



9

B U T L L E T Í
D'EDUCACIÓ SEXUAL



**Sexologia
per a professionals
de la salut**

Sexologia per a professionals de la salut

Manual de sexologia per a professionals de la salut



**Diputació
Barcelona**
xarxa de municipis

Organització Mundial de la Salut

Aquest manual forma part de la sèrie publicada per l'OMS amb el títol «Diferents aspectes de la sexualitat i la planificació familiar». Aquesta sèrie consta dels títols següents:

1. *Besoins spécifiques des migrants en matière de planification familiale.*
2. *Guidelines on psychosocial problems of family planning clients* [En versió catalana: *Manual dels problemes psicosocials dels usuaris dels serveis de planificació familiar*, Butlletí de Planificació Familiar, núm. 7. Barcelona: Diputació de Barcelona, 1981.]
3. *Sexology for health professionals* [En versió catalana: *Manual de sexologia per a professionals de la salut*, Butlletí de Planificació Familiar, núm. 9. Barcelona: Diputació de Barcelona, 1995.]
4. *Guidelines on problems of sexually transmitted diseases.*
5. *Guidelines on certain aspects of homosexuality.*
6. *AIDS. Counselling skills for health professions* (títol provisional)

This module has been published by the BLAT Centre for Health and Medical Education, BMA House, Tavistock Square, London, on behalf of the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 1987 under the title *Sexology for health Professionals*

Aquest manual ha estat publicat pel BLAT Centre for Health and Medical Education, BMA House, Tavistock Square, Londres, per a l'Oficina Regional Europea de l'Organització Mundial de la Salut el 1987 amb el títol *Sexology for health professionals*

Només l'editor és responsable de l'exactitud de la traducció

Traducció: Jordi Serra

Coordinació tècnica de la traducció:
Hildegard Mausbach (Llicenciada en Medicina. Màster en Salut Pública)
i Àngels Ramírez i Hidalgo (Llicenciada en Medicina.
Especialista en Ginecologia i Obstetrícia)

© 1987, World Health Organization
© de la traducció: Jordi Serra, 1995
© de l'edició: Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona
Primera edició: juliol de 1995
Primera reimpressió: juliol de 1998
Segona reimpressió: juliol de 2004

Producció: Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona
Fotocomposició: Anglofort, S.A.
Impressió: Tecfa
ISBN: 84-7794-363-X
Dipòsit legal: B. 37001-2004

Índex

Pròleg	11
Introducció	13
Condicions prèvies	13
Objectius d'aprenentatge del manual	14
Suggeriments per a l'avaluació de l'aprenentatge.	
Mètodes didàctics	16
Capítol 1	
L'anatomia sexual. La fisiologia de la resposta sexual humana	21
Els òrgans sexuals externs de la dona	23
Exercici	24
Variacions d'aspecte en els òrgans sexuals externs femenins	25
Els òrgans sexuals interns femenins	25
Discussió	29
Escenificació	29
Escenificació alternativa	30
Els òrgans sexuals externs i interns de l'home	30
Discussió	33
Escenificació	34
Exercici	34
La fisiologia de la resposta sexual	35
Discussió	43
Qüestions	44
Escenificació	44
Exercicis	45

Capítol 2

Desenvolupament sexual. Comportament sexual: infantesa i vellesa

Exercici	47
Aspectes psicosocials del desenvolupament sexual	49
La sexualitat infantil	50
La masturbació	51
El canvi en el tipus de relació: d'un sexe a dos sexes. Les expectatives de la societat	52
Qüestions	52
Escenificació	53
Discussió	53
El desenvolupament físic durant la pubertat	54
Discussió	56
Autoavaluació	57
El canvi de criteris i comportaments sexuals	57
Exercici	58
La sexualitat en les persones grans	58
Escenificació	60
Qüestions	60

Capítol 3

La identitat sexual. Heterosexualitat i homosexualitat

Factors biològics	61
Qüestions	63
Factors psicosocials	69
L'homosexualitat	70
Questions	75
Exercici i treball	77
Exercici	78
Questions	78
Exercici	78
Exercici	79

Capítol 4

Disfuncions sexuals i discapacitats

Disfuncions sexuals masculines	81
Disfuncions sexuals femenines	84
Qüestions	86
Funció i disfunció sexuals en determinades discapacitats	89

Mecanismes neurològics que governen la resposta sexual fisiològica	94
Les lesions a la medul·la espinal	96
L'espina bífida	99
L'esclerosi múltiple	100
La paràlisi cerebral	102
L'artritis	103
La diabetis	104
L'infart de miocardi	105
Les ostomies	106
Els discapacitats i l'activitat sexual	109
Els fàrmacs i la funció sexual	113
Qüestions	114
Exercici	114
Activitats	114

Capítol 5

Possibles teràpies	115
El tractament de les disfuncions sexuals masculines	119
El tractament de les disfuncions sexuals femenines	121
Un programa de rehabilitació sexual per a persones amb lesions traumàtiques a la medul·la espinal	124
Discussió	124
Activitat	125
Escenificació	125
Bibliografia	125

Apèndix

La realització d'un historial sexual	127
Introducció	129
Els principis generals	129
Passos a fer en un historial	130
Conclusió	133
 Bibliografia	 135
 Annex bibliogràfic	 139
 Avaluació	 141

Pròleg

L'OMS és plenament conscient que els problemes sexuals són molt habituals i que provoquen molta preocupació i malestar, sovint innecessaris. Com més va més gent acut als professionals de la salut amb problemes sexuals de tota mena. Entenem per professionals de la salut metges, infermers, fisioterapeutes, llevadores, treballadors socials, agents de salut, etc. Els qui treballen professionalment en la cura dels altres, a més, tot sovint se senten incapaços d'oferir ajut, en part perquè no tenen ni la informació ni la formació que necessitarien, i en part perquè sovint –igual que els seus pacients i usuaris– ells també estan sotmesos als mateixos tabús i les mateixes limitacions que fan que parlar de sexualitat resulti difícil.

L'Oficina Regional Europea de l'OMS, doncs, vol encoratjar la creació de materials didàctics (aquest volum n'és un exemple) per ajudar els professionals de la salut a incrementar els seus coneixements i desenvolupar la seva competència pel que fa a la sexualitat i com tractar-hi. Són uns materials que aprofundeixen en les pròpies actituds dels professionals cap a la sexualitat, algunes de les quals poden ser l'element principal que els impedeix de donar un bon servei a l'hora de prestar suport. Esperem que, gràcies a la formació suplementària que aquestes publicacions suposen, es trobaran en millors condicions per donar un suport eficaç als seus pacients amb problemes sexuals.

Aquests materials han estat revisats després d'haver-los fet servir en situacions reals. Vagi el nostre agraïment a tots aquells que varen omplir els qüestionaris d'avaluació i que els varen trametre a l'oficina de l'OMS a Copenhaguen. Els seus comentaris i suggeriments han resultat d'un valor incalculable en la versió final del text.

Agraïments

OMS Oficina Regional per a Europa, Copenhaguen

Dr. I. Nordqvist, BS Soc W, director del projecte: Sexualitat i discapacitat, Handikappinstitutet, Box 303, S-161 26, Bromma, Suècia. Autor d'aquest manual sota contracte de l'OMS.

Sra. Wadad Haddad, oficial regional per a sexualitat i planificació familiar, responsable d'aquesta activitat.

BLAT Centre per a l'Educació Sanitària i Mèdica, Londres

Dr. W.D. Clarke, director.

Dr. J.M. Sketchley, director adjunt, responsable de l'edició, avaluador i corrector dels mòduls.

Sra. M. Jones, oficial d'informació anterior, bibliotecària.

Sr. A. Stevens, cap de recursos mediàtics.

Introducció

El propòsit d'aquest manual didàctic és proporcionar un coneixement i una comprensió de la complexitat de la sexualitat humana –sexologia. La sexologia, cal enfocar-la interdisciplinàriament per tal com es compon de diverses parts provinents de camps diferents: psicologia, sociologia, antropologia, dret, medicina, biologia, etc.

L'acta de l'assemblea de l'OMS de 1975, *Educació i tractament en la sexualitat humana: La formació dels professionals de la salut*, deia:

«Els creixents coneixements de què disposem indiquen que en moltes cultures els problemes relatius a la sexualitat humana estan més generalitzats i són més importants per al benestar i la salut de l'individu, del que fins ara s'havia reconegut. Així mateix, reconeixem que hi ha una relació molt important entre la ignorància en matèria de sexualitat i la qualitat de vida...»

I encara:

«La necessitat d'informar-se i formar-se en el camp de la sexualitat humana esdevé cada vegada més evident, com una exigència pública d'atenció a la salut sexual. Les deficiències actuals tant en educació com en formació són paleses.»

Condicions prèvies

Es dona per suposat que els estudiants ja disposen de coneixements sobre els temes següents:

1. Anatomia i fisiologia bàsiques dels òrgans reproductors de l'home i de la dona.
2. Tècniques de comunicació entre el professional sanitari

i el client, i experiència amb pacients hospitalitzats i no hospitalitzats i amb les seves famílies.

3. Nocions bàsiques dels conceptes sociològics i psicològics relacionats amb la salut i amb la manca de salut.

En la sexualitat, els sentiments i les funcions corporals i mentals actuen conjuntament, cosa que fa difícil poder presentar el contingut d'aquest mòdul en capítols netament separats. Amb els objectius didàctics passa el mateix. Els objectius globals del mòdul són els següents.

Objectius d'aprenentatge del manual

1. Donar una informació bàsica sobre sexologia

2. Ensenyar a discutir sobre els propis sentiments en relació amb diverses pràctiques sexuals

3. Adonar-se de les pròpies dificultats sexuals i, si fos possible, dels motius que les provoquen

4. Capacitar per fer servir una terminologia adequada sense sentir-se violent ni torbat

5. Substituir els mites pels fets

6. Comprendre quins són els factors que influeixen en la sexualitat de l'individu i de quina manera ho fan

7. Ajudar el client i la clienta a expressar la seva pròpia sexualitat sense por de judicis morals

Si aquests objectius didàctics generals s'assoleixen, això ajudarà a poder parlar obertament i amb llibertat sobre sexualitat; a acceptar el punt de vista dels altres, encara que sigui diferent del propi; i a no imposar les pròpies inhibicions sexuals, tabús o actituds als clients i dins la situació d'educació/ensenyament/ensinistrament o transmissió de coneixements sobre sexualitat. Aquest mòdul per si sol, però, no pretén constituir tota una formació en teràpia sexual.

El tema queda dividit en els capítols següents:

Capítol 1 L'anatomia sexual. La fisiologia de la resposta sexual humana

Capítol 2 Desenvolupament sexual. Comportament sexual: infantesa i vellesa

Capítol 3 La identitat sexual. Heterosexualitat i homosexualitat

Capítol 4 Disfuncions sexuals i discapacitats

Capítol 5 Possibles teràpies

Objectius didàctics dels capítols

Capítol 1

- Ampliar els coneixements del professional de la salut quant a anatomia i fisiologia sexuals, per ajudar-lo a identificar la seva pròpia sexualitat com a condició prèvia a la identificació de les actituds sexuals dels clients i les clientes.
- Identificar les idees falses sobre diversos aspectes de la sexualitat relacionats amb l'individu, la parella o la família, i substituir-les per fets; ajudar el/la client/a a fer-ho per si mateix/a.
- Identificar les fases de la resposta sexual humana en l'home i en la dona, i relacionar-les amb fets fisiològics i amb les diferències individuals.
- Ser capaç de parlar de sexualitat humana sense sentir-se violent ni avergonyit i fent servir lliurement tant les expressions tècniques com les populars, en la comunicació amb els altres –sigui en l'àmbit sanitari o en d'altres, a nivell individual o grupal–, i poder comprovar el grau de comprensió dels que escolten.

Capítol 2

- Respondre preguntes relacionades amb el creixement i el desenvolupament sexuals en les diferents etapes de la vida.
- Identificar les diferències individuals en el creixement i el desenvolupament sexuals, identificar la influència cultural i de l'entorn, i reconèixer-ne l'efecte en el comportament i les opinions individuals.
- Ajudar els individus a millorar/acceptar la seva sexualitat.

Capítol 3

- Identificar els factors biològics i psicosocials, i llur relació en el desenvolupament de la identitat i els rols sexuals.
- Utilitzar aquest coneixement per:
 - reconèixer diferències d'identitat sexual;
 - diagnosticar problemes a nivell individual o familiar;
 - assessorar/educar les persones que necessiten suport en els seus canvis de comportament o d'actitud.

Capítol 4

- Enumerar els tipus de causes habituals de disfunció sexual en l'home i en la dona.
- Iniciar converses amb els/les clients/es perquè puguin sortir els fets relacionats amb la funció sexual.
- Aprofitar el coneixement per promoure en el/la client/a l'acceptació de si mateix/a i de la necessitat de suport o tractament.
- Enumerar els efectes d'algunes malalties i discapacitats en la sexualitat.
- Ajudar clients malalts o amb discapacitats aconsellant-los possibles solucions quant a sexualitat i planificació familiar.

Capítol 5

- Enumerar els tractaments per a les disfuncions sexuals en l'home i en la dona.
- Ser capaç de derivar pacients que necessitin una teràpia sexual.

Suggeriments per a l'avaluació de l'aprenentatge. Mètodes didàctics

Cada capítol (tret del capítol 5) conté:

Indicacions sobre temes de discussió:

- per facilitar la integració de sentiments, opinions i fets en el participant/alumne,

Exercicis:

- per incrementar la participació activa, l'exploració de les influències culturals i per trobar, per al grup, el suport de professionals que li són aliens.

Propostes de temes per a treball individual o en grup:

- per augmentar la capacitat comunicativa i analitzar els valors propis, els del grup i la societat.

Preguntes sobre actituds, mites i fets, a respondre individualment o bé en grup:

- per contactar amb els propis valors i actituds i amb els de la cultura o societat concreta, i per explorar prejudicis i idees falses.

Suggeriments per a l'escenificació*:

- per aprofundir la comprensió del client o usuari;
- per entendre les diferents visions personals sobre el propi paper o funció en determinades situacions específiques (p. e., educant el pacient);
- per comprendre els problemes que apareixen quan es toquen temes de sexe.

Qüestions avaluatives –per comprovar l'aprenentatge, al final de cada capítol (vegeu «Capítol 5» dins «Objectius didàctics dels capítols», pàg. 16).

Per als professors

No cal dir que aquests materials es poden complementar amb d'altres de visuals que considereu apropiats, com és ara pel·lícules, fotografies i llibres. El principal recurs que teniu a l'abast, però, és el coneixement i l'experiència dels participants. Potser no caldrà que tots ho aprenguin tot. D'altra banda, n'hi pot haver que vulguin més detalls: els podran trobar als manuals de fisiologia.

Suggeriments didàctics

- No cal seguir l'ordre dels capítols, si en trobeu un altre de més adequat per a vosaltres i/o el vostre grup d'alumnes.
- Demaneu-los que portin articles, llibres o temes que vulguin discutir.
- Contacteu amb professionals del vostre entorn que considereu entesos en algun o en tots els aspectes tractats dins el mòdul. Si fos possible, convideu-los a participar en els debats, a aportar-hi els seus coneixements tècnics, suport, etc.
- Feu una llista de gent del vostre país que disposi d'informació en aquest camp.
- Mireu de trobar materials de sexologia i repartiu-los als alumnes perquè els estudiïn a la llum dels fets i idees presentats en aquest mòdul. Per exemple, pel·lícules, fotografies, llibres, opuscles, etc.

*Ens referim al que en l'àmbit anglosaxó es coneix com a *role-play*. (N. del t.)

Recordeu que l'assimilació de nous coneixements i d'un nou punt de vista sobre la sexualitat és un procés personal lent. No es pot fer de la nit al dia o forçat pels altres. Cada alumne, i també vosaltres, ha de pair la nova informació, pensar-hi acuradament i decidir com integrar-la i per a què.

Suggeriments per al professor sobre com portar i facilitar la comunicació dins el grup, i entre el grup i el professor

- Al començament de les sessions, distribuïu els alumnes per parelles i feu que cadascuna expliqui al/la company/a dues coses en què es consideri preparat/da. En fer la presentació al grup, que cadascú presenti el/la company/a, no pas a si mateix/a.
- Intenteu que s'hi creï un clima obert, relaxat i amistós: a) col·locant les taules o cadires de manera que tothom pugui veure a tothom; i b) fent que quedi clar que les preguntes són ben rebudes i essent molt sincers quan no hi pugueu donar una resposta directa. Aquestes preguntes sense resposta, les podeu proposar al grup com a tasca de recerca, o bé, vosaltres mateixos podeu contestar-les després de consultar un expert o la bibliografia.
- Preneu consciència dels sentiments que apareixen a dins del grup. Mireu d'ajudar aquells que hi tenen dificultats, sigui amb converses privades després de les sessions, sigui encoratjant-los a expressar aquestes mateixes dificultats al grup.
- Si el grup mostra un interès especial per alguna qüestió en concret, respecteu aquest interès i parleu-ne sense embuts, altrament podrien perdre la confiança en vosaltres.
- Cal absolutament que les actituds negatives surtin a la superfície, si no, no podreu afrontar les falses idees que contenen (perquè hi hagi l'oportunitat de transformar una actitud negativa, primer cal adonar-se que hi és).
- Sigueu conscients que si en alguna sessió es dóna algun rampeu agressiu, pot ser una cosa molt sana i natural en un procés d'integració com aquest.
- Reserveu una estona per fer breus discussions en grup sobre el contingut de tot un capítol o bé sobre el d'una part, sense preguntes per escrit (a part de la tasca proposada).
- De tant en tant, preneu la iniciativa i mireu de ser els primers a

intervenir en aquelles discussions que poguessin resultar violentes als alumnes.

- Recordeu que el principal recurs que teniu a l'abast és el coneixement i l'experiència dels participants.
- Penseu que potser no caldrà que tots ho aprenguin tot. D'altra banda, n'hi pot haver que en vulguin més detalls: els podran trobar en manuals de fisiologia.

I. NORDQVIST

Capítol 1

**L'anatomia sexual. La fisiologia de
la resposta sexual humana**

L'anatomia sexual. La fisiologia de la resposta sexual humana

Hi ha moltes dones que no s'han mirat mai clarament els òrgans sexuals en un mirall ni se'ls han examinat al tacte. Aquesta experiència de veure-se'ls clarament, com pot afectar la seva imatge corporal global? Com pot influir en l'acceptació de les seves parts sexuals? Com pot influir en els seus sentiments amb referència a aquesta part del seu cos? Discussiu-ho.



Hi ha dones que, havent vist imatges dels genitals d'altres dones, després han estat patint sense cap necessitat perquè es pensaven que els tenien mal formats, massa petits, massa grossos, massa foscos, massa oberts o asimètrics, etc.

Els òrgans sexuals externs de la dona

(vegeu el dibuix de la pàg. 24)

1. *Els llavis majors* són els plecs mucosos externs de la vulva (també anomenats llavis externs). A la superfície lateral, hi creix pèl púbic. Les superfícies medial i lateral contenen moltes glàndules sudoríferes. Els llavis majors habitualment es toquen al mig per protegir l'obertura de la uretra i la vagina.

2. *Els llavis menors* són els plecs mucosos interns de la vulva (també anomenats llavis interns). Els llavis menors estan formats per teixit muscular sense cèl·lules sebàcies; a la superfície hi ha glàndules més grosses.

3. *El clítoris* està configurat com un penis, amb un tronc i un petit gland. El clítoris posseeix moltes terminacions nervioses, extremament sensibles.

4. *El perineu*, que és la part més baixa del cos al final del tronc, entre els genitals i el recte.

Una altra paraula que cal explicar és *vulva*, és a dir, el conjunt dels genitals externs de la dona, que inclou els llavis majors i menors, el clítoris i la zona que hi ha entre el clítoris i els llavis menors.

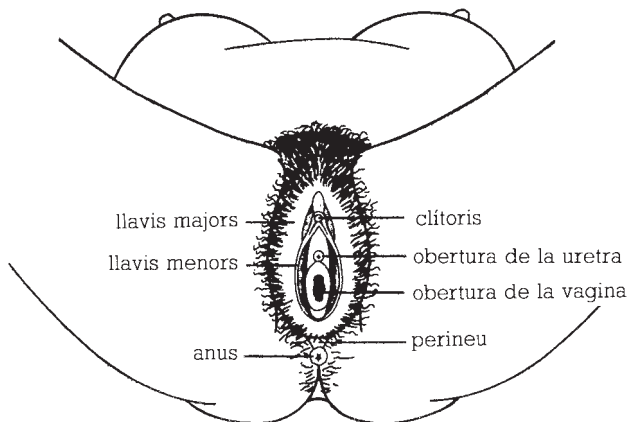
Exercici

REFLEXIONEU I DISCUTIU

Quants noms coneixeu per als òrgans sexuals femenins?

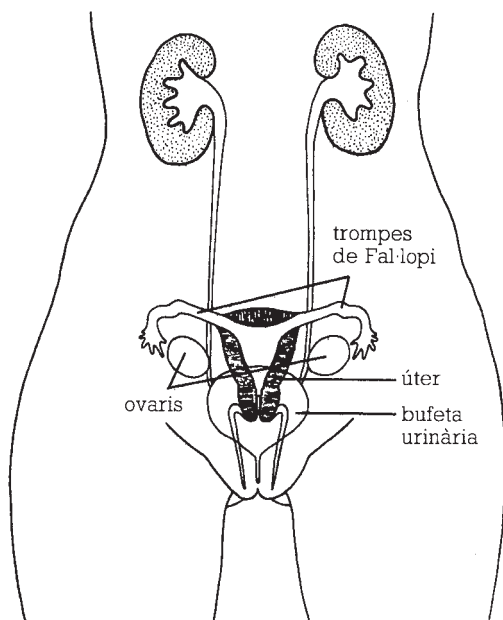
Quants noms coneixeu per als òrgans sexuals masculins?

Si podeu trobar més noms per als òrgans sexuals masculins que no per als femenins, discutiu el perquè.



Variacions d'aspecte en els òrgans sexuals externs femenins

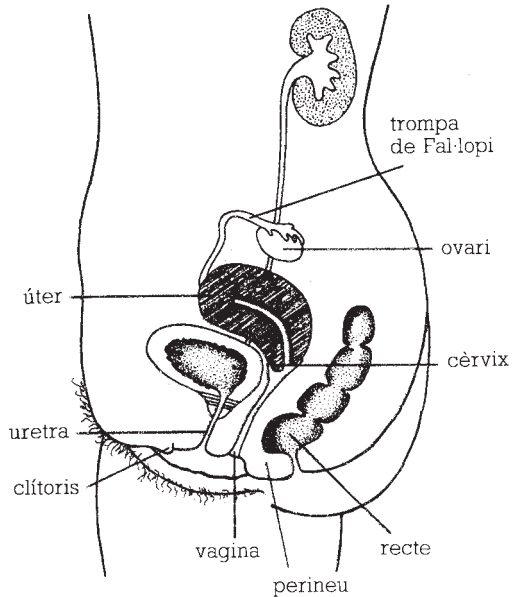
És molt comú que l'aspecte dels genitals canviï molt d'una d'ona a una altra. La distribució del pèl púbic pot variar en quantitat i en forma. Els llavis poden variar de forma, dimensions i color. El clitoris pot variar de posició i de dimensions, des d'un parell de mil·límetres fins a un centímetre aproximadament.



Els òrgans sexuals interns femenins

1. La vagina
2. La cèrvix
3. L'úter
4. Les trompes de Fal·lopi (dues)
5. Els ovaris (dos)

Hi ha diferències individuals pel que fa a dimensions, posició relativa als altres òrgans i aspecte. També hi ha diferències segons la paritat, l'edat i les malalties.



Pregunta:

Un part, com pot fer canviar la vagina?

Com pot, l'edat, canviar la vagina?

Animeu el grup a parlar de les seves pròpies experiències (vegeu els comentaris sobre el penis, pàg. 32 i 33).

La vagina és un espai potencial que sense estimulació resulta bastant reduït. La vagina és un òrgan muscular molt elàstic que s'adapta al penis durant el coit, independentment de les dimensions d'aquest. Això contradiu el mite que afirma que un penis gran és millor que un de petit de cara a la satisfacció sexual de la dona. Les parets de la vagina estan revestides amb una superfície mucosa, que és la principal font de lubricació vaginal, atès que a les parets de la vagina no hi ha glàndules secretores.

L'entrada de la vagina queda parcialment coberta per *l'himen*, un plec cutani que pot ser més fi o més gruixut –hi ha dones que fins i tot no el noten durant el seu primer coit. En molt poques ocasions l'obertura és tan estreta que calgui ajut per eixamplar-la abans del coit. A l'himen sempre hi ha una obertura perquè hi passi el flux de la menstruació.

Més endins de la vagina hi ha *la cèrvix*. Es nota al tacte com quelcom rodó, tou i protuberant. A l'obertura de la cèrvix hi ha

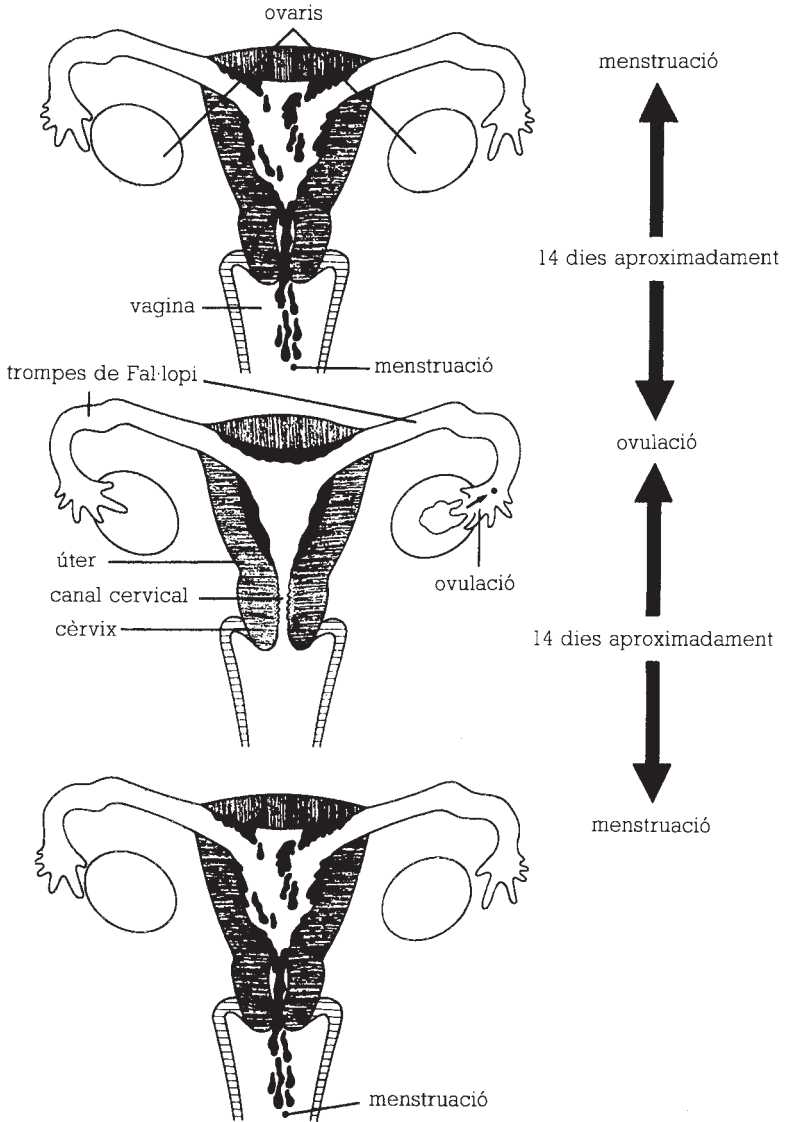
una entrada cap a l'úter (*el canal endocervical*). En aquesta entrada hi ha nombroses glàndules secretores que produeixen unes *secrecions cervicals* (mucus) que van variant al llarg del cicle menstrual. Durant *l'ovulació* i just abans, aquestes secrecions són molt fluides i aquoses. Fora d'aquest temps, són denses i viscoses, i creen un tap que obtura l'entrada de l'úter.

L'úter dona a la vagina. *El revestiment de l'úter* (l'endometri) i *la part muscular de l'úter* (el miometri) funcionen separatament. El component muscular és actiu al començament i al final de tot el procés del part, en l'alletament, en l'orgasme i en l'eliminació de l'ou no fertilitzat. Les rampes menstruals, també les podem localitzar al miometri.

El revestiment de l'úter va canviant cíclicament sota la influència hormonal. Per preparar-se per a la possible implantació d'un ou, el revestiment es fa més gruixut i més vascularitzat gràcies a la creixent activitat estrogènica. Si *l'ou s'hi arriba a implantar*, el revestiment canvia i ajuda a formar la placenta (un òrgan vascular i esponjós que enllaça els teixits del fetus i de la mare, i que alimenta el fetus) i també forma una bossa plena de fluid, que sosté el fetus en creixement.

Si la fecundació no arriba a tenir lloc, l'òvul no fecundat s'elimina i aquest revestiment engruixit es comença a trencar, i s'eliminarà amb el fluid menstrual.

El període menstrual dura de tres a set dies i varia d'una dona a una altra. Durant el cicle menstrual següent, l'estimulació hormonal apropiada provocarà l'aparició d'un nou revestiment. Entre menstruació i menstruació passen si fa no fa 28 dies, ara bé, qualsevol variació de durada del *cicle* entre 21 i 30 dies es considera normal. Hi ha dones amb cicles regulars i d'altres que els tenen irregulars. Un retard en la menstruació es pot deure a preocupacions, viatges, etc. També és normal que la quantitat de fluid oscil·li, i també ho és que la menstruació vagi canviant al llarg de les diferents etapes de la vida de la dona.



Els *ovaris* són una estructura doble que periòdicament allibera els *ous* (òvuls).

Des de la menarquia (la primera menstruació) fins que la menstruació s'atura entre els 45 i els 55 anys, els ovaris en el moment de l'ovulació, alliberen un ou (de vegades, dos o tres) cada quatre setmanes, excepte durant l'embaràs o bé si la dona pren *anticonceptius orals*.

L'òvul té l'aspecte com d'una goteta d'una substància gelatinosa. A dins hi ha el nucli, que conté els cromosomes. Més endavant en parlarem més àmpliament.

Les *trompes de Fal·lopi* són dos oviductes molt prims que van de l'úter als ovaris i que acaben eixamplant-se en una prolongació amb aspecte de trompa digitada. Normalment, la fecundació té lloc a les trompes de Fal·lopi quan un espermatozoide aconsegueix de penetrar a través de la paret externa de l'òvul. Espermatozoide i òvul, cadascun amb la seva dotació de cromosomes, s'ajunten i formen una única cèl·lula. Els dos nuclis es trenquen i es recomponen com un de sol amb un parell de cromosomes, un de cada.

Discussió

A quina edat vau començar a saber alguna cosa sobre els òrgans sexuals femenins, la menstruació i la fecundació?

Què en penseu?

Què en vau aprendre?

Quines idees falses en teníeu, comparades amb les que apareixen en aquest material?

Qui us en va donar la informació?

Us la van donar amb connotacions positives o bé amb connotacions negatives?

Escenificació

Una dona que sembla que sàpiga molt poc sobre els seus òrgans sexuals i com funcionen, visita una infermera o un metge. La dona està molt amoïnada per la menstruació: «Les dones per a què la necessitem, la menstruació?». Utilitzant els dibuixos, cal explicar-li els diversos òrgans i posar-hi nom. Demaneu-li que ella mateixa els posi nom. Quines són les paraules que entén bé? Quines paraules fa servir?

Escenificació alternativa

Ara el pacient és el marit de la dona d'abans. Ell encara en sap més poc, de l'anatomia femenina.

Possibles papers: metge/infermera, metgessa/infermera, la dona, el marit. Aneu canviant els papers de manera que tothom pugui representar tots dos sexes i també fer d'usuari i de doctor.

Amb el primer exercici es pretén crear un ambient positiu posant en comú records d'infantesa.

L'escenificació intenta que els participants se sentin més segurs i còmodes parlant i explicant l'anatomia sexual femenina i utilitzant els noms de les diverses parts.

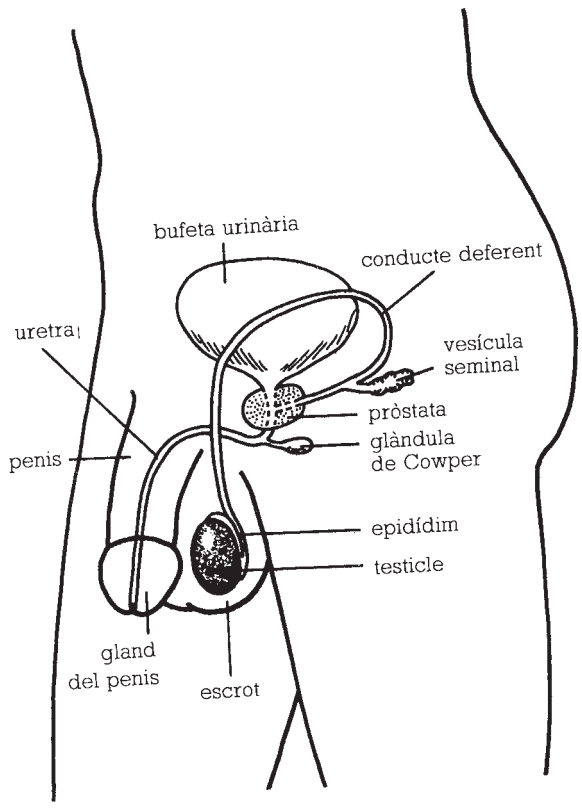
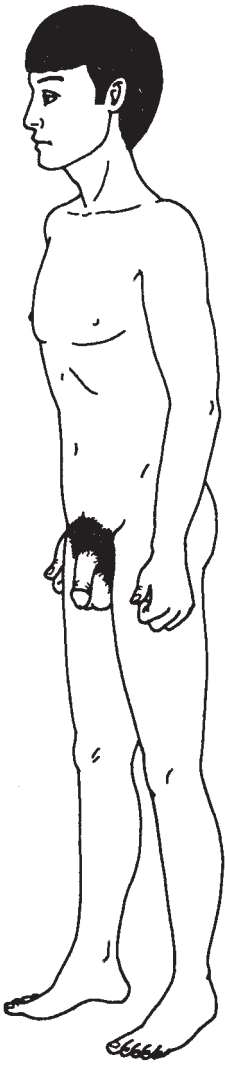
Els òrgans sexuals externs i interns de l'home

Els òrgans externs i interns de l'home són els següents:

1. *El penis*
2. *L'escrot*
3. *Els testicles i les cèl·lules de Leydig*
4. *La pròstata*
5. *Els conductes deferents (dos)*
6. *Les vesícules seminals (dos)*
7. *Les glàndules de Cowper (dues)* (vegeu la pàg. 39, «La fase estacionària en l'home»)

El *penis* està format per tres teixits erèctils separats, els *coscos cavernosos* (aparellats), un al costat de l'altre per damunt del *cos esponjós*, el qual conté la uretra i forma el gland penià –*la part més sensible del penis* (compareu-lo amb el gland del clitoris). Els teixits contenen una xarxa esponjosa irregular d'espais vasculars que, quan el penis està flàccid, queden buits i col·lapsats.

Durant *l'erecció* els espais vasculars s'omplen de sang i s'inflen. Els dos coscos cavernosos estan envoltats per una membrana fibrosa, gruixuda i rígida, i quan augmenten de volum s'endureixen molt. El cos esponjós està envoltat per una membrana relativament fina i no s'endureix tant, ni tan sols en els moments de la màxima erecció (vegeu la il·lustració, pàg. 34).



Les dimensions del penis

Les dimensions del penis varien molt d'un home a un altre, i això ha estat motiu constant de preocupació per als que no tenen un penis molt gros. Fins i tot, els que el tenen gran o mitjà arriben a amoïnar-se pensant que és massa petit. S'ha dit que els homes es miren el penis des de dalt i que per això sembla més petit que vist des del davant. Les dimensions mitjanes d'un penis en estat flàccid van des de 8,5 cm a 10,5 cm de llarg, i de 2,5 cm a 3,5 cm de diàmetre. En erecció, però, la majoria de penis tenen les mateixes dimensions.

Els homes han crescut entre mites i llegendes sobre el penis gran, i no sols com allò que proporciona més plaer sexual a la dona, sinó també com a símbol de masculinitat, poder i èxit.

L'aspecte del penis

La distribució de la vellositat púbica, la quantitat de pèl i la pigmentació del penis varien. Els homes, però, no es preocupen tant per aquestes diferències en l'aspecte dels òrgans sexuals com les dones. És molt probable que un home, tant de nen com d'adolescent o adult, hagi pogut veure altres penis. Les dones, en canvi, rarament hauran vist els genitals d'altres dones, o fins i tot els seus, per raó de la col·locació, de la forma que tenen i dels hàbits culturals.

L'escrot és una bossa prima que conté els dos *testicles*. En contacte amb el fred es contrau i fa que els testicles pugin fins a tocar el perineu. La calor fa que l'escrot es relaxi i els testicles pengin fora del cos. Aquests termoreguladors resulten molt importants per al desenvolupament dels espermatozoides perquè aquests són sensibles a la temperatura.

Normalment, els testicles descendeixen fins a l'escrot abans del naixement. A diferència dels ovaris femenins, que alliberen un ou al mes, els *espermatozoides* (*l'esperma*) es produeixen regularment tot al llarg de la vida. Els espermatozoides es produeixen i maduren als testicles.

Els testicles també produeixen hormones esteroides (la *testosterona*).

Així doncs, tenen dues funcions: produir esperma i produir hormones (a les *cèl·lules de Leydig*), totes dues coses queden

sota el control independent de la hipòfisi. Ara bé, si la producció de testosterona s'afebleix seriosament, aleshores la producció d'esperma se sol interrompre. En canvi, al revés això no passa. Després de madurar, l'esperma és transportat per un fluid produït als testicles, i seguint els *conductes deferents* arriba fins a les *vesícules seminals*.

Els conductes deferents són dues estructures tubulars que condueixen l'esperma des dels testicles i les vesícules seminals fins a la uretra. (La *vasectomia* consisteix en l'esterilització de l'home tallant els conductes deferents. Com que l'esperma només és una petita part de *l'emissió* (que es descriu més avall), l'home no troba cap diferència en la quantitat de semen. La vasectomia no té cap efecte fisiològic ni sobre l'impuls sexual ni sobre l'activitat sexual. Això és igualment cert pel que fa a la dona que es fa esterilitzar.)

Les *vesícules seminals* són una estructura doble situada darrera la base de la bufeta. Juntament amb els conductes deferents, conformen els *conductes ejaculatoris*. Els conductes ejaculatoris donen a la uretra. La major part del volum de fluid de *l'ejaculació* (el *semen*) prové de les vesícules seminals.

La *pròstata* sol tenir la mida d'una castanya. Està situada sota la bufeta i es pot palpar a través del recte, que queda tot just al darrera. La pròstata envolta la uretra en el punt on surt de la bufeta i produeix un fluid molt clar que forma part del *fluid seminal*. També aquí hi ha la principal ubicació de les *prostata-glandines*. La funció prostàtica i la mida de la pròstata depenen dels andrògens.

Discussió sobre els mites següents

L'esterilització porta a la impotència (o incapacitat de tenir una erecció).

La satisfacció sexual femenina està relacionada amb les dimensions del penis.

Escriviu les respostes correctes o els fets certs, que podreu trobar al text.

Escenificació

Un usuari us ve i us explica que no gosa acostar-se a cap dona perquè està avergonyit del seu penis. Es pensa que és massa petit.

Una usuària té molta por dels homes. La imatge d'un penis en erecció, que va veure en un llibre, l'espanta de tal manera que està segura que si mai tingués una relació sexual amb un home, en sortiria ferida. Canvieu els papers i els sexes!

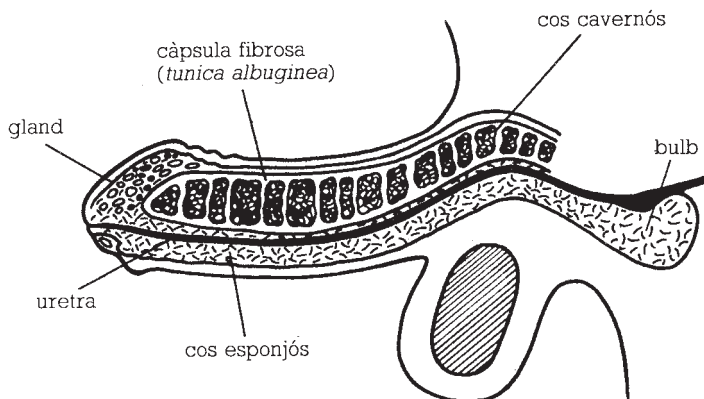
Exercici

REPÀS DELS ÒRGANS SEXUALS DE LA DONA I DE L'HOME

En un full a part indiqueu les funcions, situació, estructura i aspecte de:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. Els llavis majors | 1. El penis |
| 2. Els llavis menors | 2. L'escrot |
| 3. El clítoris | 3. Els testicles |
| 4. La vagina | 4. Els conductes deferents |
| 5. La cèrvix | 5. Les vesícules seminals |
| 6. L'úter | 6. La pròstata |
| 7. Les trompes de Fal·lopi | |
| 8. Els ovaris | |
-

TEIXITS ERÈCTILS DEL PENIS



La fisiologia de la resposta sexual

L'excitació sexual global (és a dir, la preparació fisiològica del cos) per a l'encontre sexual, la desencadena un conjunt d'estímuls externs i interns (erecció cerebral). És un procés d'una enorme complexitat que aplega molts factors. De vegades, un simple pensament espontani el pot engegar. Tot hi pot entrar, en l'excitació sexual: allò que veiem, sentim o olorem, els records d'altres relacions o situacions sexuals amb una persona que estimem, els senyals sexuals que enviem, interpretem i acceptem, la situació mateixa en què ens trobem, l'ambient, la música, el tacte, els petons... Tots els sentits –la ment i el cos– funcionen plegats. Encara que aquí, per simplificar, només n'estudiarem les reaccions corporals, cal no oblidar que la unitat de ment i cos és totalment necessària perquè ens sentim plenament excitats. Com veurem en el capítol dedicat a les disfuncions sexuals, el cervell –la ment– té les dues capacitats: produir disfuncions sexuals psicogèniques; però també compensar disfuncions sexuals merament orgàniques.

Tot i que tractarem separatament les respostes sexuals de la dona i de l'home, tota resposta, i les fases que comporta, implica el desig i és el resultat de la interacció sexual que es dona entre els dos participants. El desig, doncs, és aquell impuls d'unir-se totalment en cos i ment amb un altre ésser humà, tan ben descrit, d'altra banda, en nombrosos poemes, novel·les i obres de teatre. En la majoria de casos, però no pas en tots, ni de bon tros, a la resposta sexual i a les seves diverses fases s'hi arriba mitjançant la comunicació de la parella; preliminars, encontre sexual i fase posterior. La resposta sexual fisiològica del cos (masculí i femení) segueix les mateixes pautes tant en parelles heterosexuales que realitzin el coit, carícies sexuals, sexe oral o sexe anal, com en les parelles homosexuals o també si es tracta de masturbació individual masculina o femenina.

La resposta sexual humana, la podem dividir en quatre fases:

1. Fase d'excitació
2. Fase estacionària
3. Fase d'orgasme
4. Fase de resolució

Aquestes diverses fases no presenten límits clars entre

elles. A més, poden variar considerablement entre persones i en una mateixa persona en diferents moments.

La fase d'excitació

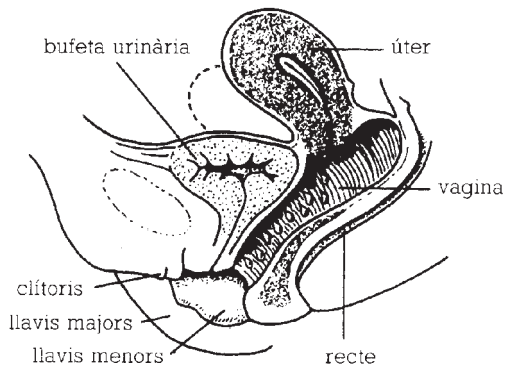
Anomenem fase d'excitació a la primera resposta que apareix davant de qualsevol forma d'estimulació de les descrites més amunt. És una fase de durada variable i es caracteritza perquè l'excitació sexual va en augment. Hi ha un increment progressiu de la tensió muscular, sobretot als genitals, tant en homes com en dones. També s'acceleren, en tots dos sexes, el ritme respiratori, el ritme cardíac i la pressió sanguínia.

La *impotència* és la incapacitat d'excitar-se sexualment des d'un punt de vista fisiològic:

En les *dones* es caracteritza per una sequedat accentuada de la vagina i una escassa afluència sanguínia al clítoris i als llavis de la vulva;

En els *homes*, per una escassa afluència sanguínia al penis.

FASE D'EXCITACIÓ



La fase d'excitació en la dona

Clítoris: hi afluïx la sang i augmenta de mida fins al doble o el triple de les dimensions habituals.

Llavis majors i menors: augment de rec sanguini.

Vagina: lubricació vaginal per exsudació de les parets vaginals. La vagina s'expandeix.

Úter i cèrvix: s'eleven i retrocedeixen, i els dos terços superiors de la vagina comencen a dilatar-se i expandir-se.
Erecció dels mugrons.

La fase d'excitació en l'home

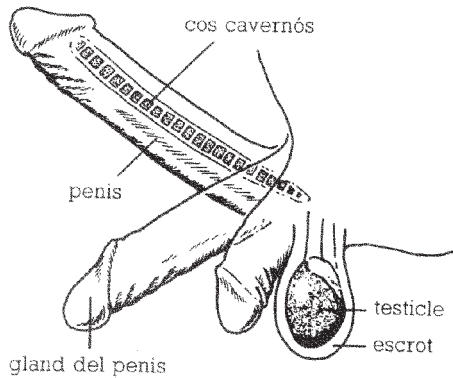
Penis: queda erecte, s'endureix, augmenta de mida i s'aixeca amunt, per causa del rec sanguini als cossos cavernosos.

Testicles: s'eleven parcialment.

Escrot: canvia d'aspecte, s'aplana i els plecs de la pell s'allisen.

FASES D'EXCITACIÓ I ESTACIONÀRIA

ERECCIÓ



La fase estacionària

De la fase d'excitació es passa a la fase estacionària, en la qual l'estimulació sexual es manté a un nivell estable. La durada d'aquesta fase és variable i resulta més llarga o més curta segons l'eficàcia dels estímuls mentals, de la situació, del desig, l'educació i la biologia dels participants. Per arribar al nivell del llindar orgàsmic, cal que el grau d'excitació sexual sigui molt alt.

La fase estacionària en la dona

Llavis majors i menors: s'inflen encara més i s'envermelleixen.

Vagina: el terç més extern (o inferior) s'infla, i com a

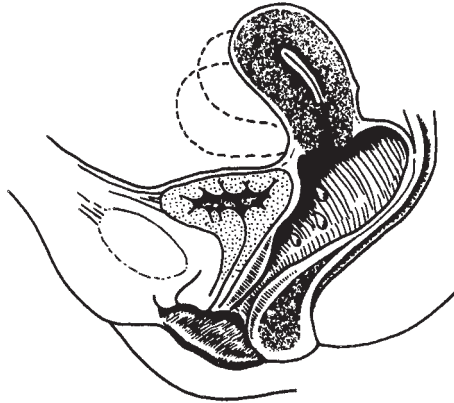
conseqüència l'obertura de la vagina s'estreny (l'agafada), cosa que vol dir que la vagina envolta el penis com si l'agafés. Els dos terços interiors (o superiors) encara s'expandeixen més.

Úter: es va elevant segons que la vagina es va expandint.

Clitoris: el tany del clitoris es contrau i es retira sota el plec de la membrana mucosa i desapareix de la vista. Quan l'estimulació s'interromp, no s'arriba a l'orgasme. Ara bé, la zona que hi ha al voltant del clitoris sembla que és igualment sensible, de manera que si s'estimula tota aquesta part, sexualment n'hi ha prou. Hi ha dones que no volen ser estimulades directament al clitoris perquè aquesta part els resulta massa sensible, gairebé dolorosa.

A mesura que la fase estacionària va endavant, les *arèoles* (la pell més fosca que envolta els mugrons) s'omplen de sang i oculten l'erecció dels mugrons. Les dimensions dels pits augmenten.

FASE ESTACIONÀRIA



El rubor sexual apareix en la meitat de les dones i en alguns homes.

Algunes dones només arriben a la fase estacionària i no tenen orgasme. Si l'*orgasme no es produeix*, no hi ha relaxació immediata i la sang acumulada als genitals, a diferència del que passa quan hi ha orgasme, no abandona pas aquests òrgans al cap d'uns minuts; al contrari, hi pot restar durant molt de temps i provocar molèsties perquè sovint produeix una sensació de pesantor a la ronyonada i dolor.

La fase estacionària en l'home

El *penis*: hi ha un lleu increment en el diàmetre del gland. El color s'intensifica.

Els *testicles*: augmenten de mida. Quan la tensió sexual s'acosta a l'orgasme, els testicles continuen pujant i comença un procés de rotació de manera que la superfície queda en contacte amb el perineu.

Les glàndules de Cowper: hi pot aparèixer una petita quantitat de fluid de la uretra (vegeu la il·lustració de «La fase d'emissió»): és una secreció que produeixen les glàndules de Cowper. De vegades en aquesta secreció hi ha esperma viu.

La fase orgàsmica

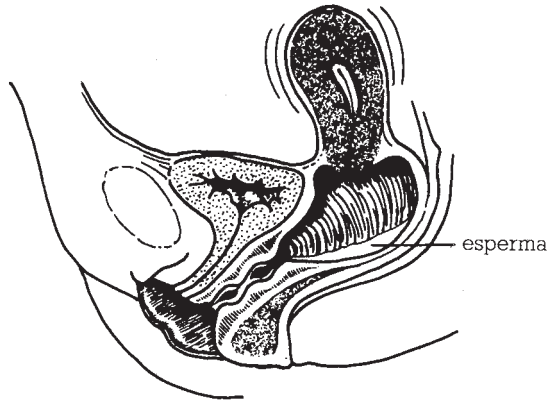
La resposta sexual en homes i dones va augmentant de mica en mica fins a arribar a la intensa fase d'orgasme, que dura només uns segons. L'orgasme és l'alliberament fisiològic de la tensió mental i muscular que s'havia creat. Ha rebut el nom de «clímax» perquè és el punt més alt de la intensitat fisiològica i física, i del sentiment de satisfacció que l'acompanya. L'orgasme, doncs, *no* és l'ejaculació ni les contraccions *rítmiques* de l'úter.

L'atenció als vessants psicològics de la satisfacció és més crucial que no l'atenció als vessants fisiològics. Tant l'home com la dona poden arribar a sentir-se satisfets *sense orgasme*. Així doncs, l'interès primordial dels professionals sanitaris cal que sigui la satisfacció de la persona en qüestió.

La fase d'orgasme en la dona

La *vagina*: s'hi donen contraccions rítmiques al terç més extern (plataforma orgàsmica), i també i simultàniament, a l'*úter* i als *músculs del perineu* i a l'*esfínter de l'anus*. Comencen a intervals de 0,8 segons i després disminueixen. Les dones que han sofert una histerectomia o l'excisió quirúrgica del clítoris també poden tenir orgasmes.

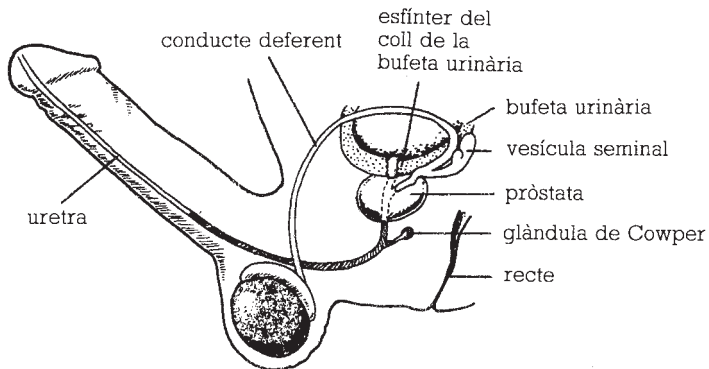
FASE D'ORGASME EN LA DONA



La fase d'orgasme en l'home

En els homes hi ha *dues fases* fisiològiques d'orgasme coordinades: l'*emissió* i l'*ejaculació*.

ORGASME. PRIMERA FASE: EMISSIÓ



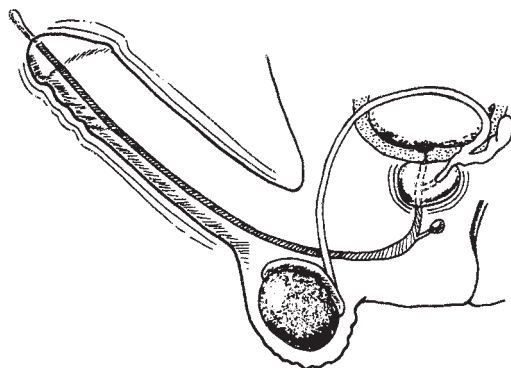
L'emissió: és l'evacuació i la recollida del fluid *seminal* a la part posterior de l'*uretra*.

És causada per un seguit de contraccions dels *conductes deferents*, la *pròstata* i les *vesícules seminals*. Aquest fluid, amb la seva concentració de *cèl·lules espermàtiques vives*, és produït per les mateixes tres fonts: la pròstata, les vesícules seminals i els conductes deferents.

Molt abans de l'emissió, l'*esfínter del coll* de la bufeta urinària queda tancat, de manera que el semen no pot entrar a la bufeta.

(En les dones, l'equivalent de l'emissió és la secreció de les glàndules de Bartholino i la contracció de l'úter.)

ORGASME. SEGONA FASE: EJACULACIÓ



Ejaculació: consisteix en una sèrie de contraccions rítmiques dels *músculs del perineu* i de la *pròstata*, que envolta la *uretra*, les quals impulsen el semen per la uretra fins a sortir del penis.

L'ejaculació precoç és aquella que es produeix massa aviat; l'ejaculació retardada és la que es produeix massa tard. Però, massa aviat o massa tard per a qui? La definició resulta difícil pels factors subjectius implicats. No és pas precoç si l'home s'està retenint perquè la seva parella necessita temps per arribar a l'orgasme, i després ell ejacula, ràpidament. Tampoc no ho és si ella hi arriba de seguida i ell ejacula immediatament després. No és retardada si la dona arriba a l'orgasme ràpidament (cosa no gaire habitual) i l'home ejacula molt després. En aquests casos, si la dona es queixa, no es tracta de problemes en l'ejaculació de l'home. Però si l'home es queixa, aleshores el terapeuta pot considerar els casos com a disfuncions masculines. La solució del problema podria consistir a aclarir quines expectatives i quines respostes fisiològiques diferents té cada membre de la parella. L'ejaculació abans de la penetració és precoç; però l'ejaculació immediatament després de la penetració depèn de com la percebi la parella. I aquesta percepció

ve de la seva educació, de les seves circumstàncies vitals i d'altres factors.

La reacció de la dona varia molt segons la persona i la situació. La reacció masculina durant l'orgasme presenta més escassa variació. Hi ha un cert nombre de dones que poden tornar a tenir un altre orgasme si són estimulades abans que l'excitació baixi per sota del nivell estacionari. L'home, en canvi, sembla que no posseeix aquesta capacitat. Tot just després d'ejacular, entra en un *període refractari*, és a dir, un període en què no respon genitalment a l'estimulació sexual. La durada d'aquest període varia molt tant dins l'individu com comparat amb altres. Homes i dones poden experimentar una especial sensibilitat en tot el cos després de l'orgasme, la qual pot durar uns minuts.

La fase de resolució

La fase de resolució és aquella en què els òrgans sexuals de la dona i de l'home tornen més o menys ràpidament a un estat no excitat.

La fase de resolució en la dona

El clítoris i els llavis majors i menors: s'empetiteixen en desaparèixer-ne la sang, bombejada per les contraccions musculars orgàsmiques.

La *vagina:* es col·lapsa i s'empetiteix.

L'úter: torna al seu lloc a la pelvis.

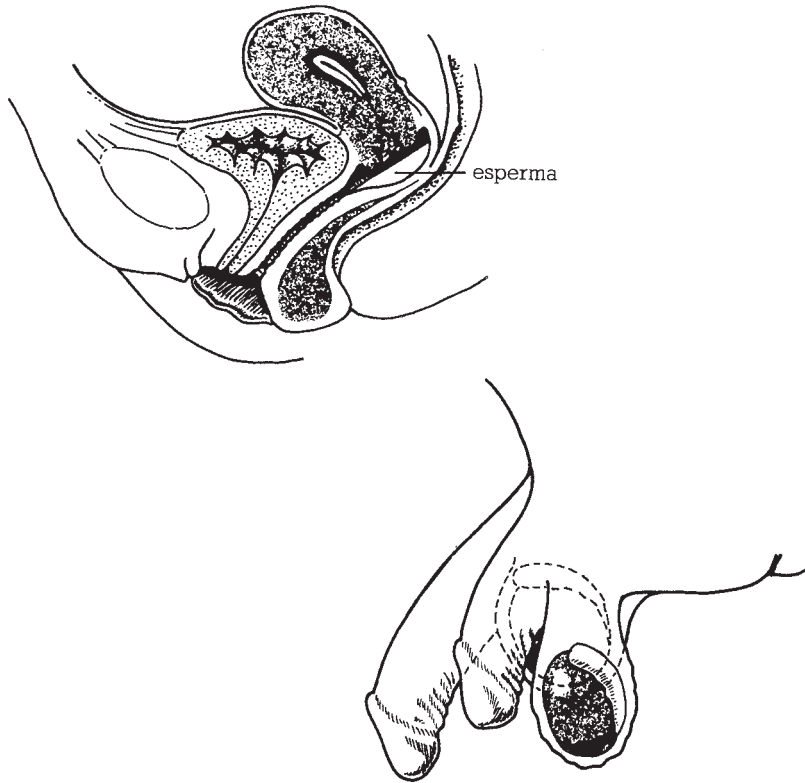
La *cèrvix:* toca l'indret on s'ha acumulat l'esperma. Ara doncs, es donen les millors condicions perquè les cèl·lules espermàtiques penetrin en el canal cervical.

La *vagina:* el pH de la vagina canvia ràpidament, per l'acció del semen, durant la fase orgàsmica des d'un pH 4 a 7, per protegir el moviment de l'esperma, ja que s'immobilitza en un pH 5 o menor.

La fase de resolució en l'home

L'erecció disminueix en dues etapes: 1) una ràpida pèrdua de rigidesa, deguda a les contraccions penianes; i, 2) un procés més lent de retorn al flux vascular normal i a l'estat de flaccidesa.

Els testicles: perden volum i baixen fins a l'escrot, tret que l'estímul sexual continuï.



Discussió

Utilitzeu el passatge citat a continuació per discutir la possibilitat de solucionar fins a cert punt els problemes de les dones que no arriben a l'orgasme (es calcula que són un 10-15 %), si tot el que es diu al text fos veritat en el seu cas. Prescindim en aquesta discussió d'aquelles dones que no tenen orgasmes per disfuncions orgàniques o malalties. El paràgraf pertany a la ponència que va presentar el doctor Preben Hertoft, de Dinamarca, a la «Conferència sobre educació sexual» de Brussel·les, el 1977.

«Podríem trobar-nos un pas més enllà pel que fa a l'educació i l'orientació sexual dels nostres fills, si a la nova generació, els poguéssim ensenyar el següent:

Que la unió sexual és una possibilitat única per a un home o una dona d'arribar a un altre ésser humà, de cercar i trobar seguretat, pau mental, proximitat i joia. La unió sexual no és solament la unió d'uns genitals, no és solament una cosa física, sinó una trobada que inclou cos i ment, una unió de dues persones que coneixen la seva vulnerabilitat però que també creuen en la seva força, i que no tenen por d'estimar ni de ser estimats.»

Qüestions

A banda de les diferències anatòmiques, l'orgasme és diferent per a homes i dones?

En l'home, l'ejaculació és el mateix que l'orgasme?

En quina fase de la resposta sexual solen aparèixer els problemes més habituals?

A. en els homes.

B. en les dones.

Quines diferències hi ha entre els testicles i els ovaris?

L'home es queda infèrtil quan arriba a una edat mitjana?

Escenificació

Una dona arriba a la consulta i es queixa que el seu marit no es preocupa prou d'ella, del seu plaer, durant el joc preliminar. No pot aconseguir que ell l'estimuli prou.

Pregunteu-li, a la dona, sobre la seva vida sexual i feu que us expliqui (després d'haver-li presentat les diferents fases de l'orgasme femení) en quina fase del cicle de resposta sexual no és prou estimulada. Pot ser que la tècnica que fa servir la seva parella sigui insuficient per excitar-la. Durant el dia està per ella? Ella li ha dit com, i on, estimular-la millor?

Inviteu l'home a venir a la consulta i expliqueu-li l'interès que sentiu per ajudar-lo a resoldre els problemes i aconseguir que tots dos tinguin més satisfacció.

Feu grups de tres i intercanvieu els papers. Recordeu: si no podeu discutir o preguntar amb tota naturalitat sobre el cicle de resposta sexual amb els col·legues, com podreu, després, preguntar/explicar o educar els clients?

Més tard, discutiu sobre el que sentiu en relació amb la usuària, sobre la seva parella i sobre la infermera/metge. Heu canviat d'actitud arran de l'escenificació? Si és així, en quin sentit?

Exercicis

Hi ha dones que no arriben a l'orgasme durant el coit per diverses raons. Feu una llista d'aquestes raons.

Una persona fa el paper d'un metge (de sexe masculí) que, a una dona jove, li ha estat receptant anticonceptius durant dos anys. La segona persona fa d'aquesta dona. Una tercera observa la situació. La dona s'està visitant amb el doctor, el qual suggereix que caldria fer-li un reconeixement intern i una citologia. Abans, cada cop que el metge li ho havia indicat, ella s'hi amoinava molt, se sentia violenta i deia que tenia la menstruació. Ara també ho fa. El doctor ha de mirar de trobar fins a quin punt aquest rebuig es deu a la por o a la vergonya. Feu servir imatges o dibuixos per explicar-li en què consisteix l'exploració i perquè vegi que és un procediment absolutament normal.

Repetiu l'escenificació, però ara amb una metgessa. Aneu canviant els papers de manera que tots passeu pels quatre personatges: el metge, la metgessa, la dona i l'observador. Discutihi-hi. Què hi ajuda? Què hi posa entrebancs? Què n'hem après?

Capítol 2

Desenvolupament sexual. Comportament sexual: infantesa i vellesa

Desenvolupament sexual. Comportament sexual: infantesa i vellesa

Exercici

Definiu la sexualitat (La sexualitat és...), escriviu-ho anònimament, recolliu les definicions.

Els motius d'aquest exercici són els següents: si no heu aclarit per vosaltres mateixos què enteneu per sexualitat, podrà haver-hi confusió en la comunicació amb els usuaris, els quals pot ser que en tinguin unes idees poc definides.

Llegiu les definicions i discutiu-les; decidiu si podeu acceptar-ne una unànimement. A la fi del capítol presentem una definició a la vostra consideració.

Aspectes psicosocials del desenvolupament sexual

«El desenvolupament sexual psicològic no comença pas amb la pubertat; comença el mateix dia en què l'infant experimenta una interacció amb el seu entorn immediat. El desenvolupament psicològic normal de la persona, doncs, inclou el domini i la recreació dels impulsos sexuals immadurs fins i tot abans de la pubertat, en el camí cap a la maduresa sexual. Aquest és un fet molt ignorat, i la conseqüència és que la vida sexual es pot transformar en una cosa especial en comptes de considerar-la com cal: un aspecte més del desenvolupament i de les característiques de tota persona.

»Durant el període preescolar, molts infants descobreixen que tocar-se els òrgans sexuals és agradable.

»I així com el contacte i la satisfacció queden lligats als òrgans genitals, l'interès de l'infant creix i s'estén de manera natural cap als genitals dels altres. Això, tanmateix, sovint porta al càstig, el qual fa aparèixer l'ansietat en relació amb el comportament sexual i amb tot el que té a veure amb els genitals.

»Hi ha un fenomen, sovint observat, a la fase preescolar, en els jocs dels infants, que consisteix a exhibir-se recíprocament: es miren els genitals i demostren sentir una gran curiositat per aquests assumptes. No hi ha res d'estrany, perquè en aquestes edats els infants s'estan orientant en la vida i en conseqüència són molt curiosos amb tot.

»Quant al sexe, si els pares toquen aquestes qüestions dels seus fills amb objectivitat i naturalitat a mesura que van sortint, l'ansietat que sovint va lligada al comportament sexual, la podran fer disminuir. Una altra possibilitat molt concreta per als pares és mirar de contrarestar les informacions falses i les actituds errònies pel que fa a la sexualitat que els nens hagin pogut arrebregar a qualsevol altre lloc. L'infant necessita la informació concreta just en el moment en què la demana. Hi ha tot d'excel·lents llibres divulgatius per a infants a l'abast dels pares i de tothom que en tingui dubtes.»*

La sexualitat infantil

Els nens poden tenir ereccions espontànies. També se sap que a les nenes se'ls pot engrandir el clítoris i que algunes presenten lubricació vaginal. Aquests exemples de canvis fisiològics infantils demostren que la funció fisiològica sexual precoç no és apresada sinó més aviat una resposta reflexa innata. Així doncs, la funció sexual és un procés natural.

Aquesta naturalitat de la funció sexual resulta afectada posteriorment per les actituds que troba al seu entorn envers la sexualitat (especialment per les dels pares). Els tabús i mites culturals, i tot d'altres innombrables factors, intervenen en la transformació d'una funció natural en una altra que certs adults lliguen a la vergonya i la culpabilitat. Més avall en parlarem a bastament.

*I. Nordqvist: *Life together. The situation for the handicapped.*

Kinsey va afirmar que hi ha nenes i nens que a partir dels tres o quatre anys ja poden tenir orgasmes, i que gairebé tots els nois poden tenir-ne de tres a cinc anys abans de la pubertat. L'orgasme del noi abans de la pubertat és un orgasme sec, sense fluid, però amb una intensitat semblant a la d'homes i dones sexualment madurs.

Molt aviat, els infants comencen a practicar la *masturbació* (és a dir, l'obtenció de satisfacció sexual estimulant-se els propis genitals). Sembla que fins i tot els lactants tenen alguna activitat autoeròtica. En els infants, el descobriment de la masturbació es pot donar per casualitat en estimular-se sexualment mentre juguen. Les noies es poden masturbar estrenyent les cuixes i els nois tocant-se. Per als nois és habitual de començar als sis o set anys. Gairebé tots, però, ho fan abans de la pubertat i la majoria hi continuen un cop són madurs sexualment. La quantitat de noies que es masturben és menor, i comencen a fer-ho entre els sis i els vint anys. Hi ha homes i dones que mai no es masturben.

Quant a les *fantasies sexuals*, és habitual que els infants a partir dels quatre anys ja en tinguin. En els jocs, les fantasies dels nois són més directament sexuals, i les de les noies, més adreçades a jocs del tipus «papa - mama - fill».

En la *prepubertat*, els nois i les noies demostren una clara tendència a avergonyir-se si els pares o els germans els sorprenen despullats, i solen observar unes regles sexuals estrictes i puritanes.

La masturbació

La masturbació és una bona manera d'aprendre sobre les pròpies reaccions i respostes sexuals. En alguns casos de discapacitat, la masturbació constitueix l'autodescobriment de les capacitats sexuals, cosa que proporciona la necessària seguretat que cal abans d'entrar en una relació. Per a la gent jove i adulta que s'està en institucions, la masturbació sovint és la seva única oportunitat d'obtenir satisfacció sexual. La masturbació només resulta perillosa si va acompanyada de la culpabilitat, i això no es dona pas espontàniament sinó tan sols sota la influència de l'entorn.

El canvi en el tipus de relació: d'un sexe a dos sexes. Les expectatives de la societat

Durant els primers períodes escolars, els nois i les noies es defugen mútuament i es barregen més aviat amb amics del mateix sexe. Durant la pubertat és quan comencen a demostrar un interès positiu per l'altre sexe. Aquest fet implica una de les adaptacions més difícils que els joves han de dur a terme en la seva comunitat.

Una altra cosa que s'espera d'ells és que resolguin per si sols el problema que els suposa la creixent necessitat de satisfacció sexual que experimenten sota els canvis anatòmics i hormonals pels quals van travessant. Com més maduren físicament, més s'accentua aquesta necessitat, que a sobre és reforçada pels mitjans de comunicació, el cinema, la televisió i les publicacions. La major part dels joves busquen alguna mena de sortida per a les seves necessitats sexuals, però els pot resultar difícil de decidir per si mateixos si cal entrar en la masturbació, en les carícies sexuals amb altres persones, en el coit, i a quina edat i fins a quin punt.*

Qüestions sobre actituds

EXPRESSEU L'OPINIÓ I DISCUTIU LES ACTITUDS DE LA SOCIETAT ON VIUIU

1. Quin lloc creieu que ocupa la sexualitat en la vida?
Un lloc molt important
Un lloc bastant important
Un lloc d'importància menor
Se'n pot viure sense
2. La relació entre els vostres pares, com era?
Molt càlida
Càlida
Neutra
Freda
Molt freda

*Els punts esmentats en aquests dos paràgrafs poden canviar d'una cultura a una altra. Potser fóra bo de considerar quina és la situació en el nostre país.

3. Quina opinió us mereix la masturbació?

Molt positiva

Positiva

Indiferent

Negativa

Molt negativa

Escenificació

Una nena de tres anys li pregunta a sa mare d'on vénen els nens.

La mare, que se sent violenta i que tampoc no és que sàpiga gran cosa, no li vol donar una resposta clara. Aleshores se'n va a veure el metge de família (de sexe masculí) a demanar-li ajut. Trieu els papers. Feu grups de tres. Aneu canviant els papers.

Discussió

Comenteu els records que tingueu sobre els pares i sobre com parlaven (o no) de sexualitat amb vosaltres.

Discutiú sobre el poema següent en relació amb l'actitud de les vostres famílies sobre l'educació, i sobre les vostres pròpies actituds cap als vostres fills o cap als fills dels altres.

«Els vostres fills no són fills vostres.

Són els fills i les filles de la Vida, desitjant-se a si mateixa.

Vénen a través vostre però no pas de vosaltres.

I malgrat que són amb vosaltres no us pertanyen.

Els podeu donar l'amor però no pas els pensaments.

Perquè ells en tenen de propis.

Podeu allotjar els seus cossos però no les seves ànimes.

Perquè les seves ànimes habiten la casa del demà, que vosaltres no podeu visitar ni tan sols en somnis.

Podeu maldar per ser com ells, però no intenteu que ells siguin com vosaltres.

Perquè la vida ni recula ni s'atura en l'ahir.»

KAHLIL GIBRAN (1923)

El desenvolupament físic durant la pubertat

En les noies

La pubertat comença abans en les noies que no en els nois. En veiem el primer signe clar en el creixement dels pits. Després apareix vellositat a les aixelles, als llavis majors i al mont de Venus. Els òrgans sexuals canvien. La vagina augmenta de dimensions, i també els llavis majors i menors. Els òrgans sexuals interns creixen o canvien a causa de la influència hormonal, descrita al capítol següent (vegeu l'esquema sobre «El model del desenvolupament puberal», pàg. 55).

L'edat mitjana de la *menarquia* (l'inici de la menstruació) és al voltant dels tretze. El primer any, el fluid menstrual és irregular, i pot ser que hi hagi un període més o menys llarg sense alliberament de cap òvul. Algunes noies sí que ovulen des del començament. L'edat mitjana de la menarquia ha baixat, i al mateix temps a la menopausa, s'hi arriba més tard, amb la qual cosa el període reproductiu s'ha allargat.

En els nois

En els nois, l'edat mitjana en què es dona la primera ejaculació és pels volts dels tretze. En alguns, un pit o bé tots dos poden presentar un creixement (*mastitis de l'adolescent*). Aquest desenvolupament desapareix al cap d'un període d'un a tres anys. El desenvolupament muscular, l'engrandiment dels genitals, el creixement de la vellositat púbica, etc., tot és igual que en els nois que no presenten l'augment de pit.

La mida dels testicles és una bona mesura de la seva funció. El límit inferior per a un testicle humà normal és de 12 ml. A quinze anys, els testicles ja han assolit les dimensions adultes. Hi ha altres característiques sexuals secundàries, com és ara el canvi de la veu, el creixement de pèl a la cara, la baixada del to de la veu, que depenen de si hi ha producció de testosterona a les cèl·lules de Leydig (als testicles).

Pol·lucions nocturnes

El 85 % de nois i d'adults experimenten «pol·lucions nocturnes» (ejaculacions espontànies durant el son) sovint acompanyades de somnis eròtics. Abans dels catorze, el 25% dels nois

ja n'han tinguda a primera, i un terç dels homes de 50 anys encara en tenen.

EL MODEL DEL DESENVOLUPAMENT PUBERAL

NOIES	EDAT	NOIS
Canvis vaginals Desenvolupament del pit El creixement de la pelvis Increment d'FSH en sang	9-10	
Pubertat Increment d'LH i estradiol Acceleració del creixement de l'esquelet	10-11	Creixement dels testicles i escrot Increment d'FSH en sang
Creixement genital visible	11-12	Creixement del penis Pubertat Increment d'LH i testosterona en sang
Pigmentació de les arèoles Màxima acceleració del creixement Secreció de les glàndules sudorípares Velloïtat púbica Menarquia	12-13	Activitat de la pròstata Acceleració del creixement de l'esquelet Possible desenvolupament del pit Secreció de les glàndules sudorípares
Ovulació	13-14	Màxima acceleració esquelètica La veu canvia Velloïtat púbica Pèl a la cara Primera ejaculació
Acne La veu canvia	14-15	Esperma madur Acne
El creixement de l'esquelet s'atura	15-16	Creixement del pèl al cos
	17-18	El creixement de l'esquelet s'atura

Variacions en el desenvolupament puberal

Tant en les noies com en els nois hi ha considerables variacions pel que fa al desenvolupament físic puberal. Els nois que a catorze anys no han experimentat el creixement testicular i que als setze no han passat per l'acceleració del creixement de l'esquelet presenten una pubertat retardada. Podem dir el mateix de les noies que a catorze anys no els han crescut els pits o que als quinze no han tingut l'acceleració del creixement de l'esquelet. A una noia que presenti un desenvolupament físic i sexual normal, encara que no tingui menarquia, no se la considera retardada.

Discussió

Discutiu els diversos problemes que poden afectar la majoria de nois i noies amb una pubertat retardada (paraules clau: companys d'escola, imatge corporal, contactes socials, excés de protecció).

Descobriments propis sobre el comportament sexual dels adolescents.

L'activitat sexual coneguda dels adolescents pot presentar grans variacions per raons religioses, culturals i també per les diferències individuals. Així doncs, no seria gaire útil si presentéssim les xifres dels països escandinaus, on la permisivitat de la societat pot influir molt en les dades recollides. Discutiu i mireu de trobar a les fonts esmentades a la introducció si al nostre país s'ha publicat cap recerca sobre el comportament sexual adolescent. En cas afirmatiu, intenteu de trobar-ne els qüestionaris i estudieu-los per determinar si hi ha cap pregunta que deixi veure l'actitud negativa de l'autor del qüestionari envers la sexualitat en general o envers algun punt en particular. Mireu si hi ha preguntes dirigides, és a dir, que ja apunten cap a una determinada resposta. Entre quantes respostes alternatives es pot escollir?

Si al nostre país ja s'han recollit dades sobre la sexualitat dels adolescents, esbrineu si la religió o la cultura han pogut influir en els resultats (per exemple, quines respostes es recullen i com s'interpreten). Els adolescents contesten segons el que realment pensen o segons el que creuen que s'espera que diguin?

Autoavaluació

Intenteu redactar un qüestionari sobre el comportament sexual dels adolescents. Feu-ho col·lectivament en grups petits. Quan tots els grups es reuneixin, compareu-ne els resultats. Després ompliu el qüestionari en privat per comprovar si les preguntes funcionen.

El canvi de criteris i comportaments sexuals

En aquest darrer segle, els canvis fonamentals que s'han donat en qüestió de comportament i criteris sexuals han anat cap a la igualtat entre els sexes i a la llibertat de la persona per triar les seves pròpies normes sexuals. No hi ha cap barrera física en el camí cap a la igualtat sexual. Fins i tot els estudiosos de la sexualitat de dones amb discapacitats ja han començat a considerar altres coses més enllà de l'estricta procreació. Per exemple, volen esbrinar de quina manera una dona discapacitada pot intensificar la seva pròpia sexualitat i com pot gaudir-ne, en comptes de suposar –com sí que ho afirmen altres estudis– que qualsevol dona, encara que sigui discapacitada, sempre pot donar satisfacció a un home.

No fa pas tant, encara hi havia un debat ben encès entre investigadors masculins i femenins: orgasme vaginal contra orgasme clitoridià. Calia considerar immadurs i de segon rang els orgasmes clitoridians comparats amb els vaginals?

Això succeïa abans que Masters i Johnson publicuessin els resultats de la seva recerca en els anys seixanta, on s'afirmava que independentment de l'estímul sexual (masturbació, carícies sexuals o coit), la resposta sexual de la dona era la mateixa, tal com la descrivim al capítol anterior. Tot i així, l'experiència psicològica de l'orgasme pot presentar diferències tant en homes com en dones. Els factors més importants que hi intervenen són l'experiència individual i la valoració personal de la satisfacció.

Aquest debat sobre l'orgasme va tenir lloc abans dels estudis de Shere Hite sobre la sexualitat femenina, primer, i sobre la sexualitat masculina, després. Un altre mite molt estès és que els homes eren insensibles a l'afecte en les relacions sexuals. Aquest mite fou desmentit per Shere Hite i per altres impor-

tants estudis apareguts sobre les relacions sexuals, que revelen que l'afecte rep una valoració enormement positiva en la sexualitat humana. Ara mateix hi ha més homes que mai que confirmen el valor del sexe amb afecte.

Exercici

Feu una llista de les qualitats més importants que hi ha en una relació sexual. Si la composició del grup ho permet, feu un grup de dones i un altre d'homes. Compareu-ne els resultats i comenteu-los. Si hi ha diferències, són culturals o apreses?

La sexualitat en les persones grans*

Hi ha moltes diferències entre les persones segons les actituds sexuals, els interessos sexuals i les capacitats sexuals.

Els canvis fisiològics en les dones després de la menopausa

La tensió muscular, el «rubor sexual» i l'afluència sanguínia als genitals decreixen en intensitat. La vagina s'empetiteix i el revestiment vaginal perd gruix, sagna amb facilitat i, després del coit, pot estar irritat. La lubricació vaginal s'alenteix i també decreixen l'elevació i l'eixamplament de la vagina. La «funció d'estrènyer» de la vagina no és tan òbvia i hi ha més poques contraccions durant l'orgasme i triguen més a començar. L'úter es fa més petit.

Tant la capacitat com l'interès sexual es poden mantenir a 70, 80 o 90 anys si la persona està raonablement sana i té una parella interessada i interessant.

Quan la dona continua tenint activitat sexual al llarg dels anys, els canvis no són tan radicals com quan deixa de tenir-ne de sobte.

*Què es considera ser gran? Els joves tant poden considerar «vells» un home de 40 anys com una dona de 60, i aquestes persones potser no se'n consideren pas. Envellir és un fenomen d'importants implicacions psicològiques.

Els canvis fisiològics en els homes

Els canvis en la resposta sexual masculina són semblants als de les dones. Cal més temps i una estimulació més intensa per tenir una erecció; el període refractari s'allarga després de l'ejaculació i també entre l'ejaculació i una nova erecció. Les dues fases de l'orgasme canvien; l'ejaculació es pot donar immediatament després de l'emissió, o bé la fase d'emissió s'allarga i el fluid ejaculatori resulta molt escàs. Després de l'orgasme, l'erecció desapareix tot seguit.

En els dos sexes

Malgrat els canvis per raó de l'edat, és possible i saludable per als dos sexes de continuar l'activitat sexual al llarg dels anys; això sí, tenint present que les condicions van canviant. Les relacions sexuals requereixen més temps i estímuls més intensos. La freqüència dels coits pot baixar i sembla que a l'home la capacitat d'entrar en erecció es conserva millor que no la capacitat d'ejacular. Home i dona cal que prenguin consciència que en l'home gran pot ser que no hi hagi ejaculació i que això no depèn necessàriament de la qualitat de la relació. S'ha demostrat que la freqüència de coits de la dona depèn de si l'home és sexualment actiu.

Encara que els estudis coincideixin a afirmar que els homes grans se senten més interessats sexualment que les dones d'edat, elles practiquen molt més la masturbació, sovint com a compensació per unes relacions sexuals de baixa qualitat. Un estudi nord-americà afirma que un 50 % de les parelles amb els 60 anys complits tenien relacions sexuals amb coit. En el cas de parelles en què un dels membres té més de 80 anys el percentatge és del 10 al 20 %.

Escenificació

Una dona de setanta anys us visita; sou un ginecòleg. La dona es queixa que el seu marit ha perdut l'interès per ella perquè no ejacula i ella es pensa que ell ja no l'estima. A ella no li agrada masturbar-se; és pecat.

Expliqueu-li els canvis que es produeixen amb l'edat en l'home i en la dona. Pregunteu-li per què creu que la masturbació és pecat. Doneu-li suport. Intercanvieu els papers.

Qüestions sobre actituds

Responen les tres preguntes següents individualment i comenteu quines respostes són les que comparteix més gent al nostre país i per què.

1. Quina opinió us mereixen les carícies sexuals (és a dir, donar-se satisfacció mútua, generalment fins a l'orgasme)?
 - Molt positiva
 - Positiva
 - Indiferent
 - Negativa
 - Molt negativa
 2. Quan considereu acceptable el coit?
 - Amb un conegut casual
 - Fora del matrimoni (coit extramarital)
 - Sent parella
 - Només dins del matrimoni
 3. Quina opinió us mereix la pornografia? (fotografies o pel·lícules utilitzades comercialment mostrant explícitament activitats sexuals físiques sense cap implicació personal)
 - Molt positiva
 - Positiva
 - Indiferent
 - Negativa
 - Molt negativa,
 4. Definiu la pornografia
 5. Definició de sexualitat
- Aneu al començament del capítol a les vostres definicions de sexualitat i compareu-les amb la definició següent. Potser la vostra és millor.
- «La sexualitat és el conjunt de sentiments que tenim com a éssers sexuals, els camins que triem per expressar-nos-els a nosaltres mateixos i als altres, i les nostres capacitats psicològica i física de donar i d'experimentar plaer.»
-

Capítol 3

La identitat sexual. Heterosexualitat i homosexualitat

La identitat sexual. Heterosexualitat i homosexualitat

Hi ha diversos factors que determinen la identitat sexual individual, alguns de biològics i d'altres de psicosocials.

Factors biològics

1. Els cromosomes
2. Les gònades (testicles i ovaris)
3. La regulació hormonal durant la vida intrauterina
4. El desenvolupament de l'estructura anatòmica dels genitals interns i externs
5. El paper de les hormones en la diferenciació de l'hipotàlem
6. La regulació hormonal durant el desenvolupament postnatal. Les hormones i la seva importància

Factors psicosocials

7. El sexe assignat en el naixement i l'educació
8. L'acceptació subjectiva del sexe assignat
9. La tria de la parella sexual

Factors biològics

Començarem amb una descripció dels factors biològics; en el punt 5 descriurem amb una certa extensió el funcionament hormonal i com influeix en homes i dones.

Durant les diverses fases del desenvolupament de la identitat sexual hi ha nombrosos elements que es combinen per determinar si l'individu serà un home o una dona. Es un munt de coses que han de passar en el moment exacte i de la mane-

ra correcta; així doncs, també hi ha moltes possibilitats que el desenvolupament se'n vegi alterat. De fet, l'estrany és que això no passi més sovint.

1. Els cromosomes

En la fecundació, la *cèl·lula espermàtica*, que conté un cromosoma sexual *X* o un d' *Y*, s'uneix a l'*òvul*, que conté un cromosoma *X*.

Hi ha un total de 44 cromosomes més que contenen material genètic.

El model genètic d'un home és 46, XY.

El model genètic d'una dona és 46, XX.

Cal que hi hagi dos cromosoms *X* per desenvolupar els ovaris; i cal que hi hagi un cromosoma *Y* per desenvolupar l'estructura testicular, independentment del nombre de cromosomes *X* que hi pugui haver.

2. Les gònades (testicles i ovaris)

Durant les primeres setmanes no hi ha cap diferència anatòmica entre els fetus genètics masculí i femení. En la sisena setmana, les gònades rudimentàries es desenvolupen i esdevenen o testicles o ovaris.

La *diferenciació* cap a uns *testicles* funcionals té lloc durant la *vuitena* setmana, quan els testicles del fetus ja mostren secreció de testosterona (una hormona sexual masculina = androgen).

La *diferenciació* cap a *ovaris* es dona durant la *dotzena* setmana de vida del fetus.

3. La regulació hormonal durant la vida intrauterina

La direcció que pren la diferenciació sexual (vegeu els punts 4 i 5), la determina la presència o absència de testosterona al fetus. *Cal* absolutament que hi hagi *testosterona* perquè continuï el *desenvolupament masculí*, encara que la dotació sigui 46, XY. En absència de quantitats significatives de testosterona, la

diferenciació es dona en direcció femenina, sigui quina sigui la dotació genètica.

Hi ha un altre factor important: la mare no ha de tenir cap alteració en les seves hormones sexuals ni ha d'haver rebut altres hormones sexuals en quantitats incorrectes o de tipus equivocat.

4. El desenvolupament de l'estructura anatòmica dels genitals interns i externs

En la setena setmana, els fetus masculí i femení són idèntics pel que fa a la seva anatomia sexual externa.

Els òrgans sexuals interns

a) *de l'home*: Les hormones sexuals determinen la diferenciació masculina. Una substància secretada pels testicles fetals provoca una regressió del sistema dels *conductes de Müller*. La circulació dels andrògens, en canvi, causa el desenvolupament del *sistema de conductes de Wolff*, que es transformarà en els *conductes deferents*, les *vesícules seminals* i els *conductes ejaculatoris* (vegeu el capítol 1). Cap a la catorzena setmana d'embaràs ja hi ha una clara diferència en l'anatomia dels òrgans sexuals interns.

b) *de la dona*: En el fetus femení les gònades no canvien fins al tercer mes. Després, les gònades es diferencien en els *ovaris*. No hi ha cap androgen circulant ni tampoc cap substància que causi la regressió del *sistema de conductes de Müller*, de manera que les *trompes de Fal·lopi*, l'*úter* i la part superior de la vagina es desenvolupen a partir d'aquest sistema. El sistema de conductes de Wolff es degenera per l'absència de producció d'androgen.

Els genitals externs

a) *de la dona*: Si en la vuitena setmana el fetus *no presenta uns nivells adequats d'androgen*, els genitals externs es desenvolupen en direcció femenina i donen lloc al *clítoris*, als *llavis majors i menors* i a la *vagina*.

b) *de l'home*: Amb l'*estímul de l'androgen*, es formen els genitals externs: el *penis*, a partir dels plec urogenitals (que

en les dones formen els llavis menors) creixeran i formaran el cos del penis; el gland, a partir del tubercle genital (que en la dona esdevé el clitoris); la *bossa escrotal* (llavis majors); i els *testicles*, que es traslladen a l'escrot durant el vuitè o novè mes d'embaràs.

A partir d'aquí tenim sexe genital,

5. El paper de les hormones en la diferenciació del cervell

La *producció d'androgen* dels testicles fa que es desenvolupi l'*hipotàlem*, de manera que la seva funció *canvia i passa de ser cíclica a ser contínua*. Aquest fet també és important per a la interacció entre la *hipòfisi* i les *gònades masculines*.

En *absència* de producció d'*androgen*, la funció *cíclica* del sistema hipotàlem-hipòfisi-gònada es mantindrà i es mostrarà clarament en el *cicle menstrual* de la dona sexualment madura. Això produeix un cervell sexualment diferenciat.

6. La regulació hormonal durant el desenvolupament postnatal. Les hormones i la seva importància

Les hormones tenen una gran influència en la reproducció i en el comportament sexual (impuls sexual = líbido). El *cervell* mateix és el regulador *principal* d'aquests processos mitjançant la secreció d'*hormones des de l'hipotàlem*, el qual *controla les funcions* de la hipòfisi. El *cervell* rep la *influència* de les *hormones esteroides sexuals* produïdes a les *gònades* (testicles i ovaris). Són unes *hormones* essencials per a la *diferenciació sexual* del *cervell* durant la vida intrauterina (vegeu el punt 5); donen *inici a la pubertat* (vegeu «El model de desenvolupament puberal», capítol 2), i, com hem dit abans, *regulen el comportament sexual*. Això no ho es tot, però: hi ha tot d'altres factors involucrats en el comportament sexual final de la persona.

Estrògens: les hormones sexuals femenines

Andrògens: les hormones sexuals masculines

Progesterona: hormona activa en la preparació de l'úter per a l'òvul fecundat

Les tres hormones esmentades són presents en homes i dones; la diferència entre sexes correspon a les diverses concentracions d'aquestes hormones i a la seva influència.

En un *home*, l'*androgen* (testosterona) és dominant; en una *dona* ho és l'*estrogen*. Quan un home té massa estrogen el seu impuls sexual disminueix i pot ser que els pits li creixin. Quan una dona té massa androgen, li sortirà pèl a la cara, la veu se li farà més greu, etc.

El nivell d'estrogen a l'home és si fa no fa el mateix que presenta la dona després de la menopausa, és a dir, entre 1/7 i 1/9 del nivell d'estrogen de la dona durant l'ovulació.

El nivell de progesterona de l'home és semblant al nivell més baix de la dona durant la menstruació i en acabat de tenir-la.

La regulació hormonal

L'hipotàlem produeix una hormona (la Gn RH, alliberadora de gonadotrofines) que *controla* la *producció* d'altres dues hormones; l'*LH* (hormona luteïnitzant) i l'*FSH* (estimuladora dels fol·licles) a la *hipòfisi anterior*. La presència de *nivells alts* en la circulació d'hormones sexuals frena la producció hormonal de l'*hipotàlem* i *fa decreixer* en conseqüència la *producció* hormonal d'*LH* i *FSH hipofisàries*. Uns *nivells d'hormones sexuals baixos*, en canvi, *estimulen* l'*hipotàlem* a produir hormones, cosa que *estimula la hipòfisi a produir LH i FSH*, etc.

La regulació de les hormones

En l'home

L'*LH* controla la producció de *testosterona* de les cèl·lules de Leydig als testicles; l'*FSH* controla la producció d'*esperma*.

Quan la testosterona està baixa vol dir que els nivells d'*LH* s'incrementaran.

Quan la producció d'*esperma* és baixa, els nivells d'*FSH* són alts.

Si la *testosterona baixa molt*, a banda de fer *disminuir l'impuls sexual* i de provocar *alteracions en l'erecció i l'ejaculació*, també provoca canvis en la *quantitat de fluid seminal*, atès que la pròstata i les vesícules seminals són també andrògeno-dependents.

En els homes el nivell de testosterona roman poc o molt igual des de l'inici de la pubertat fins als 50-55 anys, i després minva lentament. Durant aquest mateix període, el mecanisme de realimentació entre els testicles i el sistema hipotàlem-hipòfisi disminueix.

En els nois

Hi ha *tres canvis culminants* en el nivell de *testosterona* dels homes: el primer és en la *dotzena setmana d'embaràs*; el segon, *poc després del naixement*; i el tercer, en la *pubertat*. L'increment del nivell de testosterona en aquest tercer cas suposa un volum deu vegades més gran que el nivell previ, i un dels resultats és el gran augment de massa muscular en els últims anys de l'adolescència.

L'hormona hipotalàmica actua sobre la secreció hipofisària d'LH, primer, i d'FSH, després, que s'incrementa al mateix temps que es dona el tercer pic de testosterona.

Abans de la pubertat no hi ha gaires diferències en els nivells de testosterona de nois i noies (en aquesta època la secreció d'androgen s'origina majoritàriament a les *glàndules suprarenals*).

En les dones

Les dones presenten un seguit de canvis hormonals cíclics des de la menarquia fins a la menopausa. El *cicle menstrual* queda dividit en *dues parts* per l'*ovulació*.

A la primera fase els *ovaris* estan sota la influència de l'FSH, que provoca la *maduració* d'un òvul o més. Durant aquesta maduració se secreten els estrògens (la qual cosa influeix en el creixement de l'endometri després de la fi de la menstruació). L'*ovulació* té lloc en dependència de la *secreció d'LH*; les cèl·lules grogues s'apleguen (*cos luti*) allà on s'ha alliberat l'òvul. El *cos luti* produeix *progesterona* i *estrògens*; aquesta combinació d'hormones produïdes també provoca que l'endometri creixi. *Sense la fecundació*, el *cos luti atura* la producció d'hormones i aleshores la *menstruació comença*. L'FSH i l'LH són regulades, com de costum, per una hormona alliberadora hipotalàmica. Com s'ha dit abans, els nivells d'*estrògens* són importants en relació amb l'aparició del *revestiment de l'úter*, però també ho són en relació amb la resposta *sexual*

femenina. Una manca d'estrògens fa que l'endometri sigui pàl·lid, prim i sec, com el veiem després de la menopausa. Després de la menopausa els nivells d'andrògens són més elevats que els d'estrògens. Hi ha una hormona especial, l'*oxitocina*, que és produïda per la hipòfisi posterior quan la dona *s'excita sexualment*.

En les noies

Sembla que *abans del començament de la menstruació* es dona una *interacció cíclica* entre l'hipotàlem, la hipòfisi i els ovaris. (En les noies la pubertat es relaciona més amb el pes que no amb l'edat.) Cap a la fi de la infantesa, la *maduració de l'hipotàlem*, i per tant els *canvis en la sensibilitat de l'hipotàlem* per fer circular *hormones sexuals*, provoca l'inici de la *pubertat*. Els nivells d'*LH* i d'*FSH* són més elevats després de la *menarquia*.

Els nivells d'estrogen en sang puguen durant la pubertat, pero els de testosterona no creixen pel damunt dels nivells prepuberals.

Qüestions

Què passa si un home té massa andrògens?

Què passa si una dona té massa andrògens?

Què passa si el nivell de testosterona baixa molt en un home?

Què els passa, a les dones, en la seva regulació hormonal després de la menopausa? Hi ha canvis en el funcionament sexual?

Descriviu els sis factors biològics que influeixen en la identitat sexual. Discutiu quin és el factor que hi té la influència més preponderant.

És possible que una absència de testosterona causi una diferenciació femenina encara que la dotació genètica sigui de 46, XY?

Què són les gònades?

Quins òrgans estan implicats en la funció cíclica del cervell?

Per què necessitem les hormones?

Abans hem examinat els factors biològics que determinen la identitat sexual de l'individu. No discutirem en aquest mòdul de les possibles alteracions biològiques (per exemple, anomalies cromosòmiques, defectes genètics, etc.).

El resultat de la combinació i la interacció adequades d'aquests factors biològics és l'*impuls sexual* (és a dir, la líbido o necessitat de satisfacció sexual), i també la nostra «capacitat física» durant la relació sexual (vegeu la definició de sexualitat a la fi del capítol 2).

L'impuls sexual és força individual i varia no sols entre homes i dones concrets, sinó també en una mateixa persona segons les situacions vitals que vagi travessant (per exemple, estrès, malaltia, felicitat, etc.). Trobem homes i dones absolutament mancats d'interès pel sexe. Una possible raó podria ser una mancança greu d'hormones sexuals o potser alguna lesió cerebral específica. Algunes persones posseeixen un impuls sexual fortíssim, i d'altres, en canvi, un de molt feble. La majoria se situa en un punt mitjà d'aquesta escala.

Factors psicosocials

En cada factor (el sexe assignat en el naixement; l'acceptació subjectiva del sexe assignat, i la tria de la parella sexual), hi tenen un paper nombroses influències provinents de diferents fonts internes i externes. A continuació intentarem descriure alguns dels fonaments de:

«Els sentiments que tenim sobre nosaltres mateixos com a éssers sexuals», «els camins que triem per expressar aquests sentiments» i «la capacitat de donar i experimentar el plaer sexual».

Si discutim sobre l'homosexualitat, els continguts dels punts 8 i 9 (l'acceptació subjectiva del sexe assignat i la tria de la parella sexual) no es poden separar clarament.

7. El sexe assignat en el naixement i l'educació

En el desenvolupament de la identitat sexual, l'aprenentatge social és molt més important que els factors biològics tot just descrits. Tanmateix, els factors biològics també hi actuen.

Quan la llevadora diu que ha estat nen o que ha estat nena, s'engega tot un procés. Els pares tenen capteniments molt dife-

rents cap al nounat segons si és nen o nena; i no es tracta tan sols del seu capteniment; també tenen diferents expectatives pel que fa a com cal que reaccionin els nens i les nenes, de manera que els reforcen determinats comportaments en cada cas. En general, l'infant que des del naixement és considerat nena, i doncs rep l'educació d'acord amb les normes de «com educar una nena» de la societat a la qual pertany, es veurà a si mateixa com una nena i desenvoluparà una *identitat sexual femenina*. Si a l'infant li diuen «nen» i és educat com s'educa els nens, es veurà a si mateix com un nen i desenvoluparà una *identitat masculina* concordant amb la seva societat.

Recordem ara un article sobre discapacitats psíquics, on una mare que explicava el cas del seu infant, no n'esmentava enlloc el sexe. Era una nena de deu anys. Aquest és un exemple de l'existència de pares que, per diverses raons, no poden acceptar que els seus fills discapacitats també tenen una determinada identitat sexual i miren de donar-los-en una de neutra i asexual, que, sense ajut extern, rarament es podrà desenvolupar i esdevenir una identitat autèntica.

Un estudi sobre infants en què el sexe assignat en néixer i el sexe hormonal diferien, conclouia que el sexe que acceptaven era el que se'ls havia assignat al naixement. Així doncs, el sexe assignat en néixer sovint té una gran influència en la manera com l'infant es percep sexualment a si mateix. En aquest estudi, els infants que no acceptaven el sexe assignat eren fills de pares que no se sentien gaire segurs quant a l'autèntic sexe dels seus fills. Es tractava de pares que no havien acceptat plenament aquesta situació i que es mostraven ambivalents a l'hora d'enfrontar-se a la identitat sexual de l'infant.

La identitat sexual en direcció masculina o bé femenina s'ancora profundament en el període de desenvolupament del llenguatge, cap als divuit mesos fins als tres anys. En aquest període els infants perceben com reaccionen els altres en la seva presència i esdevenen més conscients de com van vestits, cosa que constitueix una font suplementària d'autopercepció sexual, definida per cada cultura o societat concreta (vegeu el capítol 3, «Aspectes psicosocials del desenvolupament sexual»).

La identitat sexual de l'infant rep també la influència de l'actitud dels pares envers la sexualitat en general, la influència de la seva pròpia identitat sexual com a home i com a dona, i

també la de la percepció dels pares sobre si mateixos, quan hi ha alguna ambivalència.

Entorn cultural o religió versus entorn familiar immediat

Les actituds sexuals dels pares depenen, al seu torn, de les actituds sexuals dels seus propis pares, manifestades d'acord amb les normes prevalents a la societat i a la cultura en què van ser educats i d'acord també amb les normes dictades per la seva religió. Resulta molt difícil diferenciar allò que són influències culturals i religioses del que són les actituds dels pares envers la sexualitat. Aquestes darreres estan molt barrejades i apareixen més tard en la interacció entre els pares i els fills i entre altres membres de la família. Les seves visions sobre la sexualitat, com a cosa meravellosa o com a cosa ominosa, les transfereixen als fills com també els passen les seves pròpies formes de demostrar l'afecte.

El desenvolupament de la personalitat

La manera en què el nen o la nena viuen l'acceptació dels seus pares durant la primera infantesa i la forma com els manifesten la tendresa i l'amor són factors que influiran més endavant a la seva vida en l'actitud de l'infant pel que fa a la confiança i la calidesa en les relacions sexuals. Amor i tendresa poden provenir també d'un progenitor substitutiu, per exemple, un parent pròxim. Quan un adult no ha tingut l'experiència d'haver estat estimat per algú en la infantesa, després li resultarà molt difícil confiar i estimar, i donar i rebre plenament en una relació d'amor i sexe.

8. L'acceptació subjectiva del sexe assignat

Abans hem començat a tocar el tema de l'acceptació subjectiva del sexe assignat a l'infant, perquè acceptar aquests papers, masculí o femení i trobar-hi satisfacció depèn en gran mesura de les seves primeres experiències amb els pares i amb altres membres de l'entorn immediat de la llar. *L'acceptació dels iguals* és un altre factor que hi influeix; un factor que proporciona la possibilitat de desenvolupar una personalitat gràcies a la interacció íntima amb el grup de persones de la seva matei-

xa edat. És aquí on l'infant aprèn a comportar-se de manera que aconseguix l'acceptació dels altres fora de la família. També és aquí on aprèn sobre les seves pròpies reaccions cap a la gent i sobre les reaccions de la gent cap a ell o ella, com a infant en creixement. Recordeu el tema de la pubertat retardada? Com influeix en un adolescent? I un adolescent, quants elements d'aquesta etapa inicial aportarà a les seves futures relacions adultes?

L'educació sexual

Com som educats sexualment també afecta les nostres actituds envers la sexualitat. Sentir ansietat o por de les relacions sexuals, llavors o més endavant, depèn en bona mesura de les fonts en què adquirim la nostra informació: els coneixements sexuals que tenim es basen en informacions objectives, o, al contrari, el que en sabem és ple d'idees falses? Tornem a les influències culturals i religioses. En la societat en què hem crescut com es valora ser noi? I ser noia? Això també afecta l'acceptació subjectiva del sexe assignat, perquè quan la societat declara que «un noi és millor que una noia» cal tenir a mà molta ajuda per contrarestar-ne els sentiments negatius; en especial, per fer que una dona se senti bé amb si mateixa com a dona.

Les experiències sexuals de natura traumàtica, com és ara la violació, l'incest o els càstigs cruels i repetits per masturbació, poden tenir una influència –o no– en l'actitud envers la sexualitat globalment considerada, o envers l'acceptació del paper sexual. Tot depèn de si l'actitud que adoptin els membres de la família en relació amb la situació concreta (violació, incest, etc.) reforça els sentiments de culpabilitat.

El paper sexual i la identitat sexual han estat descrits per un autor de la manera següent: «La identitat sexual és l'experiència privada del rol sexual, i el rol sexual és l'expressió pública de la identitat sexual». Veiem doncs, que des d'aquest punt de vista totes dues definicions se sobreposen i que la configuració del paper i la identitat sexuals en els infants són dos elements complexos i difícils de separar netament per la quantitat de factors implicats en el procés.

9. La tria de la parella sexual

A mesura que van creixent, els joves poden passar per dificultats en les seves relacions íntimes i en la seva adaptació heterosexual. La situació no és pas clara. N'hi ha que, tot i pertànyer a famílies considerades difícils, s'adapten equilibradament a les relacions i les troben satisfactòries. N'hi ha altres, però, que pertanyen a famílies «ideals», per dir-ho així, i que es poden trobar amb relacions tumultuoses i/o adaptacions heterosexuales confuses. Al cap dels anys, els fills d'una mateixa família pot ser que mostrin relacions i adaptacions diametralment oposades.

Hi ha molta especulació i poques certituds. Com s'ho fa una cultura determinada per poder decidir en qualsevol cas en què consisteix una relació i una adaptació satisfactòries? Què passa quan la noció «relació satisfactòria» canvia radicalment en aquesta mateixa societat considerada?

La gent ha tendit a assumir que la influència dels pares durant els primers anys és l'element fonamental i que les actituds desenvolupades per l'infant en aquesta interacció continuaran durant la joventut i es generalitzaran en les altres relacions amb homes i dones que vagi tenint. Aquesta suposició implica, per exemple, que la noia que hagi experimentat amor i admiració pel seu pare, més endavant esperarà que les seves relacions amb els homes en general la duren a l'amor i l'admiració. Paral·lelament, si el que ha experimentat és fredor i indiferència per part del pare, com a dona tindrà por de ser rebutjada per la majoria d'homes. Així mateix, un noi dominat per la seva mare esperarà de la resta de les dones un comportament semblant.

Si bé no hi ha cap dubte que la relació entre pares i fills pot obstaculitzar o facilitar que l'infant disposi d'oportunitats per tenir relacions satisfactòries un cop adult, el grau i la manera en què això es dona no es coneix gens bé. Si veiem la vida com un desenvolupament i una interacció dinàmics des de la infantesa, passant per l'estat adult fins a la vellesa, no podem pas considerar la persona com un receptacle passiu d'influències. Al contrari, la persona es troba en un intercanvi continu amb el seu entorn i té un cert grau de control damunt la vida i la personalitat.

En resum, mantenim tota una colla de relacions complexes amb vessants molt diferents i que interpreten papers imprevi-

sibles, uns de coneguts i uns altres de desconeguts. Alguns d'aquests factors són la por de la sexualitat, la por de les relacions socials en general, el sentiment general d'autoestima i les experiències i relacions reals. En algunes persones aquesta situació encara es complica més per la presència de discapacitats mentals o físiques. En resum, no es pot concloure que una persona triï com a parella sexual un membre del seu propi sexe només perquè hagi patit problemes d'adaptació amb els membres del sexe contrari.

L'homosexualitat

Homosexualitat vol dir que una persona se sent interessada o atreta per una persona del mateix sexe i no per una del sexe contrari. Inclou desitjos sexuals o fantasies adreçades al mateix sexe, i també un comportament sexual evident. Kinsey (1948) suggereix l'existència d'un continuïum que va de l'heterosexualitat exclusiva a l'homosexualitat exclusiva, que donaria la raó a l'opinió que molta gent és capaç de trobar satisfacció en activitats homosexuals, especialment de joves, encara que aquesta modalitat d'expressió sexual no esdevingui la preferida a la llarga. En la decisió d'acceptar o rebutjar l'atracció homosexual intervenen punts de vista personals, socials, religiosos i culturals. Atès que la majoria de recerques que se n'han fet han tingut com a subjectes d'estudi persones tancades en presons o manicomis, moltes de les conclusions sobre l'homosexualitat cal prendre-se-les amb precaucions. Una cosa ben clara és que l'homosexualitat és tan antiga com la història. A més a més, els homes i les dones homosexuals constitueixen un grup tan divers com el dels heterosexuals pel que fa a feina, educació, estil de vida, característiques personals i aspecte físic.

Actualment, i gràcies a la creixent tolerància de la societat i a l'aparició de grups de suport i autoajut homosexual, molts més homes i dones homosexuals que mai abans no ho havien fet fan òbvia llur natura homosexual. D'acord amb les seves dades, Kinsey (1948) afirma que el 4 % dels homes eren exclusivament homosexuals; el 10 %, predominantment homosexuals, i que el 37 % havia tingut almenys una experiència homosexual fins a l'orgasme després de la pubertat. Kinsey, a més, suposava que aquestes xifres haurien estat més elevades

si tots els informadorss s'haguessin sentit lliures per parlar obertament. Pel que fa a l'homosexualitat femenina, les xifres eren més baixes.

Fins ara ningú no ha pogut respondre a la pregunta de per què una persona esdevé homosexual. La majoria dels investigadors creuen que es tracta d'una combinació d'herència genètica (sobretot hormonal) i factors ambientals. Sí que se sap que l'homosexualitat ja està profundament arrelada en la identitat personal durant els primers anys. No és pas una cosa que aparegui de cop i volta en la pubertat. I, encara més important, *ningú no es pot convertir en homosexual mitjançant una seducció homosexual*. Les idees falses sobre la seducció provenen del fet que en l'adolescència es donen moltes relacions homosexuals. Sentir afecte per una persona del mateix sexe forma part del desenvolupament de la personalitat. Aprofundir en els propis sentiments sobre la sexualitat, doncs, ajuda a crear una identitat d'individu abans d'arribar a l'edat adulta. Què vull? Què necessito? En què crec?

En alguns països encara hi ha legislació contra els actes homosexuals. En altres, les lleis han canviat i s'ha suprimit la qualificació de criminal per al comportament homosexual. En alguns països l'edat per al consentiment homosexual és superior a la de les activitats heterosexuales, mentre que en altres és la mateixa. Les possibilitats de trobar-se que tenen els homosexuals encara depenen en molta mesura de la tolerància de la societat i de les seves institucions. En països restrictius la vida d'una dona homosexual pot ser més fàcil que la d'un home homosexual perquè les demostracions d'afecte entre dones són més ben acceptades com a part del paper sexual femení.

L'amor, el sexe i les relacions homosexuals no presenten cap diferència amb els seus corresponents heterosexuales. Ara bé, un ambient restrictiu pot dificultar el manteniment de relacions homosexuals llargues i afectuoses. Per exemple, si l'edat del consentiment homosexual és elevada (18 o fins a 21 anys), això pot induir a una visió secretista i poruga de la sexualitat, la qual produirà com a conseqüència relacions homosexuals curtes, amagades i provisionals. D'altres efectes d'un entorn negatiu (família inclosa, potser) per als homosexuals són: d'una banda, tenir dificultats per *acceptar* la seva homosexualitat i, de l'altra, *buscar activament* altres homosexuals. N'hi ha que no gosaran experimentar mai una relació sexual i que es forçaran a si mateixos al celibat o a mantenir relacions heterosexuales. En

aquest darrer cas el risc és que, precisament per l'absència d'interès per l'altre sexe, la relació es vegi mancada d'aquelles qualitats que s'hi consideren essencials: seguretat, confiança i comunicació.

El comportament sexual en els homes i les dones homosexuals no difereix gaire del de la població heterosexual (tret de l'ús del coit). Les carícies sexuals, el sexe oral (és a dir, l'ús de la boca i els llavis en els genitals), el sexe anal (l'anus en comptes de la vagina), els ajuts sexuals (vibradors, lubricants, consoladors, etc.) i la masturbació són activitats sexuals que tothom pot practicar, heterosexuals i homosexuals. De la mateixa manera que en les parelles heterosexuals, les preferències per un tipus d'activitats sexuals o un altre depenen dels acords de la parella i de les actituds individuals envers cada pràctica sexual en particular. Els homosexuals no consideren la seva parella com un substitutiu parcial de l'altre sexe, una suposició que és present en molts mites.

Un exemple de com els professionals de la medicina poden tractar els homosexuals amb competència professional i sense transferir-los les pròpies actituds negatives en relació amb l'homosexualitat o el sexe anal, és quan en un cas de càncer de recte d'un homosexual masculí, el cirurgià intenta preservar-li al màxim l'anus. Remarqueu, tanmateix, que no tots els homosexuals practiquen el coit anal o el desitgen.

Qüestions

Què és la libido?

Quins factors psicosocials influeixen en la identitat sexual de l'infant?

Cap a quina edat, i per què en aquesta edat, podem considerar arrelada la identitat sexual d'un infant?

DISCUSSIÓ

Quanta força té la influència cultural i religiosa damunt la sexualitat en el nostre país?

Exercici i treball

Convideu un líder religiós a expressar el seu punt de vista sobre la sexualitat i l'educació. Discutiu-hi la millor manera d'informar els pares sobre l'educació de cara al resultat final següent: ser una persona sexualment sana amb la menor quantitat possible d'idees falses i de pors sexuals.

QÜESTIÓ

Quins factors influeixen en l'acceptació del sexe assignat?

Exercici

1. Intenteu recordar individualment les idees falses que teníeu sobre el sexe. Feu-ne una llista.

Discussió: Què ha fet que les deixéssiu de banda i les substituíssiu? Amb què les heu substituïdes?

Munteu una escenificació basada en algun record vostre.

2. Els homes i les dones tenen actituds diferents sobre la violació? Dividiu-vos en dos grups: un d'homes i un altre de dones. Feu una llista de les actituds que surtin a cada grup. Reuniu-vos i discutiu sobre si les actituds manifestades pel grup dels homes són les que el grup de les dones s'esperava. Feu el mateix al contrari (actituds reals i esperades de les dones). Quins factors influeixen en l'actitud envers la violació?

Qüestions sobre actituds

Quina opinió teniu de l'homosexualitat?

- Molt positiva
- Positiva
- Indiferent
- Negativa
- Molt negativa

Quina opinió teniu de l'heterosexualitat?

- Molt positiva
- Positiva
- Indiferent

Negativa
Molt negativa
Quina opinió teniu del sexe oral?
Molt positiva
Positiva
Indiferent
Negativa
Molt negativa
Quina opinió teniu del sexe anal?
Molt positiva
Positiva
Indiferent
Negativa
Molt negativa

Exercici

1. DISCUSSIÓ

Quants de vosaltres coneixeu algun home o dona homosexual?
Els que coneixeu algun homosexual, teniu les mateixes actituds
pel que fa al qüestionari anterior que els que no en coneixeu
cap?

2. DISCUSSIÓ

Cap a quina mena d'homosexualitat us sentiu més positius? Cap
a la masculina o cap a la femenina? Discussiu el perquè (si n'hi ha
una de preferida). «Més positiu» vol dir «menys amenaçant»?

3. DISCUSSIÓ

Què en pensaríeu si el vostre fill/filla/marit/muller/parella us
digués que és homosexual? Què diríeu i què faríeu si un membre
del vostre sexe se us acostés amb intencions sexuals? Per què?

ESCENIFICACIÓ

Feu servir alguna de les situacions aparegudes en els punts anteriors
de discussió i representeu-la: pare/fill, mare/filla, etc.

En un hospital. Un cirurgià li ha trobat un càncer de recte a un
pacient homosexual de 40 anys. El cirurgià li ha de comunicar
allò que li ha trobat i que el tractament quirúrgic consisteix a
extirpar la major part del recte i l'anus. De cop, en plena explicació,
el pacient comença a parlar d'una relació que manté amb un altre
home. El cirurgià no entén què té a veure això amb l'anus.

Continueu l'escenificació mostrant com el cirurgià comença a entendre de mica en mica que el comportament sexual del seu pacient inclou el sexe anal. Retrateu diverses menes d'actituds envers l'homosexualitat i el sexe anal. Intercanvieu els papers.

4. JOC

Cada persona completarà les frases següents:

Si jo fos homosexual podria...

Si sóc heterosexual haig de...

Autorevelació: Si el grup té capacitat de contenció, els membres homosexuals podrien parlar d'ells mateixos.

Capítol 4

Disfuncions sexuals i discapacitats

Disfuncions sexuals i discapacitats

En primer hoc, descriurem els tipus més comuns de disfunció sexual en homes i dones conjuntament amb les seves causes més probables. A la segona part del capítol entrem en el tema de les funcions i disfuncions sexuals dels discapacitats, i analitzem els diversos factors implicats en el desenvolupament d'una vida sexual harmoniosa quan la persona té una discapacitat. Descriurem breument els aspectes neurològics de la resposta sexual i tot seguit les funcions i disfuncions en algunes persones discapacitades.

Algunes disfuncions sexuals que afecten els dos sexes poden tenir origen *orgànic* amb una causa física; d'altres depenen de factors *psicogènics*; i altres, encara, presenten un origen *barrejat orgànic i psicogènic*. En aquest context només estudiarem les disfuncions sexuals amb causa psicogènica. Les disfuncions sexuals orgàniques es descriuran sumàriament en l'apartat de les discapacitats. A continuació, incloem els factors físics entre aquells altres possibles causants de disfuncions sexuals:

- Factors físics
 - Manca de coneixements i idees falses
 - Tècnica i estimulació sexuals deficientes
- Factors psicosocials (por de la sexualitat, ambivalència quant al rol sexual)
 - Conflictes dins la parella
 - Problemes de comunicació

Disfuncions sexuals masculines

La impotència

La *impotència* és la impossibilitat de l'home de tenir o mantenir una erecció prou consistent que permeti el coit. *El fracàs en l'erecció és l'equivalent* a determinats tipus de *disfunció sexual de la dona*. L'impuls sexual resta intacte però els estímuls sexuals no fan augmentar prou l'afluència sanguínia als genitals. La impotència pot ser *primària*, és a dir, quan l'home no ha pogut *mai* tenir una relació amb coit; i també pot ser *secundària* (és la major part dels casos), és a dir, quan el funcionament previ ha estat normal i abans sí que ha pogut fer el coit. Sembla que en el 85-90 % dels homes que pateixen impotència la causa és psicogènica. *De tota manera*, cal dir que en situacions concretes de malalties agudes, cansament o angoixa és *molt* comú de patir episodis aïllats d'incapacitat d'entrar en erecció o de conservar-la.

Les causes psicogèniques de la impotència poden provenir de dificultats psicosocials en el desenvolupament de l'infant o l'adolescent, per exemple, dificultats d'identificació amb la figura del pare, massa feble o massa forta; o haver-se trobat amb una actitud molt rígida dels pares pel que fa a la sexualitat expressada pel noi. Els factors intrapsíquics, com ara l'ansietat, la culpa, la depressió o la baixa autoestima, es poden barrejar amb els propis del desenvolupament i amb dificultats en les relacions. L'homosexualitat podria ser-ne una altra raó.

També, sabent que la impotència pot ser el primer senyal d'una diabetis no tractada, és important realitzar una acurada exploració física per descartar-la.

L'ejaculació precoç

L'ejaculació precoç és una disfunció sexual comuna que fa de mal definir perquè depèn de la interacció amb el cicle de resposta sexual de la parella femenina. En alguns casos, la rapidesa de l'ejaculació *no* és obstacle perquè la dona arribi a l'orgasme. Hi ha tot de factors socioculturals i personals que compliquen el càlcul de quanta estona l'home pot mostrar-se actiu en el coit abans de l'ejaculació. Així doncs, una ejacula-

ció ràpida pot reflectir l'actitud que la satisfacció sexual de l'home és la fita més important en una relació sexual entre home i dona.

Sembla que en el desenvolupament de l'ejaculació precoç hi ha un factor après molt arrelat que té relació amb les experiències de coit més primerenques, en les quals, per exemple, l'home ejaculava a corre-cuita per por de ser descobert. Altres opinions suggereixen que els problemes de relació, l'hostilitat inconscient contra les dones o la por de les dones poden ser també elements del procés subjacent.

Segons Masters i Johnson, l'ejaculació precoç és «la incapacitat de controlar l'ejaculació durant prou temps per satisfer la parella en almenys un 50 % dels coits, quan no hi ha cap disfunció femenina; o la incapacitat de l'home d'exercir el control voluntari sobre el reflex ejaculatori».

Així doncs, la capacitat orgàstica de l'home queda reduïda perquè s'atura abans d'arribar a la culminació de la satisfacció.

La incapacitat ejaculatòria

El terme incapacitat ejaculatòria es refereix a l'*ejaculació* retardada i també a la *incapacitat d'ejacular dins la vagina*. Aquesta disfunció sexual masculina és la menys habitual dels homes. L'home que la pateix no té dificultats per entrar en erecció gairebé mai i la conserva (consistentment) molt de temps durant el coit; el contrari de l'ejaculació precoç, doncs.

La forma més comuna és la incapacitat ejaculatòria *primària*, és a dir, l'home no ha estat mai capaç d'ejacular dins la vagina. Alguns poden ejacular masturbant-se, d'altres amb estimulació manual o oral del penis. Hi ha homes que no poden ejacular mai amb cap forma de pràctica sexual. La incapacitat ejaculatòria *secundària* és la que s'observa en aquells homes que abans havien tingut un funcionament normal.

La majoria de casos d'aquesta disfunció són de natura psicogènica, i molts amb un origen paral·lel al de la impotència: experiències infantils d'inculcació d'actituds negatives cap al sexe; com per exemple, considerar negativa la masturbació fins a l'ejaculació. També els problemes de relació, l'hostilitat, la por i el rebuig de la companya, i l'homosexualitat, poden ser factors importants en el desenvolupament d'aquesta disfunció

sexual masculina. Alguns autors l'expliquen com un sistema d'exercir poder i control damunt la parella.

Una altra cosa possible és que es doni una combinació de disfuncions sexuals; la més habitual és ejaculació precoç i impotència. De vegades també es pot presentar impotència i incapacitat ejaculatòria.

Disfuncions sexuals femenines

Tot i que les actituds cap a la sexualitat de la dona han canviat i s'han vist substituïdes per altres de més acceptables que la consideren capaç d'excitar-se i satisfer-se sexualment, exactament igual que l'home, en les descripcions dels orígens de les disfuncions sexuals femenines encara es barregen molts mites i idees falses sobre la seva sexualitat.

Aquests mites sobre la inferioritat sexual de la dona queden contrarestats instruint-se una mica sobre anatomia sexual, sobre la resposta sexual humana, sobre la formació de la identitat sexual i havent llegit algunes descripcions de les experiències sexuals femenines. Malgrat aquests aspectes psicossocials de l'educació i el desenvolupament, encara avui hi ha tot d'antics mites i falses idees que se li transmeten a la noia que està creixent.

El vaginisme

Definim el vaginisme com la constricció involuntària dels músculs que envolten l'obertura i el terç inferior de la vagina. Es presenta en dones joves en el seu primer coit, però també en dones grans. El vaginisme pot ser més o menys greu. En algunes dones fa que el coit sigui impossible perquè el penis no pot entrar dins la vagina per l'espasme i el dolor que provoca. Aquestes dones no poden fer servir tamps durant la menstruació.

En altres el coit és possible però dolorós. Amb freqüència les dones que tenen vaginisme s'exciten amb tota normalitat. La seva líbido també és normal. Unes poques no mostren cap interès pel sexe o bé el tenen inhibit. Hi ha lubricació vaginal i amb altres pràctiques sexuals sense coit poden tenir orgasmes.

A l'origen del vaginisme podem localitzar diversos factors psicosocials. Com en el cas d'altres disfuncions sexuals masculines i femenines, el pot provocar una educació punitiva pel que fa a la sexualitat. En dones que no hagin consumat el coit (per vaginisme) pot haver-hi dificultats a l'hora de fer la transferència psicològica «el sexe és pecaminós», a «el sexe és bo». D'altres factors subjacents podrien ser conseqüència d'haver sofert experiències traumàtiques greus de caire físic o psicològic.

Podem definir el vaginisme, a més, com el reflex involuntari que es desencadena en la dona quan la penetració vaginal va connectada a alguna cosa desagradable, dolorosa o perillosa.

La disfunció orgàsmica

Als anys setanta, es feia servir el terme frigidesa per descriure moltes dificultats sexuals femenines (desinterès pel sexe, manca d'orgasme, deficiències de lubricació o d'excitació sexual, etc.). Aquesta definició, però, no és gens precisa i, a més, implicava actituds negatives envers les dones.

Actualment, molts professionals utilitzen la classificació següent:

Disfunció orgàsmica primària = Per a la dona que no ha tingut mai cap orgasme en cap circumstància.

Disfunció orgàsmica situacional = Per a la dona que ha experimentat l'orgasme en una ocasió o més, però només en determinades circumstàncies (durant la masturbació, etc.).

Remarqueu que orgasme coital no és sinònim d'orgasme vaginal sinó que és l'orgasme que es produeix per estimulació directa o indirecta del clitoris durant el coit.

Inadequació orgàsmica coital = Per a la dona que no pot arribar a l'orgasme durant el coit però que sí que hi arriba amb altres pràctiques sexuals.

Disfunció orgàsmica secundària = Per a la dona que abans era orgàsmica amb regularitat i que ja no ho és.

Recentment, amb intenció de superar les actituds negatives, el personal sanitari sol parlar de *dones preorgàsmiques*, és a dir, que encara no han tingut mai cap orgasme.

L'estudi d'àmplies sèries de casos de dones amb disfuncions orgàsmiques revelà que en el 95 % la disfunció era psicogènica.

Resulta difícil localitzar l'origen de les disfuncions orgàsmiques per raó de la influència cultural negativa quant a la sexualitat femenina. Abans a la noia adolescent només se li permetia desenvolupar ideals romàntics i alimentar fantasies sobre la seva futura maternitat. També hi ha factors pertanyents al desenvolupament psicosocial juntament amb les actituds negatives ja esmentades cap al sexe, la nuesa i les experiències sexuals traumàtiques.

Cal subratllar que fins i tot les experiències més traumàtiques, com la violació, l'incest i l'assetjament masculí, no impliquen necessàriament posteriors disfuncions sexuals en l'edat adulta. Moltes dones tiren endavant sota aquestes influències negatives sense patir cap problema sexual. Per què, doncs, hi ha dones i homes que a causa d'experiències traumàtiques desenvolupen disfuncions sexuals? No se sap.

La culpabilitat pot ser un factor causant de la disfunció orgàsmica, i no sols prové d'esdeveniments de la infantesa i l'adolescència sinó que també troba reflex en la personalitat. El neguit per resultar físicament atractiu i sortir airoso de l'encontre eròtic pot ser darrere els sentiments de culpabilitat produïts en part per la pròpia percepció i en part per les exigències de la parella.

En algunes dones, la por de perdre el control durant l'orgasme pot resultar un blocatge de l'excitació sexual. Pot intervenir, doncs, un baix nivell d'autoestima. Però en molts casos la disfunció pot provenir d'una comunicació deficient, o d'hostilitat o desconfiança amb la parella. Sovint el que passa és que la comunicació de les preferències sexuals entre els membres de la parella queda interrompuda per tot un seguit de coses: «No li puc dir què és el que m'agrada. Què en pensaria, de mi?».

Al capítol 5 ens referirem a possibles teràpies per a les disfuncions sexuals.

Qüestions

Hi ha dues causes principals en el desenvolupament de les disfuncions sexuals. Quines? Digueu quina és la causa principal de la major part de les disfuncions sexuals.

Quines són les tres disfuncions sexuals principals que poden tenir els homes? Descriviu-les. Pel que fa a les causes, hi ha diferències? De quina se suposa que és una resposta apresada?

Què vol dir incapacitat ejaculatòria? Descriviu-ne dos tipus diferents.

Quins factors poden intervenir en el desenvolupament de les disfuncions sexuals femenines, a més a més dels que comparteixen amb els homes que tenen disfuncions?

Descriviu el vaginisme i les diverses manifestacions d'aquesta disfunció sexual.

El terme frigidesa, per què és difícil de fer servir?

Master i Johnson van classificar les disfuncions orgàsmiques en quatre diagnòstics diferents. Anomeneu-ne tres. Per què la distinció?

Quina diferència hi ha entre les disfuncions sexuals primàries i secundàries?

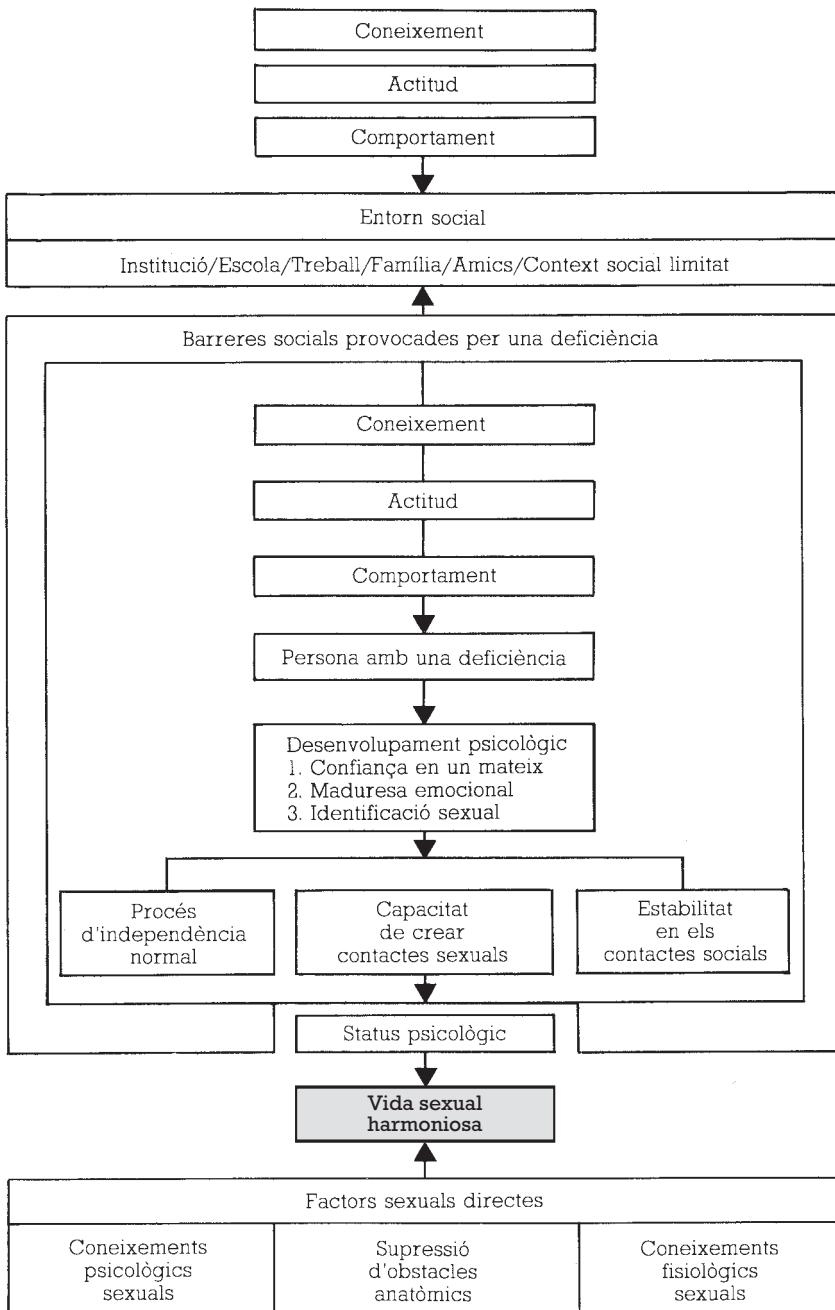
A quines situacions sexuals traumàtiques es pot veure exposat un noi? Discuti-ho.

Discuti de quina manera les diverses expectatives sexuals masculines i femenines dels joves poden provocar dificultats en el coit.

Funció i disfunció sexual en determinades discapacitats

Començarem amb un intent d'analitzar aquelles condicions, a més de les dites als capítols 2 i 3, que poden influir o ajudar en el desenvolupament d'una vida sexual harmoniosa per a una persona amb alguna discapacitat.

«Aquesta figura constitueix el meu intent d'analitzar els diversos factors involucrats en aquest context. Quines són les condicions que conflueixen en el desenvolupament d'una vida sexual harmoniosa per a una persona amb alguna discapacitat? Al centre reconeixem una persona discapacitada envoltada de barreres socials. Són barreres provocades, per exemple, per *actituds* (manca de coneixements, manca de la pràctica de relacionar-se amb els discapacitats, angoixa pel que és desconegut, que sovint experimenten les persones insegures), per *economia* (dificultats per poder triar les activitats lliurement, manca de mitjans per viatjar, fins per a distàncies curtes), per *comunicació* (em refereixo tant a la capacitat i la traça en les relacions com a la comunicació en el sentit de transport), per



treball i habitatge. Fins a quin punt aquestes barreres esdevenen obstacles? Això depèn en part de la discapacitat concreta i en part de l'actitud envers les discapacitats, en general, a la nostra cultura.

»Entre una persona amb una discapacitat i el seu entorn social hi ha una interacció contínua que consisteix en contactes llargs o curts. La família i la institució (si l'educació hi té lloc) són més importants que no els contactes curts: malauradament, els amics i els companys de feina hi tenen molta menys importància, comparat amb els no discapacitats.

»Tres elements: *la confiança en un/a mateix/a*, *la maduresa emocional* i *la identificació amb el paper sexual*, tots importantíssims per crear una relació sexual i emocional, configuren el desenvolupament psicològic i queden sota la influència de la qualitat de la interacció abans esmentada.

»La confiança en un/a mateix/a, per exemple, prové de la presa de consciència des de molt aviat –i de recordar-ho tot sovint– de tenir un valor humà i de ser cregut/da i estimat/da. L'infant discapacitat, per contra, pot esdevenir encara més discapacitat pels sentiments de culpabilitat dels pares i per les actituds que imposen els pares, l'entorn, etc. En la nostra cultura existeix una tendència a esperar que els infants amb discapacitats perseguiran els mateixos objectius que els infants que no en tenen cap. Com que els infants amb discapacitats troben aquestes fites molt difícils d'assolir, se senten criticats i experimenten una sensació de fracàs que afebleix la confiança en si mateixos. De fet aquesta confiança s'hauria de fonamentar en l'encoratjament, l'elogi i l'expressió dels sentiments. Ens oblidem del mal que pot causar la reprovació i de tot l'encoratjament que cal per contrapesar-la i arribar, com a mínim, a una situació d'equilibri.

»La maduresa emocional exigeix aprendre a dominar la difícil tasca d'atrevir-se a expressar els sentiments propis i d'interpretar-los, i també la d'interpretar els dels altres. Quan hom es troba missatges ambigus, producte de la creença generalitzada que no s'han de ferir mai els sentiments d'una persona que tingui una discapacitat, això pot fer molt més difícil assumir la mena de persona que ets, amb quina mena de persona vols estar, i acceptar-ho. Amb la identificació del paper sexual succeeix el mateix, però els ideals de la societat i l'escàs temps lliure que es passa amb els amics són coses a

tenir en compte. D'altra banda, la manca de coneixements dels pares sobre les possibilitats sexuals dels adults amb discapacitats fa que els sigui més difícil de crear el clima de comprensió adequat per establir una futura família i portar una vida sexual. És una dificultat molt habitual en les persones amb discapacitats.

»Altres fases i requisits importants que cal travessar i enfrontar: cal haver passat pel procés d'assolir la independència dels pares; cal constatar que hi ha la capacitat psicològica de tenir contactes sexuals; i cal constatar també que existeix la capacitat de mantenir els contactes creats, és a dir, l'estabilitat en els contactes socials.

»Tots tres requisits depenen al seu torn del desenvolupament psicològic i de la interacció amb l'entorn social que envolta la persona amb discapacitat. Un representa el paper que li és permès.

»Cal considerar el procés d'independència dels pares des d'una doble perspectiva: des del punt de vista pràctic i com a progrés emocional i psicològic. Pel que fa als pares, el principal objectiu en relació amb la independència emocional ha d'anar cap a "la necessitat de no ser necessitats" i no pas cap a "la necessitat de ser necessitats". Per als pares –i per a les institucions–, aquest canvi pot resultar el més difícil de tots i demanar molt de suport. La capacitat psicològica d'establir relacions sexuals depèn tant de l'ajuda rebuda a les etapes anteriors com de l'estabilitat en les relacions socials. De bon començament, ja des de les primeres relacions cal molta honestat i claredat per modelar el comportament i esdevenir una persona més oberta amb qui sigui fàcil relacionar-se.

»He escollit el terme "condició psicològica" per referir-me al desenvolupament psicològic, incloent-hi el procés d'independència, la tria de contactes sexuals i l'estabilitat en les relacions socials. Aquest serà el punt de partença per tenir la possibilitat de dur una vida sexual "harmoniosa".

»Com eliminar al màxim les condicions desfavorables? El coneixement, difós al medi social i adquirit per la persona discapacitada, que inclou la informació que els discapacitats també tenen la possibilitat de dur una vida sexual, pot transformar les actituds de tots dos grups en direcció positiva. El comportament també pot induir variacions en aquest sentit i produir un impacte positiu en la qualitat de les interaccions entre ells. Això, no cal dir-ho, afectarà el desenvolupament psicològic

i "la condició psicològica" en favor d'una vida sexual "harmònica".

»Les barreres socials poden ser superades introduint-hi falques en forma de possibilitats de comunicació (àrees de contacte més extenses), possibilitats d'habitatge (procés d'interdependència, etc.), possibilitats econòmiques (estabilitat en els contactes de manera ben pràctica; per exemple, sent capaç de permetre's de trobar-se regularment amb algú) i possibilitats laborals (elecció de relacions, però també confiança en un/a mateix/a i altres fets psicològics relacionats).

»He parlat de les influències que actuen en el desenvolupament psicològic de la persona amb discapacitat i de les barreres socials. Hi ha, però, altres condicions en relació directa o indirecta amb la pràctica de les activitats sexuals.

»En el cas de determinades persones amb les funcions sexuals afectades directament o indirectament per la seva discapacitat, encara hi ha altres possibilitats sexuals vàlides i directes. Disposem de les mesures terapèutiques següents: facilitar la informació psicològica de caire sexual, eliminar els eventuais impediments anatòmics (per exemple, la substitució total del maluc, on les contractures o l'anquilosament fan impossible el coit; o, potser, més cura per prevenir contractures en els casos de distròfia muscular). El grup diana a qui van adreçades aquestes mesures és el format pels dos membres de la parella en la relació sexual, tant en la que té discapacitat com en la que no la té».*

Abans de descriure els efectes que es produeixen en la resposta sexual fisiològica d'homes i dones amb discapacitats, caldria remarcar determinats factors molt importants. S'ha demostrat que en els professionals de tota mena, les actituds negatives i rígides envers la sexualitat globalment considerada tenen una íntima correlació amb el tractament que donen als interessos sexuals dels seus clients discapacitats, homes i dones. Aquesta troballa es barreja, a més, amb la manca de coneixements, amb la presència d'idees falses i mites sobre la sexualitat –i sobre les discapacitats i les actituds envers les discapacitats. Tot plegat resulta en un cúmul de diverses intervencions, directes o indirectes, damunt la identitat i la vida sexual de la persona amb discapacitats; per exemple:

*I. Nordqvist «Sexual Counselling for Disabled Persons», dins *Total Management in Muscular Dystrophy*. Ed. E. Krog, 1982.

- Manca d'informació o informació errònia o censurada sobre la vida sexual
- Transferència de sentiments de culpabilitat
- Incitació a dur una existència sense sexe; de vegades en resulta una condemna
- Transferència de les pròpies inhibicions sexuals, impedit-li doncs, de triar altres alternatives sexuals.

Mecanismes neurològics que governen la resposta sexual fisiològica

De la medul·la espinal surten com a ramificacions 31 parells de nervis perifèrics. Cada parell de nervis pertany a un segment de la medul·la espinal. Els segments numerats corresponen al nivell de les vèrtebres (ossos de la columna) que els envolten (vegeu figura). La medul·la acaba en la segona vèrtebra lumbar, L2, el con medul·lar.

La fase d'excitació sexual

Erecció: la mena d'erecció descrita al capítol 1 (provocada per pensaments i estímuls externs) és una erecció *cerebral* o erecció *psíquica*. Els òrgans sensorials, el sistema nerviós central (medul·la espinal inclosa), el centre reflex de la medul·la espinal (al llarg de tota la medul·la espinal hi ha els arcs reflexos, que són la base de l'activitat motriu) i els nervis perifèrics han d'estar intactes perquè hi pugui haver una erecció.

L'erecció és transmesa per les fibres parasimpàtiques que surten dels segments sacres S2-4 de la medul·la espinal via nervis pelvians. L'erecció cerebral també la poden desencadenar els impulsos transmesos a través de les fibres simpàtiques, que se separen de la medul·la espinal allà on s'uneixen els segments dorsilumbars. Hi ha un altre tipus d'erecció, l'erecció reflexa, que és provocada per estimulació tàctil de la zona genital. El mecanisme neurològic descrit més amunt (S2-4) és essencial per a l'erecció reflexa, la qual depèn exclusivament dels nervis perifèrics i del centre reflex, i que es pot donar encara que hi hagi una lesió en la medul·la espinal més amunt del centre reflex.

segments
de la medul·la
espinal

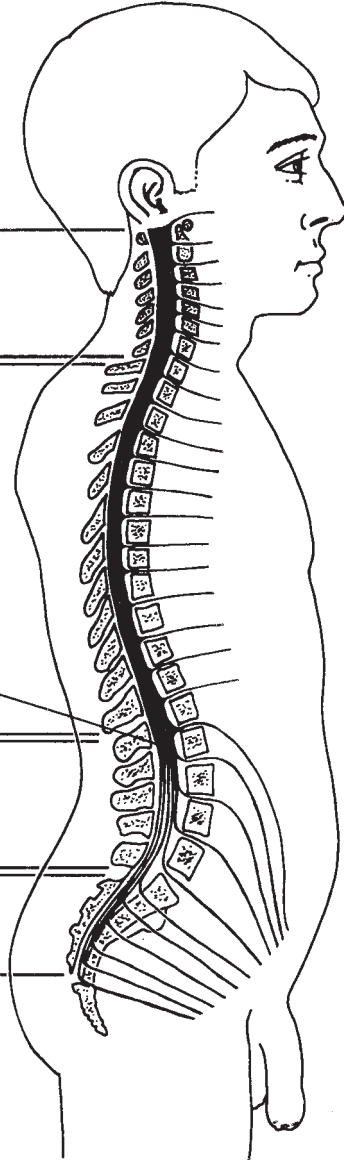
C = cervical

D = dorsal

con medul·lar

L = lumbar

S = sacre



En la dona, l'equivalent de l'erecció és l'afluència de sang als llavis, la vagina i el clítoris, i la lubrificació de la vagina. Aquesta afluència de la sang i la lubrificació són disparades pels mateixos nervis que en l'home, i per tant per ambdós l'origen és reflex i cerebral.

En l'home, l'emissió i el mecanisme de tancament del coll de la bufeta estan governats per les *fibres nervioses simpàtiques* que passen pels *segments D11-L2* de la medul·la espinal. En la dona, les *contraccions de l'úter*, al començament de la fase orgàsmica, i la *lubrificació* també provenen de *D11-L2* (comptant els segments des de dalt), com s'ha descrit.

A l'ejaculació s'arriba per un seguit de *contraccions de la musculatura estriada* del terra de la pelvis, innervada per *fibres nervioses somàtiques* des dels segments *S2-4* de la *medul·la espinal sacra*, a través del nervi *púdic*. L'equivalent femení és *el seguit de contraccions dels mateixos músculs* que en l'home, en la culminació del coit, també provinents d'*S2-4*.

Més amunt ja hem esmentat algunes condicions de discapacitat o malaltia, amb les funcions i disfuncions corresponents per a cada tipus. La llista no és exhaustiva. Durant els primers setanta, la creença en un origen orgànic de la majoria d'episodis d'impotència masculina en discapacitats s'havia generalitzat. D'aleshores ençà, el debat ha guanyat en precisió i ja es reconeix que en alguns casos els factors psicogènics en són els responsables, i que en altres les causes psicogèniques poden coincidir amb les lesions orgàniques.

Les lesions a la medul·la espinal

En els homes i dones que pateixen una lesió a la medul·la espinal, l'efecte que provoca sobre les seves funcions sexuals depèn de la *localització* de la lesió i de la *quantitat* de medul·la espinal destruïda, és a dir, si la destrucció és total o parcial. Així i tot; resulta difícil predir les conseqüències d'una lesió espinal pel que fa a la vida sexual a causa de les diferències individuals: a) pot haver-hi connexions nervioses que encara funcionin, i b) la capacitat d'adaptar-se a una nova manera de fer respecte a la comunicació, expressió i comportament sexuals presenta molta variació. L'únic sistema de descobrir les capacitats reals en cada home/dona (després de proporcionar-li una informació completa de les diferents pràctiques sexuals que segueixen altres afectats per una lesió espinal) és preguntar-li sobre el seu funcionament sexual i fer-li una acurada exploració clínica.*

*Vegeu CURCOLL, M.L.; VIDAL, J.: *Sexualidad y lesión medular*, op. cit. a l'«Annex bibliogràfic», pàg. 141. (N. de l'e.)

L'exploració clínica

Per comprovar si hi ha un origen orgànic de la disfunció sexual en qüestió disposem de diversos mètodes. Això és important en tots els tipus de disfunció quan hi ha la sospita d'existència de danys orgànics. Un mètode recent consisteix a mesurar les dimensions del penis durant el son per constatar: *a)* si hi ha erecció, i *b)* la rigidesa i l'augment de dimensions en cada cas individual. Altres sistemes inclouen una *exploració física general*, una *exploració neurològica* (del cervell i de la part baixa de la medul·la, amb els nervis autònoms i somàtics d'aquesta zona; a més, s'exploren les funcions sensorials i motrius, i els reflexos de la zona genital), i una *exploració hormonal, andrològica* (testicles i pròstata a l'home) o *ginecològica*.

L'erecció

Després d'una lesió de la medul·la espinal, el temps necessari per recuperar la capacitat de tenir una erecció pot variar entre tres mesos i un any. Si la *part inferior* de la medul·la (S2-4) ha resultat *totalment danyada* hi ha poques possibilitats d'aconseguir l'erecció, sigui reflexa o cerebral. Quan es produeix aquest tipus de lesió queda destruïda la comunicació entre el cervell, la part superior de la medul·la i la part inferior del cos. Malgrat això, algunes connexions nervioses poden continuar funcionant i l'home pot tenir ereccions cerebrals, tot i que no en pugui tenir per masturbació.

Com que el sistema nerviós de la dona és igual al de l'home, les funcions o les pèrdues de funció en cas de lesió de la medul·la espinal segueixen el mateix model (vegeu «Els mecanismes neurològics...», en aquest capítol, o el capítol 1). El coit li resultarà més fàcil amb l'ús d'un lubricant a la vagina, si la seva lubricació vaginal és escassa o ha desaparegut.

Com més amunt s'hagi produït la lesió, més es conserva la capacitat d'entrar en erecció. Les ereccions reflexes són possibles encara que les sensacions al penis s'hagin perdut parcialment o totalment. També és possible que es conservi part de la capacitat psicogènica de tenir ereccions.

La parella pot provocar ereccions reflexes acariciant el penis o sent prou activa en el coit, ja que les ereccions reflexes poden ser incompletes i desapareixen aviat. Aquesta situació

exigeix un canvi en el paper sexual i informació i suport per a la dona. L'ús d'un vibrador per estimular més profundament tant l'home com la dona amb lesions espinals pot anar bé. O també una anella pùblica a la base del penis per retenir-hi l'afluència de sang i ajudar a mantenir l'erecció (no més enllà de 20 o 30 minuts, per això).

Hi ha constància d'ereccions en el 90 % de lesions cervicals (totals i parcials) i en el 50 % de lesions sacres (totals i parcials).

L'ejaculació

Aquesta funció és molt més làbil que l'erecció. Com més avall sigui la lesió, més possibilitats hi ha de poder ejacular. Tot i així, les xifres en les lesions sacres totals són d'un 16 % i en les cervicals totals, d'un 3 %. En les lesions parcials les xifres són més elevades. De vegades succeeix que un home pot ejacular sense erecció. Si els genitals externs i la zona circumdant de l'anus són sensibles a la punxada d'una agulla, les possibilitats d'excitació i erecció psicogèniques són més elevades, i les possibilitats d'ejacular bastant bones.

L'orgasme

Tenir una capacitat orgàsmica com la descrita al capítol 1 és difícil d'aconseguir. Amb tot, es pot treballar la capacitat d'arribar a orgasmes psíquics a més hi ha la possibilitat de descobrir i fer servir altres *zones erògenes* (que produeixen sensacions eròtiques) a part dels genitals. La zona immediatament damunt de la lesió pot esdevenir extremament sensible, i l'estimulació dels mugrons, també en els homes, incrementa l'excitació sexual i la sensació de benestar. En algunes dones, l'estimulació dels llavis, orelles, coll i pits pot dur a l'orgasme. N'hi ha que, amb una lesió total de la medulla espinal, són sensibles a la penetració profunda del penis.

La fertilitat

La fertilitat en l'home és baixa; el percentatge és d'un 55 % de paternitats després de l'accident. Segons un estudi, el 50% dels homes presentava un semen normal. En algun d'aquests casos s'havia donat ejaculació retrògrada. També, amb l'ús d'electroestimulació del recte –o del penis– alguns homes han produït semen amb el qual inseminar artificialment les seves dones amb resultat, de vegades, d'embaràs.

En la dona, la fecunditat normalment queda intacta i al cap d'uns tres mesos de la lesió la menstruació li torna. El part sol ser normal, però les que han sofert la lesió per damunt de la D12 no poden notar-lo quan comença i per això cal hospitalitzar-les poc abans del naixement.

L'espina bífida

L'espina bífida és una discapacitat congènita. La funció sexual depèn de si la medul·la espinal ha quedat afectada, del lloc on ha quedat afectada, i dels factors psicosocials que intervenen en l'educació de l'infant com a persona discapacitada. També depèn de l'ajut que l'infant hagi pogut rebre en el descobriment i acceptació dels seus genitals. Hi ha tres tipus d'espina bífida:

Espina bífida oculta

És quan la part externa de la vèrtebra no està completament unida, però la medul·la espinal i els seus revestiments (les meninges) estan indemnes.

Meningocele

Es quan la part externa de la vèrtebra està separada. La medul·la espinal és normal però les meninges estan danyades i són empeses enfora per l'obertura. Tant en l'espina bífida oculta com en la meningocele no hi ha efectes orgànics ni pel que fa a l'excitació sexual ni quant a la resposta sexual o a la fertilitat, però cal un assessorament genètic per la qüestió de l'hereditat. Els infants que tenen una d'aquestes varietats, a més, els han pogut criar i educar com a discapacitats, cosa que pot produir un impacte psicològic en la seva vida sexual.

Mielo-meningocele

El tercer tipus. Hi ha danys a la medul·la espinal i a les meninges, i hi fan una massa protuberant semblant a una bossa que surt lateralment al costat de la medul·la i que queda coberta per la pell. Diverses fonts bibliogràfiques assenyalen que majoritàriament la lesió a la medul·la espinal és *incompleta*, parcial. La capacitat d'*erecció*, l'*excitació sexual*, l'*ejaculació* i l'*orgasme* i la *fertilitat* segueixen les mateixes pautes que els casos de lesió de la medul·la espinal (vegeu «Lesions de la medul·la espinal»). Remarqueu que en la majoria dels casos la lesió és parcial i que això vol dir que es disposa de més possibilitats sexuals que no si la lesió fos total. En l'home, la *fertilitat* sembla més elevada que no en els casos de lesió de medul·la espinal. Tanmateix, l'efecte de l'educació juntament amb la manca d'experiència d'un funcionament sexual normal diferencia aquest grup del grup d'adults amb lesions de medul·la espinal i els fa més inhibits i tímids a l'hora d'establir relacions sexuals.

Hi són molt comunes les incontinències urinària i intestinal, i això implica que els genitals es mantinguin coberts i que, com que no s'exposen fàcilment al tacte i a la masturbació, puguin quedar fora de la imatge corporal. Els seus propis tabús respecte a la incontinència d'orina poden impedir que tant els pares com el personal sanitari els facilitin una informació adequada per a la seva futura vida sexual.

Les noies amb espina bífida sovint comencen a tenir la menstruació molt aviat –cap als vuit o nou anys–, cosa que crea dificultats afegides si els pares no disposen d'ajuda sobre què fer. La vagina d'una dona amb espina bífida sol ser molt petita i més curta que en la resta de dones, perquè també solen ser de poca alçada. Així doncs, cal advertir el company sexual perquè vagi amb compte en la penetració.

L'esclerosi múltiple

Aquesta discapacitat implica l'existència de lesions generalitzades per tot el sistema nerviós central, cosa que produeix simptomatologia neurològica. Després d'un episodi de lesions gairebé sempre hi ha un millorament. El pronòstic és molt variable i va des d'un únic episodi fins a una ràpida progressió conduent a una discapacitat física total. Freqüentment hi ha pro-

blemes urinaris i de vegades també incontinència intestinal.

La líbido

Tant en els homes com en les dones pot ser que la líbido disminueixi després d'una esclerosi múltiple avançada de llarga durada. Pot dependre d'una lesió al cervell, el qual regula la líbido i les sensacions psíquiques de l'orgasme.

La capacitat d'erecció

Es pot afeblir després d'una discapacitat prolongada. En casos primerencs o benignes poden aparèixer dificultats en l'erecció durant un temps. Després, el funcionament normal es recupera.

En les dones amb esclerosi múltiple avançada, la vagina seca i sense lubricació n'és el símptoma equivalent. Aquest símptoma també pot aparèixer durant un episodi de lesions i després desaparèixer. D'altres símptomes passatgers són la insensibilitat o la hipersensibilitat en la zona genital.

L'ejaculació

En un terç o en la meitat d'homes amb esclerosi múltiple l'ejaculació és retardada o no n'hi ha. Fixeu-vos que la meitat o els dos terços no tenen aquesta dificultat. En els casos benignes aquests fenòmens es poden donar només transitòriament.

L'orgasme

Com abans, la meitat o un terç dels homes amb esclerosi múltiple avançada tenen dificultats per experimentar l'orgasme. Els altres no en tenen cap. En les dones, l'embaràs o l'ús d'anticonceptius orals han fet empitjorar de vegades les dificultats. Com hem dit abans, les disfuncions sexuals en les persones que tenen esclerosi múltiple solen presentar caràcter transitori. Per als casos inicials o benignes n'hi ha prou d'assessorar-se sobre sistemes específics d'estimulació sexual i pràctiques

sexuals alternatives. En els casos avançats intervenen molts factors psicosocials en la disfunció sexual; per exemple, la inseguretat que crea estar esperant una nova represa de la malaltia, o com això afecta la vida familiar, el canvi de paper sexual (masculí i femení), i els problemes de tenir una imatge corporal diferent, per no esmentar les diverses actituds de la gent amb qui els malalts es relacionen socialment.

Tot i així, molts pacients, homes i dones, tenen actituds positives i intenten practicar el sexe oral, la masturbació, les carícies sexuals, usar ajuts tècnics sexuals, canviar de posicions per al coit, etc.

La paràlisi cerebral

Habitualment, la paràlisi cerebral és produïda per lesions al cervell en el naixement, sigui abans, durant o tot just després del part, sovint per manca d'oxigen al cervell o per malformacions del cervell. La part afectada pot ser molt reduïda o pot ser més extensa. Els resultats varien segons l'individu i afecten diversament tot el cos, així com també l'oïda, la parla i la percepció. Quan succeeix, el cervell no pot enviar els missatges adequats a les diferents parts del cos i això pot afectar indirectament el funcionament sexual.

Algunes persones experimenten dificultats per moure's i tenen poc control –o gens– sobre els seus moviments. En altres la lesió els afecta la capacitat de coordinar els moviments i l'equilibri corporal. La major part dels que pateixen paràlisi cerebral tenen una paràlisi espàstica, bé en un braç i una cama (drets o esquerres), bé en les dues extremitats inferiors o superiors i inferiors.

La líbido

La líbido queda *intacta* i, doncs, també la capacitat per a l'erecció, l'excitació sexual, l'ejaculació i l'orgasme. La producció d'esperma i la menstruació no s'alteren.

Ara bé, quan l'espasticitat és greu o quan hi ha deformacions i contracció dels malucs, cames o genolls, el coit en les posicions habituals resulta impossible. Com a solucions es poden fer servir coixins sota les cames quan aquestes es

mouen massa violentament, adoptar posicions assegudes, laterals o posteriors per al coit i accedir a un bon assessorament que contraresti l'educació sovint negativa en relació amb el sexe.

Les actituds que es troben a l'entorn social són plenes d'obstacles i comporten una autopercepció i una imatge corporal deficientes. Els altres obstacles, esmentats abans, són estrictament mecànics. L'autor va rebre el testimoni directe d'un home afectat de paràlisi cerebral greu i amb molt de descontrol motor, que li va explicar que després d'un coit amb la seva dona se sentia tan relaxat com després de deu sessions de teràpia física.

L'artritis

No hi ha cap disfunció sexual directa deguda a l'artritis en si. Ara bé, com que les articulacions es poden veure molt afectades, amb dolor i cansament profunds, indirectament sí que hi pot influir.

La capacitat d'erecció, l'excitació sexual, l'ejaculació i l'orgasme no en queden afectats. Tanmateix, el dolor, la mobilitat restringida i la inestabilitat o la fixació de les articulacions poden provocar que la persona que té artritis es decideixi a deixar de buscar relacions sexuals o, si està aparellada, a reduir la freqüència de coits o altres pràctiques sexuals.

Actualment, i molt més que abans, s'utilitza la cirurgia ortopèdica per substituir malucs i genolls danyats, de manera que el coit sigui possible. S'aconsella de practicar altres posicions per al coit (vegeu «Paràlisi cerebral», més amunt), i també de fer-lo quan s'està més descansat, al matí, o quan el dolor és menor, etc.

Cal un clima de molta comunicació per saber del cert en quins punts la parella sent dolor i en quins no. Hi ha drogues, com determinats calmants i corticosteroides, que poden afectar directament la líbido i, en conseqüència, la capacitat d'erecció. Alguns estudis constaten la presència d'interval sense dolor després del coit.

Entre les persones que han tingut artritis des de la infantesa i les que l'han començada a patir d'adults hi ha una gran diferència. Les actituds de l'entorn i la incompetència del personal hospitalari per donar assessorament sexual influeixen

molt negativament en la capacitat d'atrevir-se a gaudir d'una vida sexual saludable.

La diabetis

En homes i dones amb diabetis, les disfuncions sexuals poden constituir un símptoma inicial que desapareix un cop començat el tractament mèdic. Posteriorment, també poden desenvolupar una *polineuropatia* (desordres sistemàtics dels nervis perifèrics). Els nervis autònoms normalment queden implicats i consegüentment els testicles perden sensibilitat.

La líbido

En gran part no en resulta afectada.

La meitat dels homes que pateixen una diabetis de llarga durada tenen la líbido intacta però experimenten una manca d'erecció (*impotència*). És una experiència molt penosa i alguns homes amb impotència diabètica es fan implantar una *pròtesi* de silicona que ofereix l'oportunitat per al coit. Els dos membres de la parella, però, s'han d'implicar en la decisió. També s'han implantat pròtesis en homes orgànicament impotents com a conseqüència de lesions en la medulla espinal, d'esclerosi múltiples o d'espines bifides. N'hi ha un segon tipus que consisteix en una *pròtesi inflable* amb un sistema de bombeig a l'escrot: una bomba omple el penis i el posa rígid, una altra n'evacua el fluid i el deixa flàccid un altre cop. Una tercera opció per poder practicar el coit mecànicament quan el penis no està erecte és la utilització d'un *penis fals, buit*, damunt l'autèntic.

Pel que sembla, les disfuncions sexuals en les dones amb diabetis no són tan comunes com en els homes. En alguns casos s'ha comunicat la manca de lubricació, una certa disminució de la sensibilitat genital i dificultats orgàsmiques.

L'ejaculació

De vegades es fa retrògrada, símptoma que pot reaparèixer al cap d'uns anys amb diabetis. Alguns cops la capacitat d'ejacular hi és, però sense l'erecció (vegeu «Lesions de la medul·la espinal»).

Un estudi revela que al voltant del 40 % de les impotències en homes diabètics té causes psicogèniques i que depenen del caràcter crònic i inguarible de la malaltia. Igual que en els casos de lesions a la medul·la espinal, cal aconsellar a la persona afectada i a la parella altres pràctiques sexuals a més del coit, l'estimulació d'altres zones erògenes, els ajuts tècnics i que la comunicació sobre assumptes sexuals entre els dos membres de la parella s'incrementi.

L'infart de miocardi

S'ha comprovat que *l'activitat sexual dels homes grans minva* després de l'infart; ara bé, en la majoria dels homes estudiats, incloent-hi molts de joves, l'activitat sexual no decreix. N'hi ha que fins i tot n'experimenten un increment en la freqüència després de l'infart.

Com més empitjora el funcionament del cor després de l'infart, més es redueix l'activitat sexual. Amb entrenament i exercicis adequats es pot fer *decréixer* el ritme cardíac durant el coit i durant la feina (en condicions normals, s'entén). La demanda d'oxigen i l'estrés cardíac durant el coit són comparables als produïts en pujar a peu un o dos pisos.

També durant el coit es reporta dolor en el 25 % d'homes grans, sense poder-lo situar en cap fase en particular. Un terç es veuen obligats a parar, però una quarta part d'aquests poden prendre nitroglicerina amb bons resultats. Un altre estudi demostra que no hi ha cap diferència en els valors màxims del batec cardíac de diverses posicions coitals; per exemple, «l'home al damunt» comparat amb «l'home a sota».

Les dones han estat poc estudiades. Un estudi assenyala que moltes dones amb infart de miocardi no havien tingut mai cap orgasme abans de l'inici de l'infart.

La major part dels pacients estudiats contesten que després de l'hospitalització, l'assessorament que van rebre en matèria de sexualitat va ser gairebé inexistent. Els consells

solien ser d'aquest caire. «Això del sexe, prengui-s'ho amb calma. No es pot permetre cap exageració». Com perquè el pacient se'n vagi a casa tranquil! Molts factors poden inhibir l'activitat sexual després d'un infart: l'angoixa de tenir-ne un altre, la depressió pel canvi de situació personal, un excés de protecció per part de la parella, la manca d'informació i consell, etc.

Els homes que poden tolerar bé (durant la feina o l'exercici) un augment de la freqüència cardíaca fins a uns 110-120 batecs per minut sense dolor i sense dificultats respiratòries, també poden participar sense risc en activitats sexuals.

En general, els estudis no reporten casos d'impotència després d'un infart de miocardi; tanmateix, n'hi ha que en comuniquen un 10-30 %, xifra que pot provenir d'una definició equivocada d'impotència (per exemple, considerant impotència = freqüència de coit, quan de fet és alguna cosa totalment diferent).

Les ostomies

Molts estudis revelen que l'existència de reaccions emocionals davant la colostomia, ileostomia i urostomia, juntament amb una informació escassa o inexistent sobre la sexualitat en persones de més de 50 anys, pot donar com a resultat impotència psicogènica. La por d'establir contactes que poguessin dur a una relació sexual i l'ansietat produïda per l'opinió sexual que poguessin merèixer a la parella poden conduir a experimentar dificultats sexuals i a reduir aquestes activitats.

La ileostomia

Consisteix a extirpar el còlon i el recte, i a donar sortida a l'intestí prim a través de la paret abdominal, on una bossa recull el contingut dels budells:

L'erecció

Si el motiu de la ileostomia és un càncer, aleshores cal extirpar gairebé tot el recte, amb la qual cosa alguns dels nervis essencials per a l'erecció poden resultar danyats. Molt de tant en tant

hi ha dificultats en l'erecció en homes més joves de 50 anys. El 5-10 % reporten impotència. El 15 % poden patir impotències transitòries, alguns durant els primers mesos després de la intervenció i altres al cap d'uns dos, tres o quatre anys. Tot i així, després la capacitat per a l'erecció es recupera.

En les *dones*, un 10 % té alguna mena de dificultat sexual, coïts dolorosos, especialment quan el recte ha estat extirpat gairebé del tot (per càncer). En aquest cas, la vagina cau enre-re sense un suport, la qual cosa també pot resultar dolorosa per a l'home durant el coït. La secreció vaginal s'incrementa i hi pot quedar retinguda i provocar infeccions vaginals i urinàries.

L'ejaculació

Alguns homes amb ileostomia després d'un càncer poden experimentar dificultats ejaculatòries o ejaculació retrògrada.

Tanmateix, la majoria dels pacients que han passat per cirurgia ileostòmica *no* pateix cap disfunció sexual. Al contrari, després de la intervenció se senten més saludables perquè abans de la intervenció havien estat patint malalties intestinals amb pèrdua de pes i la feblesa consegüent.

La colostomia

Consisteix a obrir una part del còlon i treure-la a través de la paret abdominal. A l'obertura es fixa una bossa per recollir el contingut dels budells.

Si la raó de la intervenció quirúrgica és el càncer, l'extirpació del recte, com ja s'ha dit, pot danyar alguns nervis perifèrics que governen l'erecció i ejaculació.

La impotència

Pot ser d'origen mixt, psicogènic i orgànic, només psicogènica o només orgànica. Els mètodes d'exploració descrits més amunt sota epígraf «Lesions de la medul·la espinal» també són d'utilitat en aquest cas per escatir l'origen de la impotència. Amb les xifres següents no es pretén, però, establir cap definició de l'origen de la disfunció sexual el 40 % dels homes a qui hom ha extirpat el recte per motiu de càncer reporta patir

impotència; si l'extirpació del recte obeeix a altres raons, la impotència n'afecta el 20 %.

L'ejaculació retrògrada

Implica l'existència de danys neurològics i apareix en el 50 % de pacients amb extirpació de recte per motiu de càncer i en el 30 % de les extirpacions parcials.

La capacitat ejaculatòria

Es perd en un 40 % dels intervinguts quirúrgicament per càncer i en un 20 % dels casos sense càncer.

El 20 % de les dones reporten desaparènia, *o coit dolorós* i *manca de sensibilitat* a la *vagina*, després d'una colostomia deguda a càncer (extirpació gairebé total del còlon).

La fertilitat

Depèn de la capacitat ejaculatòria en els homes; i *en les dones*, a) de si les trompes de Fal·lopi deixen passar l'òvul o no, i b) que després de l'extirpació del recte no s'hagin fet adherències quan la vagina i l'úter ja no disposen de suport des del darrere.

La urostomia

Consisteix a desviar el flux d'orina cap a una obertura abdominal quan hi ha hagut pèrdua de la bufeta o de la seva funció. A l'igual que les persones amb colostomia o ileostomia, se'ls fixa una bossa a l'obertura per recollir-hi l'orina. Com a causes de l'extirpació o pèrdua de la funció podem esmentar defectes congènits, càncer, lesions nervioses, etc.

La recerca en homes operats d'urostomia fins ara és molt escassa; i en dones encara ho és més. Els informes revelen que un 8-16 % dels *homes* tenien *erecció*, que l'*ejaculació* era *inexistent* en el 100 %, que un 31-55 % tingueren *orgasmes* i que un 41-74 % practicaven alguna forma d'*activitat sexual* (sense definir què s'entén per «activitat sexual»). Les raons adduïdes per abstenir-se de sexe eren els canvis físics i també certs factors psicològics.

En dones amb *urostomia* s'ha reportat l'existència de capacitat *orgàsmica*, i no hi ha cap raó per creure que en pròxims estudis les xifres hagin de ser més baixes en els dos sexes.

De les entrevistes mantingudes amb pacients amb colostomies, ileostomies i urostomies es desprèn que volen saber el que els suposa l'operació des del punt de vista sexual i conèixer les activitats sexuals alternatives que poden practicar. En aquest grup de pacients (homes i dones), tenir problemes d'imatge corporal –ara alterada–, de depressió després de perdre les funcions intestinals o urinària, o sentir por de ser abandonats per la parella o d'establir nous contactes sexuals són fenòmens habituals que *cal* absolutament abordar sense embuts.

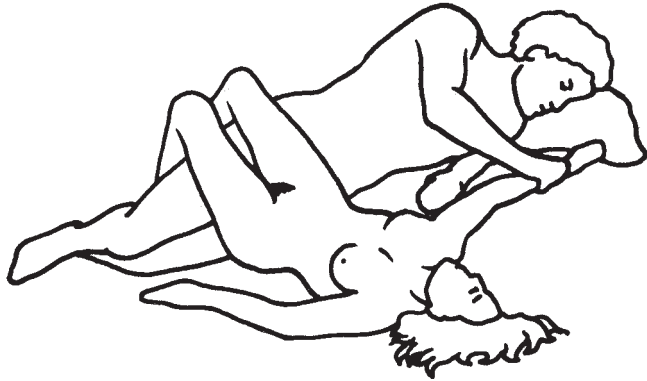
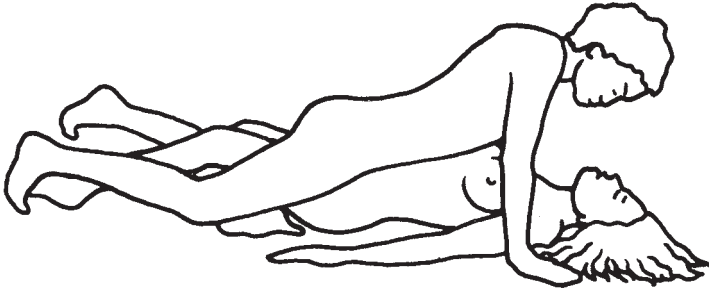
Els discapacitats i l'activitat sexual

La persona discapacitada no deixa de ser una persona sexual. Tanmateix, la seva manera d'abordar l'activitat sexual pot ser que s'hagi de modificar. Vosaltres haureu d'estar en condicions de proposar-li idees pràctiques que li serveixin d'ajut. Aquest capítol tracta de parelles heterosexuales, ara bé el seu contingut es pot adaptar perfectament per cobrir les necessitats de les parelles homosexuals.

Potser els haureu d'educar una mica i també caldrà que els doneu autorització per fer coses. Per exemple, en algunes cultures es pensa que només és l'home qui ha de prendre la iniciativa i qui ha de ser la part activa de la relació sexual. Ara bé, quan es tracta d'un home discapacitat, estaria bé d'ensenyar la dona a ser més activa. En tot cas, a la persona no discapacitada sempre se li hauria d'explicar quins efectes té la discapacitat (quins efectes tenen els medicaments que exigeix) en el funcionament sexual de la seva parella. Quan la dona és la persona amb la discapacitat, l'home és qui pot tenir la necessitat d'aprendre a donar-li plaer sexual.

Si el coit no és possible, podríeu parlar amb tots dos per encoratjar-los a experimentar una mica; potser així descobririen noves maneres d'expressar les seves necessitats sexuals. Per exemple, poden descobrir que les carícies, com a part importantíssima de la sexualitat, es poden utilitzar més. I si les mans han perdut l'agilitat o la sensibilitat, aleshores hi ha altres parts susceptibles de ser utilitzades per tocar: les orelles, els

POSSIBLES POSICIONS DE COIT PER A PERSONES DISCAPACITADES





llavis, les dents, la llengua, els dits dels peus, els peus, les natges i les cames. Segons les actituds culturals i religioses que tinguin, també poden provar la masturbació mútua, el sexe oral o l'exploració de les zones erògenes: les cuixes, els pits, l'abdomen, els mugrons, les orelles, les galtes, el coll i les espatlles.

Quan el dolor constitueix el problema principal, pot ser que hi ajudi prendre la medicació abans de l'activitat sexual. De vegades pot anar bé fer-hi servir una cotilla o un collaret.

Si l'activitat sexual requereix molta atenció o una preparació molt acurada, és bastant probable que la seva importància vagi decreixent amb el pas del temps. Les parelles, però, poden trobar una gran satisfacció emocional jaient plegats al llit, mirant-se, acariciant-se el cos i els cabells, acaronant-se, abraçant-se i besant-se, especialment si estan despullats. El simple fet de dormir plegats els pot donar molt de benestar.

Quan el coit és possible, cal fer altres consideracions. El plaer i les sensacions no depenen de la profunditat de la penetració. Penseu que l'extrem del penis, n'és la part més sensible, i que el clítoris i l'entrada de la vagina són més sensibles que no l'interior. De tota manera, l'ús d'un lubricant farà la penetració més fàcil. Els més recomanables són els hidrosolubles. Els de base oliosa, tipus vaselina, no són recomanables perquè poden alterar la flora bacteriana vaginal i doncs suposar un risc d'infecció.

De vegades és possible intentar altres posicions per al coit, també segons els factors culturals implicats. Ara bé, una figura amb autoritat, com és el professional de la salut, és qui podria donar el «permís» necessari perquè experimentessin fins a trobar una posició còmoda. A les planes anteriors mostrem algunes posicions alternatives per al coit.

Per acabar, algunes paraules sobre la contracepció. Normalment, la discapacitat no afecta la fertilitat, per tant pot ser que calgui fer servir algun mitjà contraceptiu. El mètode triat, però, caldrà escollir-lo dins la gamma de possibilitats físiques de la persona discapacitada. Els que requereixen més destresa manual (per exemple, el caputxó cervical o el diafragma) o una comprovació regular per part de la usuària (el DIU, per exemple) poden resultar, poc escaients. Si la parella és estable, això hi pot ajudar. També hi ajudarà disposar d'informació i donar «permís» per fer segons quines coses; per exemple, per posar-li un condó a la parella.

Els fàrmacs i la funció sexual

Hi ha molts medicaments receptats que poden afectar la funció sexual dels pacients, tot i que no pas a tothom. Els motius no són gens clars. Quan abordem temes sexuals és molt important saber quins medicaments els han receptat i quins prenen normalment. Per decidir què cal fer, haureu de sospesar les necessitats sexuals dels pacients per un cantó i els efectes de la manca de tractament per l'altre. Per exemple, un antidepressiu pot impedir l'erecció, però la depressió per si mateixa també pot afectar tota la relació sexual.

Les principals categories de fàrmacs que afecten les funcions sexuals són.

- Antihipertensius: poden afectar l'erecció en els homes.
- Antidepressius: poden afectar homes i dones.
- Contraceptius orals: poden inhibir la líbido, tot i que hi ha molta controvèrsia sobre aquest tema.
- Anticonvulsius: poden inhibir la líbido en homes i dones, i causar problemes d'erecció.

Hi ha drogues que poden provocar un augment de la resposta sexual o de l'interès sexual. Per exemple, els vasodilatadors ràpids fan que el plaer orgàsmic s'incrementi tant en homes com en dones. Les dones que ingereixen dosis considerables d'androgen poden experimentar un creixement de la sensibilitat dels genitals i una resposta a l'estimulació superior a l'habitual.

Drogues no receptades

Algunes drogues no receptades també poden afectar la pràctica i l'interès sexual. Les més habituals són l'alcohol, el tabac i possiblement la marihuana (especialment en els homes). Els opiacis, com l'heroïna i la metadona, poden inhibir l'interès pel sexe en homes i dones i produir alteracions ejaculatòries i erèctils en els homes.

En tota situació de consulta cal investigar el possible ús de drogues per obtenir benestar com a etiologia del problema plantejat.

Qüestions

Al vostre país, quines barreres socials troba una persona discapacitada per a la seva vida sexual?

Quina diferència hi ha entre l'erecció cerebral i l'erecció reflexa?

El cicle de resposta sexual femenina, és governat pels mateixos mecanismes neurològics que governen el cicle masculí? Si és així, descriuiu l'equivalent femení de l'erecció.

Per què un home amb una lesió de la medul·la espinal pot ejacular i pot no tenir erecció?

Quina és la principal diferència entre la lesió de la medul·la espinal i l'espina bífida?

Exercici

Pregunteu a un pediatre sobre la informació sexual que es dona als infants que tenen espina bífida o paràlisi cerebral.

Comenteu el que sabíeu abans sobre les funcions sexuals en les discapacitats descrites.

Hi ha cap diferència entre el que ja en sabíeu i la descripció que se'n fa en aquest capítol? Si és que sí, digueu les raons de la diferència.

Activitats

Entreu en contacte amb algun centre de rehabilitació i convideu algun professional a informar-vos del seu programa.

En una altra ocasió, convideu alguns pacients que us vulguin explicar la seva situació i la informació que necessiten i desitgen rebe en matèria de sexualitat.

Demaneu als pacients que us ajudin donant idees per fer una escenificació sobre la informació sexual. Participants: metge, pacient, esposa-parella/espòs-parella.

Inviteu un terapeuta familiar a parlar sobre les crisis de relació en aquestes parelles.

Apèndix

La realització d'un historial sexual

Possibles teràpies

En aquest capítol descriurem el tractament directe de les disfuncions sexuals. Hi ha altres mètodes possibles adreçats a tractar la causa del símptoma, com per exemple la teràpia psicoanalítica. De fet, tota teràpia directa és una forma de psicoteràpia, de manera que cal que els terapeutes sexuals també hagin rebut formació en psicoteràpia.

La formació com a terapeutes sexuals, que solen treballar en parella, un home i una dona, es pot seguir en diversos centres. Als Estats Units, Masters i Johnson van ser els primers que la van sistematitzar en uns cursos de sis setmanes.

En el tractament de totes les disfuncions sexuals hi ha determinats temes que cal abordar. Són els següents (segons LoPiccolo):

1. La responsabilitat mútua

Implica que els dos membres de la parella han d'acceptar que totes les disfuncions sexuals d'origen psicogènic són problemes compartits. Això vol dir que tots dos són responsables dels futurs canvis i de la solució dels seus problemes.

2. Informació i educació

Tal com es va dir al capítol 4 i abans, les idees falses i la manca d'informació són causes habituals en l'aparició de disfuncions sexuals. És importantíssim contrarestar la ignorància en aquesta matèria amb pel·lícules i llibres, i així eliminar els mites coneguts, per exemple, que «les dones boniques no gaudeixen de debò del sexe», o allò que «un home ja sap què fer sense que li ho hagin d'ensenyar». El terapeuta ha d'estar segur que la parella, o bé el pacient individual, comprenen el que llegeixen o el que el terapeuta els explica. Sovint passa

que els homes i les dones saben molt poc sobre els genitals de l'altre, com funcionen i com excitar-los. Així doncs, és essencial proporcionar una informació molt acurada sobre la resposta sexual humana. Cal donar informació molt concreta sobre possibilitats alternatives en les pràctiques sexuals (carícies sexuals, masturbació, sexe oral i manual, etc.) i descriure les tècniques sexuals més eficaces (per exemple, en els preliminars, després del coit, posicions per al coit, ús de coixins o ajuts tècnics sexuals, lubricants i olis per a massatge). En aquest capítol en donarem més informació, i també sota l'epígraf «Tractament».

3. Canvi d'actitud

Una part del programa consisteix a facilitar a la dona disfuncional materials de lectura positius, i fer que el marit o company li asseguri que ell la valorarà i la respectarà més si ella comença a sentir-se interessada pel sexe. (I al contrari, si la disfunció la té l'home.) Les conferències, les possibles converses amb un sacerdot, quan la negativitat de l'actitud és d'origen religiós, la relació terapèutica: tot són eines per assolir un canvi d'actitud.

4. La supressió de l'ansietat per obtenir resultats

El terapeuta prohibeix el coit, per exemple, quan la disfunció és una impotència. La parella aprèn a gaudir de la proximitat sense concentrar-se en la disfunció i sense angoixar-se per si un dels dos no podrà. Tampoc cal aconseguir fer res en especial com a objectiu, sinó senzillament concedir-se el temps per gaudir l'un de l'altre, complaure i ser complagut, permetre a cadascú de centrar-se a experimentar el plaer en comptes de donar-lo (vegeu més avall, el punt 7).

5. L'increment de la comunicació i de l'eficàcia de la tècnica sexual

Abans d'iniciar una teràpia és probable que els dos membres de la parella hagin estat incapaços de comunicar-se recíprocament el que els agrada i el que no, sexualment parlant; i això per diversos motius, com ara la inhibició o les suposicions equivocades sobre allò que agrada a l'altre. Per facilitar la comunicació hi ha diversos sistemes; per exemple, compartir les fantasies sexuals o aprendre a comunicar-se durant el joc sexual.

6. La transformació d'estils de vida i papers sexuals destructius

El terapeuta, per exemple, pot demanar a la parella que es reservin temps per poder tenir intimitat sexual (desconnectant el telèfon, mirant de no ser interromputs, etc.). La modificació del paper sexual pot resultar indispensable quan la parella no comparteix les responsabilitats de la vida diària. Aleshores, el terapeuta els explicarà que la feina de la dona a casa –o a fora– li impedeix d'excitar-se sexualment, i demanarà al marit que canviï de costums per assegurar-se una vida sexual millor per a tots dos. També es pot donar el cas contrari, és a dir, que sigui la feina del marit allò que li impedeix, a ell, d'excitar-se.

7. L'aprenentatge sensitiu

El terapeuta els assenyalarà uns «deures», uns exercicis per fer a casa seguint gradualment els passos d'un determinat comportament sexual. Es diuen «focus sensual» o «exercicis de plaer». Els participants, en principi, tenen prohibit tocar els genitals de l'altre. El que fan és acariciar-se mútuament per torns, concentrant-se en la sensació de ser acariciat o d'acariciar. Després s'han d'explicar les sensacions viscudes, de manera que la pràctica esdevé també un exercici de comunicació.

El tractament de les disfuncions sexuals masculines

La impotència

El terapeuta ha d'esbrinar si home rep o no una estimulació sexual d'alt nivell, física i psíquica, per part de la seva dona. I perquè res no interfereixi l'erecció, cal suprimir l'angoixa i les exigències de resultats sexuals. D'aquesta manera l'estimulació augmenta.

L'exigència d'obtenir resultats es pot reduir si la dona queda satisfeta fins a l'orgasme amb altres pràctiques, com són ara les carícies sexuals, sexe oral o amb un vibrador. Caldria que entenguessin bé que l'erecció es dona automàticament un cop assolit un determinat nivell d'excitació, al qual s'arriba quan no hi ha una actitud crítica que pugui provocar angoixa.

Una altra font d'ansietat en l'home és la seva actitud general pel que fa al sexe quan veu que l'erecció comença a fallar-li. Els exercicis per fer a casa, descrits al punt 7, ajuden a reduir aquesta ansietat, com també hi ajuda no obligar-se a tenir una erecció mentre els dos s'estan acariciant, ja despullats. La dona, aleshores, pot mirar d'estimular el penis amb la mà o amb la boca i, de seguida que vingui l'erecció, aturar-se («tècnica de provocació»). Després de realitzar aquest exercici unes quantes vegades, el penis ja pot entrar a la vagina, però sempre amb la dona al damunt pressionant sobre el penis flàccid. Un cop l'home tingui l'erecció, i encara que el terapeuta ho hagi prohibit categòricament, se'ls pot dir que facin servir uns moviments pelvians lents empenyent, primer per separat i després junts. El pas següent és un coit enèrgic, i al final l'ejaculació dins la vagina.

L'ejaculació precoç

Aquí el problema és que el nivell d'estimulació que necessita l'home per ejacular és baix.

Un dels mètodes utilitzats en aquest cas en teràpia sexual s'anomena «mètode Seman de parar i engegar». Consisteix a estimular el penis fins al moment just abans de l'ejaculació i aleshores, aturar-se i no recomençar fins que la sensació d'excitació s'hagi esvaït. Això, cal repetir-ho uns quants cops fins que l'home ja hagi rebut una gran quantitat d'estimulació però sense ejaculació.

Un altre mètode adequat és l'anomenada «tècnica del pessic» (Masters i Johnson). La dona estimula el penis fins que l'home li diu que l'ejaculació s'acosta, aleshores li pessiga el gland amb energia. La necessitat d'ejacular desapareix i l'erecció normalment s'afebleix una mica.

La feina que l'home té per fer a casa consisteix a masturbar-se amb la tècnica de «parar i engegar», aprendre a identificar els senyals que l'ejaculació s'acosta i adquirir confiança aprenent a controlar-se. A continuació, se li pot ensenyar la «tècnica del pessic» perquè vegi si li resulta més eficaç que l'altre mètode. Després, l'home ensenya la nova tècnica a la seva parella i quan ja ha assolit un nivell de tolerància més elevat a la seva estimulació, sigui manual o oral, aleshores posen en pràctica una de les tècniques ara ja amb el penis dins la

vaginà. Primer, sense moviment; després, lentament; i al final, coït normal.

Actualment existeixen substàncies al mercat, com la clomipramina tricíclica, que poden suposar un gran ajut en alguns casos d'ejaculació precoç. Són particularment valuoses per a homes solters que no tinguin ningú amb qui poder fer una teràpia de parella. També són recomanables en aquells casos en què les consideracions culturals o religioses dificulten la cooperació de la dona. I també per a persones discapacitades sense parella habitual.

La incapacitat ejaculatòria

El tractament de la incapacitat ejaculatòria combina elements del tractament de l'ejaculació precoç i del de la impotència. Cal ensenyar a la parella a estimular el penis amb molta intensitat, però sense les «tècniques de parar i engegar» ni «del pessic». La dona aprèn a guanyar eficàcia en l'estimulació del penis i al mateix temps a ell se li suprimeix l'exigència d'ejacular. De fet, se li prohibeix ejacular. Per incrementar el nivell d'estimulació també es pot fer servir un vibrador elèctric. En aquest tractament pot haver-hi preguntes sobre l'ús de substàncies tranquil·litzants. Atès que l'ejaculació és una resposta del sistema simpàtic, resulta que un dels efectes col·laterals d'una substància que bloqueja el simpàtic podria ser la incapacitat ejaculatòria.

El tractament de les disfuncions sexuals femenines

El vaginisme

Vegeu més avall per al tractament de la disfunció orgàsmica. Per al vaginisme és el mateix programa però afegint-hi una sèrie de dilatadors graduals que permeten tolerar la penetració vaginal. Aquest programa el pot posar en pràctica el ginecòleg o la dona mateix, o bé l'home, a casa. També la dona o l'home poden provocar la dilatació amb els dits. El control voluntari de la musculatura de la pelvis és possible de treballar-lo amb els exercicis de Kegel.*

*Consisteixen en la contracció i relaxació de la musculatura pèlvica. (N. de l'e.)

Les disfuncions orgàsmiques

La dona que pateix una disfunció orgàsmica inhibidora necessita rebre moltíssima informació i educació, i transformar les seves actituds en el sentit esmentat al començament del capítol. Més que res, el que ella té és un rerefons d'actituds negatives cap a la sexualitat provinent de la infantesa, de manera que no s'excita sexualment.

Un altre tipus diferent de dona és aquella que sí que se sent excitada i que gaudeix del sexe, però que s'angoixa pels resultats que creu que ha d'aconseguir. És una dona que s'ha vist exposada a les expectatives de la societat, que espera que sigui multiorgàsmica. El marit o company sovint dubta de la seva pròpia masculinitat i la pressiona perquè tingui orgasmes i així quedar-se tranquil sobre la seva potència. Aquesta dona, doncs, necessita desempallegar-se de l'ansietat per obtenir resultats, necessita rebre ajuda per fer que la comunicació amb la parella s'incrementi i també necessita de l'efectivitat de les tècniques sexuals. En trobareu la descripció al començament del capítol.

Especialment en les dones que tenen disfuncions orgàsmiques secundàries, el marit o company cal que sigui un amant competent i que no sigui exigent.

Segons LoPiccolo, el tractament de la disfunció orgàsmica inclou els elements següents:

- a) Un programa de masturbació per a la dona.
- b) Preparació tècnica per al marit o company, passos 7-9, més avall.
- c) Desinhibició de l'excitació.
- d) Aprenentatge de comportaments desencadenants.

En primer lloc, hi haurà una conversa entre els dos terapeutes i la parella sobre la seva actitud envers la masturbació i per corregir les idees falses i els prejudicis que hi poguessin tenir. Aleshores la terapeuta femenina ensenya a la dona de masturbar-se. A l'home també se li recomana que es masturbi per evitar que la dona se senti culpable i se li demana que encoratgi la seva dona a masturbar-se. Els passos a seguir són els següents:

1. La dona es despulla i s'examina tota nua; primer el cos sencer i després els genitals amb un mirall. Es toca. Aprèn a intensificar la seva capacitat orgàsmica amb els exercicis de Kegel, que li reforcen la musculatura pelviana.

2 i 3. S'explora els genitals amb el tacte i mira de trobar-ne els punts més sensibles. Encara sense masturbació.

4 i 5. La dona aprèn a estimular intensament aquests punts o zones, bé amb fantasies eròtiques, bé amb imatges o literatura explícita. Pot arribar a l'orgasme.

6. Si no ha tingut cap orgasme, es masturba amb un vibrador.

7 i 9. L'aprenentatge del marit o company. Primer contempla com es masturba la seva dona per aprendre quina tècnica fa servir per arribar a l'orgasme. Després aprèn a acariciar-la fins a l'orgasme i, en el punt 9, combina això amb el coit.

Aquest programa no es duu a terme aïlladament per una persona. Ja hem vist que el marit o company també segueix el programa de masturbació i li dóna suport i cooperació. El programa inclou tot d'accions mútues perfectament descrites: carícies i tocaments poc compromesos pertot arreu, petons i abraçades, estimulació dels pits, estimulació genital, penetració del penis a la vagina, moviments lents i coit.

La desinhibició de l'excitació és el tercer component del tractament.

La pacient rep instruccions per fer el paper, en una escenificació, d'una dona que té un orgasme monumental, amb crits, sacsejades, etc. D'aquesta manera, la por inicial de perdre el control o la vergonya que el seu marit o company pogués veure-la gaudint del plaer sexual, disminueix i es converteix en diversió.

En aquest programa, l'èxit depèn de la capacitat del marit o company per anar reaccionant positivament a l'increment de la resposta sexual de la dona. Perquè hi ha marits que comencen a experimentar hostilitat contra seu, ara que sí que s'excita sexualment. Una raó freqüent però infundada és la por que la dona es pugui tornar massa exigent en el sexe. D'aquesta por, cal parlar-ne i tranquil·litzar el marit o company.

El quart component de la teràpia per a la disfunció orgàsmica consisteix a ensenyar-li, a la dona, determinats comportaments que disparen la resposta orgàsmica, per exemple, empènyer amb la pelvis, estirar els dits dels peus, tibar els músculs de les cuixes, contraure els músculs de la vagina i tirar el cap enrere.

Tots quatre components, a - d, sembla que són eficaços en casos de disfunció orgàsmica primària. La secundària sol anar acompanyada d'una relació tensa de la qual la disfunció sexual

pot ser el símptoma. Així doncs, els millors resultats de la teràpia sexual s'obtenen combinant-la amb una teràpia de parella. En alguns casos de manca de resposta femenina la testosterona pot ser d'utilitat.

Un programa de rehabilitació sexual per a persones amb lesions traumàtiques a la medul·la espinal

Els passos a fer en un programa per a persones discapacitades per lesions de medul·la, quedaran més ben descrits a partir dels objectius següents, segons G. Cossete. Aquest programa també és útil per a totes les discapacitats que d'alguna manera impedeixin a la persona que les pateix d'assolir satisfacció sexual.

1. Ampliar la noció de sexualitat fins a la seva autèntica envergadura, i no definir-la merament com a coit.

2. Ajudar el/la pacient a recobrar la confiança en si mateix/a i a redescobrir la seva identitat sexual.

3. Emfasitzar allò que encara es posseeix i no allò que s'ha perdut i explicar quins mecanismes hi ha per compensar la pèrdua.

4. Indagar els valors personals del/la pacient i respectar-los; per exemple, tenint-ne en consideració l'educació, l'experiència passada i la consciència present pel que fa a la sexualitat.

5. Incloure la parella del pacient, prenent en consideració els seus valors.

6. No intentar mantenir a qualsevol preu la relació entre el/la pacient i la seva parella.

Discussió

Com ho faríeu perquè una parella comencés a examinar la relació que mantenen? Per exemple, com els podríeu fer veure que el ressentiment mutu, la incapacitat d'expressar-se coses negatives, el recel, les diferències en les expectatives sexuals i, potser, la lluita pel poder dins la relació, poden constituir subtils elements causants d'insatisfacció dins la relació sexual?

Activitat

Feu materials visuals o escenificacions per il·lustrar els diversos aspectes que s'esmentin en la discussió prèvia.

Escenificació

1. La primera persona representa que és una pacient; la segona és infermera en un servei de planificació familiar; la tercera observa. Cada grup de tres representa l'escena següent: La infermera s'adona, per les preguntes de la pacient, casada, que segurament no ha tingut mai cap orgasme. Què li pot dir, a la dona? Canvieu els papers fins que les tres persones els hagin fets tots tres (usuari, infermera i observador). Discussió: Què hi ajuda? Què hi fa nosa? Què n'heu après?

2. Grups de tres una altra vegada. Ara dues persones representen una parella i la tercera fa de recepcionista en un centre de planificació familiar. L'home diu: «Jo no veig de què ens poden servir, tal com estan les coses». Què els pot dir el/la recepcionista per mirar d'esbrinar quin problema hi ha i si els poden ajudar? Si hi ha prou gent, una quarta persona fa d'observador. En acabat d'escenificar, pregunteu-vos què hi ajuda, què hi fa nosa i què n'heu après.

Posem punt final al capítol i al manual amb unes paraules de Sol Gordon, un psicòleg dels Estats Units:

«El coneixement no és perjudicial. La ignorància no és benaurança, i l'experiència no és sempre la millor mestra.»

Bibliografia

HERTOF, P. *Slinisk sexologi. 2 udgave*. Munksgaard forlag, 1980.

KINSEY, A. (et al.): *Sexual behaviour in the human male*. Filadèlfia; Londres: W.B. Saunders and Co., 1948.

KOLODNY, R.C. (et al.): *Textbook of human sexuality for nurses*. Boston: Little Brown, 1979.

LOPICCOLO, J. i L. (eds.): *Handbook of sex therapy*. Nova York; Londres: Plenum Press, 1978.

LUNDBERG, P.O.: «Neurological disorders in andrology», dins *Diagnosis in andrology*/ Bain, J., i Hafez, E.S.E. (eds.). La Haia; Boston; Londres: Martinus Nijhoff, 1980.

LUNDBERG, P.O.; NORDQVIST, I. (eds.): *Sex och handikapp*. Rapport från symposium 1973. Estocolm: SVCR, 1974.

LUNDBERG, P.O., i NORDQVIST, I. (eds.): *Sexologi – Handikapp – Terapi*. Estocolm: SVCR, 1981.

NORDQVIST, I.: *Life together – the situation of the handicapped*. Estocolm: SVCR, 1972.

NORDQVIST, I.: *Sex och samlevnad - rörelsehinder*. Liber, 1984.

Capítol 5

Possibles teràpies

La realització d'un historial sexual

Introducció

Hi ha moltíssims problemes que són d'origen psicogènic (psicològic) i alguns que tenen causes patològiques. Com heu pogut comprovar pel text precedent, n'hi ha uns altres que es deriven d'altres consideracions, com l'edat, les drogues i les influències culturals.

En tractar un historial sexual, igual que en tractar un historial mèdic, el/la terapeuta expert/a ha de ser conscient de dues coses. En primer lloc, de la influència de les seves pròpies actituds en la comunicació entre el/la usuari/ària i ell/ella; perquè si sent alguna mena de condemna, reprovació o torbament, això arribarà al/la usuari/ària de manera no verbal amb tota facilitat. En aquests casos, és molt probable que el/la usuari/ària no ho expliqui tot. Els materials d'aquest mòdul estan dissenyats per ajudar els professionals a adonar-se dels seus propis sentiments i a arribar a alguna mena de compromís amb ells.

En segon lloc, per escoltar un historial cal disposar de la capacitat de percebre els punts essencials. Aquesta és una altra raó d'aquests materials didàctics.

Els principis generals

El contingut de les respostes del/la usuari/ària és important, però igualment ho és la manera de respondre. Està amagant alguna cosa que no vol dir? Se'l veu neguitós/a quan contesta? Aquí hi ha pistes crucials per establir un diagnòstic i un tractament.

No cal seguir l'ordre cronològic. L'orde en les preguntes dependrà del pacient, del terapeuta i de la situació.

Cal dedicar una bona estona, especialment en la primera sessió, a aconseguir que l'usuari o la usuària se senti còmode, que tingui confiança i que li quedi claríssim que tota la informació que pugui donar és absolutament confidencial. Si hi ha dues persones que són parella i que són ateses pel mateix professional, cal arribar a un acord sobre si la informació que una faciliti en privat, l'altra la pot rebre o no. En tot cas, la *confidencialitat* ha de ser la regla d'or en les *comunicacions unilaterals*. Ara bé, se li pot demanar permís, a una persona, per explicar-li coses a l'altra; o es pot intentar de convèncer-la perquè ella mateixa sigui qui li expliqui a l'altra. Són intents que encoratjaran els clients a donar-vos respostes sinceres.

Feu servir un llenguatge còmode per a tothom, vosaltres i els pacients. Comproveu –els les haureu de preguntar– quines paraules fan servir. Pregunteu si us entenen i insistiu que us preguntin allò que no entenguin.

En qüestions que els puguin resultar violentes, intenteu d'establir un context que impliqui el convenciment que per a tothom és igual o que no cal que siguin reservats.

Per exemple: «La majoria d'homes han tingut experiències homosexuals en l'adolescència, com veure un altre masturbant-se o masturbar-se mútuament. Vostè quines experiències ha tingut en aquest sentit?».

O bé: «Hi ha moltes dones que després de tenir el primer fill potser perden una mica d'interès pel sexe. A vostè li ha passat?».

O bé: «Vostè quan es va masturbar per primer cop? Ara ho fa gaire sovint?».

Passos a fer en un historial

a) Aclarir el problema tal com és ara

Sempre és bona idea demanar als usuaris que us expliquin en les seves pròpies paraules per què us han vingut a veure. Ajudeu-los en això, potser amb alguna paraula que els falli. Si no fossin gaire concrets, cal fer-los tornar al tema central preguntant, per exemple, què és el que senten quan volen tenir relacions sexuals.

Durant aquesta estona podreu observar moltes coses. Si la

persona està sola, podreu captar-ne les actituds, els dubtes, els torbaments. Si esteu amb una parella, a més percebreu la mena de relació que mantenen. Qui parla? Es miren als ulls? Com seuen l'un en relació amb l'altre?

Un cop entès quin problema hi ha, podeu començar a aclarir coses.

Per a cada aspecte diferent del problema podeu preguntar: «Què és el que passa? (pensaments, sentiments, accions) Quan? Passa sovint? Amb qui passa? Des de quan?».

I per a cada problema: «Quan va començar això? Hi havia altres problemes al mateix temps? Per exemple, havia mort alguna persona propera? Hi havia hagut canvis de casa o de feina, algun naixement, alguna malaltia, separació, divorci, avortament, etc.?».

En cada problema cal preguntar què va induir al/la client a cercar ajut en aquest moment concret de la seva vida.

Indagueu quins avantatges i desavantatges els suposa tenir el problema.

Després indagueu els avantatges i desavantatges de resoldre'l. Potser per a les dues persones no serà el mateix.

I què passa si no troben la solució que han vingut a buscar?

Caldria que cada un d'ells us expliqués la seva idea d'una bona vida sexual, en termes de freqüència, coses permeses i coses prohibides, posicions per al coit, importància o no de tenir orgasmes simultanis, etc. Començareu a veure com apareixen mites, ignorància, creences religioses i influències culturals. Potser descobrireu que, per exemple, de fet no entenen com funciona el cos de l'altre, sexualment parlant.

Mireu de descobrir la relació que tenen quan estan enfadats. Quan un dels dos ho està i quan tots dos ho estan.

Com es demostren l'afecte? Què fan quan no es poden posar d'acord?

Són capaços de parlar de sexe?

b) Quin és el rerefons del problema?

Pregunteu als usuaris com van prendre consciència del sexe per primer cop: experiències a diverses edats durant la joventut, actituds i missatges provinents dels adults i dels pares, primeres experiències de menstruació i ejaculació, etc. Primeres experiències de masturbació. Sentiments que produeix tot això, aleshores i ara mateix.

La primera experiència d'una relació sexual. Experiències primerenques de carícies sexuals i sexe: van ser bones o dolentes? Que en pensaven aleshores? I ara? Hi ha hagut experiències homosexuals? Quins sentiments desperten ara i aleshores? Hi va haver alguna relació especialment important? Quina importància té encara?

Exploreu el rerefons de la relació actual. Com es van conèixer, quan i on. Què els atraïa de l'altre. Quan va començar l'activitat sexual. Quins sentiments hi ha sobre aquest període de l'inici. Quins n'hi havia aleshores. Tenen fills? Com influeixen en la relació? Què busca cadascú en la relació? Què hi ha ara? Què hi manca? Tenen relacions amb altres persones?

Podreu descobrir-hi tota mena de sentiments sobre els dos i sobre cadascun; per exemple, que l'un o l'altre se senti molt poc atractiu.

Indagueu sobre els pares. Quan estaven creixent i ara mateix. Aquesta relació, l'aproven? Això quin efecte té?

Hi ha cap altre membre de la família que pugui afectar la relació? Germans, germanes... De quina manera?

Quant de temps disposen l'un per a l'altre? Estan massa enfeïnats, massa cansats?

Preneu medicaments? Per què? Prenen drogues per plaer? Quines?

Algú dels dos està malalt? Quines malalties han tingut? Han fet altres passos per resoldre el problema abans de venir a veure-us?

Potser voldreu que els facin un examen mèdic, a un o a tots dos, per descartar qualsevol anormalitat clínica. Se n'han fet fer cap, ells? Amb quins resultats?

Pregunteu-los sobre les seves actituds pel que fa a acariciar-se, mirar-se, etc. Per exemple, senten por de tocar o de ser tocats? Troben alguna part del seu cos no gens atractiva o fins repulsiva? I del cos de la parella?

c) El futur

Què esperen aconseguir amb la teràpia? Pensen que és possible d'aconseguir-ho? Volen aconseguir-ho?

Conclusió

Ara, amb tota la informació de què disposeu, esteu en condicions de descriure el problema: les causes, els factors que hi influeixen, els factors que el perpetuen. També deveu tenir alguna idea sobre les respectives motivacions de la parella per superar-lo. Ara podeu imaginar la teràpia. El pla terapèutic és gairebé segur que inclourà la concessió de permís, instrucció i també els mostrarà habilitats per comunicar-se millor entre ells, a més de com enfrontar el problema sexual concret que hi pugui haver.

Bibliografia

- ANDERSON, F.; BARDACH, J.; GOODGOLD, J.: *Sexuality and neuromuscular disease*. Rehab. monograph 56. Nova York: University of New York Institute of Rehab. Med.
- ATTWELL, A.A.; JAMISON, C.B.: *The mentally retarded. Answers to questions about sex*. Los Angeles: Western Psychol. Services, 1977,
- BARRETT, M.: *Sexuality and multiple sclerosis*. Toronto: Multiple Sclerosis Society of Canada, 1977.
- BATH, R.; SKETCHLEY, J.: «Homosexuality. Misconceptions and problems», dins *British Medical Journal* (1981). Vol. 283; pàg. 768-769.
- Ídem: «Homosexuality. Treating patients in general practice», dins *British Medical Journal* (1981). Vol. 283; pàg. 827-829.
- BECKER, E.F.: *Female sexuality following sapinal cord injury*. Bloomington: Cheever Publishing, 1978. (Entrevistes amb professionals i amb dones amb lesió de medul·la espinal. L'autora mateix amb una lesió a la D6)
- BILLER, H.B.: *Father, child and sex role. Paternal determinants of personality development*. Lexington, Massachusetts: Heath Lexington Books, 1971.
- BOLLER, F.; FRANK, E.: *Sexual dysfunction in neurological disorders. Diagnosis, management and rehabilitation*. Nova York: Raven Press, 1982.
- BULLARD, D.G.; KNIGHT, S.E.: *Sexuality and physical disability. Personal perspectives*. St. Louis: C.V. Mosby, 1981.
- COMFORT, A.: *More joy of sex. A lovemaker's companion*. Londres: Quartet Books, 1977. [Del mateix autor: *Guía ilustrada del amor*. Barcelona: Grijalbo, 1986.]
- CORNELIUS, D.: *Who cares? A handbook on sex education and counselling services for disabled people*. Austin, Texas: Pro Ed, 1982.

- CRAFT, A. i M.: *Sex education and counselling for mentally handicapped people*. Turnbridge Wells, Kent: Costello Educational, 1983.
- DE LA CRUZ, F.; LAVECK, G.D. (eds.): *Human sexuality and the mentally retarded*. Nova York: Brunner-Mazel, 1973.
- GREENGROSS, W.: *Entitled to love. The sexual and emotional needs of the handicapped*. Londres: Malaby Press, 1976.
- HARTMAN, WE.; FITHIAN, M.A.: *The treatment of sexual dysfunction. A bio-psycho social approach*. Long Beach, Califòrnia: Center for Marital and Sexual Studies, 1972.
- HEIMAN, J.; LoPICCOLO, L. i J.: *Becoming orgasmic. A sexual growth program for women*. Englewood Cliffs, Nova Jersey: Prentice-Hall, 1976.
- KAPLAN, H.S.: *The illustrated manual of sex therapy*. Londres: Mayflower, 1981. [Edició en català. *Manual il·lustrat de teràpia sexual*. Barcelona: Grijalbo, 1987.]
- Ídem. *The new sex therapy*, vol 1. *Active treatment of sexual dysfunctions*. Londres: Bailliére Tindall, 1974.
- Ídem: *The new sex therapy*, vol 2. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Londres: Bailliére Tindall, 1979. [Edició en castellà: *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza, 1982. De la mateixa autora. *La eyaculación precoz*. Barcelona: Grijalbo, 1990.]
- KEMPTON, W.; FORMAN, R.: *Guidelines for training in sexuality and the mentally retarded*. Filadèlfia: Planned Parenthood Association, 1976.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V.E.: *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown and Co, 1970. [Edició en castellà; *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica, 1976. Dels mateixos autors: *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica, 1972. *El vínculo del placer*. Barcelona: Grijalbo, 1971.]
- MOONEY, T.O.; COLE, T.M.; CHILGREN, R.A.: *Sexual options for paraplegics and quadriplegics*. Boston: Little Brown and Co, 1975.
- NORDQVIST, I.: *Disabled persons – relationships and sexuality. A study of opinions on sexuality, personal and sexual relationships and suggestions to improvement*. SVCR Box 303 5-161 26 Bromma, 1976.
- PURTILLO, R.: *Health professional/patient interaction*, 2a. ed. Filadèlfia: Saunders, 1978.
- Sex Problems in Practice*: articles del *British Medical Journal*. Londres: British Medical Association, 1982.

STEWART, W.F.R.: *Sex education for the physically handicapped. Arundel, West Sussex: Disabilities Study Unit, 1981.*
 Ídem: *Sexual aspects of social work.* Cambridge: Woodhead-Faulkner, 1979.
Task Force on Concerns of Physically Handicapped Women: Toward intimacy. Family planning and sexuality concerns of physically disabled women, 2a ed. Nova York. Human Sciences Press, 1978.
 VON ESCHENBACH, A.C.; RODRÍGUEZ, D.B. (eds.): *Sexual rehabilitation of the urologic cancer patient.* Boston: G.K. Hall Medical Publishers, 1981.
 WAYNBERG, J.: *Handicap et sexualité.* París: Masson, 1981.
 WEINGBERG, G.: *Society and the healthy homosexual.* English edition, Londres: Colin Smythe Ltd, 1975.
Within reach. Providing family planning services to psysically disabled women. Nova York: Human Sciences Press, 1978.
 World Health Organization. *Guidelines on certain aspects of homosexuality,* Copenhaguen: WHO, 1986.
 ZILBERGELD, B.: *Male sexuality. A guide to sexual fulfilment.* Boston: Little Brown and Co, 1978.

Revistes

Current Research Updates in Human Sexuality (mensual). PO Box 2577, Bellingham W A 98227.
Sexuality and Disability; una publicació dedicada a l'estudi del sexe en les malalties físiques i mentals (trimestral). Nova York: Human Sciences Press.
Sexual and Marital Therapy. Publicació de la Association of Sexual and Marital Therapists (bianual). Abingdon, Oxfordshire: Carfax Publishing.
British Journal of Sexual Medicine (mensual): Londres: Medical News-Tribune Ltd.

Annex bibliogràfic

Llibres

BALDARO, J.; GOBLIGI, G.; VALDIMIGLI, C.: *La sexualidad del deficiente*. Barcelona: Ed. Ceac, 1988.

CASTRO, A.; BRAVO, P.: *Paraplejia, otra forma de vida*. Madrid: Sauro, 1993.

CURCOLL, M.L.; VIDAL, J.: *Sexualidad y lesión medular*. Barcelona: Fundació Institut Guttman, 1992.

GARCÍA, J.L.: *Materiales didácticos de apoyo para la educación sexual de las personas con minusvalías psíquicas*. Siglo cero, 1993.

HALE, G.: *Manual para minusválidos*. Madrid: Ed. Blume, 1980.

MARTÍN HERRERO, J.A.: *Cómo afrontar la esclerosis múltiple*. Madrid: Capa, 1992.

MORRIS, J.: *Capaces de vivir*. Barcelona: Fundació Institut Guttman, 1989.

NORDQVIST, I.: *Sexualidad y discapacidad: un tema que nos concierne a todos*. Madrid: Inerser, 1991.

Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Documentos técnicos, núm. 73. Madrid: Inerser, 1993.

Publicacions periòdiques

Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid.

Lama. Revista de la Asociación Nacional de Paraplégicos y Grandes Minusválidos. Toledo.

Minusval. Revista del Ministerio de Asuntos Sociales. Inerser. Madrid.

Sobre Ruedas. Fundació Institut Guttman. Barcelona.

Avaluació

Cada participant/estudiant pot omplir aquest qüestionari un cop acabat el treball amb el manual SEXOLOGIA PER A PROFESSIONALS DE LA SALUT.

Acceptabilitat

1. Us han resultat útils els materials i les experiències?

Sí

No

Comentaris:

.....
.....
.....

2. N'heu tret un profit personal, dels materials o de les experiències?

Sí

No

Comentaris:

.....
.....
.....

3. N'heu tret un profit personal, dels materials o de les experiències?

Sí

No

Comentaris:

.....
.....
.....

Resultats

4. Quins nous coneixements heu adquirit o incrementat, a partir dels materials i les experiències pràctiques?

.....
.....
.....

Responeu molt detalladament, si us plau. Si cal, feu servir un altre full.

5. Quines noves habilitats/capacitats heu adquirit o millorat, a partir dels materials i les experiències pràctiques?

.....
.....
.....

Responeu molt detalladament, si us plau. Si cal, feu servir un altre full.

6. Quines actituds heu aclarit o canviat a partir dels materials i les experiències pràctiques?

.....
.....
.....

Responen molt detalladament, si us plau. Si cal, feu servir un altre full.

Eficàcia mètode

7. Hi ha algun punt important (coneixements, habilitats, actituds) que s'hagi omès als materials o a les pràctiques?

Sí

No

Si la resposta es afirmativa, si us plau, concreteu.

.....
.....
.....

8. El mètode didàctic es podria millorar?

Sí

No

Si la resposta es afirmativa, si us plau, concreteu.

.....
.....
.....

9. Com qualificaríeu els vostres professors/monitors de grup/responsables?

Exel·lent

Molt bo

Bo

Acceptable

Dolent

Professor núm. 1

Professor núm. 2

Professor núm. 3

10. a) Què han fet els vostres professors/monitors de grup/responsables perquè els materials i experiències us hagin resultat millors?

.....
.....

Especifiqueu

.....
.....

b) Què han fet els vostres professors/monitors de grup/responsables perquè els materials i experiències us hagin resultat més difícils?

.....
.....

Especifiqueu

.....
.....



El propòsit d'aquest llibre, com diuen els autors, és proporcionar a tots els professionals de la salut coneixements i comprensió sobre la complexitat de la sexualitat humana. Cal enfocar la sexologia interdisciplinàriament, ja que es compon de diverses parts provinents de camps diferents: psicologia, antropologia, dret, medicina, biologia, etc.

A partir d'uns coneixements previs mínims, es dóna una informació bàsica sobre sexologia, a la vegada que es proposen un seguit de qüestions, exercicis i escenificacions per aprendre a discutir els propis sentiments en relació amb diverses pràctiques sexuals, comprendre quins són els factors que influeixen en la sexualitat de l'individu i de quina manera ho fan, i ajudar els clients a expressar la seva sexualitat sense por de judicis morals.

Només així es poden arribar a substituir els mites pels fets i a usar la terminologia adequada sense sentir-se violent ni torbat.

