même ? Quelles sont mes limites ? À quoi son histoire me ramène-t-elle ?...

Toutes ces questions sont particulièrement importantes dans la prise en charge de la sexualité pour éviter de tomber dans l'écueil de la toute-puissance, dans des pièges moralisateurs ou dans des projections trop personnelles.

Car la difficulté est que chacun de nous a une histoire sexuelle intime et que, parfois, les patients nous racontent notre histoire ! Ceci implique une nécessaire supervision des praticiens.

Conclusion

Plus que globaliste ou intégrative, la sexologie est unitaire aussi bien dans l'expression des troubles qu'elle décrit que dans les prises

en charge. Elle ne peut envisager son action que dans cette unité de l'individu et dans la dynamique de la relation.

En ce sens, les derniers travaux de synthèse du Pr Sami-Ali sont un éclairage théorique tout à fait intéressant pour la sexologie.

« Si le travail du thérapeute consiste surtout à établir des liens pour parvenir à l'unité à travers la multiplicité, ces liens sont pensés en fonction d'un modèle théorique pourvu de douze dimensions dont chacune est constituée de deux concepts opposés et complémentaires : corps réel-corps imaginaire, causalité linéaire-causalité circulaire, sens primaire-sens secondaire des symptômes, fonctions constituées-fonctions en voie de constitution, imaginaire-banal. »

Ce modèle, nous dit Sami-Ali, est fondé sur le primat de la relation.

« La pensée est par essence relativiste, tendue vers les extrêmes qu'elle ne perd jamais de vue, et capable dès lors de se corriger, en fonction d'une situation qui se révèle à mesure qu'on l'explore. On introduit ainsi une liberté qui rend possible l'autonomie de l'observation par rapport à l'interprétation... »

Pour conclure, à la fois archéologue par son travail de fouille mené à deux, artisan ouvrier par celui de construction/déconstruction, le psychologue-sexologue clinicien est aussi l'homme orchestre, qui, à travers ses compétences théoriques et pratiques et la relation toute spécifique qu'il a avec son patient, peut l'orienter, le guider, l'accompagner dans le plus grand respect, l'aider à devenir plus libre face au monde et à lui-même.

This page intentionally left blank

Balint et la relation médecin-malade

Jean-Marie Sztalryd

En référence à Michael Balint, et pour mieux m'inscrire dans le thème de cette journée, « *Sexologie et psychosomatique relationnelle* », je vous propose une intervention en deux temps. Le premier consacré à la relation praticien-patient telle que nous l'avons pensée dans notre enseignement de sexologie, et ce en interrogeant la relation médecin-malade, dont on constate qu'elle est le modèle dominant du discours sexologique en France. Le second temps consistera à vous proposer des échos de relations thérapeutiques au sein d'un groupe Balint composé de médecins et de non-médecins.

Plutôt qu'une spécialité, cet enseignement de sexologie est pour nous une formation à l'accueil des manifestations de la souffrance à travers une plainte ou des symptômes sexuels. C'est une formation pour éviter tout *a priori*, pour supporter les manques, pour comprendre ses émotions et celles du patient.

C'est une formation pour améliorer sa fonction thérapeutique, c'est-à-dire viser à soulager le patient d'un point de vue symptomatique, mais aussi lui faciliter le repérage de ses conflits et l'amener à les résoudre lui-même.

Pour permettre de réaliser cet objectif de formation, nous avons mis en place, depuis la création de l'enseignement de sexualité à Paris13, des groupes de type Balint, c'est-à-dire des groupes

This page intentionally left blank

Table des matières

Sami-Ali	5
Introduction – Sexualité et relation	
Joëlle Mignot	9
Quel sexologue, quel symptôme sexuel, quelle relation ? Prise en charge des troubles sexuels dans une perspective dynamique psychosomatique	
Jean-Marie Sztalryd	19
Balint et la relation médecin-malade	
Sylvie Cady	29
La symbolique de la peau et du toucher	
Sylvie Cady	35
Allergie et sexualité	
Bruno Kufeld	41
Une patiente raconte son histoire	
Michèle Chahbazian	61
Sexualité féminine et rapport à la mère	
Leila Al-Husseini	75
Abus sexuel, sexualité et art-thérapie	
Roseline Bidon	85
Espace, temporalité, cancer et problématique sexuelle	