

Una revisió crítica dels coneixements actuals sobre la sexualitat i el gènere

Concepció Garriga

La meua presentació recull l'evolució i l'estat actual de la sexualitat en els últims 20 anys. Realment hi ha novetats. Aquest és l'índex dels apartats que conté:

1. Una mica d'història al voltant dels punts més polèmics del constructe sexe-gènere (els massatges genitals de principis del XX, les complicacions posteriors a la teoria del desenvolupament psicosexual freudià: sexe únic masculí, doble orgasme femení, negació de la teoria de la seducció, homofòbia ...)
2. Determinació genètica, hormonal, psicològica, relacional, cultural i social de les pràctiques sexuals i de gènere (canvi de paradigma: del gènere com a construcció social a la multideterminació)
3. Allò *queer*: la proliferació de gèneres i d'opcions sexuals (LGBTI)
4. Sexualitat pròpiament: orgasmes; masturbació; punt G, ejaculació femenina i glàndula parauretral o pròstata femenina; sexe anal; pràctiques BDSM (Bondage / Domination / Sadism / Masochism)
5. Dificultats en la sexualitat dels homes i de les dones; condicions psicològiques; condicions físiques; tractament psicològic; farmacològic.
6. Sexualitat i Internet de banda ampla: pornografia; fòrums, aplicacions per a mòbils i tauletes. Modificació de les pràctiques.
7. Sexualitat en les persones grans i en les parelles de llarga durada.

Citaré contínuament les meves fonts, que estan recollides al final, en les referències.

Aquest treball comença després de la vastíssima obra "La sexualitat femenina" (Dio Bleichmar, 1997) i dels molt celebrats "Avenços de psicoteràpia psicoanalítica" (Bleichmar, 1997), que van revisar àmpliament la literatura psicoanalítica i van posar les bases de l'Enfocament Modular Motivacional, que a mi m'ajuda contemplar com unes malabars de cinc boles, una de les quals és el mòdul sensual sexual. A les pàgines que segueixen es reflecteix la revisió de l'actualització d'aquests coneixements i el que s'ha produït de significatiu en aquests 18 anys en l'aspecte sexual. Realment hi ha novetats. Tant per a homes com per a dones.

També es fa referència a treballs de les revistes *Studies in Gender & Psychoanalysis* i *Psychoanalytic Dialogues* (la revista de contingut psicoanalític més citada del món el 2013), als successius congressos organitzats pel Postdoctoral Program in Psychoanalytic Psychotherapy de la Universitat de

Nova York, "Enconcountering Gender", 2007 i "Masculinity-Complex", el 2011; al congrés de la IARPP Madrid, 2011; a la pel·lícula "Fake Orgasm", de 2011; al vídeo gratuït a Internet: "El clítoris. Ese gran desconocido" <https://www.youtube.com/watch?v=Vp8gzTvpk58>; al congrés "Sexual Cultures" d'abril de 2015 a la University of Sunderland de Londres; així com a algunes TED Talks, i, per descomptat, els llibres i articles citats en les referències.

D'acord amb Dimen (2003) per repensar les nostres idees sobre la sexualitat hem de posar a conversar la psicoanàlisi, la teoria social i el feminisme. I les neurociències, afegeixo.

La pel·lícula la "La sal de la terra" de Wim Wenders & Sebastiao Salgado mostra el més bonic i creatiu, així com els aspectes més salvatges i inhumans, de la humanitat. En aquest article apareixeran tots dos.

1. Una mica d'història

A "Vagina" Wolf (2013) explica que durant els primers 1500 anys després del naixement de Crist, i malgrat els pares de l'església, encara es considerava que les dones necessitaven satisfacció sexual per a reproduir-se. Es considerava que la frustració sexual era causa de malalties i de patiment mental. En l'època d'Hipòcrates, els metges, o practicaven el massatge genital a les seves pacients femenines per arribar a l'orgasme, o bé ho encarregaven a una llevadora. Aquesta pràctica va durar fins a principis del XVIII. La renovada influència de Galè i el terrible cinturó de castedat van canviar el rumb, en direcció a confinar o perjudicar els genitals femenins. Tinguem en compte que aquest artefacte dificultava la higiene i provocava greus úlceres. Després, amb la "caça de bruixes" va sorgir la "pera de l'angoixa", un instrument de tortura que s'introduïa a la vagina i que s'anava obrint a mesura que es cargolaven uns visos; la "mordassa", que emmordassava la boca de les dones xerraires o discutidores; i la idea de Shakespeare de la naturalesa "malalta" i "contaminant" tant del cos com de la parla de les dones (p. 185-189).

La tensió al voltant de si els genitals femenins eren el cel o l'infern es va traduir en el fet que durant segles el clítoris es perdia de vista i es retrobava una i altra vegada (Laqueur, 1990), els continus errors i "oblits" respecte a la seva ubicació i funcionament no tenen paral·lel amb cap altre òrgan del cos en tota la història de l'anatomia, excepte amb el punt G. Wolf suggereix que l'ambivalència respecte a identificar de forma definitiva el clítoris reflecteix l'ambivalència respecte a atorgar definitivament a les dones les claus que obren la porta del regne de l'assertivitat personal i el desig de llibertat.

Exactament el mateix que amb el clítoris va succeir amb la pròstata femenina (glàndula parauretral o glàndules de Skene) i/o el punt G. Al segle XVI es

parlava d'esperma com del líquid que tant homes com dones expulsen durant el sexe (Korda, JB; Goldstein, SW i Sommer, F., 2010). Skene va escriure el seu tractat en 1888. Seixanta anys més tard, Gräfenberg (1950) publica sobre la uretra femenina, que encara trenta anys més tard arribarà a la popularitat amb el llibre de Ladas i cols. (1982): el punt G, en honor al seu nom. No és fins el 2008 que el Comitè Federatiu de Terminologia Anatòmica no publica "Terminologia histològica", on utilitza indistintament pròstata femenina, glàndula parauretral i glàndula de Skene (<http://www.unifr.ch/ifaa/Public/EntryPage/ViewSource.html> ; p. 65). Més endavant, en l'apartat del punt G, s'ampliarà aquesta informació.

Els cossos i la sexualitat femenina es trobaven sota el control mèdic i patriarcal. Al diari The Guardian el 7 de febrer del 2010 el periodista Denis Campbell publica un esgarrifós article basat en un treball de l'historiador Don Sheldon al Journal of the Royal Society of Medicine, titulat "Els fundadors de l'obstetrícia britànica eren 'assassins despietats'". En aquest article s'explica que a meitats del segle XVIII els metges Willian Hunter i William Smellie, van encomanar l'assassinat de dotzenes de dones joves, camperoles, en totes les etapes de l'embaràs, però especialment a dones en els estadis més tardans, per tal de disseccionar els seus cossos amb l'objectiu de veure si podien salvar les vides de criatures extretes de mares acabades de morir, i d'experimentar amb les disseccions. La suma total d'assassinats, entre 35 i 40, més les seves criatures no nascudes, és superior a la suma dels que van cometre Burke & Hare i Jack l'Esbudellador. Assassinar per encàrrec amb finalitats mèdiques porta el nom de "burking". Aquests doctors eren famosos i ben reconeguts, Hunter va assistir a la reina Charlotte, esposa de George III a donar a llum a George IV.

No ens estendrem molt amb la història. Foucault (1976, 1984^a, 1984^b) ja va escriure la seva memorable història de la sexualitat (i el seu "naixement de la clínica", 1963) i ja va mostrar que la medicalització de la sexualitat va començar al XVIII, amb l'objectiu de disciplinar els cossos i regular i controlar les poblacions.

Al segle XIX, segueix Wolf, es va expandir la medicalització de la sexualitat. Per fer callar les ànsies emancipadores de les dones, forces culturals cada vegada més poderoses (diaris, manuals mèdics, guies matrimonials i la ginecologia com a especialitat), van intentar que les dones seguissin sense conèixer la seva pròpia anatomia i les seves respostes sexuals. Van ordir la teoria que el clítoris era causa de baixesa moral. En 1850 s'afirmava que la masturbació, en ambdós sexes, era un perillós camí cap a tot "un espectre de malalties físiques horribles" que portaven a la bogeria. Cal entendre l'obsessió contra la masturbació femenina com una reacció contra els "perills" que comportava l'emancipació de la dona de la llar patriarcal, en un moment en que estava aconseguint molts drets: a divorciar-se d'un marit violent, a tenir més

control sobre seus ingressos i herències dins del matrimoni; i a abandonar el matrimoni després d'un divorci amb les seves propietats i la custòdia dels fills, en el món anglosaxó (p. 194-200).

Però només per a les pobres, perquè les riques acudien en massa als massatges sexuals fins al paroxisme.

Els primers anys del segle XX

En realitat la psicoanàlisi va començar per l'interès de Freud en la histèria, que estava vinculada amb la patologia de la sexualitat femenina i la reproducció. Les intervencions mèdiques fins a principis del XX se centraven en els genitals femenins: massatges, estimulació elèctrica, alteracions quirúrgiques ...

a. Massatge sexual fins al paroxisme

Freud coneixia perfectament el clítoris i la seva funció. A principis del segle passat era comú que, en el tractament de les dones histèriques, se'ls practiquessin el que en deien massatges genitals fins al paroxisme, per via manual o electromecànica. Aquesta pràctica no està esmentada a l'història encara que el seu ús era molt comú. L'article de Karen Starr i Lew Aron (2011) suggereix que el mateix Freud els practicava. En aquests anys hi havia una potent indústria mèdica que consistia en que les dones diagnosticades de histèriques anaven al metge on se les masturbava fins al orgasme. Alguns metges van pastar fortunes masturbant a les dames d'alta posició social, de forma manual o mecànica. Però aquesta pràctica estava totalment dissociada de la sexualitat "real" i "madura" perquè la masturbació estava molt mal vista i les dones sexualment "madures", deia Freud, obtenien l'orgasme per via vaginal, gràcies a la penetració del penis amb vista a la reproducció. Per això a l'orgasme obtingut per massatge genital se l'anomenava paroxisme. Les implicacions d'una pràctica d'aquest tipus estan àmpliament comentades al número 21(4) de la revista *Psychoanalytic Dialogues*. I si la dona que els rebia havia patit abusos previs? Què passava amb l'excitació del metge? ¿Com ho vivien els marits? Molta dissociació.

En el pitjor dels casos, hi podia haver cauteritzacions i /o intervencions quirúrgiques -sovint practicades a criatures per evitar la masturbació-, o com en el cas de la princesa Maria Bonaparte, que, com no aconseguia arribar a la "maduresa sexual", es va fer intervenir múltiples vegades perquè li fos col·locat el clítoris més a prop de l'entrada de la vagina, a veure si així podia assolir l'anhelat "orgasme madur" (Dimen, 2003, pàg. 142-143).

Com que els massatges genitals duraven molt, aviat es van començar a fabricar vibradors, i aquests van arribar a ser tan populars, que en els primers

anys del segle XX n'hi havia publicitat en les revistes femenines. Fins que van ser utilitzats en pel·lícules porno i ja no es va poder continuar sostenint la dissociació que eren per al paroxisme. Hi va haver una onada de repressió que els va guardar a les catacumbes. A partir d'aquí la història ja la coneixeu: Freud va formular els elements psicològics de la histèria, i va elaborar la trama del Èdip que donava suport teòric a l'orgasme vaginal.

Admetem-ho la psicoanàlisi va posar molta literatura al servei de sotmetre a les dones per a gaudi dels seus marits: com ha quedat clar en el número 21(4) del Psychoanalytic Dialogues i en el llibre d'Aron & Starr (2013) que recullen els fruits d'anys de denúncies en aquesta direcció. Cal esmentar que la desaparició de la histèria de les converses clíniques està relacionada amb el reconeixement cultural i l'acceptació gradual del plaer i la satisfacció sexual de les dones. I que els massatges genitals van ser precursors dels tallers de masturbació de Betty Dodson als EUA en els 80, i dels d'ejaculació femenina de Diana J. Torres a Espanya en aquesta dècada.

b. El desenvolupament psicosexual de Freud

En els mateixos anys que en les consultes mèdiques es practicaven els massatges sexuals Freud (1905, 1924, 1925, 1931, 1932) estava elaborant la teoria del desenvolupament psicosexual. Com a psicoanalistes la nostra primera tasca serà deconstruir-la, sobre la base del treball de Garriga (2010), per fer emergir el concepte de gènere i separar-ho de la sexualitat.

Allà Freud postulava la seva teoria del sexe únic, el masculí (el penis, l'enveja del penis, el nen per compensació del pare a la nena, el clítoris com castració femenina, però òrgan masculí i la vagina com a òrgan femení).

Dio Bleichmar (1997, pàg. 344) contestava: "En absència d'andrògens, un embrió mamífer encara que genèticament sigui mascle, es desenvoluparà com a femella. L'estat neutre, de repòs o inicial per als mecanismes centrals del sexe, així com els rudiments dels òrgans sexuals i dels seus aparells annexos, són femenins; és a dir, si el flux d'andrògens és bloquejat, el cervell femení reprèn el comandament. El cervell humà, embriològicament parlant, és femella, i, si en un període crític determinat -la vuitena setmana- rep l'empenta dels andrògens alliberats pel cromosoma "Y", llavors es masculinitza. De la mateixa manera, el penis resulta de l'androgenització del clítoris, de manera que no es pot seguir sostenint que el clítoris sigui ni embriològica, ni anatòmicament, un òrgan masculí".

c. "La feminitat"

En els textos de 1931 i 1932 Freud "dicta" la feminitat a les dones (els dicta el

seu paper de gènere). Comença dient que la vagina és femenina i el clítoris masculí i que el clítoris ha de cedir la seva sensibilitat –encara que dedicarem un apartat al tema orgasme, comencem observant que demana un impossible; si el clítoris és sensible, que ho és, no pot deixar de ser-ho. De Béjar (2001) arriba a nomenar ablació occidental a aquesta mutilació subtil, sense utilitzar el ganivet però amb el mateix resultat: la renúncia al plaer (p. 92). Dio Bleichmar (1997) ja va contestar que el clítoris és femení. La recuperació del plaer del clítoris ha estat la principal tasca de la sexologia de la segona meitat del segle XX.

Més endavant, Freud (1932) diu que la dona ha de reconèixer la superioritat de l'home i la seva pròpia inferioritat; i que ha d'adoptar l'actitud femenina normal: passivitat, masoquisme, docilitat i dependència. En aquest text arriba a afirmar: **"La consecució de la finalitat biològica (la reproducció) ha estat confiada a l'agressió de l'home i feta independent -en certa mesura (per què no soni tan cru?) - del consentiment de la dona"** (p. 3176). Tinguem en compte que "En la dissolució del complex d'Èdip", havia afirmat que la compensació a la renúncia del penis era un fill regal del pare. (Crec que és interessant llegir aquest text com a document històric de quina era la teoria que sustentava una pràctica sexual dels homes absolutament dominant, sense cap tipus d'inhibició ni qüestionament, i que ens mostra, a més, el seu caràcter normatiu. Alhora que descriu, prescriu: a l'home se li donava legitimitat per a la violació, i gairebé per l'incest (legitimitat mitigada per la seva prohibició en el "tabú" de l'incest).

A això hi hem d'unir que, anteriorment, en el 1896, a "L'etiologia de la histèria", Freud havia escrit la seva mal anomenada teoria de la seducció:

"A la base de tot cas d'histèria s'hi troben una o diverses vivències d'experiència sexual prematura en la infantesa (pàg. 306) com: estimulació dels genitals, accions semblants al coit, ... realitzades per adults (P. 309), que es determinen com a força traumàtica, i que haurien de donar lloc a un nou paradigma: "Què t'han fet? Pobre criatura!" (Intebi, 1998, p.92).

Aquesta visió gairebé no va arribar a veure la llum perquè el 21 de setembre de 1987 Freud li escriu una cara a Fliess en la qual afirma que ja no creu en la seva neuròtica teoria de les neurosis (Intebi, 1998, p.93). El 1905, en els "Tres assajos" ja no en quedava ni rastre, perquè allà afirmava que **"els successos traumàtics de la infància constitueixen una defensa per evitar els de l'adolescència"** i perquè temia que la teoria de la seducció podia frenar el avanç de la teoria psicoanalítica. La desaparició d'aquesta teoria era, sobretot, una manera de no qüestionar el "statu quo" de poder i privilegis dels homes de l'època i dels seus seguidors, que incorrien en tot tipus de llicències sexuals

amb els seus pacients i conegudes, a sovint amb el beneplàcit i fins i tot la invitació de Freud (l'article, Garriga, C. 2010, està ple d'exemples).

Freud acaba arribant al **repudi de la feminitat** (1937). Ha convertit una diferència biològica en una desigualtat jeràrquica: un superior valoritzat i una inferior objecta. Amb aquesta operatòria legítima una relació de dominació de l'home sobre la dona inscrivint-la en una naturalesa biològica: una construcció social naturalitzada (Bourdieu, 1998).

d. La masculinitat: "El cas del petit Hans"

Ja ha quedat clar el treball normatiu de la psicoanàlisi respecte a la feminitat. Ara el veurem amb la masculinitat. En el centenari de la publicació de "Anàlisi de la fòbia d'un nen de cinc anys (Cas 'del petit Hans')" vam poder veure la deconstrucció que en va fer Corbett (2009) a "Little Hans: Masculinity foretold". El mateix títol ja és eloqüent: la masculinitat profetitzada. En l'article Corbett contempla el cas com:

"Una il·lustració exemplar de com la narrativa normativa de la masculinitat ha canviat poc durant els últims 100 anys, perquè el noi que emergeix de l'explicació de Freud és un noi apartat de les dones, dels seus cossos i dels seus estats afectius, encara que vulnerable a la seva bellesa idealitzada -es s'enamora perdidament- ja la seva generositat. És un noi format a la competència amb altres homes i en el repudi del seu desig cap a ells. Un noi que ha de suportar l'opressió dels homes narcisistes poderosos. Un noi que està constituït mitjançant l'objectiu abans que l'objecte "(p. 760).

És a dir, l'objectiu de Freud era explicar la seva teoria d'Èdip, que per al cas del petit Hans seria un conte com aquest: "Molt abans que el petit Hans naixés ... jo sabia que vindria un petit Hans que estimaria tant a la seva mare que es veuria empès a témer al seu pare per això". El petit Hans ja era un personatge de la narrativa edípica de Freud molt abans que naixés. És a dir, estava predeterminat. Tant és així que el mateix petit Hans va arribar a preguntar al seu pare si el Professor parlava amb Déu, ja que podia predir les coses per endavant.

El petit Hans va ser el primer nen psicoanalític -el subjecte fundant- a partir del qual Freud (1909) va elaborar i va incorporar la seva teoria de la infantesa (*boyhood*) i la masculinitat. Anem a veure una mica quin és el context en el qual es construeix aquesta noció. La història és la d'una família: pare, mare, fill i filla. El pare del petit Hans traslladava les seves observacions a Freud, qui l'assessorava sobre com tractar la fòbia del seu fill als cavalls. El seu pare li

deia a Freud: "Tem que un cavall el mossegarà pel carrer, i aquesta por sembla estar d'alguna manera connectada amb que al petit Hans se l'ha espantat amb un gran penis, encara que també em pregunto si aquesta fòbia pot expressar la seva ansietat en relació amb la seva mare". El pare del petit Hans plantejava a Freud un dilema entre afecció i desig que Freud va resoldre ràpidament a favor del desig com a primari, que pressiona però que està reprimat, el que dona compte de l'ansietat relacionada amb el desig eròtic cap a la mare, que al seu torn respon amb ansietat i amenaça als comportaments masturbatoris del petit Hans. Tot i que Freud havia percebut la necessitat de contacte afectiu amb la seva mare del petit Hans, ell estava centrat en les seves idees: la repressió, i la primacia del desig sexual cap a la mare (l'Èdip).

Llavors va associar el cavall amb el desig fàl·lic no domat, i que el petit Hans estava preocupat amb el seu penis i amb el seu plaer masturbatori, i ansiós perquè es veia inferior a aquells que posseïen un penis més gran, el que va permetre a Freud afirmar mitjançant la seva metanarrativa sobre de la "constitució sexual" com a primària, pre-discursiva i anterior a la cultura, que, els estats psíquics anomenats masculinitat s'originen mitjançant la "funció biològica" pel penis predisponent, que en aquest període està marcat no per la primacia genital sinó per la primacia del fal·lus ". A més equiparava desig heterosexual a masculinitat. En aquest marc, el cos del noi -el seu penis en particular- inicia i impulsa la seva experiència subjectiva i relacional de desig. En aquest marc, el penis precedeix al noi (p. 739-740). A més, Corbett, partint del treball de Lewes (1988), sap que hi ha dotze possibles solucions al complex d'Èdip, i coneix les conseqüents variacions de la sexualitat i del gènere que en poden sorgir, i que la heterosexualitat és només una de les 12 possibilitats per al noi (i dotze per a la noia): sexualment actiu, amb una tria d'objecte de diferent sexe (anacítica vs narcisista), escollint com a objecte una mare castrada, i basant-se en la identificació amb el pare. Queda clar que resulta problemàtic atorgar normalitat a una única sexualitat. Tant Lewes, com Chodorow (1994), com Corbett (2009), afirmen que totes les sexualitats són problemàtiques i que totes s'han d'explicar perquè sorgeixen del trauma i del compromís.

Ara sabem, perquè en el 2005 s'han desclassificat dels Arxius de Freud, que la família del petit Hans estava molt interessada en les idees de Freud (ell considerava que es trobaven entre els seus adherents més íntims), en realitat Max, el pare, feia observacions de la vida sexual dels nens per Freud. També sabem que l'Olga, la seva mare, havia estat en tractament amb ell, potser encara l'estava tractant mentre escrivia el "Cas del petit Hans". El matrimoni, animat per Freud, va ser un fracàs. Tot i això, ell els va aconsellar que tinguessin fills. Van tenir a Hans i una nena 3,5 anys menor, Hanna. La relació d'Olga amb els seus fills era dolenta, tot i que amb Hans era millor que amb Hanna, a la qual literalment, maltractava. Quant va ser adulta Hanna es va

suïcidar. D'altra banda, la literatura al voltant del cas mostra una Olga molt desequilibrada amb la seva família i enfadada amb Freud perquè considerava que Freud els havia destrossat la vida.

El que crida l'atenció del cas del petit Hans és l'absència de referències a la família en la seva discussió. Freud col·loca a la família en un lloc simbòlic, que no està sostingut per les dades de la seva vida de cada dia, o, francament, les ignora deliberadament per poder afirmar, com fa, que, la mare del petit Hans és "excel·lent i dedicada". Però més significativa encara és l'absència de la mare com a subjecte parlant. Per tant, el que Corbett assenyala és que el discurs de l'últim segle sobre la masculinitat gira al voltant d'aquestes absències.

Els darrers cinquanta anys de teoria angloamericana del gènere (Stoller, 1968; Benjamin, 1988, 1995, 1998; Chodorow, 1978, 1994, 1999, 2012; Butler, 1993, 2004, Dimen, 2003, 2011; Goldner, 2003; Harris, 2005; Layton, 2004) juntament amb la teoria psicoanalítica del desenvolupament (Fonagy, 2001) han construït una teoria consistent que es fonamenta en la comprensió d'una matriu que contempla la integració de: relació, cos, ment i social.

Llavors, Corbett entén que l'experiència de masculinitat del petit Hans està construïda mitjançant una acumulació complexa d'un intercanvi infinit d'interaccions entre cada figura parental i el nen; entre la societat i el nen; entre el món simbòlic i el nen; del nen i el seu cos i els seus genitals; de l'observació de les diferències sexuals morfològiques; i dels components fisiològics. Que aquest procés complex comença a funcionar després del naixement (o abans, ara que es pot saber el sexe de la criatura des dels pocs mesos de gestació), i es creua amb un desplegament infinit de significats conscients i inconscients i de missatges enigmàtics que traspassen de les figures parentals a les criatures.

El que va fer Freud, des de la seva posició d'autoritat, amb el petit Hans, va ser donar-li respostes que definien, dictaven i predeterminaven la masculinitat, una masculinitat dominant, que porta la seva taca indeleble: heterosexual, homòfoba, independent, propulsada pel poder, que agafa, que no necessita, i que no té lloc per al reconeixement mutu.

Al petit Hans la masculinitat li és profetitzada, definida, per defecte, instal·lada, regulada i reforçada. Al petit Hans Freud li introdueix per mitjà de la interpretació el que és i el que no és un noi, el que pot fer i el que no ha de fer, el que tem i el que desitja (p. 757).

Corbett acaba el seu article donant-nos la seva pròpia visió de la masculinitat (estava a punt de publicar el seu llibre "Maneres de ser noi (*boyhoods*):

repensant les masculinitats") en que la contempla com una mena de camp de forces o un assemblat caòtic, emulant Harris (2005). Afirmar que **els trops socioculturals del gènere es combinen amb patrons sociofamiliars que a la vegada són matisats per contingències de raça, de classe i d'època històrica. Aquesta construcció al seu torn, es teixeix amb el desplegament intricat del cervell, les neurones, les hormones i la pell. Actualment, un segle més tard, en el moment que considerem les diferents possibilitats dels nois moderns, ens quedem amb una visió més complexa i més humil, amb un discurs amb menys certeses, tot i reconèixer el misteri de la masculinitat i els límits del nostre abast.**

Si ens hi fixem bé, s'ha operat un canvi de paradigma. Ja no diem que el gènere és una construcció social, com sosteníem basant-nos en el treball de Money, sinó que ara parlem d'un entramat multifactorial: relació, cos, ment, social.

2. Les arrels biològiques: determinació genètica, hormonal i neuroanatòmica del sexe i el gènere.

a. Arrels hormonals de la masculinitat

Kernberg (1995) afirma que una diferència ben establerta en el rol de gènere és la major agressivitat dels nois. Que Tobeña (2008) relaciona inequívocament amb la testosterona. A més, els andrògens, afirma Tobeña (1995), són l'ingredient principal que influeix en la intensitat del desig sexual tant en mascles com en femelles.

Simon Baron-Cohen (2004) va descobrir que els nens que han estat exposats a majors dosis de testosterona en l'úter jugaven d'una manera més agressiva que els que havien estat exposats a dosis menors.

Encara que a tot això cal no oblidar l'afirmació de Chodorow (1994) que diu que "hi ha moltes evidències de la biologia moderna que mostren que l'experiència afecta les estructures i funcions tant com a la inversa" pàg. 40. (és el cas de l'epigenètica).

b. Interacció cervell-hormones-cos.

Young & Alexander (2012), argumenten que el 1974, amb l'article de Imperato-McGinley, es van donar a conèixer les "machihembras" de les Salines (St.. Domingo), noies que havien nascut amb inequívocs trets de dona: genitals d'aspecte femení, amb llavis i clítoris, i que eren criades com a nenes. En

l'època de la pubertat (12 anys aproximadament) els sortia penis i llavors les noies es convertien en homes (una transsexualitat espontània), i amb això també canviava el seu comportament, es casaven i tenien fills; encara que tenien un penis una mica més petit, no molta barba, i menys calvície, s'autodenominaven homes.

Les "machihembras" eren pseudohermafroditas, semblaven nenes, però en realitat eren nens 46, XY, tenien testicles que no havien baixat, els llavis majors en realitat eren la matèria primera per l'escrot, i el clítoris era un penis que estava esperant instruccions per desenvolupar-se. Havien nascut amb una mutació en la 5-alfa reductasa, un enzim la funció del qual és convertir la testosterona en dihidrotestosterona, el missatger que dóna l'ordre de construir genitals masculins. En estat fetal, les "machihembras" no fabricaven prou testosterona, però quan arribaven a la pubertat i en rebien una injecció massiva, els receptors començaven a respondre i se'ls desenvolupaven els genitals masculins. Les "machihembras" tenien un sexe genètic XY; un sexe gonadal immadur que, en la pubertat, per efecte del seu sexe hormonal, les convertia en homes, amb un sexe genital masculí; una identitat sexual i una identitat de gènere masculines -després de la pubertat, i una orientació sexual heterosexual.

c. El canvi de paradigma en el sistema sexe-gènere

Si com sostenien de Beauvoir (1949) i Money (1975), que és la societat la que modela la identitat de gènere, és a dir, que el gènere és només una construcció cultural, aquestes noies haurien de mantenir la seva identitat, però la canviaven. El 1979, Imperato McGinley afirmava: l'abast de l'exposició del cervell als andrògens en l'úter, durant el primer període postnatal i en la pubertat, té un major efecte a l'hora de determinar la identitat de gènere masculina que el sexe en el que es cria al subjecte (Young & Alexander, 2012, pàg. 30).

Judith Butler (2004) també va qüestionar la posició de de Beauvoir i de Money, que va ser adoptada per les feministes, moltes de nosaltres entre elles. El cas de Money, Bruce / Brenda / David Reimar, és el paradigmàtic. Després que al nen Bruce se'l passés a anomenar Brenda i se l'eduqués com a nena, amb posterioritat a una intervenció accidentada que l'havia deixat sense penis, aquest cas es va convertir en suport de la importància de la criança en la teoria de Money, que sostenia que la identitat de gènere s'adquireix per socialització. Anys més tard, Brenda es va operar per treure's els pits que se li havien format pels estrògens, i per dotar-se d'un simulacre de penis i testicles, i va passar a dir-se David. Va començar a prendre testosterona i es va casar amb una dona a qui va ajudar a criar els seus fills. Però no va poder redreçar la seva turmentada història. Es va acabar suïcidant a l'edat de 38 anys disparant-se

amb una escopeta, en el seu tercer intent. Estava separat de la seva dona. (Young & Alexander, 2012; pàg. 32). El cervell de David, era masculí, a causa que havia rebut un bany d'andrògens en la seva vuitena setmana de vida fetal, independentment dels seus genitals, i de la seva socialització. Butler i tot el moviment intersex i transsexual qüestionen l'ideal del binarisme de gènere davant el continuum de posicions que hi ha entre l'home i la dona (Butler, 2004; pàg. 99) per diverses causes, una d'elles l'organitzativa, que es desenvolupa a continuació.

Les vaques *freemartin*, bessones de diferent sexe: el mascle és normal, la femella és estèril, han demostrat "la hipòtesi organitzativa" (la que sosté que els rudiments del cervell són femenins, que es masculinitzen per efecte dels andrògens). La femella és estèril perquè el seu cervell ha estat banyat amb hormones masculines, no les suficients per masculinitzar-se, però sí per dificultar la seva expressió com femelles.

Encara en 1978, Larry Christensen (alumne de Roger Gorski) a UCLA, observa en uns exercicis casuals amb el microscopi electrònic, que l'àrea preòptica medial de l'hipotàlem era major en els mascles que en les femelles (en realitat cinc vegades més gran), a partir d'aquest moment se la bateja com a nucli dimòrfic sexual.

1 / 20.400 homes neix amb la Síndrome d'Insensibilitat als Andrògens, són homes 46, XY que neixen amb un cos d'aspecte femení i els seus testicles no han baixat. A diferència de les "machihembras", quan són petites mostren conductes femenines, prefereixen les joguines i els jocs femenins i senten atracció pels homes quan creixen. Pel que fa als seus cervells són dones.

1 / 15.000 nadons neixen amb una Hiperplàsia Adrenal Congènita (que fa que el fetus en desenvolupament rebi grans dosis d'andrògens). Els nens que la pateixen tenen baixa estatura i infertilitat y conducta de nens normals. En canvi en les nenes pot provocar genitals ambigus, un clítoris més gran del normal i l'aparició d'un escrot. Possiblement siguin estèrils. Adopten el lesbianisme en fases posteriors de la seva vida en major proporció que les noies que no el pateixen, i juguen més com nens.

Els andrògens, aplicats o inhibits durant un moment determinat del desenvolupament, no només afecten els genitals, sinó que també marquen un camí per a les nostres conductes més transcendents al llarg de les nostres vides.

De Iceta (2003) té un excel·lent treball a Aperturas en què avalua els coneixements més recents del moment respecte a diverses variables: les conegudes diferències en habilitats espacials a favor dels homes i en habilitats

verbals de les dones, però va més enllà. Ens adverteix que la fascinació per les diferències pot enfosquir que tenim moltes semblances. En les seves referències troba estudis sobre el funcionament emocional relacionats amb la diferent activació dels hemisferis cerebrals en homes i dones. I troba diferències en comunicació emocional, en vinculació (apego) i en el desenvolupament.

Kim Wallen (2009), investiga i conclou que hi ha evidències que avalen la hipòtesi organitzativa que postula que hi ha molts moments crítics en l'organització neuronal que configuren les estructures cerebrals i que hi ha conductes de gènere intervingudes pels nostres cervells per efecte de les hormones. Aquesta no és l'única base de la construcció del gènere, com tampoc ho era la que afirmava que el gènere és una construcció cultural, com assenyalava adequadament Estupinya (2013, pàg. 38). La definició de Corbett és la més completa.

Corbett (2011), partint de la teoria del caos o la dinàmica no-lineal. Diu: "No hi ha moment original; no hi ha genitals disposicionals; en comptes d'això, el gènere i els genitals estan construïts mitjançant moments no-lineals sobre-determinats. No hi ha desig original; els desitjos i els estats del gènere s'acumulen mitjançant la complexitat caòtica. El gènere i la vivència genital estan interimplicats; la direcció de causalitat no va ni de la vivència genital al gènere ni del gènere a la vivència genital. La direcció de causalitat no va ni de la matèria primera de la fisiologia cap a la ment construïda ni de la ment cap a la fisiologia. La xarxa de desitjos creada mitjançant l'excés relacional de la vida humana és massa complexa per a semblant causalitat simplista.

El gènere està incorporat i constituït per via de la fantasia, l'excitabilitat orgànica, el desig, la neurona, el múscul, la relacionalitat, la ferida, i la pràctica. El cos generat es materialitza en un camp sociocultural complex, obert a múltiples punts de referència, a expectatives normatives, i a significats relacionals idiomàtics.

d. Hipòtesi organitzativa: circuits diferents, conductes diferents (homosexualitat i transsexualitat)

Molts mamífers adopten conductes homosexuals. Als primats els agrada el sexe homosexual. Tenen orgasmes amb parelles del mateix sexe. Els goril·les dominants tenen "nòvios"; alguns langur dediquen el 95% de la seva vida sexual a trobades homosexuals.

Un fenomen anomenat efecte de posició (Fred vom Saal, 1989) és semblant a l'efecte *freemartin*, una femella de rosegador que es desenvolupa a l'úter matern entre dos companys mascles es pot veure masculinitzada o

desfeminizada. De gran, preferirà cobrir a membres del seu propi sexe i exhibir conductes de tipus masculí. Aquests treballs són els precursors dels disruptors endocrins dels plàstics.

Segons com s'hagi configurat el cervell durant el desenvolupament, aquest té la capacitat de desplegar conductes homosexuals, bisexuals i transsexuals (Roselli, 2011). Aquest ha arribat a la conclusió, estudiant als moltons, **que no hi ha tan sols un o dos moments crucials per a l'organització cerebral en el fetus, sinó molts, que afecten determinades regions cerebrals en moments diferents.**

Dick Swaab (2008) treballa a Amsterdam amb cervells humans gràcies a que als Països Baixos han facilitat la donació de cervells per a usos científics. LeVay, el 2010, també va trobar que una altra àrea de l'hipotàlem, el nucli intersticial de l'hipotàlem anterior (INAH3), era entre dues i tres vegades més petit -i de mida semblant al de les dones- en homosexuals que en heterossexuals. El 2010 Swaab (en comunicació personal a Young & Alexander) va revelar que també ha descobert el cervell transsexual. El nucli del llit de l'estria terminal -NLET- és sexualment dimòrfic, i té un paper primordial en les conductes sexuals masculines.

Swaab va examinar els NLET d'homes i de dones hetero i homosexuals, i els de persones transsexuals (d'H a M) i va descobrir que el NLET d'un transsexual era de la mateixa mida que el d'una dona. (Aquests descobriments s'han pogut utilitzar per permetre que els transsexuals puguin modificar els seus passaports perquè reflecteixin el sexe dels seus cervells).

No se sap exactament quin mecanisme crea les identitats transsexuals; però el que sí que han demostrat les investigacions és que: "El que presenta diferències no és una única estructura sinó que hi ha diferències en tot tipus de xarxes" (p. 52).

Young & Alexander (2012) atribueixen a les diferents interaccions entre estructura cerebral i hormones, en diferents moments crítics de la seva evolució, les variacions de sexe i gènere (p. 51-54).

1. Les reaccions hormonals que desencadenen la formació dels nostres genitals es produeixen al principi de l'embaràs.
2. Les influències hormonals que configuren el nostre cervell es produeixen en una fase posterior de la gestació.
3. Si un/a es fixa en els òrgans sexuals no pot treure cap conclusió. El penis no fa a l'home, ni la vagina fa a la dona. Un ésser humà 46, XY amb insensibilitat als andrògens és una dona; una persona amb penis i barba que se sent dona, i li atrauen els homes no és un home homosexual, sinó una dona heterosexual.

4. Un home que se sent atret per altres homes, però es comporta i sent com un home, és un home amb un cervell homosexual, ...
5. En resum: Els genitals, i fins i tot els cromosomes poden ser irrellevants per a la conducta de gènere.
6. Les noies heterosexuales són més flexibles en les seves expressions de gènere que els nois heterosexuales (Swaab opina que el cervell de les dones és per naturalesa una miqueta bisexual). Cosa que Diamond (2008) ha confirmat amb el concepte de fluïdesa sexual.

3. Món queer.

a. La proliferació de gèneres i opcions sexuals

Aquest apartat es basa en dos articles (Garriga, 2007, 2008), en el contingut del panell de gènere presentat a Madrid (Garriga, 2011) en el congrés de la IARPP i en una taula rodona a Studies in Gender and Sexuality entre Corbett, Dimen, Goldner i Harris (2014). Per lxs psicoanalistes és molt més interessant aquesta visió multifactorial perquè recull la complexitat i la singularitat alhora.

Harris (2014) sosté que, ja que les vivències de gènere són tan diferents, necessitem una teoria prou flexible com perquè les contingui totes. Posa com a exemple que en una conversa amb Snitow (una feminista de la segona onada) en els 80 deien que quan va arribar el feminisme, la meitat de les dones van dir: 'Hurra! Mai més hauré de ser dona! ', Mentre l'altra meitat deia: ' Hurra: Ara puc ser dona! '. Sedgwick (1990) el va formular dient que "algunes persones són més de gènere (gendery) que altres". La teoria del caos és la que Harris (2005) proposa com més abarcativa i que Cobett (2014) també abraça.

Corbett proposa que s'estan articulant nous ideals de suport. Diu: "Noves possibilitats per al reconeixement estan en joc. S'ha posat en qüestió la necessitat rígida de l'ordre simbòlic; preneu en consideració l'ampliació del marc de la llei matrimonial, la importància decreixent dels codis de gènere tradicionals, el desmantellament de les polaritats de gènere tradicionals, l'àmplia xarxa de llenguatge i de formes d'intercanvi comunicatiu, i la re-definició de la família, per anomenar-ne només uns quants. El camp de forces d'allò simbòlic està obert a moments de discontinuïtat, de ruptura, i de mobilitat. A les psiques ja no els cal estar tancades a les mateixes gàbies velles. Als gèneres no els cal seguir la mateixa vella identificació amb la figura parental del mateix sexe. Els cossos paradoxals es poden sostenir com a tals (Veure com a exemple a Andrej / Andreja Pejic, que va desfilar per Gaultier tant amb vestits d'home com amb vestits de casament de dona; inicialment es definia com androgin; ara s'ha fet transdona). Ara els gèneres esdevenen matèria (passen

a ser corporalitzats) dins d'un espectre menys constrictiu. (Lazlo Pearlman és un altre exemple de transsexual d'H a D, que manté els seus genitals femenins, igual que Buck Angel). El desenvolupament del gènere, la seva corporalitat, i les identificacions de gènere estan oberts a un rang de possibilitats i de diferències; tal vegada els tipus de diferències que fan que valgui la pena viure la vida "(Garriga, 2011, p.441).

Un altre exemple de cos paradoxal és el de Thomas Beatie, l'"home embarassat". Beatie, com Pearlman i Angel, és un home trans d'H a D que va mantenir el seu aparell reproductor (excepte les mames), i que va gestar i va donar a llum a tres criatures, una nena i dos nens, amb esperma de donant. Per explicar la seva història va escriure el llibre "Labor of love. The story of one man 's extraordinary pregnancy ". La paraula "tasca" tant vol dir treball com part. Beatie és conferenciant d'universitats, llicenciat en ciències de la salut, i Executive MBA. Beatie és fillx d'una dona d'ascendència britànica de Sant Francisco i d'un home d'origen Coreà. Va néixer i va créixer a Hawaii. Als 10 anys es va començar a identificar com a home. Als 23 es va sotmetre a una cirurgia de canvi de sexe, però només de la part superior del seu cos (mastectomia i silueta). Abans de casar-se es va canviar el nom i tota la documentació oficial d'acord amb les lleis de Hawaii. Es va casar en un matrimoni heterosexual amb una dona. Es van mudar a Oregon, on, essent home va tenir els seus tres fillxs, amb problemes a l'hospital perquè no el volien anomenar pare. El 2012 es va voler divorciar a Arizona, després d'un calvari de denegacions i noves admissions a tràmit, perquè a Arizona el matrimoni entre persones del mateix sexe no és legal -no reconeixien el seu canvi de sexe-, l'hi van acabar donant el 2014. El seu cas és extraordinari, perquè s'hi creuen tant els aspectes emocionals com els legals de la seva condició. També s'aprecia la complexitat d'un país com els Estats Units amb la capacitat legislativa dels diversos estats, que, juntament amb la mobilitat del seus ciutadanxs, pot donar lloc a situacions molt complicades com aquest cas.

A Aperturas hi ha un treball exquisit i molt ben documentat (d'Iceta & Soler, 2014) respecte a la intersecció entre identitat de gènere, despatologització i legalitat que dona compte de l'extrema complexitat en joc en casos com el de Beatie, en el món trans i en el *queer*.

Fou Goldner qui, el 1991, va afirmar que l'estructura i / o paradigma de gènere constitueix una "situació patògena universal" que indueix a un sistema de fals *self* traumàticament submís que, en si mateix, produeix una multitud de símptomes i innombrables formes de patiment no reconeguts com a tals: la malenconia i l'homofòbia; el trauma narcisista que constitueix la feminitat com un sexe de segona categoria, l'agressivitat defensiva i la hipersexualització de la masculinitat normativa, la relacionalitat depressiva i la inhibició de la capacitat d'actuar ("agency") i del desig que constitueix la feminitat normativa.

Actualment (Goldner, 2014) sosté que això segueix així tant pels gèneres normatius com pels variants, que encara pateixen més. Més que res pel trauma de l'estigma. No un trauma amb T majúscula, sinó majors índexs d'ansietat i depressió que els seus iguals, deguts a incomoditat / malestar corporal, estigma social i rebuig.

Goldner també mostra el calvari que han de travessar molts trans per aconseguir una transició sense massa entrebancs. I com el DSMV ha evolucionat favorablement, des Trastorn de la Identitat de Gènere (GID) a Incongruència de Gènere, Variació de Gènere, i finalment Disfòria de Gènere, que, per aquells qui necessiten un diagnòstic, es diu Disfòria de Gènere en Remissió.

Però conclou que tots els gèneres canalitzen alhora conformitat i transgressió; que el gènere és sempre un problema a resoldre i una solució a aquest problema; que el gènere és simultàniament una operació de fals-*self* i una recerca d'un jo veritable; totes les dualitats en acció operant alhora. Goldner ens crida l'atenció sobre els models que segueixen els i les preadolescents per la construcció de la seva identitat: els i ídols del pop, les revistes especialitzades que insisteixen en la primesa, ... El documental de *2011 Miss Representation*, que es pot veure gratuïtament en línia, mostra com el cos de les noies, des de tan aviat com els 10 anys, representa el projecte que els consumeix tota l'energia (en 3 de cada 4). Goldner també ha trobat que hi ha el doble d'assetjament per Internet entre les noies que entre els nois.

Goldner (2014), que treballa amb parelles dins d'un enquadrament dinàmic / sistèmic, explica que, fins que no hi va haver el moviment feminista, la teràpia familiar o sistèmica elevava rutinàriament els homes a costa de les dones. Es va requerir que les feministes exercissin una pressió moral col·lectiva consistent i intel·lectualment rigorosa perquè les mares fossin valorades. Manejar les microagresiones (que ocorren constantment) en la teràpia de parella d'una manera moral, però no moralista, és un repte continu. Som testimonis d'injustícies que requereixen ser nomenades per dignificar el patiment que es va haver de suportar en solitari i sense reconeixement social. La responsabilitat moral és necessària, no només per a la curació de la persona ferida (en la violència domèstica) sinó també per l'ofensor. 'Compensar la persona danyada' és transformatiu.

Dimen (2011) va treure aquest meravellós article on va narrar les vicissituds d'una psicoanàlisi seva en què hi va haver violació de límits. En 2014 sosté que encara hi ha violacions de límits en l'àmbit de la psicoteràpia. Anomena el paper que juga la vergonya en què aquestes siguin silenciades i el risc que sigui un trauma transmès intergeneracionalment dins de la(les) associació(ns).

Dimen (2014) afirma que com a analistes tendim a no parlar de sexe; llavors no tenim maneres de pensar sobre el sexe, no disposem del llenguatge o del discurs adequat per a això. Necessitem maneres de pensar i de parlar de la sexualitat com a vivència corporal (*embodied*) i subjectivament, de manera que puguem reflexionar sobre la nostra experiència clínicament, transferencialment, i contratransferencialment com un esglaó cap al desig en els/les nostres pacients. Necessitem pensaments per poder deliberar amb els i les col·legues i per acompanyar l'acció i la reacció inherent a la temàtica.

Corbett (2014) afirma que els gèneres es fan en la intersecció de classe, raça, lloc, i ideologies dominants (i religions). Explica que a Andrej Pejic, el supermodel bosnià que va lluir vestits de núvia, segons en quines regions del món, en lloc de ser rebut amb flaixos, potser el farien fora a pedrades, perquè sabem que creuar el gènere sovint genera violència, fins i tot mort.

El treball del World Values Survey (<http://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>), una xarxa mundial de científics socials que estudien els valors canviants i el seu impacte en la vida social i política, liderada per un equip internacional d'investigadors, constituïts com a associació WVS, amb secretaria i seu a Estocolm, Suècia, realitza enquestes mundials per observar com canvien els valors socials. Una de les variables que manegen, com a índex de democratització, és el gènere. Estan fent enquestes mundials des de 1981, actualment estan a punt d'iniciar la seva setena onada d'enquestes que començarà el 2016. A la portada del web hi ha un mapa cultural, els autors són Welzel i Inglehart que val la pena punxar i examinar. Aquests autors tenen un treball exquisit, traduït, sobre la relació entre modernització, canvi social i democràcia (Inglehart & Welzel, 2006).

Hyde (2005), va fer un treball sobre 46 metanàlisi científiques que examinaven diferències psicològiques entre homes i dones i va arribar a la conclusió següent: en la majoria de funcions cognitives i característiques psicològiques homes i dones són molt més semblants del que en ocasions suggereixen estudis aïllats. Pel que fa a funcions sofisticades hi ha major diversitat interna entre grups d'homes o de dones que genèriques entre homes i dones. En el que sí va trobar diferències significatives va ser en algunes reaccions emocionals com l'agressivitat, certs aspectes motors i sobretot en el comportament sexual.

Una altra dada recent i significativa és que a Islàndia, Suècia i Alemanya els pares tenen les baixes de parentalitat més extenses i més ben dotades del món, i això s'està traduint, diversos anys després, en què l'ús del temps dels pares ha canviat significativament: passen més temps cuidant a les criatures i fent treball domèstic - particularment tasques "de temps inflexible", com la cuina. Les mares per la seva banda dediquen més temps al treball i a les seves

carreres i milloren la seva economia (Ankita Patnaik, 2015),

Al febrer de 2015, a la trobada "Feminaria de la Mediterrània" Amelia Valcarcel comenta que segons càlculs de la Convention to Eliminate All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) de l'ONU, si seguim al mateix ritme que fins ara, no s'aconseguirà la igualtat en el món fins a l'any 2468. Si ens quedem en els països weird (sigles en anglès de Occidentals, Educats, Industrials, Rics i Democràtics i joc de paraules, weird significa rars -per escassos), el càlcul, circumscrit als àmbits laborals (bretxa salarial, paritat, etc.), està en uns 80 anys d'espera. Ens traslladen al llindar del segle XXII.

Ens hem desviat cap a qüestions d'igualtat. Però tornant al món *queer*, Corbett (2014), en un altre ordre de coses, ha rehabilitat el narcisisme fàl·lic: És a dir, l'autosatisfacció d'un noi o d'un home basada en una sobrevaloració del penis. Corbett proposa despullar del valor simbòlic del fal·lus i quedar-se amb els seus plaers. "L'erotisme muscular del cos sencer", un erotisme que excedeix el penis i inunda el cos. Corbett proposa que hi pot haver homes i nois el narcisisme fàl·lic dels quals funcioni com una invitació a la relació, al reconeixement mutu. Infosos de la dinàmica del narcisisme fàl·lic sovint aquests vincles són impulsats per l'expansió eròtica muscular i pel fervor eròtic de l'adoració, de la penetració. Aquests són més vius que el tedi de la realitat fàl·lica (p. 314).

Aquest fragment: "Veure en gran. Semblar gran. Sentir gran. Ser gran en relació. Expandir-se cap a l'altre i dins de l'altre mitjançant el narcisisme fàl·lic i el fantàstic reconeixement mutu que es troba allà dins, per construir fantàsticament un cos en relació a un altre; per viure la vida gran" (p. 315) és una exaltació en la que, en opinió de l'autora, la testosterona hi juga algun paper, (encara que ell no l'esmenta). El llibre "Testo Yonki" de Beatriz Preciado, (2008), va d'això, de "xuts" de testosterona, amb els quals aquesta autora, filòsofa i activista *queer* i personatge transgènere, ha investigat a fons en el seu propi cos, intoxicant-se voluntàriament amb testosterona sintètica i descrivint els seus efectes, que són bàsicament: una sexualitat vigorosa; major capacitat de concentració; creativitat i brillantor intel·lectual; i sensació de potència, d'aquí el terme "xuts".

L'autora no creu que aquest narcisisme fàl·lic dignificat sigui privatiu dels homes gais, com sosté Corbett, sinó que també hi ha dones, particularment lesbianes joves, que trepitgen fort, que es podrien incloure en aquesta categoria. També hi cabrien dones heterosexuales que aconsegueixen èxits i plaers, i en gaudeixen obertament. Potser llavors aquest estat d'exaltació es podria anomenar narcisisme dignificat.

b. Sexe-gènere personal

Actualment la proliferació de sexes, de gèneres i d'opcions sexuals és tan gran que cal introduir milers de matisos i de vocabulari per a poder-nos entendre.

La paraula **dona** descriu a totes les persones que **se senten** dones i es presenten i representen com a tals, siguin el que siguin biològicament. Poden ser 46, XY, amb insensibilitat als andrògens; o persones trans H a D en qualsevol fase de la transició. Fausto-Sterling (2000) recomana evitar les intervencions quirúrgiques al màxim, mentre unx viu d'acord amb com se sent, independentment dels seus cromosomes o de la interacció de les seves hormones amb els seus gens. El terme **biodona**, actualment **cisdona**, es refereix a la coincidència sexe / gènere. No es fa servir gaire, només en cercles on hi pugui haver dones que no siguin biodones.

La paraula **home** descriu a totes les persones que **se senten** homes i es presenten i representen com a tals, siguin el que siguin biològicament. El terme **biohome**, actualment **cishome**, es refereix a la coincidència sexe / gènere.

Transgènere: Una biodona que desitja viure com a home sense canviar el seu cos, o biohome que desitja viure com a dona sense intervencions quirúrgiques, tot i que poden admetre o sol·licitar intervencions mèdiques, hormones per exemple. Són exemples de transgènere: Raquel / Lucas Platero, professor/a de pedagogia de la Universitat Complutense de Madrid, o Beatriz Preciado, filosofa i activista queer, que actualment es diu Paul B. Preciado -el que ens mostra que ha passat a definir-se com més masculina dins el transgènere, tal vegada a transitar cap a la transsexualitat. En aquest sentit, el congrés Sexual Cultures, Londres, abril 2015, es va obrir amb una presentació personal de tots i totes les presents. A més del nom, la procedència i el paper de cadascú en la trobada, calia donar indicacions de com cada unx desitjava ser anomenadx: ell, ella o ellxs. Aquesta pràctica recull la complexitat de persones que poden ser anomenades de les tres maneres en funció del seu sentiment present.

La investigació prospectiva amb criatures amb variacions de gènere mostra que la majoria creixen com a gais o lesbianes, no com a transsexuals o transgènere, i a aquests se'ls anomena "**desistents**" en contrast amb la minoria que creixen com a transgènere, i se'ls anomena "**persistents**". De la mateixa manera, es diu "**cisgènere**" a les persones que tenen una la identitat de gènere i un gènere assignat en néixer que són concordants amb el comportament socialment assignat, és a dir, les persones que no s'identifiquen com transgènere. (Drescher, 2015).

Intersexual han nascut en aquesta condició, per exemple 46, XY, però amb genitals no ben definits perquè els testicles no han baixat.

Transsexual, home que se sent atrapat en un cos de dona o dona que se sent atrapada en un cos d'home; que està en trànsit (hormones, intervencions quirúrgiques) o que ja ha canviat, es diu de H a D o de D a H. Per tant hi ha un solapament entre transgènere i transexe. També existeixen els cossos paradoxals. Buck Angel, per exemple, se'ns apareix com un camioner amb genitals femenins. Buck té un anunci molt *queer* a Internet: https://www.youtube.com/watch?v=X_uNFmZHvO0 on recomana la revisió ginecològica anual.

Tot i que fem un esforç per classificar les múltiples possibilitats del gènere, és en va, perquè com diu Goldner (2003) "El sentit de gènere de cada unx és una creació individual, i per tant hi ha moltes masculinitats i feminitats. La identitat de gènere de cada unx és un entreteixit inextricable de significat personal i cultural ". Una altra manera de dir-ho, també de Goldner: "El gènere no és una identitat, ni una essència del nucli de la persona, sinó que és una experiència tan nuclear que arriba a constituir identitat". I segueix: "El gènere és un aspecte essencial de la nostra presentació social diària. (Encara que) el que donem per fet està forjat". La noció de performativitat de Butler (Garriga, 2008) ho explica molt bé: la repetició d'accions que van creant realitat.

c. Orientació Sexual

Gai, Lesbiana: Per a les relacions íntimes i sexuals els agraden les persones del mateix sexe. En l'article citat de Drescher (2015) apareixen dues noves terminologies: **androfilia** (atracció pels homes) i **ginefilia** (atracció per les dones), que fa innecessària qualsevol referència al sexe / gènere de la persona que sent l'atracció.

La teoria *queer* inclou l'enorme diversitat interna que hi ha entre gais i lesbianes. Entre les **Lesbianes**: Dragking, hipermasculina. Butch, molt masculina. Transgènere, masculina amb genitals femenins, Gallimarsot o tomboy, preponderància masculina, Andrògina, masculina i femenina, Indiferenciada, poca masculinitat, poca feminitat, Femenina, predomini feminitat Femme, molt femenina. Dragqueen, hiperfemenina. Entre els **Gais**: Dragking, hipermascle, Mascle, masculí, Indiferenciat, poca masculinitat, poca feminitat, Androgin, masculí i femení, Sisi, preponderància femenina, Transgènere, femení mantenint genitals masculins, Dragqueen, hiperfemení

Heterosexual: Per a les relacions íntimes i sexuals els agraden les persones del sexe contrari.

Bisexual o liberal (encara que liberal s'empra en sentit més ampli, sobretot pel que fa a la monogàmia) Per a les relacions íntimes i sexuals els agraden les persones estiguin on estiguin col·locades dins el continu home-dona.

Milendra (*hag tag* en anglès) - dona a qui per les relacions íntimes i sexuals li

agraden els homes gais.

Asexual: persones que no senten desig ni atracció sexual per ningú. Això no els genera cap estrès. En canvi tenen sentiments romàntics i l'absència de desig representa un repte a l'hora de mantenir una relació de parella. Unxs pocxs senten aversió cap al sexe, però la majoria senten una indiferència que els permet tenir relacions amb les seves parelles i masturbar-se periòdicament si així ho consideren. La seva excitació genital sol funcionar. Un 1% de la població britànica ho és (dades 2004). Brotto (2011) apunta que l'asexualitat és una orientació sexual més que una patologia. P. 332-335. (PP74)

Indeterminada: Hi ha algunes persones que es queden en una indeterminació respecte a la seva opció sexual durant un temps més o menys llarg de manera que les organitzacions LGBT han incorporat la I i ara són LGBTI.

Kinsey en el seu informe de 1948 ja va oferir una escala de 7 punts on 0 corresponia a 100% heterosexual i 6 a 100% homosexual, i va trobar que moltxs de lxs sevxs enquestadxs es definien com a 5, 2 o qualsevol valor intermedi. Dades més recents (2011) recullen que entre el 3 i el 4% dels homes i entre l'1 i el 2% de les dones es defineixen com homosexuals. Entre l'1 i el 2% dels homes i entre el 2 i el 5% de les dones es declaren bisexuals. També hi ha un bon nombre de persones que se senten homo o heterosexuals però que en algun moment han fantasiejat o tingut relacions amb individus del gènere no preferit. L'orientació sexual també és un *continuum* (Estupinyà, 2013). Poder parlar en aquests termes és molt nou i això ha flexibilitzat el constructe. La dita/realitat nord-americana de que allò que determina que una persona sigui negra és una sola gota de negritud, ens serveix per explicar que fa tan sols uns anys, una sola relació homosexual feia a una persona homosexual. Ara, en canvi, una persona es defineix com a heterosexual encara que hagi tingut una o diverses relacions homosexuals.

Queda clar que hem de distingir entre orientació sexual i comportament sexual, en el sentit que no sempre són coherents. De fet Diamond (2008) ha trobat que el comportament sexual és molt fluid, que la bisexualitat no és una transició cap a l'homosexualitat, i que els termes haurien de ser més laxos, sobretot entre la població femenina (Estupinyà, 2013).

Una curiositat (p.320, Estupinyà): La diferència de longitud entre els dits anular i índex està relacionats amb els nivells de testosterona. Com més testosterona va córrer pel nostre cos en estat fetal més llarg és l'anular comparat amb l'índex. També s'han establert diferències entre homosexuals i heterosexuals, en que les diferències en la longitud dels dits entre lesbianes i hetero són més clares que entre els homes gais i heteros.

L'homosexualitat es pot aprendre, segons Coria-Àvila (2012) els estímuls associats a les primeres experiències sexuals són molt determinants, i la

plasticitat del cervell permet que l'orientació sexual es vagi modelant amb l'aprenentatge. En canvi, no es pot desaprendre. Un cop establerta és molt sòlida. (p. 324).

d. Relacions íntimes o de parella

Promiscuïtat: relacions íntimes i sexuals amb diverses persones simultàniament en el temps.

Monogàmia: relacions amb una sola

Monogàmies successives: al llarg del temps van canviant de parelles.

Parella estable o matrimoni: relacions monògames amb compromís de fidelitat (o no).

Poliamor: enamorar-se de més d'una persona alhora; tenir relacions romàntiques simultànies.

Swinger: intercanvis de parelles consensuats en clubs dissenyats per a aquesta activitat.

4. Sexualitat pròpiament dita

El 2010 el psicòleg de Harvard Daniel Gilbert va poder quantificar que trobar-se en una relació sexual és la màxima felicitat, després venia fer exercici, i en tercera posició conversar (sobre una mostra de 2.250 homes i dones) (Estupinyà, 2013, pàg. 15).

Tornaré a començar amb la biologia. Ho faré de la mà de Estupinyà (2013), ell titula aquest apartat: Poques diferències entre allò masculí i allò femení. Sabem que el cromosoma Y és el responsable que criatura neixi home, però això serà així, no tant gràcies als gens, sinó a les hormones, com hem vist.

Quan un òvul fecundat comença a dividir-se, al principi totes les seves cèl·lules són idèntiques, després s'aniran diferenciant. A la regió urogenital, la primera estructura que es forma a les quatre setmanes és un orifici anomenat claveguera, amb un tubercle genital a dalt, la uretra per dins i una inflor al voltant. Fins a les 6 setmanes, l'estructura és la mateixa. Llavors, si el fetus porta el gen SRY (*sex-determining region*), alliberarà l'hormona antimulleriana i forçarà que les gònades es converteixin en testicles. Si no hi ha alliberament d'antimulleriana, les mateixes gònades es desenvolupen com ovaris i trompes de Fal·lopi. L'inici de la masculinització global comença a 8^a setmana quan els testicles (interns) comencen a segregar testosterona, el que els fa descendir i dóna lloc a l'escrot. Si no hi ha testosterona, aquesta mateixa pell forma els llavis vaginals.

Els genitals masculins i femenins procedeixen exactament de les mateixes estructures anatòmiques. Penis i clítoris tenen exactament el mateix origen embrionari. I una anatomia molt semblant. Això explica que els genitals responguin d'una manera molt semblant en homes i dones pel que es refereix a l'excitació i l'orgasme. El que segueix il·lustra les diferències, que també n'hi ha.

Masters & Johnson (1966) després de la seva investigació amb milers de parelles van arribar a afirmar que "des d'un punt de vista fisiològic tots els orgasmes femenins s'atenen a les mateixes pautes de resposta reflexa, sigui quina sigui la font d'estimulació sexual. Un orgasme aconseguit mitjançant el fregament del clítoris no es distingeix, fisiològicament parlant, del que es produeix per l'estimulació dels pits o pel coit. (Masters, Johnson, Kolodny, 1992, p.89).

Actualment Wolf (2013), partint de nombrosos estudis, inclòs aquest quadre anatòmic [Veure: inervacions dones: www.netterimages.com/image/5101.htm i inervacions homes: www.netterimages.com/image/2992.htm] afirma que totes les dones són potencialment multiorgàsmiques (p. 21). En realitat les dones tenen diferents zones a la pelvis des d'on es poden produir orgasmes. Totes aquestes zones estan connectades amb la medul·la espinal, i, després, amb el cervell.

El nervi pèlvic es ramifica d'una forma molt individualitzada. Cada dona té les seves pròpies connexions. Els nervis d'algunes tenen més ramificacions a la vagina; en altres dones es ramifiquen més en el clítoris. En alguns casos es ramifiquen més en el perineu o al coll uterí. Això explica algunes de les diferències en les respostes sexuals femenines. [Veure les inervacions en els genitals: www.netterimages.com/image/3093.htm]. En resum, cada persona, cada dona, és única també en la seva manera de gaudir.

La xarxa neural femenina és molt més extensa que la masculina. Allà hi tenen lloc moltes més coses. Hi ha una troca d'activitat neural: al final de l'úter, a les parets de la vagina, al final del recte, al final de la bufeta, al clítoris i al llarg del perineu [www.netterimages.com/image/3013.htm] (que de vegades es talla amb l'episiotomia). A la pelvis masculina es distingeixen menys troques d'activitat neural.

Komisaruk et al. (2004, 2005, 2011, 2012) va descobrir que l'estimulació vaginal actua com un analgèsic. També va treballar amb dones amb lesions a la medul·la. Així, va trobar que el nervi vague, que no circula per la medul·la, assoleix el coll uterí, el que va permetre a algunes lesionades tornar a sentir excitació sexual. Després amb imatges de ressonància magnètica funcional va arribar a determinar que el clítoris només transmet informació pel nervi pudent; que els llavis i l'entrada de la vagina ho fan pel pudent i el pèlvic; la part central

de la vagina, només pel pèlvic; i la part profunda de la vagina i el coll de l'úter pel pèlvic, l'hipogàstric i el vague. L'estimulació del clítoris i la vagina anava per vies nervioses diferents, el que podia donar informació sobre la diversitat de la resposta sexual femenina (Estupinyà 2013). No s'ha fet un mapa semblant amb homes, encara que Komisaruk està treballant en això. (TEDTalk Mary Roach: 10 things you did not know about orgasm).

Georgiadis (2012) ha observat una disminució de l'activitat de l'escorça orbitofrontal just abans de l'orgasme, com si s'apagués en el cervell la zona involucrada en la consciència del cos i l'autocontrol racional. Concretament perquè es produeixi un orgasme i una ejaculació s'han de donar dues condicions, segons Holstege, G. de l'U. de Groningen (Països Baixos), a) una apagada de l'escorça orbitofrontal i b) una excitació del tegment pontí dorsolateral esquerre del tronc cerebral, tant en homes com en dones.

A més Georgiadis afirma que la neuroanatomia funcional del comportament sexual comparteix els mateixos circuits de motivació, satisfacció i recompensa que altres, com el menjar, la cocaïna, l'alcohol ... és a dir, no existeixen uns mecanismes fisiològics o xarxes neuronals específiques per al sexe (p . 91, Estupinyà). Cosa que ja havia expressat Le Vay (1993) en "The sexual Brain" dient que el mecanisme que desencadena l'orgasme és el mecanisme de l'addicció, en el que intervé la dopamina com a mitjancera.

a. Les hormones:

Estrògens i progesterona: en les dones regulen els seus cicles menstruals, però també la seva predisposició al sexe. Quan una dona està ovulant o a punt, és més seductora.

Testosterona: en els homes i les dones és inequívocament l'hormona del desig (Young & Alexander, 2012, pàg. 55-86). A més de ser la responsable de mantenir la libido, també augmenta l'agressivitat. Encara que, a diferència de la resta de femelles de mamífers, excepte bonobos i dofins, les dones tenen sexe per plaer durant tot el cicle menstrual (Estupinyà, 2013).

Dopamina: motivació i desig.

Noradrenalina: excitació corporal.

Endorfines: molècules del plaer, segregades durant l'exercici i l'orgasme (mitiguen el dolor)

Oxitocina: hormona de l'amor, vincle, confiança i afecció; s'allibera a dojo durant l'orgasme.

Prolactina: inhibidora del desig. Sensació de sacietat i període refractari.

Serotonina: hormona de l'estat d'ànim; en excés produeix pèrdua de libido; seva escassetat produeix estats depressius.

La relació entre hormones i comportament flueix en ambdues direccions

(Estupinyà 2013). Young & Alexander (2012), ho tenen clar: l'amor és una addicció real (p. 325). I per Hellen Fisher (1992) l'amor romàntic té tres components químics: desig; andrògens i estrògens; atracció: alts nivells de dopamina i noradrenalina i baixos nivells de serotonina; i afecció: oxitocina i vasopresina (i els nuclis cerebrals sobre els quals actuen, propers a l'hipotàlem i a les zones de recompensa).

En un altre ordre de coses Chivers (2009, 2012) va replicar les observacions que Heiman ja havia fet en el 1975 també amb l'ús del pletismògraf -aparell que s'insereix a la vagina i que mesura objectivament l'amplitud del pols vaginal- i va informar que les dades que donaven els pletismògrafs d'algunes dones i els de les seves autoavaluacions no concordaven. Que hi havia un abisme entre allò objectiu i allò subjectiu (Bergner, 2013, p.24). "Les dones s'exciten, (Dio Bleichmar, 1997, pàg. 386) però no se n'assabenten". Mentre que els homes, tant homo com heterosexuales, responien a patrons més predictibles i concordants quan eren sotmesos a la mateixa autoavaluació i als pletismògrafs. El que van mostrar els treballs de Chivers era que la discordança en les dones era no només entre ment i cos sinó entre realitat i expectatives (p 37). Per exemple, que les excitava un penis erecte, el sexe amb desconeguts i que se sentien disposades al sexe esporàdic.

De tota manera Chivers insisteix que "la diversitat de resposta és enorme", que la concordança sexual en dones està associada a un major nivell educatiu i a freqüència de masturbació. Les dones practicants de meditació solen desenvolupar major concordança. Les dones amb més concordança es declaren més satisfetes amb la seva sexualitat. Chivers també informa que les dones reaccionen genitalment a un espectre molt més ampli d'estímul sexuals que els homes (Estupinyà, 2013, pàg. 105-107), per ex. al sexe lèsbic.

b. Masturbació:

(Estupinyà, 2013, pàg. 147- 157) Hi ha un estudi britànic de 2008 que afirma: en el cas dels homes, com més petita era la freqüència del coit major la masturbació; en les dones, al revés. A la pregunta: ¿Per què ens masturbem? Els homes responen: per plaer, avorriment, alleujar tensions. Les dones responen: el 39% per relaxar-se; 32% agafar el son; 19% per plaer; 10% reduir dolors menstruals.

En els anys 40, època de Kinsey, es masturbaven 95% dels homes i 40% de les dones. A principis del segle XXI, 95% dels homes i el 71% de les dones. La masturbació femenina ha augmentat gràcies a activistes com Betty Dodson (85 anys) que segueixen al peu del canó donant tallers o sessions individuals de masturbació (amb o sense vibrador). (Veure you tube: Masturbació femenina: www.youtube.com/watch?v=TmT1yEkkoGY).

Dades del 2009 de l'Institut Kinsey, del 52 al 55% de les dones han utilitzat vibradors, tant per masturbar-se com durant el sexe en parella. L'ús de vibradors està associat a millors índexs d'excitació, lubricació, desig i orgasme. Respecte a les joguines sexuals: hi ha un enorme mercat tant per a dones com per a homes, hetero o homosexuals, solxs o acompanyatxs.

Molts i moltes sexòlegxs argumenten que una funció de les joguines sexuals i la masturbació és aprendre sobre les reaccions del propi cos; i que explorar què produeix més plaer és fonamental per tenir una vida sexual sana i per a prendre la iniciativa en les relacions de parella.

Laura Berman, que el 2001 va publicar, juntament amb la seva germana, "Només per a dones", té tota una indústria del sexe (llibres, lubricants, vibradors de disseny propi, que es poden adquirir a The Berman Center). El 2010 ha tret "It 's Not Him. It 's you!". La seva tesi principal: per arribar a un orgasme cal treballar en direcció a anar augmentant l'excitació. Això succeeix principalment mitjançant el fregament sobre el clítoris (de penis, dits, llengua, vibrador) amb o sense penetració. Es pot acompanyar de fantasies. Més la respiració coordinada amb els moviments. El missatge "It 's you!" Va dirigit a desmentir els models de "l'amor romàntic" de la Bella Dorment i la Ventafocs, que és l'"altrx" el que sap. La responsabilitat del propi plaer és de cada persona cap a si mateixa. Tot i que la decisió de quan s'acaba una relació sexual és compartida, i, des d'una posició d'igualtat, lògicament, serà quan ambdxxs hagin aconseguit el seu orgasme. El corollari és: Si unx sap com arriba, i aquest saber l'ha adquirit amb la masturbació, ha de posar aquest coneixement en acció quan està amb algú, i no deixar la responsabilitat en aquestx altrx.

L'ús de lubricants aquosos, amb silicones, o d'estimuladors de l'orgasme (com Play O, Durex) és d'allò més senzill que es pot fer per millorar el plaer sexual.

c. Orgasmes:

He arribat a comptabilitzar 4 tipus d'orgasmes femenins. Tiresias, d'Ovidi, que va viure com a home i dona, va afirmar que les dones obtenen nou vegades més plaer del sexe que els homes (Bergner, 2012, pàg. 42). El que sembla fora de tot dubte avui és la capacitat multiorgàsmica de moltes dones (del 6,9% al 10,3% en la masturbació només) sense més limitació que el cansament físic i la hipersensibilitat del clítoris (període refractari femení); i que tenen moltes classes d'orgasmes; d'una major durada que els dels homes (Wolf, 2013, pàg. 112-113).

Komisaruk fa ressonàncies magnètiques funcionals d'homes i dones durant l'orgasme, i ha informat que els punts de llum s'escampen per tot el cervell, que

aquest sembla un arbre de Nadal. Que el cervell sembla un esclat de crispetes de blat de moro. (Per veure-ho: <http://neurogadget.com/2011/11/16/female-brain-during-orgasm-captured-by-fmri/3287>)

Komisaruk també informa de quatre centres sexuals a les dones: el clítoris, la vagina, el coll uterí i els mugrons (Wolf, 2013, pàg. 111). En última instància, afirma Komisaruk, l'orgasme es produeix en el cervell i no en els genitals (Estupinyà, 2013, pàg. 129). Es tracta d'una descàrrega de tensió sexual del SNA acumulada, que resulta en contraccions musculars rítmiques a la regió pèlvica (vagina, perineu i úter) amb acceleració del cor i dilatació dels vasos sanguinis.

d. El punt G:

Una zona a la paret vaginal notablement més erògena que la resta (Estupinyà, 2013, pàg. 124-128) descoberta per Grafenberg el 1950, d'aquí G. A la literatura seriosa s'afirma que el punt G no existeix (Puppo, 2014; Puppo i Janinni, 2014). Aquests autors proposen que el que hi ha és un entramat de clítoris, uretra i vagina que es diu la zona CUV.

El llibre "Coño Potens" (Torres, 2015) arriba a la mateixa conclusió que Puppo i Janini basant-se principalment en una sèrie limitada d'articles molt clars, el ja citat de Korda, Goldstein & Sommer, "The history of female ejaculation" de 2010; dos de Wimpissinger i cols .; i els treballs de Zaviacic. En definitiva, que el punt G no existeix com a tal, el que existeix, amb tota lògica atesos els orígens embriològics comuns, és el que Grafenberg i Skenne van trobar i no es van atrevir a anomenar: la pròstata femenina, també anomenada "glàndules parauretrals".

Squirting és ejacular a raig una enorme quantitat de líquid en el moment de l'orgasme. Es tracta de pressionar molt fort amb dos dits, ara ja podem dir sobre la zona de la pròstata, mantenint la intensitat i no deixar de fer pressió en el moment de l'orgasme, és llavors quan es produeix l'explosió de líquids i plaer. Segons Torres (2015) l'ejaculació és únicament prostàtica (no és orgàsmica) i té uns orificis de sortida propis. Torres sosté que els nostres genitals són com un colador, que hi ha múltiples orificis i diverses funcions: a més de la uretra i els d'ejacular, hi ha les glàndules de Bartolino, que són per a lubricar. Torres també afirma que l'ejaculació femenina també pot ser retrògrada.

El 2011 (Zietsch, et al., 2011) es va fer un estudi a Austràlia que buscava la relació entre orgasmes, classe social, estudis, personalitat, idees polítiques, estar o no casada i actituds restrictives o permissives. Va donar aquests resultats:

- Tenir libido augmenta els orgasmes tant per coit com per masturbació
- Fantasies fora de la parella: menys orgasmes durant el coit, més masturbant-se.
- Actituds restrictives: no afecta els orgasmes en parella; disminueix els individuals.
- Com més alta la classe social, major freqüència d'orgasmes durant la masturbació.
- A major nivell d'estudis, menys orgasmes durant el coit i més masturbant-se.

En un altre estudi de Laumann (2005) s'afirma que d'un 25 a un 30% de dones té problemes per arribar a l'orgasme durant la penetració. Un 10% no l'assoleix mai, ni amb masturbació (Estupinyà, 2013, pàg. 137). L'anorgàsmia en dones del sud-est asiàtic és del 41%. La manca de desig en les dones en el sud-est asiàtic és del 43,4%. Mentre que a Europa de l'Nort és del 25,6%. En homes hi ha major proporció d'ejaculació precoç a Mèxic i Brasil; i valors molt elevats d'insatisfacció sexual i disfunció erèctil en el sud-est asiàtic.

Dingfelder (2011) diu que el 67% de les dones heterosexuales reconeixen simular l'orgasme durant les relacions penis-vagina. D'aquestes, el 55% va admetre simular-lo durant la relació sexual; el 8% durant el sexe oral; i el 4% durant l'estimulació manual. La pel·lícula "Fake orgasm" (2011) de Jo Sol, no només abunda en aquesta afirmació sinó que és un magnífic documental sobre l'entramat sexe-gènere en el món *queer*.

Una enquesta britànica realitzada a gairebé 20.000 persones el 1990; amb repeticions en 2000 i en 2010 ha mostrat un increment progressiu de sexe oral i anal entre heterosexuales (Estupinyà, 2013, pàg. 112).

e. El sexe anal:

Practica habitual per a la majoria dels homes gais que s'ha disparat entre la població heterosexual. Gairebé la meitat de les dones entre 25 i 70 anys n'ha practicat en alguna ocasió. El 58% de dones ho van fer per primera vegada a petició de les seves parelles. Internet i les seves pàgines porno té un paper important és aquesta pràctica. Hi ha una part de la població a qui els resulta plaent malgrat el dolor.

La freqüència del dolor en una població homosexual: el 41% no dolor, el 32,7% dolor suau, 17,2% moderat, 5,8% sever (Estupinyà, 2013, pàg. 163-167). A més experiència menys dolor, però per a un sector està sempre present.

Stulhofer (2013) va enquestar a més de 2000 dones d'entre 18 i 30 anys. El 63% havia tingut alguna experiència de sexe anal. La meitat va reconèixer que la primera vegada van haver d'interrompre per dolor intens, però la majoria van

repetir, un 9% tot i sentir un dolor sever. Per què? Hi ha tres grups de respostes: 1. una quarta part no sent cap dolor; 2. un 40% experimenten dolor intens i eviten practicar-lo; i, 3. a un terç els fa mal però els agrada perquè diuen que erotitzen el dolor.

Atenció, perquè el sexe anal és molt més arriscat del que es creu i molts dels seus practicants no utilitzen preservatius quan és molt més necessari, pel tipus de teixit, les lesions, les respostes inflamatòries i infeccioses i les malalties de transmissió sexual.

En els homes la penetració anal (tant per homo com per a heterossexuals) amb penis, dits o dildos és plaent per l'estímul intern de la pròstata i els pot portar a l'orgasme. Per a les dones, com veiem en la imatge:

www.netterimages.com/image/3013.htm les fibres sensorials voltant de l'anus poden explicar per què algunes noies senten plaer en el sexe anal, mentre que altres senten indiferència o dolor.

Hi ha fenomen nou, estimulat pel porno a Internet, i per la literatura tipus "50 ombres de Gray" que consisteix en que el sexe "normal" ja no resulta prou estimulant per a molts homes usuaris assidus de pornografia. Busquen la penetració anal (sovint violenta) i el clímax anal com a "objectiu" de l'acte sexual, a més del *bondage*, que expliquem en l'apartat següent.

En el seu llibre Wolf (2013, pàg. 295-6) explica que en una reunió amb les assessores de salut de diverses universitats, aquestes demanaven ajuda a qui les pogués escoltar per poder "ajudar" a les múltiples noies que consultaven per estrips anals. Aquestes noies els explicaven que els nois dels campus esperaven que elles acceptessin practicar aquest tipus de sexe, perquè això era el que veien a les pantalles. La pornografia contemporània "*mainstream*" està allunyada de les carícies i estímuls que exciten a les dones, degrada la vagina i sovint destaca la penetració violenta, incitant al tipus de pràctiques sexuals que augmenten la insatisfacció sexual i emocional de les dones, per dir-ho suaument. En realitat les noies són víctimes d'una forta pressió perquè acceptin aquesta situació com "una nova normalitat".

f. Bondadge:

(Actes de lligar amb fins eròtics), o BDSM (*Bondadge, Domination / Discipline, Sadism, Masoquism*) De Béjar (2001, 2011) planteja amb tota naturalitat aquestes pràctiques. Les persones que el practiquen ho solen fer en clubs privats (Estupinyà, 2013):

- a) Es comuniquen d'una manera exquisida i fluida els límits i preferències sexuals
- b) Tenen els rols ben marcats de dominància i submissió

c) Utilitzen el dolor físic com a desencadenant de l'excitació (el nostre cervell interpreta un mateix estímul algunes vegades com a dolorós, altres com a plaent).

Un estudi australià (Richters, et al., 2008) va trobar que el 2,2% dels homes i el 1,3% de les dones havien tingut pràctiques sadomasoquistes en l'últim any. No van trobar una relació entre símptomes psicològics, abusos en el passat o dificultats sexuals i la pràctica de BDSM; el BDSM és una pràctica cultural més, més freqüent entre homosexuals o bi que entre heteros. Però atenció perquè el sadisme amb agressió sexual existeix, i és una parafilia. El BDSM no és el sadisme sexual consentit. El BDSM no genera problemes en persones sanes; sí en canvi a persones amb desequilibris emocionals previs.

El sexe pornogràfic a Internet, més l'èxit de masses *Cinquanta Ombres de Gray*, amb la seva pel·lícula, que estimulen aquest tipus de pràctiques, les han convertit en un fenomen amb riscos que els i psicoterapeutes hem de tractar amb cura, especialment quan les refereixen dones que no han assolit nivells prou alts d'organització subjectiva assertiva. Els límits entre BDSM i les relacions abusives es poden fer borrosos.

Leknes (2013), investigadora noruega de la relació entre dolor i plaer diu que els i masoquistes no tenen major tolerància al dolor. Leknes té diverses hipòtesis. La primera és que cal entendre que plaer i dolor són un continu. Després, que eliminar un dolor genera plaer. Però, per què el dolor pot arribar a generar plaer? Un dolor molt intens allibera endorfines que un cop al torrent sanguini generen benestar quant el dolor cessa. Els sistemes de dolor i plaer comparteixen circuits, de manera que el dolor pot activar parts del sistema dopaminèrgic (ànsia i motivació) i augmentar el desig sexual. Bastian (2013), un psicòleg australià, afirma que un mal pot eliminar un altre dolor; autoinfligir-se dolor redueix el malestar generat per culpabilitat, com ens han mostrat els treballs de Doctors (2007) amb adolescents que es tallen per alleujar dolors psicològics.

Saketopoulou (2014) a "Patir el plaer" argumenta que la sexualitat perversa pot tenir un potencial generatiu si el/ l'analista, en comptes d'espantar-se, manté la curiositat. L'autora es fonamenta en la teoria de la sexualitat infantil de Laplanche (2011) per suggerir que plaer i dolor són dos fenòmens evolutivament coextensius. En paraules de Butler (2006) "Ens desfem l'un/a a l'altre/a. I si no o fem, ens perdem alguna cosa ... de manera que quan parlem de 'la meua sexualitat', en realitat volem dir quelcom de complicat, ... la sexualitat no és una possessió, sinó més aviat, una manera de ser desposseïts/desposseïdes "(Saketopoulou, 2014, pàg. 24).

M'agradaria acabar aquest apartat citant Perel (2013), que té una TED Talk extraordinària

(https://www.ted.com/talks/esther_perel_the_secret_to_desire_in_a_long_term_relationship?language=ca) sobre el desig en les relacions de llarga durada. Perel comença afirmant que és la primera vegada en la història que vam viure la sexualitat a llarg termini, arrelada en el desig, per obtenir plaer i connexió.

Perel diu que el sexe no és una cosa que es fa, sinó un lloc al que unx va. És un espai interior en el què unx entra, en solitari o amb unx altrx/s.

Per tal que es mantingui el desig en una relació cal reconciliar dos grups de necessitats que es contraposen; necessitats de seguretat, previsibilitat, permanència, esperança, ... (d'amor) amb necessitats de novetat, aventura, misteri, risc, ... (desig)

Perel afirma que el bon sexe sovint s'esvaeix, que té cicles, com la lluna. Com a terapeutes ens interessa aquesta idea perquè algunes persones poden angoixar-se si no senten desig i entrar en una posició autoexigent, i així els i podem ajudar.

Una altra idea de Perel és que tenir cura de l'altrx és un antiafrodisiac poderós. Qualsevol cosa que suposi parentalitat disminueix la càrrega eròtica. La paradoxa entre amor i desig és que els ingredients que nodreixen l'amor (mutualitat, reciprocitat, responsabilitat, protecció, preocupació per l'altre) són els mateixos ingredients que l'apaguen. També hi ha altres raons perquè s'apagui el desig, si unx es pregunta: Quan em vaig tancar? Pot trobar-se amb aquest tipus de respostes: quan em vaig sentir mortx per dins; em vaig sentir gran; no m'agrada el meu cos; no vaig tenir temps per a mi; tinc l'autoestima baixa; no em sento amb dret a voler, ni a rebre plaer; no he tingut temps de xerrar o passar una estona agradable amb tu; ...

Un altre concepte molt estès per l'"amor romàntic", el gènere normatiu i el "nacionalcatolicisme" és la creença que **l'amor va amb l'abnegació**. No és cert. **Va amb certa quantitat d'interès personal. La capacitat d'estar connectat amb unx mateix en presència de l'altre.** En altres paraules, ens hem de moure en la dialèctica entre la necessitat de connexió i la de separació; entre la unitat i l'autonomia. Si unx passa el temps en el cos i en la ment de l'altrx i no en la pròpia, no s'excita. No pot culminar i tenir un orgasme.

Una altra pregunta molt pertinent és: Què em posa, què m'atrau de l'altrx? Les respostes:

1. quan no hi és, estem separatxs i ens tornem a trobar
2. quan lx veig en la seva singularitat i les seves capacitats
3. quan ho vam passar bé juntxs, riem, compartim un esdeveniment
4. quan apareixen sentiments no molt políticament correctes: gelosia, possessivitat, poder, atreviment, ...

Perel afirma que les parelles que funcionen:

- a. tenen molta privacitat eròtica (entenen que hi ha un espai eròtic que pertany a cada un)
- b. entenen que els jocs preliminars no són per just abans del sexe, sinó que comencen just després de l'orgasme anterior
- c. accepten que el sexe compromès és premeditat, intencional, tossut, centrat en el present (han deixat caure el mite de l'espontaneïtat).

5. Dificultats en la sexualitat

El 2012 és el primer moment de la història en què es comencen a publicar més articles científics sobre disfunció sexual femenina que masculina. La societat està canviant i el plaer sexual ja no es concep com a més important per a l'home que per a la dona. El percentatge de dones que senten tenir algun problema en la seva sexualitat -el 43% - (la falta de desig és el més freqüent) és significativament més gran que el d'homes -el 31% (Laumann, 1999). Però a més la sexualitat femenina és molt més complexa que la masculina. Com s'esmenta en un article que ho reflecteix (Garriga, 2014).

a. Preocupacions femenines:

Quatre grans categories interrelacionades:

- A) factors socioculturals: falta d'informació sexual, excés de treball, pressions religioses o culturals;
- B) problemes en la parella: conflictes, diferents interessos, salut del company, manca de comunicació;
- C) factors psicològics: ansietat, pors, baixa autoestima, traumes del passat;
- D) problemes mèdics: dolor en el coit, infeccions, canvis hormonals que puguin generar manca de desig o d'excitació genital.

Es produeix un canvi de categories diagnòstiques en el DSMV, que eliminen la doble denominació que hi havia al DSMIV, per tant la doble conceptualització: el "Trastorn del desig sexual hipoactiu" i el "Trastorn d'excitació sexual femenina", que separava les dificultats del desig de les de l'excitació. Aquesta doble conceptualització es feia ressò del model de 1979 de Helen S. Kaplan, que afegia el desig mental al model lineal de la resposta sexual humana de Masters i Johnson de 1966. Aquestes dues denominacions del DSMIV, en el DSMV són substituïdes per un únic trastorn que es diu "Trastorn d'interès / excitació sexual" i respon al model circular teoritzat per Basson, el 2001. Segons aquest model, en ocasions el desig mental pot precedir l'excitació física, però també el contacte i l'excitació física poden generar desig sexual.

Com es va argumentar (Garriga, 2014), el problema que pot generar aquesta nova categoria diagnòstica és que abundi en la posició de submissió de la dona. Perquè:

Tot i que Brotto (2010) argumenta que "interès" descriu millor que "desig" a les dones, perquè "emfatitza un constructe més ampli que les connotacions més biològiques d'impuls' del desig sexual", l'acceptació d'una flexibilitat i receptivitat sanes de les dones demana preguntar-se quina és la línia entre flexible i confusa. Quina és la veritat del desig d'una dona. Ha de confiar en el seu estat "psicològic" o en el "físic" (com si fossin separables per a tothom)? Ha de confiar en la seva parella per fer-li saber quan ser sexual? Els discursos al voltant de la receptivitat "sana" i de la desconexió femenina natural entre l'excitació objectiva i la subjectiva són problemàtics perquè són interpretats com evidències de la "complementarietat" del desig entre homes i dones, on per complementarietat s'entén que l'home comença i la dona respon. Aquestes narratives poden ser perjudicials per a les dones. Si entenem per receptivitat femenina la "propensió a posar-s'hi [a l'activitat sexual] malgrat l'absència de desig sexual en aquest instant", utilitzar la receptivitat com a senyal de desig sexual pot reforçar les demandes dels homes i fomentar el sexe coactiu en les relacions heterosexuales; també pot promoure experiències sexuals traumàtiques, i devaluar encara més la ja tèrbola noció de consentiment.

Malgrat les crítiques, aquest model recull una realitat de la sexualitat femenina, que ha estat molt desenvolupada en el llibre "Deseo" (de Béjar, 2011), que ofereix una altra manera de mirar-ho per ajudar a despertar el desig en les dones pel seu propi plaer, ja que el treball ja citat de Laumann (de 1999), segons el qual el 43% de les dones de 18-59 anys patien algun tipus de trastorn, afegeix que el més prevalent és la manca de desig, i que aquest afecta al 33% de les dones (no tenim dades per a l'estat espanyol). Aquesta xifra és escandalosament alta i algunes estimacions l'eleven encara més, el que ens hauria de fer preguntar què està passant perquè tantes dones no contemplin aquesta falta com un problema (*distress*).

En realitat Schifren (2008) en un nou estudi sobre 31.851 dones, va afegir a la seva enquesta una pregunta sobre el malestar (*distress*) i els resultats van mostrar una prevalença de problemes sexuals creixent per grups d'edat: 27.2% grup 18-44 anys, 44.6 % grup 45-64 anys, i 80.1% de 65 cap amunt. Però només ho vivien com un problema el 8,9%, el 12,3% i el 7,4% respectivament. El que posa de manifest que per a moltes dones la falta de desig no interfereix en el seu benestar.

La manca de desig femení és molt comú. I té a veure amb aspectes molt variats i dispars:

- Manca de testosterona
- Insatisfacció pròpia (amb les pròpies tasques o responsabilitats)
- Insatisfacció en la relació (per qüestions de dedicació a les tasques comunes, a les necessitats dels fillxs, per maltractaments psicològics, físics o sexuals, ...)
- Cansament i/o estrès
- Psicopatologia (ansietat, depressió, estrès posttraumàtic, narcisista, borderline, psicosi, ...)
- Per ressentiment amb la parella
- Per actitud sacrificial, renúncia al propi plaer.

La indústria farmacèutica està treballant intensament per proporcionar solucions: **Intrinsa**, uns pegats de testosterona que es van distribuïnt a través de la pell, cars i d'ús diari, i que, a la llarga pot incrementar el risc de càncer de mama i riscos cardiovasculars. **Tefina**: Spray nasal de testosterona, d'ús puntual, que cal esnifar d'una a dues hores abans de l'activitat sexual; **Lybrido** (testosterona i sildenafil) que influeix sobre el desig i sobre el flux sanguini del clítoris, vulva i vagina (el mateix principi del Viagra) i **Lybridos** (testosterona i buspirona), que a més de al desig apunta a la motivació (en dones que tenen mecanismes inhibitoris al sexe, fins i tot disfuncions sexuals, degudes a l'excés de serotonina que produeixen els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina), que estaran disponibles a 2016. Un altre medicament en estudi que ha estat aprovat per la FDA al juny de 2015 és la **Flibanserina**, un mal antidepressiu que es va veure que funcionava com a inductor de la libido.

També hi ha una autora: Leonore Tiefer, autora de "Sex is not a natural act" (2a edició el 2004) que justament fa campanya en contra de la Flibanserina dient que el concepte de disfunció sexual femenina és un constructe artificial fomentat per la indústria farmacèutica i per una societat sexista que exigeix a les dones uns nivells de libido superiors al que és natural (amb tots els problemes que la paraula natural comporta).

S'ha trobat que la píndola anticonceptiva redueix els nivells de testosterona, sense excepció. Els dèficits d'andrògens també estan associats amb pèrdues de densitat òssia i massa muscular, a més de pitjor estat d'ànim i benestar físic.

D'altra banda Francisco Cabello (2002), sexòleg de Màlaga, afirma que la relació entre libido i testosterona existeix, però que està plena d'excepcions. Ell té pacients als quals disminueix farmacològicament els nivells de testosterona i no perden ni una mica de desig (pederastes, hipersexuals, ...). El que ens porta de nou als factors psicològics, socioculturals i de parella, que tenen a veure

amb la falta de desig.

Manca d'excitació i lubricació: La manca d'excitació i de lubricació també són malestars femenins. La pèrdua d'estrògens després de la menopausa comporta una disminució significativa de la lubricació. Les teràpies supletòries d'estrògens milloren la lubricació i la resposta sexual, però estan clarament associades a un increment de casos de càncer. Una solució fàcil i segura és un bon lubricant. La teràpia sexual és indicada quan persisteix la falta d'excitació.

Vaginisme i dolor en el coït (disparèunia): El dolor en el coït pot estar causat per malformacions, infeccions, falta de lubricació, ... i per vaginisme. Que és una contracció involuntària dels músculs del sòl pèlvic tancant la vagina i impeding qualsevol tipus de penetració, inclòs un tampó.

L'opinió més comuna és que el vaginisme té causes psicològiques i que s'origina per ansietat i temor a la trobada sexual, per experiències traumàtiques o anticipació de dolor en el coït. Pot ser causa de lesions musculars o nervioses. La psicoteràpia per eliminar bloquejos i aversions funciona en molts casos. També l'ús de botox. Un dels tractaments més comuns consisteix en una sèrie de dilatadors de diferent grandària que la pacient s'ha d'anar introduint progressivament.

b. Disfuncions sexuals masculines

Tornant a l'estudi de Laumann (1999) el 31% dels homes deia haver tingut algun desordre sexual en els últims 12 mesos. Els més comuns són la disfunció erèctil i l'ejaculació precoç, després ve l'ejaculació retardada i la manca de desig.

Les dades de l'Estat Espanyol de 2013, de l'Associació Espanyola d'Andrologia, Medicina Sexual i Reproductiva (ASESA) a l'"Atles de la disfunció erèctil a Espanya" mostren que la seva incidència és del 18,9%. Les causes poden ser físiques o psicològiques. A nivell físic, els problemes d'erecció poden indicar una malaltia cardiovascular. La diabetis i la hipertensió també. L'obesitat, el tabaquisme, l'excés d'alcohol, ... tot el que afecti el sistema circulatori. Alguns problemes d'erecció són efectes secundaris d'alguns fàrmacs: com de la hipertensió.

Les causes psicològiques més habituals són la depressió, l'estrès, els problemes de parella i el bloqueig que genera l'ansietat escènica (seria el cas dels homes joves o adults que, tot i sentir-se mentalment excitats, insegurets, nervis o pors provocats per experiències traumàtiques anteriors els impedeixen l'erecció

en el moment de l'acte sexual). En el context d'una relació estable, una teràpia sexual hauria d'ajudar. En algú sense parella és més difícil. En aquest cas l'ajuda de fàrmacs per a facilitar l'erecció podria ser útil. Hi ha: **Tadalafil**, que es comercialitza com a **Cialis**, actua augmentant el flux sanguini al penis en presència d'estimulació sexual. Cal ingerir aquest fàrmac 30 minuts abans. **Vardenafil**, que rep el nom comercial de **Levitra**, actua augmentant el flux sanguini en el penis sempre en presència d'estimulació sexual. La seva administració s'ha de fer entre 25 i 60 minuts abans de començar. **Sildenafil**, conegut com **Viagra**, actua potenciant el reg sanguini del penis, facilitant així l'erecció. S'ha de prendre una hora abans de començar. **Avanafil**: un nou producte amb nom comercial d'**Stendra**, actua millorant la vasodilatació, responsable que la sang arribi de forma adequada al penis per produir així l'erecció. Funciona en tan sols 15 minuts després de la seva ingesta.

Ejaculació precoç: Alguns homes ejaculen sense control en el mateix instant de la penetració, i després tenen el període refractari fins a poder tornar a tenir una erecció. Aquest problema afecta seriosament la confiança i la seva vida sexual i la de les seves parelles. Les causes situacionals i comportamentals són les més freqüents, però també s'ha associat a nivells baixos de serotonina. El tractament inclou, a més de la teràpia sexual, cremes anestèsiques (amb preservatiu) com Tramadol - analgèsic opiaci-, la Clomipramina (antidepressiu tricíclic que inhibeix la recaptació serotonina i noradrenalina) i els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina: paroxetina, sertralina i fluoxetina, en aquest ordre d'eficàcia.

Ejaculació retardada o anorgàsmia: Entre un 3 i un 5% d'homes poden tenir dificultats per arribar a l'orgasme en alguna època. L'ejaculació retardada és un trastorn de l'orgasme, després d'una fase d'excitació sexual normal, en el transcurs d'una relació sexual. En sexologia es distingeixen dos tipus de problema dins d'aquest trastorn:

- Ejaculació retardada; quan l'orgasme triga molt a arribar, l'home es cansa i el coit es torna massa extens per a tots dos. Tot i que no hi ha un temps marcat, alguns experts indiquen que més 20 minuts podria ser considerat massa llarg.
- Anaejaculació; quan tot i haver molta excitació, no s'ejacula i no hi ha orgasme. Cal distingir de la retroejaculació, on l'home voluntària o involuntàriament ejacula cap a dins, passant el semen a la bufeta i després orinant-lo.

Causes: 1. Físiques

- Problemes en les vies seminals com obstruccions. Això pot passar a causa de infeccions, alguns medicaments i lesions medul·lars.

- Problemes hormonal. L'excés de prolactina, per exemple.
- Cirurgies pelvianes.
- Diabetis mellitus

Totes aquestes causes excepte les lesions medul·lars són de tipus temporal i remeten amb tractament.

2. Psicològiques: Les causes de tipus psicològic poden ser moltes i molt variades com:

- Por a ejacular. El temor conscient o inconscient a ejacular, sigui per no voler fills, por a les MTS ...
- Problemes de parella. L'home pot "castigar" d'aquesta manera a la seva parella, manifestar-li el seu menyspreu o centrar l'atenció en ell.
- Excessiva masturbació amb pornografia d'internet.
- Baixa autoestima.
- Ansietat.

Un home que tot i que se senti excitat té problemes per arribar a l'orgasme, pot saber si la causa és física o psicològica. A més pot diferenciar si li passa en totes les ocasions, amb totes les tècniques o en la masturbació en solitari. Si la causa és física té lloc en el 100% de les ocasions.

Manca de desig: També anomenada "andropausa" a causa de la pèrdua progressiva d'andrògens, a obesitat, consum d'alcohol.

L'alcohol, en dosis moderades, és afrodisíac, però en major quantitat produeix la paradoxa de sentir-se molt excitat però tenir dificultats per arribar al clímax.

El llibre de Fco. Cabello (2002) abans esmentat proposa tècniques per ajudar en totes les dificultats sexuals, incloses les indicacions farmacològiques adequades.

c. Viure la sexualitat amb "agència"

De Bejar, (2001) va publicar un llibre que s'ha reeditat en 2006 com "El teu sexe és encara més teu" i que porta més de 300.000 exemplars venuts. És un llibre que té el mèrit de ser de sexualitat per a dones, però que és molt útil que també llegeixin els homes perquè desmitifica molt bé la fantasia de "la bella dorment" i el "príncep blau" en la sexualitat. Aquesta obra apel·la a l'**agència** (o capacitat d'acció) de les dones pel seu gaudi compartit; deixa de fer caure la responsabilitat del que passa al llit als cavallers; sap donar la importància que mereix al clítoris; mostra amb il·lustracions com fer-se responsables del propi plaer a les dones, encara que estiguin en companyia.

El llibre planteja les incongruències del model de sexualitat femení: *por* a no agradar, de no estar a l'altura per no gaudir com *hauria de ser* (clitoridianas?, vaginals?); *no demanar*, però fer o deixar-se fer, més preocupades pel plaer de l'altre que pel propi; *fingir*: orgasmes, per no quedar malament o ferir els seus sentiments, o perquè "acabi ja"; menor libido de les dones versus *incontenible necessitat de "descàrrega"* d'ells; la doble moral que valora al donjuan i degrada com fresca o puta a la que fa el mateix.

També explica la història de Lilit. Lilit va ser la primera dona d'Adam, a qui va abandonar quan aquest va intentar forçar-la. El Senyor la va castigar a perdre cent fills cada dia. Amb aquesta història l'autora mostra que hi ha hagut dones amb agència però que han estat silenciades de la història. En canvi s'ofereix Eva, la seva segona dona, com a antimodel (perquè volia saber) -en realitat com a pecadora mortal- i a la Bella Dorment, Blancaneus o Pretty Woman com a model: que sense un home que les salvi no són res.

De Béjar proposa que les **dones s'han de responsabilitzar de la qualitat de la seva vida, del seu plaer**. Ells també hi sortiran guanyant. Per això, han de conèixer el seu cos, estar a l'última en informació sobre sexualitat, plantejar-se què volen a nivell sexual i comunicar-ho a les seves parelles.

El model de sexualitat dominant també és inhumà per a ells: que el penis sigui el centre del seu univers, que compleixi amb les característiques de longitud, gruix, durada de l'erecció i eficàcia en provocar orgasmes femenins mitjançant la còpula. I quan falla el penis? Molts homes després d'una punxada creuen que la seva vida sexual s'ha acabat i hi renuncien per por de veure la seva virilitat qüestionada.

De Béjar explica la història d'una trobada sexual amb la que mostra la crua realitat del model de sexualitat patriarcal. En aquest exemple Julia -la noia- apareix: insegura per la suposada lletjor del seu cos; indecisa per por a "què pensarà de mi"; preocupada perquè triga massa a estar preparada; nerviosa per estar a l'altura i satisfer-lo; i angoixada per no cansar-lo o semblar massa pidolaire. I proposa com a solució a aquest cúmulo de despropòsits **l'agència** esmentada anteriorment.

6. Les novetats en la sexualitat en l'actualitat

Actualment hi ha un fenomen que no està prou estudiat perquè és molt recent (Wolf, 2013; Wilson, 2006). Wilson anomena al porno per Internet "El major experiment global inconscient que mai s'hagi dirigit".

a. El porno a Internet

Des que en tot el món occidental es disposa de connexió a Internet de banda ampla, que permet poder visualitzar imatges a l'instant, la pornografia ha agafat unes dimensions esgarrifoses. Diferents per als homes i per a les dones. Segons un estudi publicat a *The Journal of Adolescent Research*, (Wright, 2013) nou de cada deu homes joves consumeix pornografia, un terç de les noies també ho fa. Els xavals abans dels 10 anys ja han buscat en les pàgines porno.

Wolf i Wilson expliquen que com a resultat d'aquesta invasió d'imatges pornogràfiques, cada vegada més dures, al cervell masculí se li creuen els cables. Els adults i els adolescents no saben fins a quin punt la pornografia remodela els seus cervells. Hi ha un vídeo excel·lent de Wilson (2015) a la pàgina "Your Brain on Porn" (<https://www.youtube.com/watch?v=7oFVOJf0TzY>), que mostra com es va transformant el cervell pels efectes del consum de pornografia (o d'alcohol, o de cocaïna, o de menjar escombraries) sobre el sistema dopaminèrgic. Aquest treball està inspirat en les tesis de Doidge (2008) que es resumeixen a continuació.

El sexe "normal" ja no resulta prou estimulant per a molts homes usuaris habituals de pornografia. Busquen la penetració anal (sovint violenta) i el clímax anal com a "objectiu" de l'acte sexual.

Pels nois, el problema també és seriós. La masturbació crònica davant imatges sexuals els desensibilitza. El que dona lloc a una recerca d'estímuls més forts (imatgeria més intensa i cridanera), i a la típica escalada en l'ús de les addiccions, d'una banda; i a seriosos problemes de disfunció erèctil i ejaculació retardada, de l'altra.

La pornografia s'ha convertit en una rival destructiva per a les dones i per a les capacitats sexuals dels homes. Hem de dir clarament que el porno per Internet no és sexe, és droga dura. Posa en marxa el circuit de recompensa de la següent manera: l'"efecte Coolidge" explica que als homes (i a les dones també) l'assiduitat d'una parella sexual els apaga el desig sexual, però que amb una nova parella sexual l'ardor torna a fluir, fins que disminueix amb el pas del temps. A nivell de neurotransmissors, el que produeix un estímul nou, és un alliberament de dopamina en el nucli acumbens.

Masturbar-se davant d'imatges pornogràfiques dona lloc, a curt termini, a un increment de la dopamina en el cervell masculí, la qual cosa millora el seu estat

d'ànim durant una o dues hores. S'activa el mateix circuit neurològic que en el consum de cocaïna, o en el joc, que pot donar lloc a una conducta addictiva quan es converteix en un tipus de resposta obsessiu compulsiva. I això passa quan se senten induïts a masturbar-se repetides i successives vegades, fins arribar a perdre interès en altres aspectes de la seva vida i a perdre la capacitat de dominar aquesta necessitat.

Però a més, amb cada orgasme, s'alliberen opioïds, serotonina i endocannabinoïds, la qual cosa produeix, èxtasi, sacietat i relaxació. Amb cada ejaculació successiva, la inhibició es fa més forta (el sistema refractari). Per contrarestar aquest efecte necessiten materials eròtics cada vegada més potents, cosa que els fa addictes a l'orgasme, i a la previsibilitat de la recompensa. Però, ... una excessiva estimulació crònica deixa de resultar satisfactòria. I llavors comença a preguntar-se si les dones amb les que es creua acceptarien participar en aquesta o aquella pràctica sexual. Això dóna lloc a ressentiment, irritació i distanciament emocional en les seves relacions, en no haver-hi coincidència entre la realitat virtual i la realitat física, i fàcilment es veuen afectats altres aspectes de la vida. De manera que el seu sistema límbic el manté fermament convençut que només la droga de la seva elecció li podrà restituir el benestar.

D'altra banda, hi ha gent jove, que no només utilitzen les imatges porno durant les relacions sexuals, sinó que, de vegades, són el que determina i marca el ritme, les postures, els jocs... dels seus encontres sexuals. Qui controla el comandament a distància es converteix en qui defineix el tipus de conducta sexual i el ritme del seu desenvolupament.

Wilson anomena resurrectes als homes que comprenen quina és la causa del seu malestar i deixen de consumir-ne. Necessiten uns dos mesos per recuperar-se, si són grans. Però si són joves, necessiten el doble, de quatre a cinc mesos, perquè el seu cervell està massa estructurat.

Una societat de masturbadors és una població subjugada, que convé a l'*statu quo* perquè adorm la gent, en allò polític, i en allò eròtic, i pel seus efectes inhibidors i depressius. Però també dissociatius, pel que hi hagi de traumàtic.

Ara bé Internet també ofereix molts avantatges: permet a que té dubtes identificar la pròpia orientació sexual; permet, sobretot a les persones trans tenir fòrums en els que dialogar sobre la seva condició sense ser qüestionades, jutjades, o estigmatitzades, sinó tot el contrari. Compartir experiències de transició, recursos per obtenir-la, models, ...

Permet utilitzar les aplicacions per contactar o lligar. Ara amb aquest sistema és molt més fàcil; però sorgeixen altres complexitats, com quan parar, o seguir buscant.

b. Aplicacions per buscar parella:

MiuMeet: MiuMeet permet xatejar amb persones properes perquè les localitza per GPS de forma gratuïta, importar fotos des de l'Facebook i filtrar els seus gustos per afinar més la recerca. Des dels menjars preferits, els hàbits nocturns, les pel·lícules, etc.

Tinder: es basa en creuar-se pel carrer per localització GPS. Llavors apareix la foto de la persona que està a l'aplicació i es pot posar un "m'agrada", si l'altra persona també ho fa, llavors comença la comunicació.

Meetic: Gran web de contactes. Gràcies a l'aplicació de Meetic es pot lligar en qualsevol moment i lloc.

Badoo: Amb Badoo es poden descobrir les afinitats amb milions de persones. Des de qui freqüenta els mateixos bars o clubs, qui compra a les mateixes botigues etc. 100% segura, ofereix una infinitat de possibilitats com el mode invisible, que permet veure perfils sense ser vist/a, crear àlbums de fotos, ...

StreetMatching: Per als que creuen en l'amor a primera vista, permet localitzar geogràficament l'"enamoramant". En un clic, l'aplicació detecta el lloc i l'hora en què ha succeït la trobada de manera que l'usuari només haurà d'acceptar les dades perquè el seu "amor" quedi registrat. Perfecte per portar a un bar, realitzar " fitxatges " i esperar que siguin correspostos.

Social Flirt: Amb ella pots trobar gent compatible i propera. Milions de perfils d'usuaris i test de compatibilitat asseguren poder trobar exactament el que la persona està buscant. Es necessita una mica de temps per omplir el perfil, però val la pena fer-ho, perquè a més detalls millors possibilitats.

LovePark: Per lligar, xatejar, tenir cites i sobretot trobar la mitja taronja. Totalment gratis, sense necessitat de donar el correu electrònic ni cap altra dada. Per molts una de les millors, més fàcils i senzilles d'utilitzar.

Grindr: Grindr Xtra és una manera simple, ràpida i gratuïta de trobar nois gais, bi o curiosos per sortir, socialitzar i fer amics usant l'iPhone. Identifica la

ubicació física i permet pujar fotos i xatejar amb els nois que estiguin més a prop. Està prevista la sortida de l'app per a heterosexuals.

Qrush: Aplicació bastant senzilla, exclusiva per a noies que busquen conèixer a altres noies. Té, al seu xat, un apartat on llegir notícies, un administrador de l'aplicació i un apartat en el qual veure els perfils de les noies que es troben al voltant de la zona de la persona que el fa servir, organitzades per ordre de proximitat.

Ashley Madison: Ashley Madison ofereix la possibilitat de connectar des de qualsevol punt del món per poder tenir una infidelitat a la carta. L'avanç de la tecnologia i el poder accedir a la web des d'un telèfon mòbil privat és un dels millors avantatges que ofereix Ashley Madison per als/les seus usuaris, ja que protegeix encara més la privacitat del registrat i no deixa empremtes digitals a l'ordinador personal. (O això creien, fins que es van donar a conèixer).

Breakupnotifier: Aplicació per a Facebook. Avisa per email quan la noia o noi que a unx li agrada torna a estar solterx. Després d'indicar els perfils de la xarxa social en què unx està interesadx, breakupnotifier analitzarà l'estat fins a detectar un canvi, moment en el qual avisarà que ja poden començar a desplegar tots els encants.

Aplicacions per a parelles: *Couple, Avocado i Between:* tenen un calendari propi, un xat privat i la possibilitat d'intercanviar arxius.

SimplyUs: ajuda a organitzar les tasques domèstiques, amb llistes i recordatoris.

Kindu: revifa la passió, conté propostes de jocs i reptes sexuals.

Fix a Fight: transmet l'estat d'ànim a la parella i ofereix consells per reparar la situació.

Desrire42: potenciar la sexualitat com un joc.

Happyweek: un calendari ple de propostes sorpresa destinades a tenir cura d'una relació.

7. La sexualitat en les dones grans (a partir dels 50)

El 2013 Freixas va publicar una investigació que havia realitzat sobre una mostra de 730 dones de 50 anys en endavant amb la qual va mostrar que ni la sexualitat ni el desig desapareixen mai, particularment si aquestes dones tenen una relació empàtica i amorosa, amb complicitat i intimitat; que són el substrat

sobre el qual recolzen el desig. També va trobar que el 40% de les dones de 70 anys de la mostra practiquen la masturbació.

També, que tenen una visió de la parella "desidealitzada". Moltes ja han viscut moltes coses. Valoren la companyia, la cura, el fet de tenir parella, però moltes desitgen relacions amb compromís afectiu, però sense quotidianitat. Busquen una persona empàtica, afectuosa, afectiva, que respecti la llibertat, i que sigui afí en valors i aficions; altres, les menys, desitgen una trobada sexual sense compromís afectiu.

A l'altre extrem, a moltes no els resulta fàcil tenir o desitjar una vida sexual, per múltiples raons, entre altres, perquè els costa acceptar l'autoerotisme, o perquè ni els/les fillxs ni les residències (en cas de viure en aquests contextos) faciliten la sexualitat.

Referències:

Aron L. & Starr, K. (2011), "Was it good for you?" *Psychoanalytic Dialogues*, 21(4), 409-413.

----- (2013), *A Psychotherapy for the People*, New York & London: Routledge.

Baron-Cohen, S., Lutchmaya, S. & Knickmeyer, R. (2004), *Prenatal Testosterone in Mind: Amniotic Fluid Studies*, Massachusetts Institute of Technology.

Bastian, B., Jetten, J., Stewart, E. (2013), "Physical pain and guilty pleasures", *Social Psychological and Personality Science*, 4:215-219.

Benjamin, J. (1988), *The bonds of love*, New York: Pantheon Books.

----- (1995), *Like Subjects, Love Objects*, New Haven: Yale University Press.

----- (1998), *The shadow of the other*, New York & London: Routledge.

Bergner, D. (2013), *¿Qué quieren las mujeres? Últimas revelaciones de la ciencia sobre el deseo sexual femenino*, Barcelona: Ediciones Destino.

Berman, J. & Berman, L. (2001), *For Women Only. A Revolutionary Guide to Reclaiming Your Sex Life*, London: Virago Press. Traducción (2002), *Sólo Para Mujeres*, Barcelona: Planeta.

Berman, L. (2010), *It's Not Him. It's You! How to Take Charge of Your Life and Create The Love and Intimacy You Deserve*. New York: DK.

- Bleichmar, H. (1997), *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona: Paidós.
- (2008), "La esclavitud afectiva. Clínica y tratamiento de la sumisión". *Aperturas Psicoanalíticas*, 28.
- Bourdieu, P., 1998 *La dominació masculina*, Barcelona: Edicions 62.
- Brotto, L. A. (2010), "The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women", *Archives of Sexual Behavior*, 39, 221-239.
- Brotto, L. A., Yule, M. A. (2011), "Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women", *archives of Sexual Behavior*, 4(4):699-712.
- Butler, J. (1993), *Cuerpos que importan*, Barcelona: Paidós, trans. 2003
- (2004), *Deshacer el género*, Barcelona: Paidós, trans. 2006.
- (2006), *Precarious Life*, London: Verso.
- Cabello, F. & Lucas, M. (2002), *Manual Médico de Terapia Sexual*. Madrid: Psimática.
- Campbell, D. "Founders of British obstetrics were 'callous murderers'". *The Guardian*, 7-2-2010.
- Cohler, B. J. & Galatzer-Levy, R. M. (2014), "El momento histórico en el análisis de los hombres gais", *Aperturas Psicoanalíticas*, 48.
- Corbett, K. (2009), "Little Hans: Masculinity Foretold", *The Psychoanalytic Quarterly*, Vol. 78(3), p. 733-764.
- (2011), *Gender Regulation*, presentación en el Panel de Género, en el congreso de la IARPP en Madrid. Texto completo: Garriga, C. (Coord.) (2011). Teoría del género para el siglo XXI: no lineal, desecho, queered, relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 429-455.
- Corbett, K., Dimen, M., Goldner, V. & Harris, A. (2014), "Talking Sex, Talking Gender – A Roundtable", *Studies in Gender and Sexuality*, 15:295-317.
- Coria-Ávila, G. A. (2012), "The role of conditioning on heterosexual and homosexual partner preferences in rats", *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 2:17340.

Chivers, M. L. et al., (2007), "Gender and sexual orientation differences in sexual response to the sexual activities versus the gender of actors in sexual films", *Journal of Personality and Social Psychology*, 93: 1108-1121.

----- (2012), "Effects of gender and relationship context in audio narratives on genital and subjective sexual response in heterosexual women and men" *Archives of Sexual Behavior*, 41(1):187-197

Chodorow, N. (1978), *El ejercicio de la maternidad*, Barcelona: Gedisa (1984).

----- (1994), *Femininities, Masculinities, Sexualities, Freud and beyond*. London: Free Association Books.

----- (1999), *The Power of feelings*, New Haven & London: Yale University Press.

----- (2012), *Individualising Gender and Sexuality*, New York & London: Routledge.

de Beauvoir, S. (1949), *Le deuxième sexe*, Paris: Gallimard.

de Béjar, S. (2001), *Tu sexo es tuyo*, Barcelona: Plaza y Janés. Reeditado (2006), *Tu sexo es aún más tuyo*.

----- (2011), *Deseo. Cómo mantener la pasión y resolver las diferencias sexuales*. Barcelona: Planeta.

de Iceta, M. (2003), "Diferencias cerebrales en función del sexo", *Aperturas Psicoanalíticas*, 15.

de Iceta, M. & Soler, M^a. A. (2014), "Aproximación al abordaje psicológico y psiquiátrico de las variaciones en la identidad de género a raíz de los avances legales en su despatologización", *Aperturas Psicoanalíticas*, 47.

Diamond, L. M. (2008), *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*, Cambridge: Harvard University Press.

Diamond, J. (2012), *El mundo hasta ayer*, Barcelona: Debate.

Dimen, M. & Goldner, V. Eds. (1991) *Gender in Psychoanalytic Space*. Hillsdale: The Analytic Press.

Dimen, M. (2003), *Sexuality, Intimacy, Power*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.

----- (2011), "*Lapsus Linguae*, or Slip of the Tongue. A sexual violation in an analytic treatment and its personal and theoretical aftermath", *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. 47(1):35-79.

----- (Ed.), (2011), *With Culture in Mind*, New York & London: Routledge.

Dingfelder, S. F. (2011), "Understanding Orgasm", *American Psychologist*, 42(4), 42-45.

Dio Bleichmar, E. (1997), *La sexualidad Femenina. De la niña a la mujer*, Barcelona: Paidós.

----- (2002), "Sexualidad y género: nuevas perspectivas en el psicoanálisis contemporáneo", *Aperturas Psicoanalíticas*, 11.

----- (2005), "¿Histeria infantil o grados variables de sexualización externa? Historia de Déborah", *Aperturas Psicoanalíticas*, 19

----- (2006), "¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas", *Aperturas Psicoanalíticas*, 24.

----- (2010), "Las teorías implícitas del psicoanalista sobre el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 34.

----- (2010), "Otra vuelta más sobre las teorías implícitas del analista sobre el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 36.

----- (2011), "Diversidad sexual. Cuestionario a Emilce Dio Bleichmar", *Aperturas Psicoanalíticas*, 38.

----- (Coord. 2011), *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*, Barcelona: Octaedro.

Doctors, Sh. (2007), "Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia", *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.

Doidge, N. (2008), *The Brain that Changes Itself*, London: Penguin.

Elise, D. (2009), "Sexo y vergüenza: la inhibición de los deseos femeninos". *Aperturas Psicoanalíticas*, 32.

Drescher, J. (2015), "Gender Policing in the Clinical Setting: Discussion of Sandra Silverman's 'The Colonized Mind: Gender, Trauma and Mentalization'", *Psychoanalytic Dialogues*, 25(1):67-76.

- Estupinyà, P. (2013), *S=EX2. La Ciencia del Sexo*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Fausto-Sterling, A. (2000), "The Five Sexes Revisited", *The Sciences*, Vol. 33(2), July.
- Fisher, H. (1992), *Anatomy of Love: The Natural History of Monogamy, Adultery, and Divorce*, New York: W. W. Norton.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press
- Foucault, M. (1963), *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- (1976), *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- (1984a), *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- (1984b), *Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí*. Madrid: Siglo XXI. Trad. 2005.
- Freixas, A. (2013), *Tan Frescas*, Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1896), "La etiología de la histeria", p. 299-316, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1905), "Tres ensayos para una teoría sexual. La sexualidad infantil", p.1195-1216. *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1909), "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso 'Juanito')", p. 1365-1440.
- (1924), "La disolución del complejo de Edipo", p. 2748-2751, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1931), "Sobre la sexualidad femenina", p. 3077-3089, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1932), "La feminidad", p. 3164-3178, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1937), "Análisis terminable e interminable", p. 3339-3373. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Garriga, C. (2004), "Género, violencia y sexualidad", *Aperturas Psiconalíticas*, 17
- (2007), "Elementos para el abordaje analítico del género y la sexualidad contemporáneos", *Aperturas Psicoanalíticas*, 27.

- (2008), Elementos para el abordaje analítico del género y la sexualidad contemporáneos
2. Judith Butler, *Aperturas Psicoanalíticas*, 28.
- (2009), Aplicaciones del modelo relacional a las subjetividades femeninas contemporáneas, en concreto a la maternidad, más allá del destino biológico y psicológico. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (1): 150-164
- (2010), Vicisitudes del concepto de género en el psicoanálisis (1ª parte), *CeIR on-line*, Vol. 4(1): 104-141.
- (2011), "Reflexiones acerca de la "cura" y de los mecanismos de acción terapéutica desde un enfoque de género. Viñetas clínicas", *Aperturas Psiconalíticas*, 37.
- (Coord.) (2011). "Teoría del género para el siglo XXI: no lineal, desecho, queered, relacional". *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 429-455.
- (2012), "La transmisión intergeneracional del trauma. Caso María". *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 602-619.
- (2013), "La parentalidad y la sexualidad en el desarrollo adolescente sano". *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2): 288-295.
- (2014), "La bondad y la ética del cuidado en la subjetividad femenina. Implicaciones del DSM-V para la sexualidad de las mujeres", *Aperturas Psicoanalíticas*, 46.
- (2015), "¿Por qué ser feliz cuando puedes ser normal? Acerca de las variaciones de género y las sexualidades en el psicoanálisis relacional. Viñeta clínica". Presentación en Jornadas AB: <http://personal.ilimit.cat/cgarriga>
- Georgiadis, J. R. (2012), "The human sexual response cycle: Brain imaging evidence linking sex to other pleasures", *Prog Neurobiology*, 98(1): 49-81.
- Goldner, V. (1991), "Toward a Critical Relational Theory of Gender". En: Dimen, M. & Goldner, V. Eds. (1991) *Gender in Psychoanalytic Space*. Hillsdale: The Analytic Press.
- (2003) "Ironic Gender/Authentic Sex", *Studies in Gender and Sexuality*, 4(2): 113-139.
Traducción: (2009), "Género irónico/sexo auténtico" *CeIR on-line*, Vol.3(3): 619-637.

- Gorski, R. *et al.* (1978), "Evidence for a Morphological Sex Difference Within the Medial Preoptic Area of the Rat Brain", *Brain Research*, June.
- Gräfenberg, E. (1950), "The role of Urethra in female orgasm", *The international Journal of sexology*, 3(3):145-148.
- Harris, A. (2005), *Gender as Soft Assembly*, Hillsdale: The Analytic Press.
- Huynh, H. K., Willemsen, A. T., Lovick, T. A. & Holstege, G. (2013), "Pontine control of ejaculation and female orgasm", *J. of Sex. Med.* 10(12):3038-48.
- Hyde, J. (2005), "The gender similarities hypothesis", *American Psychologist*, 60(6):581-592.
- Imperato-McGinley, J. *et al.* (1974), "Esteroid-5-alpha reductase Deficiency in Man: An Inherited Form of Male Pseudohermaphroditism", *Science*, 27 diciembre.
- (1979), "Androgen and the Evolution of Male-Gender Identity Among Male Pseudohermaphrodites with 5a-Reductase Deficiency", *New England Journal of Medicine*, May.
- Inglehart, R. & Welzel, Ch. (2006), *Modernización, cambio cultural y democracia: la secuencia del desarrollo humano*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Intebi, I. V. (1998), *Abuso sexual en las mejores familias*, Barcelona: Granica.
- Janinni, E. A. *et al.* (2014) "Beyond the G-spot: clitorurethrovaginal complex anatomy in female orgasm", *Nature Reviews Urology*, 11, 531-538.
- Kaplan, H. S. (1979), *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. Vol II*. New York: Brunner/Mazel.
- Kernberg, O. (1995), *Love Relations. Normality and Pathology*. New Haven & London: Yale University Press. Traducido: *Relaciones Amorosas. Normalidad y Patología*. Barcelona: Paidós.
- Komisaruk, B. R. *et al.*, (2004), "Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves", *Brain Research*, 1024(1-2): 77-88.
- (2005), "Functional MRI of the brain during orgasm in women", *Annual Review of Sex Research*, 16: 62-86.

- (2011), "Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence" *The Journal of Sexual Medicine*, 8(10): 2822-2830.
- (2012), "A scientist's dilemma: Follow my hypothesis or my findings?", *Behavioral Research*, 231(2): 262-265.
- Korda, J.B.; Goldstein, S.W. y Sommer, F. (2010), "The history of female ejaculation", *Journal of Sexual Medicine*, 7:1965-1975.
- Ladas, A. K., Whipple, B. & Perry, J. D. (1982), *The G spot: And other discoveries about human sexuality*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Laplanche, J. (2011), *Freud and the Sexual*, London: Unconscious in Translation.
- Laqueur, T. (1990), *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Ma: Harvard University Press.
- Laumann, E. O. et al., (1999), "Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors", *JAMA*, 281(6): 537-544.
- (2005), "Sexual problems among women and men aged 40 to 80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors", *Intl. Journal of Impotence Research*, 17:39-57.
- Lazar, S., Lichtenberg, J. D. (2005), "[Placer sensual, excitación sexual y feminidad: apreciar la respuesta sexual femenina](#)", *Aperturas Psicoanalíticas*, 21
- Layton, L. (2004), *Who's that girl? Who's that boy?*, Hillsdale: The Analytic Press.
- Leknes, S. et al, (2013), "The importance of context: When relative relief renders pain pleasant", *Pain*, 154(3):402-410.
- LeVay, S. (1993), *The sexual brain*, Cambridge: MIT Press.
- (2010), *Gay, straight, and the reason why: the science of sexual orientation*, London: Oxford University Press.
- Lewes, K. (1988), *The Psychoanalytic Theory of Male Homosexuality*, New York: Simon & Schuster.
- López Mondéjar, L. (2003), "Masculino/femenino/neutro. Vicisitudes de la identidad sexual y de género en el adolescencia". *Aperturas Psicoanalíticas*, 15.

- Llanos, M. (2013), "Análisis clínico del personaje de "La mujer habitada" de Gioconda Belli", *Aperturas Psicoanalíticas*, 45.
- Masters, W. H., Jonhson, V. E. & Kolodny, R. C. (1992), *La Sexualidad Humana Vols. 1,2,3*. Barcelona: Grijalbo.
- Money, J. (1975), "Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl", *Archives of Sexual Behavior*, January.
- Notman, M.T. (2006), "Cambios en la orientación sexual y la elección de objeto en la madurez de las mujeres", *Aperturas Psicoanalíticas*, 22.
- Patnaik, A. (2015), "Reserving Time for Daddy: The Short and Long-Run Consequences of Fathers' Quotas" *Social Science Electronic Publishing*, Cornell University.
- Perel, E. (2013), *The secret to desire in a long term relationship*. TEDTalk.
- Puppo, V. (2014), "The G-Spot doesn't exist", article first published online: 26 MAY 2014, DOI: 10.1111/1471-0528.12893. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
- Preciado, B. (2008), *Testo Yonki*. Pozuelo de Alarcón: Espasa Calpe.
- Richters, J., de Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E. & Smith, A. M. A. (2008) "Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, "Somasochism" or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey", *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7): 1660-1668.
- Rosselli, C. *et al.* (2009), "Prenatal Programming of Sexual Partner Preference: The Ram Model", *Journal of Neuroendocrinology*, march.
- Saketopoulou, A. (2014), "To suffer pleasure: the shattering of the ego as the psychic labor of perverse sexuality", *Studies in Gender & Sexuality*, 15(4): 254-268.
- Sedgwick, E. (1990), *Epistemology of the Closet*, Berkeley: University of California Press.
- Shifren, J. (2008), "Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates" *Obstetrics & Gynecology*, 112(5):970-978.
- Skene, A. (1888), *Treatise on diseases of women*, New York: D. Appleton & Co.

- Starr, K. & Aron, L. (2011), "Women on the Couch: Genital Stimulation and the Birth of Psychoanalysis", *Psychoanalytic Dialogues*, 21(4):373-392.
- Sol, J. (2011), *Fake Orgasm*. Barcelona: Zip Films, Cameo.
- Stoller, R. (1968) *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, New York: Science House.
- Štulhofer, A. & Ajduković, D. (2013), "A mixed methods exploration of women experiences of anal intercourse: meanings related to pain and pleasure". *Archives of sexual behavior*, 42 (6), 1053-1062.
- Tiefer, L. (2004), *Sex is not a natural act*, (2ª ed.). New York & London: Routledge.
- Swaab, D. (2008), "Sexual Orientation and Its Basis in Brain Structure and Function", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, july.
- Tobeña, A. (1995), *El cervell eròtic*, Barcelona: La Campana.
- (2008), *Cerebro y poder*, Barcelona: La Esfera de Los Libros.
- Torres, D. J. (2015), *Coño Potens*, Tafalla: Txalaparta.
- Vom Saal, F. (1989), "Sexual Differentiation in Litter-Bearing Mammals: Influence of Sex of Adjacent Fetuses in Utero", *Journal of Animal Science*, july.
- Wallen, K. (2009), "The Organizational Hypothesis: Reflections on the 50th Anniversary of the Publication of Phoenix, Goy, Gerall and Young" *Hormones and Behavior*, may.
- Wilson, G. (2006), *The great porn experiment*, TEDtalk.
- Whimpissinger, F., Stifer, K., Grin, W. & Stackl, W. (2007), "The Female Prostate Revisited: Perineal Ultrasound and Biochemical Studies of Female Ejaculate", *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5): 1338-1393.
- Wimpissinger, F, Springer, C. & Stackl, W. (2013), "Genital Secretions during Female Orgasm (female ejaculation), *International on line survey: Urology Dept. Rudolfstiftung Hospital, Viena*.
- Wolf, N. (2013), *Vagina. Una nueva biografía de la sexualidad femenina*, Barcelona: Kairós.
- Wright, P. J. (2013), "U.S. males and pornography, 1973-2010: Consumption, predictors, correlates, *Journal of Sex Research*, 50(1):60-71.

Young, L. & Alexander, B. (2012), *Química Entre Nosotros, Amor, Sexo y la Ciencia de la Atracción*. Madrid: Alianza Editorial.

Zaviacic, M. & Ablin, R. J. (2000), "The female prostate and prostate-specific antigen. Immunohistochemical localization, implications of this prostate marker in women and reasons for using the term 'prostate' in the human female", *Histology and Histopathology*, 15(1):131-142.

Autora: Concepció Garriga, concepgarriga@gmail.com

<http://personal.ilimit.cat/cgarriga>

d.