

Actualització de coneixements sobre les sexualitats.

Autora: Concepció Garriga

Correu-e: concepgarriga@gmail.com **Web:** www.concepciogarriga.com

El que oferiré avui és un destil·lat de lectures que recull l'evolució i l'estat actual de les sexualitats. Realment hi ha novetats! Parlo de sexualitats pensant en la proliferació de posicions de gènere i en la multiplicitat de possibilitats sexuals que han sorgit a partir del reconeixement de l'acrònim LGBTIA+, que em permetreu que desglossi perquè no m'hi referiré gaire més al llarg de la xerrada



- **Lesbiana**: dona que se sent atreta principalment per dones
- **Gay**: home que se sent atret principalment per homes; a vegades es un terme ampli que es refereix a les persones que se senten atretes principalment per persones del mateix sexe
- **Bisexual**: persona que se sent atreta per persones del seu propi sexe o del contrari
- **Transgènere**: persona la identitat de gènere de la qual difereix del seu sexe assignat en néixer.

- **Transsexual.** Un terme passat de moda que es va originar en les comunitats mèdiques i psicològiques per designar a les persones que han canviat la seva identitat de gènere de forma permanent mitjançant cirurgia i hormones
- **Queer:** un terme paraigües que és més inclusiu que les moltes identitats i varietats de la comunitat LGBTIA+
- **Questioning:** el procés d'explorar i descobrir la pròpia orientació sexual i de gènere i/o l'expressió de gènere
- **Intersex:** persones l'anatomia sexual o els cromosomes de les quals no encaixen amb els marcadors tradicionals de mascle o femella
- **Ally:** Normalment una persona no *queer*, en aquest sentit ampli, que dóna suport i defensa la comunitat *queer*. Una persona de la comunitat LGBT+ pot ser una aliada d'un altre membre que s'identifica diferent d'ells
- **Asexual:** una persona que generalment no sent desig sexual ni se sent atreta per cap grup de persones. No és el mateix que el celibat i té molts subgrups (en parlaré més endavant)
- **Pansexual:** una persona que experimenta atracció sexual, romàntica, física i/o espiritual cap a membres de qualsevol identitat/expressió de gènere, no només per persones que encaixen en el binarisme de gènere estàndard,

Avui em referiré més a les heterosexualitats de persones **cis** (que viuen amb concordança de sexe i de gènere).

1. Una mica d'història (d'on venim)

Durant els primers 1500 de l'era cristiana es considerava que les dones necessitaven satisfacció sexual per a reproduir-se (Wolf, 2013) .

Al llarg de la història 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, 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 del que parlaré més endavant.

De fet es coneix la seva existència des del 1559, de la mà del metge italià Colombo. El clítoris:

1. És més que la punteta.
2. Té un origen embriològic comú amb el penis (retinguem el quadradet de dalt, que el tornarem a veure).
3. S'erecta.
4. Algunes dones també ejaculen (hi dedicarem un apartat).
5. Té al voltant de 8000 terminacions nervioses, a diferència del penis que en té unes 4000 (segons Hellen O'Connell).
6. És l'únic òrgan del cos que té la funció de proporcionar plaer.

Al segle XIX i fins ben entrat el XX els cossos i la sexualitat femenina es trobaven **sota el control mèdic, religiós i patriarcal**, que intentaven que les dones no coneguessin la seva pròpia anatomia ni les seves respostes sexuals. S'afirmava que la masturbació, en ambdós sexes, era causa de tot "un espectre de malalties físiques horribles" que portaven a la bogeria, però s'acarnissaven particularment contra la masturbació femenina per mantenir a les dones ignorants i subjugades.

Però només per a les pobres, perquè les riques acudien en massa als "massatges genitals 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 repressió de la sexualitat femenina.

a. Massatge genital 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. D'aquesta pràctica no se'n parlava en els llibres tot i que el seu ús era molt comú, als USA. (Aquí tristament ens desgastàvem en lluites polítiques i guerres per uns mínims democràtics que mai acabem d'assolir). L'article i el llibre de Karen Starr i Lew Aron (2011, 2013) mostra que el mateix Freud els practicava. En aquests anys hi havia una potent indústria mèdica que consistia en que les dones d'alta posició social diagnosticades d'histèriques anaven al metge on se les masturbava fins l'orgasme. Alguns metges van pastar fortunes amb aquesta pràctica 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 l'orgasme obtingut per massatge genital s'anomenaven paroxisme. I a les dones que no assolien l'orgasme vaginal se les anomenava **frígides**, qualificatiu que tenia una càrrega de menyspreu equivalent a la histèria.

b. Hi va arribar a haver intervencions quirúrgiques, com en el cas de la princesa Maria Bonaparte, que 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".

Avui sabem que al voltant del 30% de les dones tenen orgasmes amb la penetració. El 70% restant poden tenir-los de moltes altres maneres: sexe manual, oral, vibrador, estimulació pits,... o no tenir-ne (entre un 5 i un 10%)

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 que eren per al paroxisme. Hi va haver una onada de repressió que els va guardar a les catacumbes. Tot això, Rachel Maines (1999) ho va trobar casualment en anuncis en revistes de dones del 1906. Hi cercava la història del punt de mitja.

Lamentablement, Freud va fer molt mal. Tot i que les seves troballes sovint eren revolucionàries, per no sacsejar l'*statu quo*, es feia enrere del que anava descobrint. Coneixia la importància de la satisfacció sexual de les dones pel

seu benestar psicològic, coneixia el clítoris i la seva funció en l'assoliment de l'orgasme, però en canvi, proposava un impossible: que el clítoris havia de **cedir la seva sensibilitat** a la vagina (orgasme vaginal), que la sexualitat tenia per finalitat la reproducció, que depenia de la penetració amb consentiment o sense ... **al servei de sotmetre les dones per a gaudi dels seus marits**. De Béjar (2001) arriba a anomenar **ablació occidental** a aquesta mutilació subtil, sense utilitzar el ganivet però amb el mateix resultat: la renúncia al plaer.

Val a dir que la histèria i la frigidesa, com a categories diagnòstiques, han anat desapareixent gradualment de les converses clíniques a mesura que augmentava el reconeixement cultural i l'acceptació del plaer i la satisfacció sexual de les dones. També cal dir que els massatges genitals i el vibradors van ser precursors dels tallers de masturbació de Betty Dodson als EUA dels 80, que va desenterrar l'ús dels vibradors i n'utilitzava les versions contemporànies per facilitar l'obtenció de l'orgasme.

La recuperació del plaer del clítoris ha estat la principal tasca de la sexologia de la segona meitat del segle XX . Vegeu aquest vídeo gratuït a Internet: "El clítoris. Ese gran desconocido"

<https://www.youtube.com/watch?v=Vp8qzTvpk58>

I ara, on som? Iniciació a la sexualitat

Vegem com s'inicien a la sexualitat les noies. I com ho fan els nois. En aquesta presentació deixo de banda les iniciacions gai, lesbiana, bi, ... LGBTIA.

El **#Metoo**, o **#jotambé** i el comportament d'uns individus autoanomenats "el ramat" (no paren de sorgir ramats de depredadors sexuals) ha posat en negre sobre blanc la trista realitat de la iniciació a la sexualitat de moltes nenes/noies/dones.

La Rojals (Vilaweb maig 2018) m'ajuda a redactar: la majoria de dones han vist el primer membre en erecció essent encara molt petites: 6, 7, 8 anys, exhibit per onanistes que les abordaven a casa, al parc, al transport públic.

Imaginem començar a copsar aquella "cosa" nova i associar-la al rebuig, al fàstic, a la por de qui te la branda al davant com una arma. Les nenes no ho poden entendre. Els genera malestar trobar-se davant de penis erectes, trobar-se amb nois que els pugen les faldilles o les toquen pel carrer, a la vegada que s'adonen que sembla que això els hauria de proporcionar plaer. A les noies

se'ls genera **confusió**. També els arriben els mites al voltant de la virginitat, el dolor i la sang.

Encara que s'hagin tocat de molt petites, quan són adolescents a vegades no saben com procurar-se un orgasme, o, si ho saben, quan comencen a tenir relacions no entenen per què el penis del seu xicot els fa mal, o els fa sentir la vagina de suro (el que els passa no s'assembla gens amb com sembla que gaudeixin les dones del porno, o de les pel·lícules romàntiques). **Més confusió i frustració**. Es pregunten: sóc anormal? No funciona? No estic prou enamorada?

Lamentablement, actualment, la primera font d'educació de la canalla és el porno. El porno *mainstream* que veuen està centrat en el plaer i l'excitació de l'home, en el seu desig. És androcèntric, centrat en el coït, en les fel·lacions, i la penetració anal, a vegades violenta, que representa dominació i humiliació de la dona. Tot i així, en aquestes imatges a la dona se la representa gaudint. Quan una noia vol formar part del món i vol ser volguda, es trobarà amb falta de referents reals, i això li farà doble mal: primer perquè s'haurà d'enfrontar amb les primeres parelles que voldran copiar el model porno, i segon, perquè s'haurà d'enfrontar a la resistència del propi cos a unes pràctiques que se suposa que li haurien de plaure i en canvi, li resulten doloroses. Aquest desconcert sovint es tradueix en silenci, passivitat i culpa (que pot semblar consentiment, quan és dolor i "congelació"). Aquí vull recordar que la congelació és una de les tres sortides que té l'organisme davant la violència. Les altres dues són l'atac o la fugida. (El 28 de novembre de 2018 surt una enquesta a la Vanguardia que mostra que l'11% d'universitaris creuen que obligar al sexe no és violència. El 90% de les noies afirmen haver rebut assetjament, abús o agressió).

La manca de referents no supeditats al plaer masculí fa que moltes dones triguin dècades a reconèixer, reivindicar i validar el seu desig (Hesse acaba d'escriure un llibre-còmic on descriu aquest itinerari). Falta molta informació sobre el funcionament del cos de la dona i **les complexitats del seu desig, que ara hi és, i ara no hi és, i no és cap fet paranormal. És ben normal**.

El fet és que: 1. generació rere generació les noies coneixen primer, i més bé, el desig dels homes que el propi,

2. les noies tenen com a referents sexuals els models fantasiosos pensats per al gaudi dels homes

3. han d'emprendre **investigacions de doctorandes** per a descobrir que **el seu desig és perfecte tal com és**, i per trobar l'assertivitat necessària per fer jugar la seva part en les trobades sexuals

Però, com hem vist, la iniciació pot anar molt pitjor, tant per les nenes com pels nens. Pot passar que hi hagi adults al seu voltant, mancats de tot tipus d'escrúpol, que els forcin, fent ús de l'autoritat que els confereix l'adulthood, a pràctiques sexuals completament allunyades de les seves necessitats evolutives: amics de la família, veïns desaprensus, mestres, capellans, guàrdies civils, militars... Tot i que la major part d'abusos són perpetrats a nenes (un 25%), molts nens tampoc se n'escapen (un 15%).

Com diu Rita Segato, quan les societats patriarcals condemnen com a delictes menors les violacions i els feminicidis emeten un missatge de dominació legítima dels homes sobre les dones, contrari a la democràcia i als drets humans més elementals.

Observem el difícil transit a cap a la sexualitat adulta satisfactòria de les dones partint d'aquestes iniciacions **plenes de servitud**, a vegades per força, als desigs "irrefrenables" dels homes. Conceptes profundament inserits a la cultura autoritària i patriarcal.

El nois

Des de ben menuts tenen i veuen el seu desig majoritàriament legitimat en el món. S'inicien en la masturbació entre companys en edats molt primerenques, els 8-9. Perceben tanta permissivitat cap als seus desigs que els anomenen necessitats. A més troben un món tan "congruent" que fins i tot n'hi ha imatges: el porno. Els nens particularment, i algunes nenes, comencen a mirar porno a partir dels 10 anys. Amb efectes ben diferents: als nois els excita satisfactòriament. A les noies els genera dubtes sobre la seva adequació, i demandes sobre el que els nois esperen d'elles no sempre congruents amb que a elles els agrada, el va bé i els dóna plaer.

Concordança vs. no concordança: Aprofito per introduir aquest concepte aquí perquè és una d'aquelles creences errònies que ens han arribat de la mirada androcèntrica. Degut a que els genitals dels homes normalment es comporten de la mateixa manera que el seu cervell: si tenen una erecció se senten excitats (en més del 50% dels casos). Per moltes dones (el 90%) pot no ser així en absolut, és a dir, els seus genitals poden estar secs o mullats, i això pot no indicar res sobre la

seva excitació sexual. D'aquest fenomen se'n diu "no concordança". Cal desfer aquest malentès: lubricació no vol dir desig, i a la inversa, manca de lubricació no vol dir absència de desig.

Esponatani vs. receptiu: També es dona per suposat, perquè els homes experimenten el desig sexual espontàniament (del no-res), que les dones també ho haurien de fer. La realitat és que a vegades el poden experimentar així (el 15%), però és molt més comú que tinguin un desig "receptiu" (en anglès responsive), és a dir, un desig que només sorgeix en un context facilitador concret (85%) per a cada una. En tornarem a parlar quan parlem del desig.

El porno a Internet

Segons un estudi publicat el 2013 nou de cada deu homes joves consumeix pornografia, un terç de les noies també ho fa.

Com a resultat d'aquesta invasió d'imatges pornogràfiques, cada vegada més dures, al cervell masculí se li creuen els cables. 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.

Pels nois és seriós. La masturbació crònica davant imatges sexuals els desensibilitza. El que dona lloc a una recerca d'estímul cada vegada 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. El porno per Internet no és sexe, és droga dura.

Masturbar-se davant d'imatges pornogràfiques dona lloc, a curt termini, a un increment de dopamina en el cervell, la qual cosa millora l'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. Per tant amb cada ejaculació successiva, la inhibició es fa més forta. Per contrarestar aquest efecte necessiten materials eròtics cada vegada més potents, cosa que els fa addictes a l'orgasme, i a la previsibilitat de 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 dona 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.

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.

Però encara hi ha més, el porno a Internet genera que el sexe "normal" ja no resulti prou estimulant per a molts homes usuaris assidus de pornografia, que busquen la penetració anal (sovint violenta) com a "objectiu" de l'acte sexual.

Les educadores dels centres de salut sexual han d'atendre cada vegada a més noies que les consulten per estrips anals. Aquestes noies els expliquen que els nois esperen que elles acceptin practicar aquest tipus de sexe, perquè això és el que veuen a les pantalles. La pornografia contemporània sovint destaca la penetració violenta, i incita un tipus de pràctiques sexuals abusives. En realitat les noies, encara més les curioses, són víctimes d'una forta pressió perquè acceptin aquesta situació com "una nova normalitat", i la literatura tipus "50 ombres de Gray" hi contribueix.

Actualment, també hi ha un porno, que s'anomena feminista i ètic, que intenta canviar-ne l'objectiu i el contingut, per tal que reculli el desig i la satisfacció de les dones; i per tal que no es repeteixi el trauma amb que ha hagut de viure la Maria Schneider de l'"Último tango" –una de les primeres pelis porno que va devenir popular, en que Bertolucci i Brando es van posar d'acord en l'escena de la mantega sense demanar-li consentiment. Erika Lust n'és una pionera

(sueca que resideix a BCN) i el seu porno, que és excitant, representa el plaer consentit. En les seves produccions s'hi mostra una diversitat de cossos, d'edats, de colors de pell i d'orientacions sexuals. S'ha de pagar per veure'n, però ella també proporciona unes condicions dignes, còmodes i en igualtat als actors i les actrius que hi treballen.

Som-hi! Anem a fer la tesi doctoral: Una mica de biologia.

En aquest apartat, vull afirmar que el clítoris i el penis tenen els mateixos orígens embrionaris (com hem vist a la diapositiva del clítoris) i que per això es comporten de manera semblant. De fet, són homòlegs segons Estupinyà (2013) i Nagoski (2015). El cromosoma Y és el responsable que la criatura neixi nen.

Quan un òvul fecundat comença a dividir-se, al principi totes les seves cèl·lules són idèntiques, després s'aniran diferenciant.

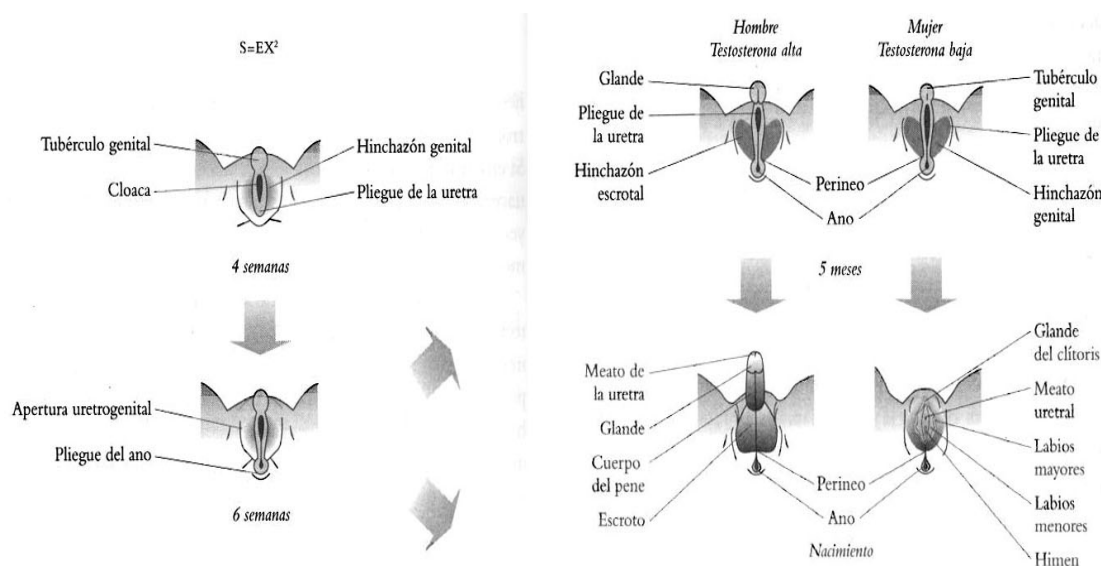


FIGURA 1.1. Desarrollo embrionario de los genitales masculinos y femeninos.

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 cromosoma Y, les gònades es convertiran en testicles. Sinó les mateixes gònades es desenvolupen com ovaris i trompes de Fal·lopi. L'inici de la masculinització global comença a la 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. És fàcil de veure que “poden passar coses” en qualsevol d'aquestes etapes, per això la reducció de sexe a dues categories es queda curta: hi ha les persones intersex.

Els genitals masculins i femenins procedeixen exactament de les mateixes estructures anatòmiques. Penis i clítoris tenen exactament el mateix origen embrionari.

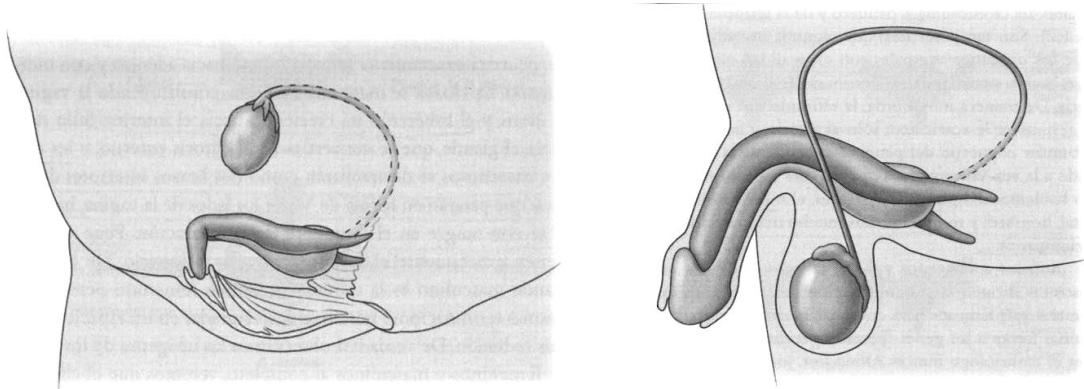
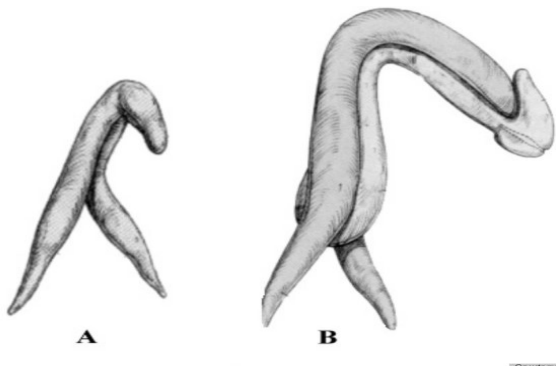


FIGURA 1.2. Estructura comparada del desarrollo del pene y del clítoris y de los testículos y los ovarios.

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 (el fregament) i a l'orgasme: amb contraccions rítmiques d'aquestes estructures que arrossegueu tota la regió pèlvica.

Nagoski (2015) ho diu així: tots i totes estem fets de les mateixes parts, però en cadascú de nosaltres aquestes parts estan organitzades d'una manera única que canvia al llarg de la vida, de manera que tots i totes som iguals, tots i totes som diferents, tots i totes som **normals** en la singularitat.

Model de mecanisme de resposta sexual

Nagoski proposa el “**model de control dual**” de l’Institut Kinsey per explicar la resposta sexual humana. Segons aquest model el mecanisme de resposta sexual dels nostres cervells consisteix en un parell de components universals: **un accelerador sexual** i uns **frens sexuals**, que responen a amplies categories d’estímuls sexuals, com les sensacions genitals, els estímuls visuals, i el context emocional, ... la sensibilitat dels quals varia de persona a persona, de manera que l’excitació sexual, el desig i l’orgasme són experiències gairebé universals, però el quan i el com els experimentem depèn en gran mesura de la sensibilitat dels nostres “frens” i dels nostres “acceleradors” i del tipus d’estimulació que se’ls doni.

Entenem per accelerador allò que fa que el nostre cervell respongui a estimulació “sexualment rellevant”, és a dir, que hagi associat amb excitació (qualsevol cosa que vegis, sentis, ensumis, toquis, tastis o t’imaginis).

Entenem per fre la resposta del cervell a “amenaces potencials” que el cervell interpreta com una bona raó per no excitar-se ara. Aquestes amenaces poden ser qualsevol cosa: estrès, trastorn per estrès posttraumàtic, embaràs no desitjat, temes relacionals o de reputació social. No hi ha estímuls o amenaces “innates”, sinó que l’experiència mostra els frens i els acceleradors a cadascú, que són diferents per homes i dones. Ells tenen uns acceleradors més sensibles i elles uns frens més sensibles, en general, perquè, en paraules d’Olid (2019), a la nostra cultura de tradició cristiana sexualitat equival a reproducció, i, les dones, en tant que podem reproduir-nos sense sentir desig, hem estat les grans excloses de la **sexualitat recreativa**.

Tornem a Nagoski: per tal d’excitar-se sexualment cal que **s’encenguin tots els acceleradors** (els que siguin per a cada persona) i que **s’apaguin tots els frens** (únics per a cada persona).

Els cervells “supervivents” de traumes poden haver après que els estímuls sexualment rellevants són amenaces, de manera que quan se’ls activa l’**accelerador** també premien els **frens**.

L’orgasme

Què és? És l’alliberament sobtat i involuntari de tensió sexual.

L’orgasme és el que passa als genitals, i el que passa en el cervell. Anem a veure un orgasme femení en ressonància Mf, de la mà de Komisaruk: (http://www.thevisualmd.com/read_videoguide.php?id_url=1033607627). En el

vídeo es veu que els punts de llum s'escampen per tot el cervell a mesura que el reg sanguini va augmentant, juntament amb les descàrregues hormonals. Els colors van de granat a blanc, on **granat és menys i blanc més reg**.

En última instància, afirma Komisaruk, **l'orgasme es produeix en el cervell i en els genitals**. Es tracta d'una descàrrega de tensió sexual del SNA acumulada, que resulta en contraccions musculars rítmiques a la regió pèlvica amb acceleració del cor i dilatació dels vasos sanguinis.

Només hi ha un tipus d'orgasme, l'alliberament sobtat de tensió sexual, generat de maneres diferents. Qualsevol orgasme és normal i sà, el seu valor rau en el gust (si ha estat plaent) i en el desig (si volies). Però, anatòmicament el clítoris és l'homòleg del penis, per tant, l'estimulació clitoridiana és la manera més comú de fer que un orgasme tingui lloc.

Un orgasme també és un bany d'hormones, a més de la dopamina, s'alliberen l'oxitocina i la prolactina, responsables del vincle i de la placidesa corporal. De fet, gaudir d'orgasmes millora la salut mental i la física, ja que: reforça el sistema immunitari; rejoyeneix; és bo pel cor; ajuda a dormir i redueix l'estrès.

Pareu atenció que aquest punt és central per la xerrada d'avui: Pels homes, com que l'orgasme està íntimament vinculat a l'ejaculació; que és crucial per la reproducció - per tant és evolutivament significatiu - l'orgasme està inserit en el cablejat (hardware) sexual del cervell i dels genitals masculins.

Per les dones, és un **subproducte**. Com a resultat del fet que els genitals masculins i femenins es desenvolupen homòlogament, l'orgasme també està inserit en el cablejat (hardware) sexual del cervell i dels genitals femenins, però no és necessari per la reproducció ni per l'evolució.

[En altres paraules, les dones **poden** tenir orgasmes per la mateixa raó que els homes tenen mugrons, un subproducte]

Per tant: les dones no **han** de tenir orgasmes, en **poden** tenir si els agrada –estan disponibles en el seu cablejat- però **han d'escollir** si en volen tenir, per plaer! I si en volen aprendre.

Així doncs, el sexe no és una pulsio, com la gana. És un “sistema incentiu de motivació”, com la curiositat. Cal el desig per gaudir-ne.

De fet Nagoski metaforitza el camí per assolir un orgasme espectacular amb un estol d'ocells volant junts. Diu: es tracta de crear un context màximament

favorable. Que necessites mitjons, posa-te'n; ja que tots els estats interns: comoditat física, gana, set, son, soledat, frustració... interaccionen de manera integrada en el teu cervell emocional. Quan un estat –els peus freds, per exemple- interfereix amb un altre -com el desig sexual- es produeix una “integració que resta”. Per tant del que es tracta és de generar “integració que sumi”.

Tornem a l'estol; mirem com funciona. No hi ha cap líder, simplement, cada ocell segueix unes normes tipus: evitar depredadors, volar cap al pol magnètic, volar amb el grup. Quan tots els ocells segueixen aquestes normes l'estol sorgeix sense que sigui responsabilitat de ningú.

Si pensem en el cervell com un estol, i que cada ocell és un impuls, o un incentiu del sistema de motivació (que pot sumar o restar). I si pensem que l'orgasme és un destí –un pol magnètic- cap al que l'estol pot volar; el plaer sexual sorgeix de la interacció entre els diferents ocells. Com més ocells tinguís volant cap a l'orgasme, més gran el plaer que experimentes. En paraules tècniques: **el plaer sexual és una propietat emergent d'un sistema dinàmic complex**. Tot el que ens cal recordar és que el cim del plaer sexual té lloc quan tots els ocells volen en la mateixa direcció. Els orgasmes de més plaer tenen lloc quan cada part de la persona està present i col·laborant en la consecució d'un objectiu comú: l'èxtasi.

Masturbació:

En els anys 40 als USA, 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, que donava tallers o sessions individuals de masturbació (amb o sense vibrador).

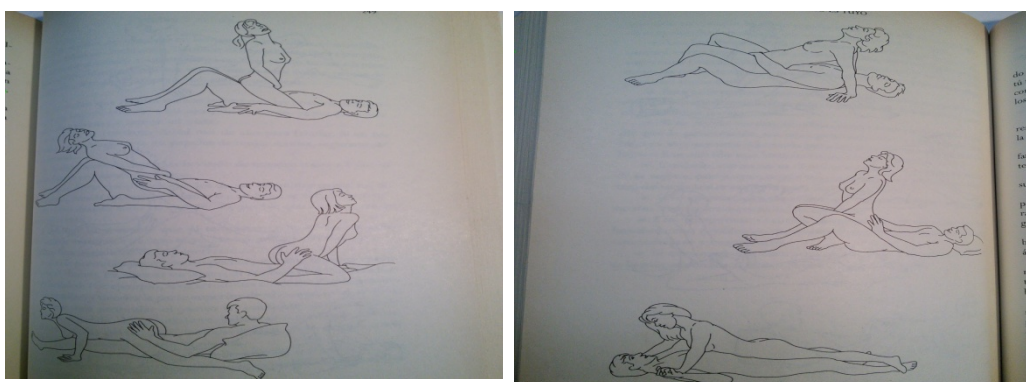
Una funció de la masturbació i de les joguines sexuals és aprendre sobre les reaccions del propi cos. Explorar què produeix més plaer és fonamental per tenir una vida sexual satisfactòria i per a prendre la iniciativa en les relacions de parella.

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. Actualment la joguina sexual de més èxit és el succionador de clítoris.

L'ús de lubricants és d'allò més senzill que es pot fer per millorar el plaer sexual.

Viure la sexualitat amb "agència"

El llibre ja esmentat de de Bejar (2001) "És encara més el teu sexe" juntament amb "Deseo" (2011) va dirigit a desmentir els models de "l'amor romàntic", de la Bella Dorment i la Ventafocs, de que la responsabilitat del que passa al llit és dels homes; que és l'"altre" el que sap. Afirmar que la responsabilitat del propi plaer és de cada persona cap a si mateixa i apel·la a l'**agència** (o capacitat d'acció) de les dones pel seu gaudi; sap donar la importància que mereix al clítoris; i mostra amb il·lustracions com fer-se responsables del propi plaer a les dones, encara que estiguin en companyia.



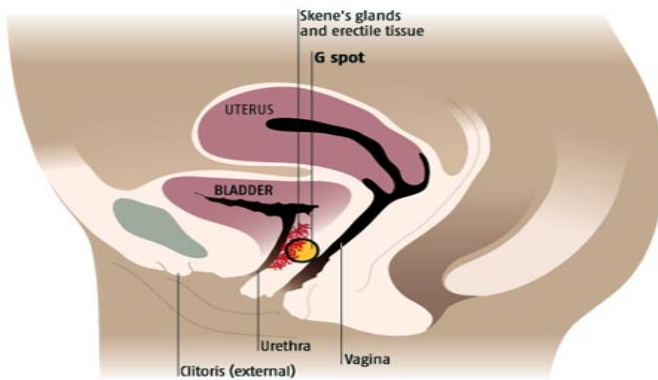
De Béjar (2011) i Berman (2010) proposen que les **dones s'han de responsabilitzar de la qualitat de la seva vida i del seu propi plaer**. El títol/eslogan del llibre de Berman, tan ben trobat: "No és ell, ets tu!" condensa la idea que "el príncep blau no existeix" ni al llit i que la decisió i la responsabilitat de gaudir del sexe és d'una mateixa, si vol, afegeix Nagoski.

Els també hi sortiran guanyant. Per això, les dones que volem gaudir del sexe ens hem de conèixer el cos, estar a l'última en informació sobre sexualitat (fer la "tesi doctoral" de la Rojals), plantejar-nos què volem a nivell sexual, comunicar-ho a les parelles i/o proporcionar-nos-ho.

El model de sexualitat masculina 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 renunciem per por de veure la seva virilitat qüestionada.

THE ELUSIVE G SPOT

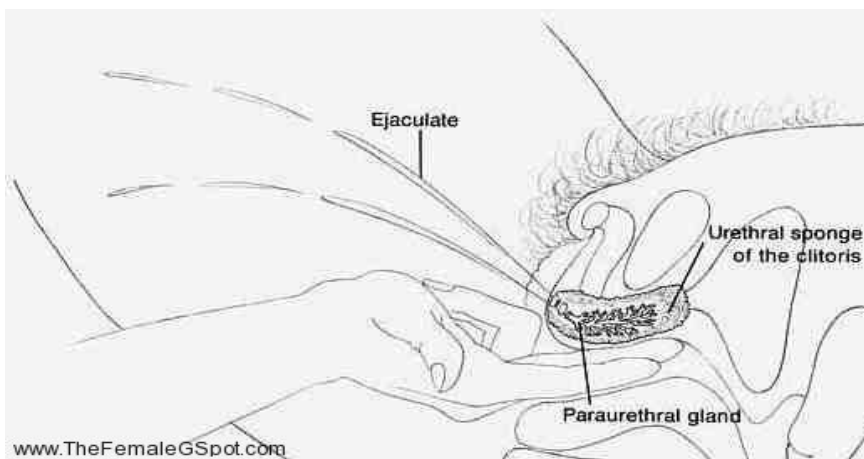
Where it is - if you've got one



El punt G :

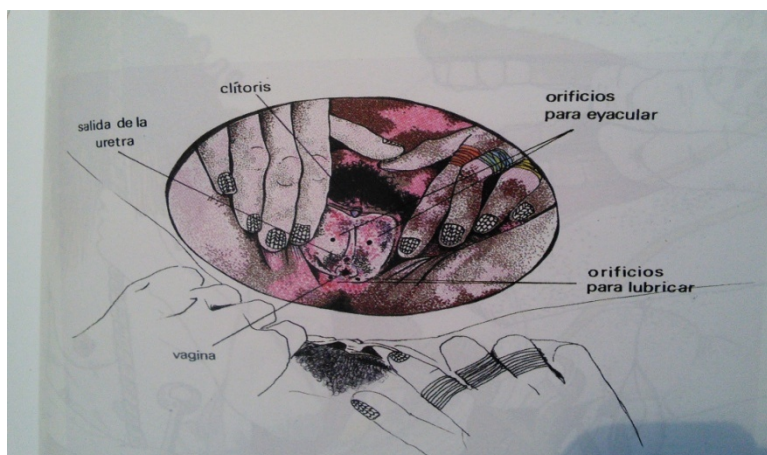
El punt G no existeix (Puppo i Janinni, 2014). El que existeix és la pròstata femenina (també anomenada glàndula parauretral, glàndules de Skene o el punt G), que també és un **subproducte**, de la mateixa manera que els mugrons dels homes i la capacitat orgàsmica de les dones. Degut a que som homòlegs pels orígens embriològics comuns, un òrgan desenvolupat de ple en un sexe, en l'altre existeix com a subproducte evolutiu, n'existeixen **rudiments**, més o menys desenvolupats per a cada persona.

El llibre "Coño Potens" (Torres, 2015) arriba a la mateixa conclusió: és la pròstata femenina, també anomenada "glàndules parauretrals".



El que sí que existeix, en algunes dones, és la capacitat d'**ejaculació (squirting)**, que té unes característiques particulars: segons Torres (2015) l'ejaculació és prostàtica 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

lubrificar. Torres també afirma que l'ejaculació femenina també pot ser retrògrada.



El sexe anal:

Practica habitual per a la majoria dels homes gais que s'ha disparat entre tota la població homo y 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. Hi ha una part de la població a qui els resulta plaent malgrat el dolor.

La freqüència de dolor en una població homosexual: el 41% no dolor, el 32,7% dolor suau, 17,2% moderat, 5,8% sever. A més experiència menys dolor, però per a un sector està sempre present. La penetració anal amb penis, dits o dildos pot ser plaent i pot portar a l'orgasme.

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

Bondadge :

Lligar amb finalitats eròtiques, o BDSM (*Bondadge, Domination / Discipline, Sadism, Masochism*). Les persones que el practiquen ho solen fer en clubs privats:

- 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 (de 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 va trobar una relació entre símptomes psicològics, abusos en el passat o dificultats sexuals i la pràctica de BDSM; el BDSM és una pràctica més, més freqüent entre homosexuals o bi que entre heteros. Però, atenció, perquè **el sadisme amb agressió sexual existeix (com estem veient dia sí dia també), i és una patologia**. El BDSM no és el sadisme sexual consentit sinó la pràctica de jocs sexuals acordats. El BDSM no genera problemes en persones sanes; sí en canvi a persones amb desequilibris emocionals previs.

Aquest tipus de pràctiques s'han convertit en un fenomen amb riscos que els i les psicoterapeutes hem de tractar amb cura, especialment quan les refereixen persones que no han assolit nivells prou alts d'organització subjectiva assertiva. Els límits entre BDSM i les relacions abusives es poden fer borrosos.

Saketopoulou (2014) a "Patir el plaer" argumenta que la sexualitat perversa pot tenir un potencial generatiu. Fixeu-vos en el sentit profund d'aquestes paraules de Butler (2006) "Ens desfem l'un/a a l'altre/a. I si no ho fem, ens perdem alguna cosa ... de manera que quan parlem de 'la meva sexualitat', en realitat volem dir quelcom de complicat, ... la sexualitat no és una possessió, sinó més aviat, una manera de ser desposseïts/ desposseïdes".

Dificultats en la sexualitat

Dificultats amb l'orgasme

Entre el 5 i el 15% de dones tenen malestar al voltant de l'orgasme.

Al voltant del 16% de dones de 28 anys o bé no han tingut un orgasme, o no ho saben. Entre el 5 i el 10% no n'han tingut mai.

Els orgasmes, d'alguna manera, són com anar en bici, són més fàcils d'obtenir per unes persones que per unes altres, i, si una persona no està prou motivada per seguir-ho intentant fins que ho aconsegueixi, no n'aprendrà mai. Hem de convenir que no per això deixa de ser normal. Pot "decidir" que no li interessa.

A la inversa, si està prou motivada per voler-ne tenir, és probable que pugui, amb l'estimulació adequada i en el context adequat. I si una persona pot tenir

un orgasme en un context *ideal*, és probable que pugui en un nou context positiu diferent, com amb la parella, per exemple.

La millor aproximació a superar les dificultats amb l'orgasme és fer que el **plaer** sigui l'objectiu, no l'orgasme.

Manca de desig femení

És molt comú (31%). I pot tenir a veure amb aspectes molt variats i dispars:

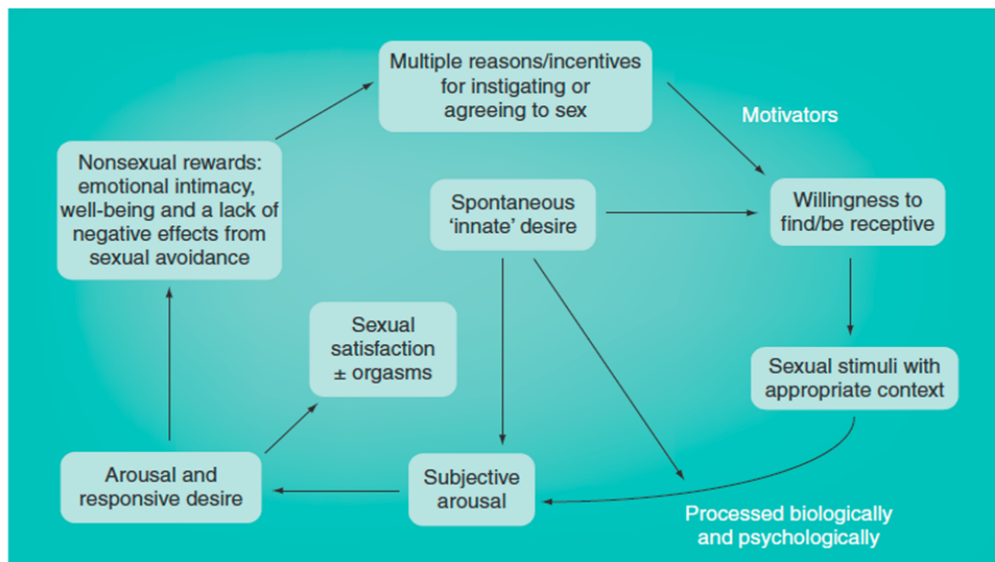
- Manca de testosterona
- Insatisfacció pròpia (amb les pròpies tasques o responsabilitats)
- Insatisfacció en la relació (per qüestions de dedicació a les tasques comunes, a les necessitats dels fillxs, per maltractaments psicològics, físics o sexuals, ...)
- Cansament i/o estrès
- Psicopatologia (ansietat,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

Asexualitat: persones, tant homes com dones, que no senten desig ni atracció sexual per ningú. En canvi tenen sentiments romàntics i l'absència de desig representa un repte a l'hora de mantenir una relació de parella. Algunxs senten aversió cap al sexe, però la majoria senten una indiferència que els permet tenir relacions amb les seves parelles (**demisexuals**) 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 (actualment se'n parla més, i és una manera més de deixar de normatitzar –s'ha de practicar sexe un cop per setmana- i en canvi de normalitzar), molt interessant perquè té en compte la singularitat de cada persona.

He canviat el títol de la meva xerrada per parlar de sexualitats gràcies a la Bel Olid. En el seu llibre ella es dirigeix a totes les opcions sexuals que actualment es practiquen amb tota llibertat, per això parla de sexualitats i amplia l'espectre de les relacions a totes les combinacions possibles. Abans ja hem introduït el concepte de cisgènere, ara que estem en l'asexualitat i la demisexualitat, aprofito per dir que també hi ha persones que es consideren bisexuals, però encara es mouen pels marges molt estrets del binarisme, per això darrerament han sorgit les que s'anomenen **pansexuals**, les que es poden sentir atretes per

persones estiguin on estiguin col·locades en l'ampli espectre del gènere i de les formes de relacions, que actualment sovint també inclouen el **poliamor**.

La nova visió del desig femení: El 2013 es publica el DSMV, el manual diagnòstic estadístic més utilitzat, i s'hi observa un canvi en les categories diagnòstiques respecte a la sexualitat femenina, que elimina la doble denominació que hi havia al DSM4: el "Trastorn del desig sexual hipoactiu" i el "Trastorn d'excitació sexual femenina" són substituïdes per un únic trastorn que es diu **"Trastorn d'interès / excitació sexual"**. Segons aquesta idea, en ocasions 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. Però també recull una realitat de la sexualitat sobre la que Nagoski s'ha recolzat per construir la seva tesi. Aquesta nova visió emfatitza que tant els homes com les dones poden **despertar el desig pel seu propi plaer**.

Laumann (2005) afirma que d'un 25 a un 30% de dones té problemes per arribar a l'orgasme. Un 10% no l'assoleix mai, ni amb masturbació. 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 del Nord 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. 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.

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.

Schifren (2008) en un estudi sobre 31.851 dones, va afegir 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 representa un problema, i per tant, no cerquen una solució. Això vol dir que segurament tampoc ho és per les parelles.

La indústria farmacèutica està treballant per proporcionar medicacions:

Intrinsa: pegats de testosterona. Ús diari.

Tefina: esprai nasal de testosterona per inhalar. Ús puntual.

Lybrido: testosterona i sildenafil – flux sanguini.

Lybridos: testosterona i buspirona – motivació.

Flibanserina: un mal antidepressiu inductor de libido

Però no funcionen. Crec que és interessant i productiu aprofundir en les raons psicològiques i/o acceptar una possible asexualitat, que, per cert, també hi ha molts homes que tenen.

Vaginisme i dolor en el coït (disparèunia): El dolor en el coït pot estar causat per malformacions, infeccions, manca de lubricació, ... i per vaginisme. És una contracció involuntària dels músculs del sòl pèlvic.

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 funciona en molts casos. Un dels tractaments més

comuns consisteix en una sèrie de dilatadors de diferent grandària que la pacient s'ha d'anar introduint progressivament.

b. Dificultats masculines

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, a l' "Atlas 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; diabetis i hipertensió; obesitat, tabaquisme, excés d'alcohol, ... tot el que afecti el sistema circulatori. Alguns problemes d'erecció són efectes secundaris d'alguns fàrmacs: com el de la hipertensió.

Les causa 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, inseguretats, 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 pot ajudar. En algú sense parella és més difícil. En aquest cas l'ajuda de fàrmacs:

Tadalafil *Cialis*, actúa augmentant el flux sanguini. 30 minuts abans.

Vardenafil *Levitra*, actúa augmentant el flux sanguini. Entre 25 i 60 minuts abans.

Sildenafil *Viagra*, actúa potenciant el reg sanguini. 1 hora.

Avanafil *Stendra*, actúa millorant la vasodilatació. 15 minuts.

per a facilitar l'erecció podria ser útil.

Ejaculació precoç. Alguns homes ejaculen sense control en el mateix instant de la penetració, i després tenen el període refractari. Aquest problema els afecta seriosament la confiança, la vida sexual i la de les seves parelles. Causes més freqüents: situacionals i comportamentals. També s'ha associat a aspectes depressius.

Ejaculació retardada i anorgàsmia : Entre un 3 i un 5% d'homes poden tenir dificultats amb l'orgasme en alguna època. Dos tipus:

- Ejaculació retardada; quan l'orgasme triga a arribar 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 (no en persones més grans).
- Anaejaculació; quan tot i haver-hi 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.

Causas: 1. Físiques

- Problemes en les vies seminals com obstruccions. A causa d'infeccions, alguns medicaments i lesions medul·lars.
- Problemes hormonals. L'excés de prolactina, per exemple.
- Cirurgies pelvianes.
- Diabetis mellitus

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" així a la seva parella, manifestar-li el seu menyspreu o centrar l'atenció en ell.
- Excessiva masturbació amb pornografia d'internet.
- Baixa autoestima.
- Ansietat.

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.

Separació sexe-amor.

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.
- 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.
- 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 bBehavior*, 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- (Coord. 2011), *Mujeres tratando a mujeres. Con mirada de género*, Barcelona: Octaedro.
- 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.
- 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. *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- (1924), "La disolución del complejo de Edipo", p. 2748-2751, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

- (1925), "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica", p. 2896-2903. *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", *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 bondat en la subjetividad femenina. Implicacions per a la clínica i per a la sexualitat". *Clínica e Investigación Relacional*. Vol 8(2): 382-396.
- (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: www.concepciogarriga.com
- (2015), "Una revisión de los conocimientos actuales sobre la sexualidad y el género", *Aperturas Psicoanalíticas*, 50.
- (2015), "Una revisión crítica de los conocimientos actuales sobre la sexualidad y el género (II)", *Aperturas Psicoanalíticas*, 51.

- (2015), "Mens sana in corpore sano. Aportació d'evidències de com l'activitat física contribueix al benestar emocional", Xerrada secció Marxa Nòrdica CET.
- (2017), "Acompañamiento terapéutico a lxs pacientes que buscan pareja utilizando aplicaciones de móviles (o no)", *Clínica e Investigación Relacional*, 11(3).
- (2018, *en premsa*), "El legado traumático de las heridas de la historia y el papel de los valores emancipadores en la larga lucha por la independencia en Catalunya. Viñetas clínicas".
- 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. (2003) "Ironic Gender/Authentic Sex", *Studies in Gender and Sexuality*, 4(2): 113-139. Traducció: (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.
- Hesse, M. (2019), *El Placer*, Barcelona: Lumen.
- 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: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm", *Nature Reviews Urology*, 11, 531-538.
- 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
- 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.
- Maines, R., (1999), *The technology of orgasm: 'hysteria', the vibrator, and women's sexual satisfaction*, Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.
- 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.
- Olid, B. (2019), *Follem?*, Barcelona: Bridge.
- Puppo, V. (2014), "The G-Spot doesn't exist", article first published online: 26 MAY 2014,

- Preciado, B. (2008), *Testo Yonki*. Pozuelo de Alarcón: Espasa Calpe.
- Rojals, M. (2018), "Consentir què?" <https://www.vilaweb.cat/noticies/consentir-que-article-opinio-marta-rojals-violacio-la-manada/>
- 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.
- 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.
- Sol, J. (2011), *Fake Orgasm*. Barcelona: Zip Films, Cameo.
- Starr, K. & Aron, L. (2011), "Women on the Couch: Genital Stimulation and the Birth of Psychoanalysis", *Psychoanalytic Dialogues*, 21(4):373-392.
- 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.
- Swaab, D. (2008), "Sexual Orientation and Its Basis in Brain Structure and Function", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, july.
- Tobefia, A. (1995), *El cervell eròtic*, Barcelona: La Campana.
- 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.
- Welzel, Ch. (2014), *Freedom Rising: Human Empowerment and the Quest for Emancipation*, Harvard: Cambridge University Press.
- Whimmissinger, 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.
- Wimmissinger, 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.

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.

Youtube: "El clítoris. Ese gran desconocido" <https://www.youtube.com/watch?v=Vp8gzTvpk58>

Documental *Miss Representation*, <http://pepecine.com/peliculas-online/21323-miss-representation>

Buck Angel: https://www.youtube.com/watch?v=X_uNFmZHV00

Orgasme http://www.thevisualmd.com/read_videoguide.php?id_url=1033607627

"Your Brain on Porn": <https://youtube.com/watch?v=7oFVOJf0TzY>

TedTalks: Perel, E. (2013)

https://www.ted.com/talks/esther_perel_the_secret_to_desire_in_a_long_term_relationship?language=ca

Wilson, G. (2006), *The great porn experiment*, <https://fightthenewdrug.org/media/video-tedx-talk-the-great-porn-experiment/>