

Dr. Ruth K. Westheimer

Iubitul meu s-a dus în grădină,  
La straturile de mirodenii,  
Să caute prin grădină  
Și să culeagă crini.  
Sunt a iubitului meu  
Și iubitul meu e al meu;  
Caută printre crini.

Cântarea Cântărilor 6:2-3

## *INTRODUCERE*

Am ajuns să fiu din profesoara de liceu dr. Ruth Westheimer, "Dr. Ruth", de la radio în 1980. În anii care au urmat, m-am străduit să elimin ceea ce se cheamă "incultura sexuală", adică lipsa de cunoștințe despre funcționarea sexuală umană. S-au făcut pași mari față de începuturi de către mine și alții, dar știu din întrebările care mi se pun la TV și la radio, din scrisori și din aparițiile personale, că sunt mulți oameni, mai ales tineri care simt nevoie să știe mai mult. De aceea sunt încântată să pot oferi această enciclopedie care conține răspunsul la orice aspect legat de sexualitatea umană.

Motivul pentru care am vrut să predau sexualitatea umană izvorăște din experiența mea de lucru în cadrul organizației Sarcina Planificată, la începutul anilor 1970. Tinerii vin și pun o mulțime de întrebări și am constatat că nu știu întotdeauna să le dau răspunsurile potrivite. Ca să învăț mai mult, m-am înscris în Programul Sexualității umane de la New York Hospital-Cornell University Medical School, care a fost condus de unul din cei mai distinși experți ai noștri în acest subiect, Dr. Helen Single Kaplan, iar eu am devenit terapeut psihosexual. Acum am cabinetul meu particular de aproape două decenii și am predat sexualitatea umană la diverse colegii. Citesc și acum literatura de specialitate care-mi cade în mână și am scris zece cărți despre acest subiect. Puteți crede că acum cunosc subiectul pe toate fețele. Dar să vă spun un mic secret — chiar și eu am învățat câteva lucruri în perioada de pregătire a acestei enciclopedii.

Vedeți, acesta e avantajul formatului enciclopedic. Nu am scris fiecare articol în parte. Pentru anumite subiecte, le-am cerut experților de frunte din domeniu să împărtășească informațiile publicului larg. În cazul unui subiect atât de complet ca sexualitatea umană e mereu ceva nou de descoperit. Iar aceste somități mi-au furnizat cele mai noi informații. Nefiind medic, am rugat specialiști să scrie articolele despre aspectele medicale ale sexualității umane. Mi s-a spus că la unele subiecte, enciclopedia conține mai multe informații decât o carte medicală.

Deși eu sunt cea care a invitat medicii, avocații și alți profesioniști să contribuie la această enciclopedie, nu a scrisă în beneficiul unui expert ca mine, ci mai degrabă pentru cititorul obișnuit și mai ales pentru elevii de liceu și studenți. Tu, cititorule, cunoști deja o parte din cele prezentate în această carte, dar probabil că multe aspecte din enciclopedie vor fi noi. Doresc mai ales să clarific niște mituri despre sexualitatea umană pe care s-ar putea să le aibă mulți tineri. Dar chiar și în cazul adulților unii cred că știu perfect un lucru, de exemplu cum se concepe un copil. E minunat să ai informația la îndemână, fie ca să te asiguri că ai reținut corect, să-ți reîmprospătezi memoria, fie ca să înveți o parte a procesului pe care nu prea ai înțeles-o. În cazul unei enciclopedii nu trebuie să parcurgi toată cartea ca să afli ce dorești să știi, dar poți consulta articolul care răspunde la întrebările tale.

Deși am fost entuziasmată să țin în mână prima mea carte publicată, *Dr. Ruth's Guide to Good Sex*, publicarea acestei enciclopedii mă încântă mai mult decât oricare din cărțile mele. Aceste pagini conțin toate informațiile despre sexualitate de care are nevoie cineva. Și cu cât reușesc să pun în mâna oamenilor mai multe cărți de acest gen prin biblioteci publice sau școlare sau ca parte a bibliotecii personale, de familie, cu atât va fi mai mare impactul realizat în combaterea inculturii sexuale. Ca sexolog, am obligația să ajut oamenii să evite efectele primejdioase ale inculturii sexuale, de exemplu sarcinile nedorite și răspândirea bolilor transmisibile pe cale sexuală, în special ucigașa SIDA.

Sexualitatea umană ne dă tuturor mare plăcere. Dar când corpurile noastre evoluează spre faza adultă și începem să ne bucurăm de deliciile sexului, trebuie să învățăm și responsabilitățile care derivă din aceste noi puteri. Plăcerea sexuală aduce serioase consecințe potențiale, pentru că răspunsul sexual uman nu ne-a fost dat numai pentru plăcere: e legat în cele din urmă de reproducerea umană. Aducerea unei noi vieți pe lume nu e o hotărâre care să se ia ușor. Cu cât un om deține mai multe informații despre acest aspect, cu atât va lua hotărâri mai bune.

Prin urmare, în timp ce citiți și folosiți această enciclopedie, sper să vă învețe multe, iar dacă lucrurile învățate vă stimulează în alte feluri, voi fi de asemenea încântată.

## AVORT

Terminarea sarcinii prin pierderea sau distrugerea fătului înainte să fie viabil. Avortul poate fi spontan sau indus. Poate fi clasificat în avort timpuriu și avort târziu, în funcție de producerea sa înainte sau după a 12-a săptămână de sarcină (în primul sau al doilea trimestru). Avortul indus e asociat cu multe considerații legale și etice.

*Tehnici de avort: (Sus): În metoda absorbției, se introduce un tub în uter. Apoi embrionul e absorbit într-o sticlă. (Jos) În metoda injecției saline, se introduce un ac gros în uter. Lichidul amniotic e scos și înlocuit cu o soluție salină, care ucide fătul. Contracțiile uterine elimină apoi fătul.*

**Avortul spontan.** Se produce când embrionul nu se mai dezvoltă și când se produce o expulzie completă sau incompletă a produșilor de concepție — fătul și placenta — înainte de 20 săptămâni de gestație. 1/3 din avorturile timpurii sunt spontane. Majoritatea au loc înainte să poată fi diagnosticate clinic și nu se pot depista decât printr-un test de sarcină foarte sensibil care e disponibil doar de curând. După o oarecare întârziere, femeie sângerează și are crampe asemănătoare unui ciclu menstrual normal. În cazul unei sarcini mai avansate, sunt crampe mai puternice și pierderi mai mari de sânge când se elimină fătul și placenta.

În cazul avorturilor timpurii, din primul trimestru, s-au depistat aberații cromozomiale la 2/3 din feteșii avortați. Infecțiile, factorii hormonal și de mediu, bolile mamei au fost de asemenea sugerate drept cauze posibile. În cazul avorturilor târzii, din al doilea trimestru, când se constată de obicei o dezvoltare anormală a fătului, se pot pune frecvent în evidență schimbări anatomice ale uterului și colului uterin.

**Avortul indus.** Este o procedură care intenționează să întrerupă sarcina prin evacuarea fătului și placentei din cavitatea uterină. Deși descurajată de majoritatea religiilor, avortul indus a fost practicat în toate culturile, din cele mai vechi timpuri. În prezent, avortul e legalizat și reglementat în majoritatea țărilor dezvoltate, unde se poate face la cerere. Politici restrictive se întâlnesc în Irlanda, țările islamice fundamentaliste, Africa subsahariană și America Latină. Avorturile ilegale practicate în aceste țări sunt asociate cu o mare rată a mortalității. Deși avortul legal indus se practică în majoritatea statelor SUA de la începutul anilor 1970, avortul rămâne un subiect aprig dezbătut din motive religioase și etice. În anii 1980, se estimează că s-au indus 40-60 milioane avorturi anual, pe tot globul; în jur de 33 milioane sunt legale.

Majoritatea avorturilor induse se fac în primul semestru — în primele 12 săptămâni de gestație. Tehnica cea mai obișnuită de terminare a sarcinii în primul semestru utilizează o procedură numită aspirație vidă sau chiuretaj vid. După dilatarea colului uterin, se introduce în uter un tub de plastic găurit în capăt. Embrionul sau fătul și placenta sunt absorbite în tub. Această procedură se definitivează de obicei curățând rămășițele concepției cu o chiuretă — o bară de metal cu o inel ascuțit în capăt. Instrumentul a fost folosit timp de secole pentru a goli cavitatea uterină după avortul indus sau spontan.

*Instrumente de avort: dilatatoarele sunt folosite ca să deschidă ocolul uterin în timpul unui avort. Chiureta e folosită ca să decoleze embrionul și placenta de pe peretele uterin.*

**Avorturi induse în al doilea trimestru.** Implică mai multe proceduri complicate, deoarece dilatarea și chiuretajul sunt prea riscante după 12 săptămâni de sarcină. Cea mai complicată procedură e injectarea unei soluții saline sau a hormonilor (prostaglandină) în sacul amniotic. Pentru a evita injectarea din greșeală a substanțelor în afara cavității amniotice, procedeul se execută de obicei după a 16 săptămână de gestație. Prostaglandinele, care provoacă contracții uterine eficiente, se pot administra în uter și prin cateter, fără să penetreze sacul amniotic. Contracțiile uterine regulate apar imediat, iar fătul și placenta se expulzează în câteva ore, într-un proces asemănător unei nașteri normale. După avort, resturile concepției se îndepărtează cu o chiuretă ascuțită. Când expulzarea fătului dă greș sau e întârziată, se poate adăuga intravenos ocitocină, un hormon care declanșează travaliul. Când dă greș și această metodă, se poate practica histerotomia — incizia chirurgicală a uterului pentru îndepărtarea fătului.

În Franța, în 1980, s-a creat un medicament care induce avortul, RU-486. Acest antiprogesteron s-a dovedit eficient în 85 % din cazuri, inducând avortul în primele șase săptămâni de sarcină, mai ales în combinație cu prostaglandinele. Se ia pe cale orală și până acum e aprobat doar în Franța, China și Anglia.

Studii pe termen lung legate de consecințele avortului asupra sănătății arată că riscul unui avort spontan pe viitor și a unui făt cu o greutate redusă la naștere nu cresc în mod semnificativ dacă procedura se face la începutul primului trimestru, prin metoda aspirației. Avortul târziu, mai ales terminarea ilegală în orice etapă a sarcinii sunt asociate cu o rată înaltă a mortalității, efecte pe termen lung și mortalitate maternă.

**Probleme religioase, etice și morale.** În 1973 în SUA, Curtea Supremă a SUA a judecat cazul *Roe contra Wade*, potrivit căruia o femeie are dreptul să facă un avort și să păstreze pentru ea acest lucru. În decizia ei nu poate interveni statul sau autoritățile și nici un alt individ. Prin această decizie, s-a legalizat avortul în SUA. Problema avortului, însă, e supusă încă unor controverse intense. Continuă să existe problemele morale și etice, cu implicații emoționale destul de ridicate adesea.

La nivel personal, femeile care se confruntă cu un avort, au un sentiment de tristețe și pierdere. O femeie se poate simți de asemenea vinovată, rușinată social. Cu toate acestea, cele mai multe resimt ușurare. Majoritatea femeilor nu abordează întâmplător avortul. Dacă o femeie hotărăște să pună capăt sarcinii, are de obicei motive foarte întemeiate.

Poate controversa cea mai serioasă legată de tema avortului vine din faptul că opiniile diferă foarte mult în ceea ce privește începutul vieții. Pentru acei din societatea noastră care cred cu tărie că viața începe în momentul concepției, avortul poate fi considerat o crimă. Aceasta e poziția bisericii catolice, precum și a altor grupuri religioase, atât evreiești cât și creștine. Dar această poziție nu e adoptată universal de teologii creștini și iudaici. Biblia însăși nu abordează direct problema și lasă loc multor interpretări. În principiu, majoritatea creștinilor și evreilor acceptă dreptul unei femei de a face avort; consideră sfârșitul celui de-al doilea trimestru al sarcinii drept momentul în care faptul devine o ființă umană, capabilă să se susțină în uter.

Mișcarea "pro-viață", care consideră că avortul e imoral și n-ar trebui să fie legal, intră adesea în conflict cu mișcarea "pro-alegere" care consideră că avortul trebuie să fie legal, pentru că femeile au dreptul absolut de a hotărî asupra propriului lor corp. Rămâne totuși întrebarea: dacă nu există nici o definiție științifică standard care să arate când începe viața, ar trebui oare ca principiile morale și religioase ale unui segment al societății, oricât de puternic susținute, să fie impuse societății ca întreg?

Problemele morale și etice legate de avort sunt foarte complexe. De exemplu există controversa legată de drepturile taților; dezbaterea despre încuviințarea părinților în cazul minorele gravide care vor să avorteze; și întrebări chiar și în mintea celor care se opun din principiu avortului, despre cazuri cum ar fi violul, incestul și sănătatea mamei.

Deși unele state americane au legi care cer consimțământul părinților în cazul minorelor gravide, aprobarea părinților rămâne o problemă etică. În timp ce majoritatea sunt de acord că, în mod ideal, o fată sub 18 ani care rămâne gravidă trebuie să discute problema cu părinții ei, în realitate, adolescenții care nu discută cu părinții au de obicei motive foarte întemeiate să nu facă acest lucru. Majoritatea adolescentelor gravide apelează la îndrumarea părintească. Cu toate acestea, mulți părinți nu sunt persoanele potrivite la care să se apeleze când e vorba de o problemă atât de explozivă ca avortul. Dacă sarcina unei adolescente e rezultatul unui incest, nici nu se mai poate pune problema. Unele adolescente știu că vor fi pedepsite că au rămas gravide. Deși nu e lămurit dacă minorii sunt sau nu capabili să iau o decizie în privința avortului din punct de vedere legal, moral sau etic, fără îndrumarea părintească, unii sunt de părere că fiecare femeie are dreptul la intimitate, indiferent de vârstă.

După ce sentința procesului *Roe contra Wade* a stabilit că numai femeia are dreptul să hotărască asupra sarcinii, mai mulți amănți, logodnici și soți au căutat metode de a întârzia sau preveni avortul. Problema depășește cadrul legal. E vorba de dreptul mamei față de cel moral-biologic al tatălui

de a lua hotărârea. Majoritatea oamenilor sunt de acord că, în mod ideal, hotărârea de a întrerupe sarcina ar trebui luată de ambii parteneri. Dar dacă nu există o căsătorie sau o legătură adevărată? Dacă o femeie măritată e agresată și se teme de răspunsul soțului? Obligația etică a unei femei de a-și implica partenerul în hotărârea ei e nelămurită în mod sigur, (a se vedea CONTROLUL NAȘTERILOR).

**Aspectele legale.** Aspectele legale ale avortului în SUA s-au schimbat în mod hotărâtor din 1973. Cu toate acestea, a continuat să fie o problemă în instanță cât și în organismele legislative — atât în Congresul Statelor Unite, cât și în legislaturile a cincizeci de state — de atunci. Problemele-cheie de azi includ susținerea guvernamentală a avortului, restricții legate de perioada în care e permis avortul, încercările adversarilor avortului de a bloca accesul în clinicile unde se practică avortul și metodele de avort care sunt considerate legale.

Înainte de 1973, avortul era rareori legal în Statele Unite. Majoritatea statelor, cum ar fi Texas, aveau legi care interziceau avortul, excepție făcând doar salvarea vieții femeii, o expresie al cărei sens nu era bine definit. Circa 16 state permiteau avortul în caz de viol sau incest și uneori pentru a proteja sănătatea femeii, dar se impuneau adesea restricții (cum ar fi revederea cazului de către comisia unui spital). Legislaturile din câteva state, cum ar fi California și New York au emis în general legi care permit avortul.

Înainte de 1973, femeile din statele în care avortul era ilegal, se duceau în acele câteva state unde era legal, dacă aveau bani. Altele plecau din țară, un mic număr în Europa, cele mai multe în Mexic, unde avortul era ilegal, dar fezabil. Unele se duceau în locuri din SUA unde se practica avortul ilegal, locuri care erau de obicei prost dotate medical și prin urmare periculoase. Unele femei încercau să-și provoace singure avortul. Femei care au făcut avort în asemenea condiții ajungeau adesea în camerele de urgență ale spitalelor; unele mureau, iar altele sufereau urmări medicale de lungă durată.

Pe 22 ianuarie 1973, Curtea Supremă, în cazul *Roe contra Wade*, a decretat că legea împotriva avortului din statul Texas — și prin extensie din celelalte state — e neconstituțională. Instanța a decretat că femeia are dreptul constituțional de a hotărî dacă să continue sau să pună capăt sarcinii.

Decizia s-a bazat pe un caz din 1965, ajuns la Curtea Supremă, *Griswold contra statul Connecticut*. Cazul a atacat o lege din Connecticut care interzicea folosirea contraceptivelor, o lege aplicabilă deopotrivă persoanelor căsătorite și necăsătorite. Instanța a considerat că fiecare poate hotărî dacă "dorește să aibă un copil".

Cazul de avort a fost deschis de o femeie însărcinată, necăsătorită, Jane Roe (este un pseudonim), împotriva Procurorului Districtual al Comitatului Dallas, Henry Wade, funcționar responsabil pentru impunerea legilor statului Texas. Curtea Supremă s-a pronunțat în favoarea ei cu 7 voturi pentru și 2 împotriva. Rezoluția a fost scrisă de judecătorul Harry A. Blackmun. Cei care au votat împotriva erau judecătorul William Rehnquist, actualmente președintele Curții, și judecătorul Byron White, actualmente pensionat.

Statutul legal al problemelor legate de avort trebuie să fie examinat în lumina deciziilor Curții Supreme, organul abilitat să determine constituționalitatea tuturor legilor federale sau statale. Această decizie s-a dovedit a fi începutul unui lung șir de contestații pe tema avortului, care continuă până în zilele noastre. Modelul în zig-zag al contestațiilor de după *Roe contra Wade* a urmat fidel schimbările de componență ale Curții Supreme. De fapt, după 1992, forțele care au încercat să blocheze sau să întoarcă decizia din cazul *Roe contra Wade* au fost aproape de victorie, lipsindu-le doar un vot.

Pe măsură de judecătorii Curții Supreme s-au retras în anii 1980, ei au fost înlocuiți cu alții, numiți de președintele Ronald Reagan și apoi de președintele George Bush. Ambii acești președinți se opuneau rezoluției din cazul *Roe contra Wade* și implicit legitimității avortului. Spre sfârșitul anului 1991, patru judecători ai Curții Supreme erau gata să întoarcă decizia din cazul *Roe*: Rehnquist, White, judecătorul Antonin Scalia și judecătorul Clarence Thomas. Alți judecători ai Curții Supreme, numiți în anii 1980, cum ar fi judecătoarea Sandra Day O'Connor, judecătorul Donald Souter și judecătorul Anthony Kennedy erau dispuși să modifice *Roe* doar permițând statelor individuale să interzică avortul. Rămăseseră doar doi dintre judecătorii care susțineau fără rezerve rezoluția *Roe contra Wade*: judecătorul Blackmun și judecătorul John Paul Stevens.

Atunci când Bill Clinton a depus jurământul ca președinte, în ianuarie 1993, șansele ca *Roe* să fie întoarsă erau practic nule. Clinton a fost ales pe o platformă care susținea principiile lui *Roe*, iar prima lui numită, judecătoarea Ruth Bader Ginsburg, care l-a înlocuit pe judecătorul White, susținea aceste principii.

În vreme ce acum este clar avortul va continua să fie legal, cel puțin pentru viitorul previzibil, există mult probleme legate de accesibilitatea procedurii. Una din acestea ar fi dacă cele mai sărace femei americane, acelea pasibile de a apela la serviciile Medicaid, vor avea acces la avort. Congresul, care controlează fondurile federale pentru asemenea servicii, a refuzat de regulă să plătească pentru serviciile de avort, cu excepția a foarte puține cazuri, în care apar necesități de ordin medical. Totuși, uneori s-a permis eliberarea banilor pentru femeile care sunt însărcinate ca urmare a violului sau a incestului. Deși guvernele statale pot să aleagă să ofere servicii legate de avort acestor femei, mai puțin de un sfert din state au ales s-o facă.

Altă problemă este dacă femeile de vârstă fragedă au acces la avort. O serie de legi statale au fost adoptate. Prin ele, se cere minorelor fie să aibă consimțământul ambilor părinți, sau consimțământul unui părinte, sau să-și anunțe oficial părinții. Cazurile de la Curtea Supremă arată în principal că statele pot să ceară implicarea părinților, dar numai dacă există o „ocolire judiciară” în legislație. Prin „ocolire judiciară” se înțelege o procedură rapidă, care poate fi folosită de către o minoră, dacă aceasta arată că are discernământ și dacă are un motiv important din cauza căruia crede că nu poate să discute avortul cu părinții ei. În asemenea cazuri, ea poate să-i ceară judecătorului permisiunea de a proceda la avort.

Altă problemă este dacă propunerile legislative, care sunt dezbătute la ora aceasta în Statele Unite, legate asistența socială, se vor extinde și asupra avortului. Legislația introdusă în 1993 în Congres la insistențele administrației Clinton pentru plata serviciilor medicale pentru toți americanii va permite și acoperirea serviciilor legate de avort. Membrii Congresului care se opun avortului s-au angajat să împiedice includerea acestor servicii atunci când se va trece la dezbaterile legii.

Unii dintre opozanții avortului s-au folosit de tactici care includ pichetarea clinicilor și a caselor în care se furnizează servicii legate de avort, încercarea de a împiedica intrarea în clinicile de avorturi prin blocarea fizică a acestora, încercarea de a închide clinicile prin incendiere sau prin aruncarea de acid și de alte substanțe. În două cazuri, au fost împușcați doctori care furnizează servicii de acest tip. Un doctor a fost rănit, iar altul, dr. David Gunn, a fost ucis în 1992 de atacatori care se împotriveau avortului.

Reacțiile legale au inclus ordonanțe municipale care restrâng dreptul la pichetarea caselor particulare și stabilirea unor parametri în care se poate face pichetarea firmelor (deci și a clinicilor în care se fac avorturi), legi statale care trec aceste pichete de la statutul de comportament necivic la acela de contravenție. Este probabil că în 1994 Congresul va adopta Legea Libertății Accesului la Serviciile Medicale, care va transforma tacticile folosite de oponenții avortului în delikte federale și deci va duce la impunerea mai accentuată a acestor legi.

Alți oponenți s-au gândit să propună legi prin care femeilor să le fie greu să recurgă la avort. Aceste legi, adoptate în diverse state, conțin o diversitate de prevederi. Totuși, în general, Curtea Supremă a aprobat legile statale care: cer o perioadă de douăzeci și patru de ore între momentul în care femeia merge la sau contactează clinica în vederea unui avort și timpul la care are loc efectuarea procedurii; cer ca femeii să i se furnizeze informații legate de dezvoltarea fătului și de alternativele la avort; cer înregistrarea și supravegherea de către stat a aspectelor medicale ale avortului.

O metodă de avort, care nu a fost disponibilă în Statele Unite, este un medicament numit RU-486, folosit de mai mulți ani în Franța și în alte țări ale Comunității Europene pentru avorturi non-chirurgicale. În timpul anilor 1980, Administrația Alimentației și Medicamentelor a refuzat intrarea în Statele Unite a acestui medicament, iar Curtea Supremă a refuzat să intervină atunci când o femeie gravidă a vrut să aducă din Anglia RU-486 pentru uzul propriu. Administrația Clinton a cerut Administrației Alimentației și Medicamentelor să privească favorabil acest medicament, iar acum se află în curs un proces din care va rezulta importul lui RU-486 în Statele Unite în anii 1990.

Altă problemă este stabilirea cadrului temporal al sarcinii. Statele pot astfel să restrângă drastic recurgerea la avort. Rezoluția *Roe contra Wade* spune că statele pot să intervină după punctul de „viabilitate”, adică momentul în care fătul are o viață proprie. Știința medicală a întors timpul de viabilitate de la obișnuitele douăzeci și opt de săptămâni din 1973 la douăzeci și patru de săptămâni în

1993. Unii spun că acest punct poate fi întors și mai mult în timp. Judecătoarea O'Connor a făcut comentariul că „*Roe contra Wade* este în contradicție cu știința medicală”.

Alții susțin că 96% din totalul femeilor care recurg la avort o fac în primele douăsprezece săptămâni de sarcină și că acelea care comit avortul mai târziu o fac din motive de forță majoră. Unele state permit avortul dincolo de punctul de viabilitate, pentru a salva viața femeii sau atunci când fătul prezintă deformații grave și ireversibile. Știința medicală a îmbunătățit și instrumentele pentru diagnosticarea deformațiilor fătului în etapele timpurii ale sarcinii.

Tot o problemă este și implicarea bărbatului care a contribuit la începerea sarcinii. De exemplu, Curtea Supremă a dezbătut un statut din Pennsylvania, prin care o femeie trebuie să-și anunțe soțul asupra dorinței ei de a face un avort (cu excepția cazurilor în care nu el este tatăl, a cazurilor în care nu poate fi localizat și a situațiilor în care este vorba de violență familială). Curtea Supremă a decis că statutul este neconstituțional. Au fost cazuri de prieteni care au încercat să împiedice avortul, dar nu s-a stabilit încă dreptul lor legal în acest sens.

În general, deoarece ovulul fecundat sau fătul se află în corpul femeii, ea este considerată persoana cu dreptul legal de a lua o decizie în privința lui. Totuși, într-un caz în care soția gravidă este în comă și prin urmare nu este capabilă să decidă legal asupra operației, soțului ei i-a fost recunoscut dreptul legal de a consimți asupra avortului. În alt caz, în care era vorba de un ovul fecundat produs prin FERTILIZARE IN VITRO, în care ovulul a fost prezervat într-o soluție înghețată, soțului, a cărui spermă fusese implicată, i s-a recunoscut dreptul legal egal cu cel al fostei soții, care voia să cedeze ovulul unei familii fără copii. Transferul a fost blocat.

**Legile avortului în alte țări.** Legile care guvernează avortul sunt diferite în restul lumii, parcă urmărind un model în carouri. Avortul este ilegal în Mexic și în majoritatea țărilor latino-americane (avortul este în multe din aceste țări și cauza principală a mortalității femeilor aflate la vârsta capacității de reproducere). Legile avortului au luat avânt în țările care au scăpat de curând de sfera de influență sovietică. Înainte, în Europa de Est, contracepția era mai puțin accesibilă, iar legile avortului erau mai liberale. Totuși, în 1993 în Polonia s-au adoptat legi stricte ale avortului; doctorii care încalcă această legislație sunt pasibili de doi ani de închisoare. Fosta Germanie de Est avea legi liberale ale avortului, dar în 1993 Curtea Constituțională a Germaniei unificate le-a înlocuit cu legi mult mai restrictive. Dimpotrivă, în România avortul a fost în afara legii sub fostul dictator Nicolae Ceaușescu, dar acum este permis. În martie 1993, raportul era de trei avorturi la un copil născut viu. În Irlanda, avortul rămâne ilegal, dar electoratul a aprobat în 1992 cu o majoritate zdrobitoare dreptul femeilor de a călători în străinătate pentru a efectua avorturi și dreptul de a obține informații despre cum să facă acest lucru. Ambele aceste drepturi fuseseră anterior ilegale.

În general, avortul este legal și la îndemână în Europa de Vest. Același lucru este valabil și pentru Asia și pentru Extremul Orient, în special în țările care se luptă cu o populație în creștere rapidă.

În India, avortul este legal până în săptămâna douăzeci de sarcină. China a încurajat — unii consideră că chiar a impus — cuplurile să nu aibă mai mult de un copil. A scăzut rata nașterilor de fete, iar acest lucru e pus de mulți în legătură cu posibilitatea modernă furnizată de scanerile cu ultrasunete, cu ajutorul cărora se poate stabili sexul fătului. S-a relatat că mulți feți au fost avortați în China numai pentru sexul lor.

**ABSTINENȚA** Există multe motive pentru care oamenii de astăzi renunță la activitatea sexuală pentru perioade de timp variabile. Unii, crescuți într-un mediu religios cu atitudini rigide legate de comportamentul sexual, evită contactele cu partenerii până la căsătorie; oficial, ei nu recurg nici la masturbare, o afirmație pe care terapeuții nu o pun în general sub semnul întrebării. În fapt, unele fete nu-și amintesc să se fi satisfăcut vreodată singure, lucru valabil probabil și la unii băieți.

Este posibil să rămâi virgină până la luna de miere, iar cuplul, ajutat de o bună informare, de iubire și de răbdare, să aibă o lună de miere foarte fericită, care să le împlinească toate așteptările. Abstinerea dinaintea căsătoriei, chiar dacă aceasta are loc mult după adolescență, nu afectează nici capacitatea și nici sănătatea sexuală a vreunei persoane, nici fizic și nici emoțional. Mai mult, atunci când un tânăr este sigur că dacă își păstrează castitatea premaritală este bine și este corect, dacă acest lucru este încurajat și bine stăpânit, el poate fi un factor de sporire a încrederii pentru activitatea sexuală care va urma.

O dezbatere care face multe valuri este dacă tinerilor la vârsta școlară să li se furnizeze PREZERVATIVE sau să fie sfătuiți să se țină departe de sexul cu parteneri. Poate că cea mai bună soluție ar fi o combinație a celor două tendințe. Un tânăr bine educat poate să aibă la el un prezervativ fără a se simți obligat să-l folosească. În mod sigur, tinerilor ar trebui să li se spună că abstinerea nu face rău și că ea este calea sigură de a evita sarcina sau BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ. Este absolut adevărat și ar trebui ca acest lucru să-i fie clar oricărui adolescent. Totuși, un prezervativ Nici un program de EDUCAȚIE SEXUALĂ nu va reuși să elimine sarcinile adolescentelor sau bolile legate de sex printre adolescenți, dar o educație sexuală mai bună va produce, prin definiție, rezultate mai bune decât programele ineficiente furnizate la ora actuală de multe școli. Nici un program de educație sexuală nu ar trebui să omită învățături morale sau impunerea prudenței, până ce se stabilește o relație bună și stabilă (vezi și CONTROLUL NAȘTERILOR, CASTITATE; PLANIFICAREA NATURALĂ A FAMILIEI).

**ACNEEA** Problemă de natură dermatologică, acneea apare într-o măsură oarecare la aproape 90% din adolescenți, băieți sau fete. Deoarece în cel mai bun caz un adolescent își face griji mari privitoare la aspectul propriu, mulți băieți și fete consideră acneea o gravă problemă socială și personală. Este important ca adulții să trateze adolescenții cu sensibilitate și grijă, recunoscând faptul

că acneea este în faza cea mai rea între șaisprezece și nouăsprezece ani la băieți și între paisprezece și șaisprezece ani la fete.

Deși și bărbații și femeile vor continua să sufere de probleme legate de acnee timp de zece-cincisprezece ani după primul episod, frecvența, durata și intensitatea episoadelor va scădea în jurul a douăzeci de ani. Băieții vor avea erupții acneice serioase pe perioade scurte de timp, iar fetele acnee mai puțin serioasă, dar pe o perioadă mai lungă de timp.

**Cauzele biologice ale pustulelor, acneii și altor erupții pe piele.** Unitățile foliculare pilosebacee sunt un tip de glande sebacee situate la baza firelor de păr. Așa cum e de așteptat, ele sunt distribuite în principal pe față, pe gât și pe partea superioară a corpului, unde apare cel mai frecvent acneea.

Aceste glande sunt prezente tot timpul copilăriei și la începutul adolescenței, dar ele nu devin generatoare de acnee până ce glandele suprarenale și gonadele (testiculele și ovarele) nu încep să secrete hormoni androgeni (masculini). Glandele sebacee sunt sensibile la stimularea hormonală androgenică și încep să secrete un complex de lipide (grăsimi) numit sebum, o substanță uleioasă semilichidă, care apoi este excretată printr-un canal într-un por, sau o deschidere în piele. Acolo unde producția de hormoni androgeni este crescută, conținutul și volumul sebumului excretat prin por poate să se schimbe.

Această schimbare poate facilita intrarea în sebum a unor bacterii, care vor coloniza zona. În plus, poate să apară un proces de oxidare a grăsimilor, având ca rezultat îngroșarea și inflamarea pilii și dezvoltarea punctelor negre. Punctele negre apar acolo unde sebumul se înnegrește în contact cu oxigenul. Punctele albe apar atunci când sebumul este prins sub suprafața pielii și se ridică, formând apoi puncte albicioase.

Punctele negre și punctele albe se infectează uneori, dacă sebumul rămâne blocat în por. Aceasta se întâmplă când sebumul se acumulează, cauzând presiune locală și iritație, un proces care va duce la apariția foarte probabilă a pustulelor — mici umflături ale pielii care apar atunci când bacteriile și ciupercile se dezvoltă în punctele albe sau negre. Bacteriile determină formarea și acumularea de puroi, care la rândul lui va duce la presiuni și inflamații în jurul pustulei. Zona infectată poate fi sensibilă, dureroasă la atingere, dar natura și gravitatea acestor episoade variază de la persoană la persoană.

Este adevărat că acneea e o „problemă de familie”, dar este la fel de adevărat că fiecare persoană este unică și că își are propria lui — sau ei — zestre genetică. Experiența unui părinte cu acneea nu îl va ajuta neapărat pe un adolescent să prevadă cum va decurge în cazul lui — sau al ei.

Acneea poate să aibă diverse moduri de manifestare, iar aceasta va afecta fetele și băieții într-un mod întrucâtva diferit. Deoarece afectează aproape 90% din bărbați și femei, este considerată îndeobște un semn normal al adolescenței.

*Acneea poate lăsa adesea cicatrice care desfigurează*

**Tratamentul acneii.** Cei mai mulți adolescenți folosesc medicamente vândute pe sub tejghea pentru a trata episoadele de acnee. Este extrem de important ca indicațiile să fie urmărite cu exactitate și la nevoie să se consulte un doctor. Mulți adolescenți folosesc medicamente recomandate de prieteni, dar acestea pot să nu fie potrivite pentru tipul, culoarea pielii sau felul particular de manifestare a acneii.

În general, este recomandat ca adolescenții să-și spele fața cu un săpun fin, nu de mai mult de trei ori pe zi. Spălarea excesivă a feței poate să ducă la inflamarea pielii. Fața ar trebui spălată cu apă fierbinte, pentru deschiderea porilor, apoi curățată cu apă mai rece, ca să se închidă porii. De asemenea, este de ajutor să se folosească fețe de pernă curate și să se evite umidificatorii care astupă porii și care contribuie la izbucnirea crizelor de acnee. Spălarea părului gras și îndepărtarea părului de pe față este o altă metodă de a împiedica apariția acneii.

Nu există absolut nici o dovadă că o anumite hrană ar putea cauza apariția acneii. De aceea, orice dietă este în general sortită eșecului. Unii indivizi pot avea reacții specifice ale pielii la anumite alimente, dar nu există nici o relație între episoadele acneice și consumul de ciocolată, băuturi carbogazoase sau uleioase sau alte tipuri de hrană.

Există dovezi foarte serioase că stresul emoțional asociat cu adolescența poate duce la declanșarea unor crize acneice. Aceasta pare să explice de ce oamenii au mai multe pustule, puncte negre și puncte albe înainte de examene, evenimente sociale importante și în alte ocazii care tulbură sau neliniștesc. Tehnicile de stăpânire a stresului, între care biofeedback-ul și relaxarea, pot ajuta adolescenții care traversează episoade acneice cu cauze legate de stres.

Există și alte tratamente, furnizate de doctorii specialiști în dermatologie. Dermatologii pot prescrie antibiotice sau unguente cu acid retinoic.

Majoritatea copleșitoare a adolescenților suportă un atac de acnee măcar o dată în viață, cu o anumită intensitate. Părinții pot să facă aceste episoade mai ușor de suportat de către fiii sau fiicele lor, tratând îngrijorările specifice adolescenților cu respect și înțelegere. Dacă pare că acneea este deosebit de neplăcută sau poate să ducă la desfigurarea unui tânăr sau a unei tinere, atunci ar trebui să se recurgă la sfaturile unui medic. trebuie să fie permanent păstrat în buzunar sau în geanta de școală, pentru cazul în care apare o situație neprevăzută.

**VIOLUL DE CĂTRE UN CUNOSCUȚ** Vezi și **CONSIMȚĂMÂNT**; **VIOL DE CĂTRE PRIETEN**; **LEGILE ÎN PRIVINȚA VIOLULUI**

**SINDROMUL IMUNODEFICIENȚEI DOBÂNDITE** — Vezi **SIDA**

**ADOLESCENȚA** Pentru mulți tineri bărbați și femei din societatea noastră, adolescența este o perioadă turbulentă, nu numai din cauza transformărilor corporale, ci și din cauza nevoii de a se trece la o stare de independență față de părinți. Această perioadă începe de obicei de la vârsta 11 ani, cu primele semne de pubertate, durând până la vârsta de șaisprezece sau șaptesprezece ani. Deși adolescenții sunt deja capabili de procreare, ei suferă de inconsecvența dintre natură și realitățile lumii sociale. În ciuda dezvoltării emoționale și fizice a adolescenților din acești ani, perioada lungă de socializare și instruire cerută de societatea modernă pentru a îndeplini rolul de adult adevărat extinde noțiunea de copilărie până la vârste mai mari. De pildă, băieții și fetele, deși au trecut prin mai mulți ani de pubertate, sunt încă priviți drept „copii” care nu au discernământul necesar pentru a vota sau pentru a bea o sticlă de bere.

Această contradicție dintre conștiința de sine a adolescentului ca ființă sexuală viabilă susținută de valorile grupului din care face parte, pe de o parte, și regulile și așteptările societății, pe de altă parte, este în mare parte sursa frustrării și certurilor dintre părinți și adolescenți. Deși un adolescent va susține cu greu o familie, presiunile puternice ale corpului îi îndeamnă pe adolescenți, băieți și fete, să încalce regulile părintești, religioase și sociale în privința comportamentului sexual. Adolescenții sunt adesea forțați să aleagă între ceea ce le spun părinții lor (de obicei abținerea) și ceea ce le cer trupurile lor, prietenii, filmele, grupurile de rock sau rap și alți adolescenți („ascultă de glasul trupului”). Băieții adolescenți sunt în general ajutați de alți băieți (prin glume, confruntări, citirea și privirea în grup a materialelor pornografice) în privința legitimității senzațiilor lor sexuale și a modului în care trebuie să se comporte în cadrul actului sexual sau al masturbării. Dar fetele adolescente primesc multe mesaje contradictorii, chiar din timpul copilăriei. De exemplu, fetițele văd cum alte fetițe flirtează cu băieții în reclamele sau emisiunile televizate. Ele văd și aud cum se accentuează ideea de păr sexi, de machiaj sau haine sexi — unele create special pentru tinerii pre-adolescenți — toate intrând în conflict cu mesajul „fii sexi, dar nu face sex”. În ciuda stimulării erotice dirijate spre adolescenții de ambele sexe, normele din societatea noastră legate de sex sunt mult mai dure în controlarea fetelor.

Adolescenții pot fi foarte încurcați de schimbările în materie de atingere. Deși în unele grupuri din societatea noastră tații pot să continue să își salute fiii adolescenți prin îmbrățișări, mulți tați încep doar să strângă mâinile fiilor lor, în loc să îi îmbrățișeze și să îi sărute, ca în anii dinainte. Acest lucru este justificat în general prin expresia „bărbații adevărați nu se mai îmbrățișează”. În mod similar, în multe familii afecțiunea exprimată odinioară de tați pentru fiicele lor prin îmbrățișare și sărutare poate să se transforme brusc într-o relație mai formală și mai distantă, pe măsură ce fata începe să se maturizeze. În general, un tată nu strânge mâna fiicei lui. Mai degrabă, el va evita, cu oarecare stângăcie, apropierea fizică, fără ca fiica lui să înțeleagă de ce. Faptul că această distanță accentuată pare să susțină tabu-ul incestului este foarte probabil, dar în multe familii pare să se aplice mai mult fiicelor decât fiilor și este o sursă de nedumerire pentru mulți adolescenți.

Senzațiile sexuale tot mai accentuate ale fetei adolescente și îndemnurile venite din corpul ei, ca și perioadele menstruale, îi spun toate că devine o femeie și că poate să se bucure de trupul ei. Totuși, în cultura occidentală părinții și societatea doresc ca fata să își reprime sexualitatea până la căsătorie, sau, cel puțin, până la o vârstă matură. Pe de altă parte, acest lucru intră acut în contradicție cu mass-media, în special cu numărul în creștere de emisiuni televizate care descriu o lume foarte diferită de învățăturile părintești. Mai mult, casetele video închiriate oferă adolescenților contemporani posibilitatea de a vedea în intimitate cele mai vii prezentări ale sexualității și plăcerii sexuale, care adesea implică sexualitatea adolescenților. Încercările de a împiedica sau de a descuraja relațiile sexuale între adolescenți în ultimii ani s-au dovedit un eșec, iar în multe comunități adolescenților nu li se oferă o educație sexuală eficientă. Pentru mulți, acest lucru duce la situații personale nefericite și la o problemă socială serioasă: în conformitate cu Institutul Alan Guttmacher, un milion de adolescente americane devin însărcinate în fiecare an, o cifră care a rămas constantă în ultimii șapte ani. Numai în 1984 au fost născuți 470.000 de copii de către femei tinere, între vârstele de cincisprezece și nouăsprezece ani, în vreme ce alți zece mii de copii au fost născuți de fete de paisprezece ani sau mai tinere.

Se pare că societatea noastră nu face desul de mult pentru a pregăti psihic o tânără persoană pentru responsabilitățile vârstei adulte. Regulile mai vechi, care accentuează poruncitor „Fără sex !” până la vârsta adultă par să fie inconsecvente cu valorile moderne și există o foarte slabă pregătire sau antrenare a tinerilor pentru sexul în afara unei căsnicii sau pentru starea de părinte, în ce îi privește pe elevii de liceu. Se pare că suntem o societate incapabilă să-și împiedice copiii să privească cu responsabilitate aducerea pe lume a unui copil atunci când o fac. Adolescența este o etapă de învățare între copilărie și vârsta independenței adulte, dar există programe educaționale foarte sărace care să faciliteze această învățare. În prezent, adolescența pare să fie definită ca un model de reținere, unul în care adolescenții ar trebui să evite să se comporte ca niște adulți, în timp ce învață îndemnările necesare pentru a intra într-o pregătire pentru o carieră sau într-un colegiu. Se pare că în această

perioadă o persoană are puține ocazii de a învăța arta relațiilor interumane și cea de a fi un adult. Unora li se pare că vrem să ne ținem la adăpost copiii în timpul adolescenței și apoi să îi lăsăm să se descurce după optsprezece ani, fără o pregătire adecvată. Consecințele acestei planificări sociale defectuoase sunt fără îndoială un important element în perpetuarea unor probleme sociale cum sunt sărăcia și familiile destrămate. (vezi și SEXUALITATEA COPIILOR; FLIRTUL; EDUCAȚIA SEXUALĂ; ADOLESCENȚII ȘI SEXUL)

**Aspectele biologice.** Adolescența este acea etapă din dezvoltarea fizică și psihică a unui om care are loc în general în al doilea deceniu de viață. În timpul adolescenței, substanțele chimice numite HORMONI au un nivel crescut de activitate și fac ca băieții și fetele să fie supuși unei mari varietăți de schimbări fizice și emoționale. Hormonii pot influența și modul în care băieții și fetele gândesc și se consideră pe ei înșiși, prietenii și membrii familiilor lor.

Deși aceste schimbări din adolescență ajută fiecare băiat și fată să se maturizeze, ordinea și măsura în care au loc schimbările variază de la o persoană la alta, chiar în cadrul aceleiași familii și la același sex. Un om poate fi mai mult sau mai puțin matur fizic decât altul și de aceea este foarte bine să nu uităm că oamenii își urmează propriu lor orologiu biologic al dezvoltării, dar ajung în esență la același liman în drumul spre starea de om adult.

\*\*\*\* cadrul pagina 22

## ASPECTELE BIOLOGICE ALE ADOLESCENȚEI

**Bărbat:** În medie, este mai înalt și mai greu decât femeia. 1. Părul capilar: poate să cadă cu înaintarea în vârstă. 2. Părul facial: crește în tot timpul vieții adulte. 3. Trăsături: mai pronunțate, figura mai lungă, craniul mai dezvoltat (de la frunte la ceafă). 4. Gâtul: mai gros, mai lung, laringele mai mare cu o treime. 5. Umerii: mai largi, mai pătrați. 6. Pieptul: mai mare în toate dimensiunile. 7. Părul corporal: mai evident, mai ales pe piept și pe brațe. 8. Sâni: rudimentari în mărime. 9. Mușchii: mai mari, mai reliefați. 10. Brațele: mai lungi și mai groase, „unghiul de repaus” de 180 de grade. 11: părul pubian: crește până la un punct, formând un triunghi. 12: șoldurile: mai înguste. 13. Mâinile și picioarele: mai mari; degetele de la mâini și de la picioare mai mari și mai boante. 14. Coapsele: mai cilindrice, cu mușchi dezvoltați. 15. Gambele: mai lungi și mai umflate. 16. Unghiul dintre coapsă și gambă, similar celui de la cot, este deschis, ele formând o linie dreaptă.

**Femeie:** În medie, mai scundă și mai ușoară decât bărbatul. 1. Părul de pe cap: durează mai mult. 2. Părul de pe față: foarte puțin, vizibil în general doar la vârste înaintate. 3. Trăsături: mai

delicate, figură mai rotundă, cap mai mic și mai rotund (privit dinspre creștet). 4. Gâtul: mai scurt și mai îngust, laringe mai mic. 5. Umerii: mai rotunzi, mai oblici. 6. Pieptul: mai mic, mai îngust. 7. Părul corporal: foarte deschis la culoare și scurt. 8. Sâni: proeminenți, cu sfârcuri dezvoltate cu inele înconjurătoare mari. 9. Mușchii: în mare parte ascunși sub straturi de grăsime. 10. Brațele: „unghiul de repaus” obtuz. 11. Părul pubian: formează o linie dreaptă în partea superioară. 12. Șoldurile: mai largi, mai rotunjite. 13. Măinile și picioarele: mai mici, mai înguste. 14. Coapsele: mai largi sus și mai scurte. 15. Gambele: mai scurte, cu contururi mai line. 16. Unghiul făcut de coapsă și gambă este, ca și la cot, un unghi ușor obtuz.

\*\*\* end cadru

Adolescenții sunt adesea curioși în îngrijorați asupra schimbărilor biologice pe care le trăiesc. Multe din senzațiile, modificările fizice și schimbările de comportament care însoțesc adolescența încep cu schimbări fizice care au loc în interior, creând posibilitatea ca tinerii să poată crea un copil. Această etapă a dezvoltării este denumită pubertate.

Adolescenții și adolescentele ajung în general la capacitatea fizică de a procrea mult timp înainte de a fi complet pregătiți să accepte răspunderea de adult de a fi părinți, așa cum și copiii pot să meargă cu mult timp înainte de a fi suficient de maturi pentru a judeca dacă o anumită situație este sigură sau nu. Deoarece pubertatea poate să înceapă spre sfârșitul primului deceniu de viață (dar de obicei începe în al doilea deceniu), este clar că băieții și fetele devin capabili de reproducere devreme, în procesul dezvoltării lor. Această secțiune ajută la clarificarea schimbărilor fizice la care se poate aștepta o persoană în timpul pubertății și explică rațiunile biologice și chimice ale acestor schimbări.

**Schimbările fizice la pubertate.** Primele semne fizice ale pubertății includ o creștere în înălțime și greutate, creșterea părului de sub braț, transpirație abundentă, mai mult păr pe brațe și pe picioare, creșterea cantității de substanțe grase de pe piele (una din cauzele acneei). La fete, sâni devin mai mari și sunt mai pronunțați, sfârcurile ies în evidență mai clar, iar organele genitale devin puțin mai închise la culoare și mai cărnoase. La băieți, vocea se îngroașă, apare părul pe față, umerii se lătesc, mușchii de pe brațe, gambe și tors devin mai reliefați, iar penisul și testiculele cresc și devin mai închise la culoare.

**Cum evoluează pubertatea la bărbați și femei.** Schimbările care fac posibilă pubertatea încep în fapt înainte de naștere. Hormonii încep să interacționeze încă din perioada fetală. Acești hormoni stimulează dezvoltarea sexuală a fătului și duc la formarea caracteristicilor sexuale primare. La băieți, caracteristicile sexuale primare sunt penisul, scrotul și testiculele. La fete sunt vaginul, uterul și ovarele. O dată aceste caracteristici apărute, sistemul nervos central al fătului, al nou-născutului și al copilului va ține acești hormoni la un nivel foarte scăzut de activitate, timp de aproximativ zece ani.

Într-un anumit moment din al doilea deceniu de viață a omului, creierul începe să stimuleze o producție suficient de mare a acestor hormoni pentru ca ei să dea startul pubertății. Încă nu se știe precis ce determină creierul să producă acești hormoni.

\*\*\*\* figura pag. 23

### *Dezvoltarea organelor sexuale la adolescenți*

\*\*\*\*\*

Corpul omenesc are multe tipuri de hormoni, care sunt substanțele chimice produse de glandele endocrine. Glandele endocrine sunt ciorchini de celule care eliberează hormonii în vasele de sânge și de acolo în întreaga circulație, astfel încât sângele va transporta hormonii în întregul corp.

În această perioadă a creșterii, o persoană crește în înălțime cu o rată mai mare decât cea de la vârsta de doi ani. Fetele au tendința de a crește accelerat, mai devreme decât băieții, în vreme ce băieții au tendința de a crește o perioadă mai lungă decât fetele.

De vreme ce întregul corp trebuie să crească, creșterea poate să înceapă mai întâi într-o anumită parte a scheletului, iar în altă parte mai târziu. Labele picioarelor și ale mâinilor pot să crească mai repede decât brațele sau gambele, iar apoi restul torsului și chiar capul și gâtul. Înălțimea finală a băieților este atinsă în general puțin înainte sau puțin după douăzeci de ani. Înălțimea finală a fetelor este atinsă în mijlocul perioadei adolescenței, deși sunt normale și variații.

În vreme ce scheletul se lungește și devine mai greu, forma corpului începe să se schimbe și ea. Oasele pelviene ale fetelor se lărgesc, pentru a se putea acomoda cu fătul în timpul sarcinii. Această creștere le oferă fetelor o mai mare lărgime și rezistență în partea inferioară a corpului. Umerii băieților încep să se lățească, deci puterea lor mai mare va fi în partea superioară a corpului.

Schimbări spectaculoase au loc și în structura scheletului facial. Comparați figura rotundă a unui copil cu maxilarul inferior, pomeții și fruntea alungite și mai ieșite în evidență. Este ușor de văzut câte schimbări suportă fetele și băieții înainte de a ajunge la structura lor facială finală. Pe lângă schimbările dramatice ale scheletului, fetele și băieții au parte de o creștere a masei musculare și a greutateii corporale, ca rezultat al eliberării unor hormoni.

\*\*\*\*\*

figura p. 24

### *Organele sexuale masculine înainte și după pubertate*

\*\*\*\*\*

În sau în apropierea celui de-al doilea deceniu de viață, zona din creier numită hipotalamus se maturizează suficient de mult pentru a produce hormonii numiți „factori de eliberare”. Acești factori de eliberare declanșează altă parte a creierului, numită glanda hipofiză sau pituitară, care începe să elibereze în cantități mai mari doi hormoni: hormonul de stimulare a foliculinei (FSH) și hormonul de luteinizare (LH). FSH și LH fac ca ovulele să se dezvolte în ovarele fetelor și duc la producerea spermatozoizilor în testiculele băieților.

Stimulate de FSH și de LH, ovarele și testiculele încep să elibereze în cantități mari hormoni sexuali. Cei mai importanți hormoni sexuali la femeie sunt ESTROGENUL și PROGESTERONUL. Cel mai important hormon sexual la bărbați se numește TESTOSTERON. Ovarele produc și cantități mici de testosteron, iar testiculele produc și cantități mici de estrogen și de progesteron.

Pe lângă faptul că ajută ovarele și testiculele în permanenta lor maturizare, acești hormoni sexuali sunt responsabili și de transformările mai vizibile descrise mai sus, numite „caracteristici sexuale secundare”. Estrogenul și progesteronul stimulează creșterea sânilor la fete. Testosteronul stimulează creșterea bărbii la băieți și părul pubian și de sub braț la băieți și fete. Testosteronul stimulează și o mai mare producție a glandelor sebacee la băieți și fete. La băieți, testosteronul stimulează creșterea laringelui, ducând astfel la schimbarea vocii, care va deveni mai groasă.

\*\*\*\*\*

foto. p. 25

*Caracteristicile sexuale feminine secundare înainte și după pubertate*

\*\*\*\*\*

**Maturizarea sexuală fizică la băieți.** Maturitatea sexuală a unui bărbat are loc în mai multe etape. În primul rând, testiculele și penisul devin mai mari. Pe măsură ce începe producția de spermatozoizi — spermia, ca răspuns la stimularea sexuală pot să apară erecții și ejaculări. În somn, noaptea, pot să aibă loc ejaculări spontane. În fluidul ejaculat se va găsi deja o cantitate oarecare de spermatozoizi. Apar frecvent erecții și poluții nocturne spontane, normale în această fază a dezvoltării și care se vor diminua cu trecerea timpului.

**Maturizarea sexuală fizică la fete.** După cum am arătat mai sus, primul semn al pubertății la o fată e reprezentat de dezvoltarea sânilor. Aceasta este urmată de creșterea și dezvoltarea organelor sexuale exterioare: vaginul, labiile și clitorisul. În interior, ovarele și uterul se dezvoltă.

La un anumit moment al acestui proces apare prima MENSTRUATIE. Totuși, până la ovulații, la producerea de ovule și la scurgerile menstruale regulate va mai trece o perioadă de un an și jumătate. Prima menstruație este stimulată de FSH, de estrogen și de progesteron.

**Aspectele psiho-sociale ale adolescenței.** Deoarece este faza crucială a dezvoltării umane, care precede vârsta adultă, adolescența și turbulența care o marchează adesea au fost studiate intens de psihologi și de alți cercetători din domeniul științelor sociale. Deși nu toți adolescenții vor experimenta „furtuna și tensiunile” tipice perioadei, psihologii au sugerat că asemenea dificultăți sunt rezultatul stresului pe care îl suportă individul din cauza a cinci evenimente care ar trebui să însoțească dezvoltarea din această fază a vieții:

- schimbările fizice și fiziologice ale pubertății
- separarea de părinți/tutori
- dezvoltarea unor prietenii foarte strânse și a unei rețele sociale
- dezvoltarea scopurilor vocaționale și educaționale
- clarificarea orientării sexuale.

Aceste adevărate pietre de hotar pot fi atinse de către unii indivizi cu o oarecare ușurință, dar unii vor descoperii că aceste deziderate sunt copleșitoare, sau chiar imposibile. Pe lângă toate aceste puncte care trebuie atinse obligatoriu, adolescentul trebuie să adopte un set de valori etice precum și obiective care să îl ghideze în viața care va urma.

Adolescența a fost împărțită în trei stadii: timpuriu, mijlociu și târziu. Adolescența timpurie se întinde de la aproximativ unsprezece ani și jumătate la treisprezece ani, adolescența mijlocie de la cam paisprezece ani la șaptesprezece ani și adolescența târzie, de la optsprezece la douăzeci și doi de ani.

Adolescenții în fața inițială, timpurie, sunt foarte concentrați asupra schimbărilor fizice și a adaptării la pubertate. Apartenența la un grup devine tot mai accentuată și legarea de prietenii este tot mai importantă. Stilul cognitiv al adolescentului timpuriu este încă de factură copilărească, prin faptul că domină încă gândirea de tip concret. De exemplu, dacă este întrebat ce semnificație are proverbul „cine locuiește într-o casă de sticlă, să nu arunce cu pietre”, un adolescent în faza timpurie îți va răspunde că „dacă aruncă cu pietre, li se sparg zidurile”.

Adolescența medie este stadiul în care principala trăsătură este separarea de părinți și de tutori. Începerea planificării de natură vocațională și educațională, ca și experimentarea interacțiunii sexuale apar în această perioadă. Începe să se dezvolte gândirea abstractă, dar rămân și multe rămășițe ale gândirii concrete, care a caracterizat faza timpurie a adolescenței.

Adolescența târzie este stadiul în care se desăvârșește separarea de părinți și crește gradul de intimitate cu prietenii. În această etapă se cristalizează mai bine scopurile profesionale și școlare. Gândirea abstractă și cea complexă devin stilurile cognitive predominante pentru adolescenții din faza târzie.

Adaptarea la transformările fizice ale pubertății îi cere adolescentului să își accepte rapida schimbare a înfățișării, iar acest lucru este adesea o problemă. Pe măsură ce aceste modificări se accentuează, se accelerează și schimbările hormonale, care vor duce la menstruația fetelor și la poluțiile nocturne ale băieților, plus apariția ACNEII și a mirosurilor corporale.

Pe măsură ce adolescentul avansează în vârstă, crește importanța grupului. Studiile arată că părinții rămân totuși forța cu cea mai mare influență în viața adolescenților. Totuși este foarte obișnuit ca adolescenții să „încerce marea cu degetul” și să verifice cât de independenți pot fi de părinți. Este obișnuită adoptarea de idei filosofice sau politice care ar putea să le repugne părinților, manifestată în alegerea muzicii, a hainelor și chiar a amicilor. Adolescentul sănătos este în măsură să își apere o poziție, un punct de vedere sau o părere diferite de ale părinților fără să simtă vreo vină sau să se neliniștească din această cauză. În același timp, un adolescent sănătos poate să mențină un punct de vedere care să fie în acord cu al părinților fără să se simtă cumva obligat, dependent sau slab din cauză că este de aceeași părere. A treia „sarcină” de dezvoltare a adolescenței — dezvoltarea unor prietenii intime și a unei rețele sociale — se schimbă pe măsura dezvoltării adolescentului. În timpul primei faze a adolescenței, grupurile pot fi exclusive sau foarte permeabile — un tip de gașcă foarte obișnuit la băieți și fete. Indivizii pot lega prietenii cu anumiți alți membri ai grupului, sau poate să existe o relație de grup. În timpul adolescenței mijlocii, prietenii individuale pot deveni mai importante, în vreme ce grupurile continuă să exercite o influență semnificativă. În această perioadă poate să apară interesul sexual, iar importanța prietenei sau prietenului, care devine o figură romantică, la fel cu cel mai bun prieten, are o pondere tot mai are. În timpul adolescenței târzii, prietenii devin mai intime și mai intense, cu o capacitate sporită de a împărtăși divergențele de opinie sau de concepție. Aceste deosebiri de vedere sunt tolerate, permițând astfel relației să dăinuiască.

A patra „sarcină” de dezvoltare, aceea de formulare a scopurilor legate de vocație și de instruirea individuală, este diferită în cadrul fiecăreia dintre aceste trei faze. Doar în timpul fazei finale a adolescenței, o dată cu dezvoltarea gândirii complexe, adolescenții sunt capabili să formuleze idei și concepte noi. Ei încep să-și cristalizeze ideile despre viitoarea lor carieră și să caute căi pentru materializarea lor.

În sfârșit, limpezirea identității sexuale pare să fie completă pentru cei mai mulți, dacă nu pentru toți indivizii, la sfârșitul pubertății și adolescenței, deși ea poate să apară și mai târziu (există și unele excepții, vezi de exemplu TEHNICI SEXUALE LESBIENE). În timpul stadiului inițial al adolescenței, o dată cu declanșarea pubertății, adesea apar ciocniri și pasiuni intense între membrii

aceluiași sex. Uneori, acestea pot fi interpretate de către adolescent sau adolescentă drept semne că ar fi homosexual, respectiv lesbiană. Sarcina de dezvoltare care presupune limpezirea orientării sexuale este foarte complexă. Un studiu recent arată că 25,9% din copiii de doisprezece ani nu sunt siguri de orientarea lor sexuală. În timpul adolescenței mijlocii sau târzii, atunci când activitatea sexuală devine mai obișnuită, orientarea sexuală se clarifică și ea. Important este nu numai comportamentul sexual al individului, ci și fanteziile lui. Individul care nu a avut un contact sexual până la douăzeci și unu de ani, dar care se masturbează exclusiv la fantezii heterosexuale, sau exclusiv homosexuale, are deja o orientare sexuală clară, în ciuda virginității fizice. La vârsta de optsprezece ani, numai 5% din adolescenți se descriu pe ei înșiși ca nesiguri de orientarea sexuală proprie.

Adolescența, deși uneori poate fi simțită ca o perioadă haotică din punctul de vedere al schimbărilor corporale, sociale, cognitive și familiale, poate fi și o perioadă foarte interesantă. Trebuie subliniat că adolescenții sunt de o diversitate imensă în privința ușurinței cu care îndeplinesc toate sarcinile de dezvoltare și în numărul de ani necesari pentru îndeplinirea lor (vezi și TULBURĂRI ÎN ALIMENTAȚIE ȘI DISFUNCTII SEXUALE).

**Sumar pentru adolescente, adolescenți și familiile lor.** Este normal ca adolescenții să fie mai preocupați de dezvoltarea lor sexuală. Adolescenții pot fi preocupați de varietatea de moduri în care persoanele din grupul lor de vârstă par să evolueze. Este normal pentru un adolescent în dezvoltare să trăiască neliniști de tipul „dar dacă eu nu mă dezvolt normal ?” pentru vârsta lui. Adolescenții au nevoie ca adulții să le asculte întrebările și să le răspundă cu răbdare, înțelegere și multă implicare emoțională. Adolescenții merită o susținere, pentru a fi în măsură să își aprecieze deosebirile și similitudinile și să se bucure de experiența miraculoasă a maturizării sexuale.

**ADULTERUL** În limbajul obișnuit, adulterul înseamnă contactul sexual al unei persoane căsătorite cu o persoană care nu este soțul/soția persoanei în cauză. Din timpurile biblice și până în prezent, în tradiția occidentală, creștină și ebraică au apărut pedepse — adesea aspre — pentru adulter, deși anumite relații sexuale din afara căsătoriei erau tacit admise. Dintre toate variațiile posibile ale comportamentului sexual, adulterul este singura condamnată cu specificare în cele Zece Porunci: „Să nu comiți adulter”. Altă poruncă, „Să nu râvnești la soția vecinului tău”, prezintă indirect aceeași interdicție.

Conform legilor evreiești biblice (vezi Leviticul 20:10), adulterul era definit specific drept contactul sexual al unei femei căsătorite cu un alt bărbat decât soțul ei. Definiția nu se aplica unui bărbat căsătorit care avea relații sexuale cu o femeie necăsătorită. Astfel, conform legii, o femeie nu avea dreptul să divorțeze dacă își prindea soțul făcând sex cu o femeie necăsătorită. O asemenea DISCRIMINARE SSEXUALĂ a existat și în Roma și Grecia antică, până la ascensiunea creștinismului, când pentru prima oară interdicțiile și pedepsele specificate în legile legate de adulter s-au aplicat egal

bărbaților și femeilor. Totuși, spune psihologul Bernard Murstein, scopul acestei schimbări nu a fost acela de a îndrepta o nedreptate făcută femeilor, ci pur și simplu de a descuraja activitatea sexuală atât a femeilor, cât și a bărbaților. Deși în principiu legile îi pedepseau în egală măsură pe bărbați și pe femei, în practică oficialii bisericii îndemneau femeile să-și ierte soții adulterini, condamnând însă cu vigoare femeile adulterine, care adesea erau repudiate și gonite din casă de soți.

După secole în care a alternat toleranța cu intransigența, din secolul șaptesprezece standardele morale au devenit din nou puțin mai îngăduitoare, după cum nota și comentatorul legal englez William Blackstone: „tribunalele seculare, prin urmare, nu mai au cunoaștere de crima adulterului, altfel decât un afront adus unei persoane”. Istoricul Vern Bullough comentează și el:

*Urmărind istoria regalității din ultima parte a secolului șaptesprezece până aproape de sfârșitul secolului optsprezece, se pare că pentru regi obiceiul de a avea amante făcea parte din calitatea de rege. Se spune că Henric al IV-lea ar fi avut cam cincizeci și șase de amante. Cea mai celebră [amantă a regelui Ludovic al XIV-lea] a fost doamna de Pompadour.*

În rândul nobilimii europene din acea vreme, nu era nici un secret că multe femei aveau doi „soți”, unul cu numele și celălalt pentru sex.

În coloniile americane, influența puritanilor a fost puternic resimțită. Deși PURITANISMUL s-a născut ca o reacție calvinistă la ceea ce se considera a fi influența crescândă a Bisericii Romano-Catolice în Biserica Anglicană, în America, puritanii (care nu aparțineau unei religii anume) includeau prezbiterieni, congregaționaliști, quakeri și alți nemulțumiți de grupurile și ierarhiile tradiționale. Ei erau foarte preocupați de moralitatea sexuală și considerau adulterul deosebit de respingător. Unele colonii puritane au adoptat statute în care adulterul era pedepsit cu moartea, alături de VIOL, sodomie și bestialitate. Treptat, aceste pedepse, rar aplicate, au fost înlocuite cu altele, mai puțin aspre, dar care implicau umilirea publică: biciuirea, stigmatizarea cu fierul roșu, cu infama literă „A” roșie imprimată pe piele. Mai târziu, a apărut și pedeapsa cu o scurtă perioadă de închisoare. În ciuda acestor interdicții, mulți americani faimoși, între care Benjamin Franklin, Thomas Jefferson și Alexander Hamilton au avut relații adulterine, fără ca acestea să le afecteze serios reputația.

În timpul secolelor nouăsprezece și douăzeci, pedeapsa pentru adulter a părut să fie o problemă socială de tot mai mică importanță. De pe la mijlocul secolului douăzeci, singura consecință a fost că se poate considera motiv serios pentru divorț. Frecvența adulterului pare să fie în creștere în Statele Unite, întinderea lui devenind evidentă o dată cu apariția studiului lui Kinsey. *Raportul Kinsey asupra comportamentului sexual masculin*, publicat în 1948, spunea:

*Pe baza acestor informații consecvente și ținând cont de deplina confidențialitate implicată, este probabil sigur să susținem că aproximativ jumătate din bărbații căsătoriți au contacte cu alte femei decât soțiile lor, într-un moment sau altul din timpul căsniciei.*

*Raportul Kinsey asupra comportamentului sexual feminin*, publicat în 1953, spune că până la vârsta de patruzeci de ani, 26% din femeile căsătorite intervievate au avut relații sexuale implicând contactul sexual cu alți bărbați decât soții lor.

Se pare că adulterul a existat dintotdeauna, iar observatorii scenei sexuale americane de astăzi ar putea spune că dacă ar fi să se repete studiul lui Kinsey, probabil că am descoperi că ratele adulterului sunt mult mai mari. Pentru multe persoane, ceea ce înainte a fost o activitate ascunsă și care pune în pericol căsnicia — înșelarea partenerului oficial de viață — pare să fi devenit ceva permis. Oare unde a survenit această schimbare de atitudine ?

Problema adulterului și a principiilor morale legate de el este în același simplă și complexă. Din punctul de vedere al religiei și moralei, adulterul este categoric o încălcare a legămintelor matrimoniale, a sfintelor taine, sau a unor acorduri contractuale. Este o problemă complexă pentru că schimbările care au avut loc în lumea noastră modernă au tendința de a îi despărți pe partenerii dintr-o familie. Observatorii comportamentului sexual contemporan au remarcat unii dintre factorii care exercită presiuni asupra fidelității maritale:

- teama redusă de sarcini nedorite, datorită mijloacelor eficiente de contracepție;
- o viață mai lungă, mai viguroasă și mai sănătoasă;
- tot mai multe soții intră în forța de muncă, creând un număr mai mare de ocazii exploatabile pe plan sexual la locul de muncă;
- mai mult timp liber atât pentru soții, cât și pentru soți;
- o obsesie culturală care pune accentul pe activitățile efectuate în general de tineri;
- un declin al influenței și controlului religios;
- gradul crescut de urbanizare, din care rezultă o scădere accentuată a controlului social;
- o generalizată punere sub semnul întrebării a valorilor sexuale religioase, chiar și de către practicanții religiei;
- creșterea bunăstării tuturor claselor sociale, din care rezultă mai mult timp pentru „distracție”;
- o stimulare sexuală sporită din partea mass-media;
- sublinierea, în cadrul culturii actuale, a dreptului individului la mulțumire și fericire.

Unii dintre acești factori care contribuie la adulter par să fie de dorit în societate; alții reprezintă factori de stres sporit și constituie pericole la adresa unei vieți stabile de cuplu și de familie. Totuși, este improbabil ca civilizația occidentală să se întoarcă la niște vremuri mai simple. (vezi și PROMISCUITATEA).

**AVENTURI** Aventurile — erotice sau doar sentimentale, între bărbați și femei în afara căsătoriei, sau între persoane de același sex — sunt punctul central al literaturii, de la Vechiul Testament și *Ars Amandi* a lui Ovidiu, până la romanul occidental modern. Aventurile sunt deosebite unele de altele, de o mare diversitate, atât în viață cât și în literatură, dar toate au niște trăsături comune.

De obicei, se pornește de la ideea că o aventură implică o relație sexuală (deși unele pot evolua, în timp, la o relație esențial platonică), dar aventurile sunt mult mai mult decât niște întâlniri sexuale. Ele își au de obicei rădăcinile în legăturile de iubire sau erotice care au o oarecare vechime și intensitate. Dacă o aventură durează doar câteva săptămâni sau o lună, atunci ea se poate numi o „scurtă” aventură, dar una de un week-end se poate numi un simplu „capriciu”. Există și expresia „aventură de o noapte”.

Bărbații și femeile implicați în aventuri pot fi căsătoriți sau nu, au amanți (amante) pe termen lung sau sunt complet liberi. Un membru al unui cuplu implicat într-o aventură poate să promită și să practice exclusivitatea sexuală sau poate să aibă în același timp alți parteneri. Adesea, legăturile pe termen lung culminează cu alegerea unei vieți împreună de către parteneri, dar în acest moment relația implică o continuitate și o exclusivitate care la o aventură nu sunt elemente necesare. Și totuși, scriitoarea George Sand a trăit cu compozitorul Frederic Chopin mulți ani, dar furtunoasa lor relație nu s-a putut în nici un moment numi altceva decât o aventură. În foarte rare cazuri, o aventură va duce la căsătorie.

Astăzi, cuvântul aventură implică ideea că oricare dintre parteneri are libertatea să-i pună capăt în orice moment, chiar dacă unul dintre ei este parte dominantă în cuplu. Dar pentru generațiile anterioare femeile aflate în asemenea relații aveau o putere mai mică decât bărbații și adesea erau definite ca ibovnice, țiitoare, sau „căutătoare de aur”, toți acești termeni cu conotații peiorative arătând dependența lor de bărbatul din cadrul relației. (Evident, uneori femeile aveau avantajul în cuplu, în special dacă aveau independență financiară sau alte posibilități.) Totuși, deși aveau un cuvânt mai mare de spus în cuplu, bărbații erau și ei ținta unei dezaprobări sociale, în calitate de seducători sau exploataitori. Dacă unul sau ambii parteneri era căsătorit (într-o epocă în care, din motive religioase sau sociale nu era întotdeauna posibil să divorțezi), adesea intervenea și batjocura socială rezervată adulterinilor.

Este probabil adevărată afirmația că multe dintre aventurile de astăzi se potrivesc în categoriile vechi, dar multe sunt deosebite. Egalitatea tot mai pronunțată dintre bărbați și femei are un impact puternic asupra relațiilor lor sociale și sexuale. (vezi și DISCRIMINARE SEXUALĂ; IUBIRE).

**POSTLUDIU** Așa cum un episod sexual nu începe cu ORGASM — având nevoie de un preludiu care să ducă la împlinirea sexuală — el nu ar trebui nici să se încheie brusc. Perioada care

urmează orgasmul se numește postludiu. Ambii parteneri se simt relaxați. Este un moment excelent pentru împărtășirea unor senzații, sentimente și emoții.

Unii bărbați au obiceiul de a adormi îndată după ce trăiesc orgasmul, în special noaptea. Nu este nici o problemă cu un asemenea comportament, dacă are loc doar din când în când. Dar ei trebuie să înțeleagă că lasă femeia singură, iar fără postludiu multe femei au senzația că sunt nedorite și nu sunt deloc apreciate. Iubiții lor ar trebui sfătuiți să rămână treji și să împărtășească cu ele postludiul. Efectele pozitive ale acestuia vor rămâne și adesea vor conduce la încă un episod sexual.

Postludiul poate să includă multe activități, de la îmbrățișare și mângâieri (pe care unele persoane le găsesc mai plăcute și mai intime decât chiar decât actul sexual ca atare), la conversație (este foarte important pentru partener să îl asculte). Uneori, cum am spus, poate să inducă un nou episod sexual. Dar activitățile postludiului nu trebuie să se limiteze la dormitor și se pot extinde și la dușul făcut împreună, la o gustare luată, o plimbare etc. Important este ca orice s-ar alege să se facă împreună, fie și adormitul.

## **VÂRSTA CONSIMȚĂMÂNTULUI** vezi CONSIMȚĂMÂNTUL

**ÎMBĂTRINIREA ȘI SEXUL** Există două prejudecăți încetățenite în privința activității sexuale din partea târzie a vieții. Ambele le fac rău celor care le acceptă. Prima este că interesul și activitatea sexuală se atenuază și chiar dispar între șaizeci și șaptezeci de ani. Unei persoane care la vârsta respectivă este energică și activă, ar trebui să i se pară o prejudecată eronată, dar, în mijlocul altor semne de declin, ea poate să submineze subtil hotărârea unei persoane de a continua să trăiască o viață plină. Ea poate fi și mai distructivă pentru cei care trăiesc cu persoane mai tinere, care consideră dorințele sexuale ale mai vârstnicilor drept inadecvate, sau pentru persoanele în vârstă care trăiesc în grupuri sau în instituții de îngrijire, în care libertățile și activitățile personale sunt îngrădite. Cea de-a doua preconcepție greșită, anume că toți oamenii pot avea o viață sexuală activă și minunată până departe, dincolo de nouăzeci de ani, este de asemenea periculoasă, pentru că nu ține cont de problemele fizice, sociale și psihologice, care cresc cu vârsta și care micșorează activitatea sexuală la multe persoane bătrâne.

Care este atunci realitatea sexului pentru cei mai mulți oameni care îmbătrânesc? Majoritatea oamenilor care au la dispoziție un partener și o sănătate rezonabilă pot continua să se bucure de relații sexuale chiar și octogenari fiind, iar unii chiar și după nouăzeci de ani. Unicul factor important pentru viața lor sexuală este în acest caz existența unui partener sexual, în cadrul sau în afara unei căsătorii. Cam jumătate din bărbații de peste șaizeci și cinci de ani sunt căsătoriți, dar diferența de speranță de viață dintre bărbați și femei înseamnă că pe multe femei căsătorite le așteaptă opt până la zece ani de văduvie. Mulți văduvi și văduve în vârstă se feresc de căsătorie și de aceea încep o coabitare sau o

aventură de tipul celor practicate de tinerii de azi. Dar statistica demografică este crudă pentru femei: raportul bărbați/femei la vârsta de șaizeci și cinci până la șaptezeci și patru de ani este de 100:131; pentru cei de la șaptezeci și cinci la optzeci și patru, este de 100:180; iar pentru peste optzeci și cinci de ani, există 100 de bărbați la 229 de femei.

Chestiunea sănătății generale are și ea un impact asupra vieții sexuale a unei persoane bătrâne. Deși se estimează că 80% din americanii de peste șaizeci și cinci de ani au probleme cronice de sănătate care le pot afecta funcțiile sexuale, cei mai mulți spun că au un interes sănătos în sex. Singura boală care afectează serios viața sexuală la bătrâni este diabetul; jumătate din diabetici prezintă o pierdere oarecare a funcției sexuale — dificultăți în erecție la bărbați și dispariția reacției vaginale la femei. În plus, multe medicamente luate de persoanele în vârstă, în special tranchilizante, sedative, antidepresive și pentru reglarea presiunii sanguine, au un efect negativ asupra funcțiilor sexuale (într-adevăr, la bărbații în vârstă folosirea medicamentelor este cea mai frecventă cauză a dificultăților de erecție. În sfârșit, „substanțele” pe care unii indivizi le foloseau în tinerețe — printre ele tutunul, excesul de alcool sau cofeină, marijuana și cocaina — pot să diminueze puternic activitatea sexuală o dată cu îmbătrânirea.

Îmbătrânirea aduce cu ea schimbări în activitatea sexuală — ca și în alte activități ale omului — chiar dacă bărbații și femeile se bucură în continuare de o bună sănătate și au parteneri sexuali. La vârsta de cincizeci de ani, cei mai mulți bărbați vor remarca reacții sexuale mai lente și mai puțin intense. Conform cu un studiu cunoscut sub numele Duke Longitudinal Study, 75% din toți bărbații sexagenari intervievați încă au contacte sexuale cel puțin o dată pe lună. Peste vârsta de optzeci de ani, 50% din bărbați sunt interesați de sex, dar numai 10% sunt angajați în acte sexuale. Studiul Duke arată că 39% dintre femeile între șaizeci și unu și șaizeci și cinci sunt active sexual, ca și 27% dintre cele între șaizeci și șase și șaptezeci și unu. Doar 10% din bărbații între șaizeci și șase și șaptezeci și unu, dar 50% din femeile de peste șaizeci și cinci de ani au exprimat o lipsă totală de interes față de sex. Este limpede de aici că la această vârstă sexualitatea îmbracă forme foarte variate.

Într-un studiu recent efectuat asupra unor persoane sănătoase din clasa medie în vârstă de 80 până la 102 ani dintr-o instituție de îngrijire rezidențială, cele mai obișnuite activități sexuale întâlnite au fost atingerea și mângâierea. MASTURBAREA și ACTUL SEXUAL survin mult mai puțin frecvent. 88% dintre bărbați și șaptezeci și 1% dintre femeile interviuate au fantezii sexuale, dar frecvența activității sexuale nu s-a schimbat semnificativ după vârsta de optzeci de ani.

La bărbați, LIBIDOUL, sau dorința sexuală, se datorează în mare parte hormonului masculin, TESTOSTERONUL. Acest hormon ajunge la nivelul maxim în jurul vârstei de nouăsprezece ani, iar bărbații vor cunoaște din acel moment un declin permanent al nivelului de testosteron, pentru tot restul vieții. În obținerea erecției sunt importante testosteronul și vasele de sânge implicate, ca și nervii din zonă. Dincolo de vârstele de șaizeci-șaptezeci de ani, cam o treime dintre bărbați au niveluri ale

testosteronului destul de reduse pentru a își pierde capacitatea de a obține și a menține o erecție. Mai mult, timpul necesar pentru a ajunge la orgasm se mărește o dată cu vârsta, orgasmul însuși descrește în intensitate și ejacularea este mai puțin abundentă. În sfârșit, perioada refractară (intervalul necesar între două erecții) crește. La bărbații foarte bătrâni, în special la cei peste nouăzeci de ani, pot să treacă săptămâni până ce subiectul este iarăși capabil de o ejaculare.

La femei au loc schimbări similare o dată cu înaintarea în vârstă. Și libidoul femeii este controlat de testosteron, hormonul masculin, dar lubrifierea vaginului este controlată parțial de hormonii feminini, în special de ESTROGEN (ca și, evident, de vasele și nervii intacti din zonă). Prin urmare, pe măsură ce înaintază în vârstă, o femeie are o capacitate tot mai redusă de lubrifiere a vaginului, perioada de platou crește, iar orgasmul devine mai puțin intens. Din cauza creșterii perioadei refractare, orgasmele multiple descresc și ele o dată cu îmbătrânirea femeii.

Plângerile persoanelor bătrâne legate de activitatea lor sexuală pot fi explicate parțial prin schimbările în corpul lor. Femeile se plâng cel mai adesea de vaginul uscat și atrofiat, ca și sânii care atârnă. Aceste schimbări au efecte adverse atât în ce privește activitatea sexuală, cât și ca imagine proprie. La bărbați, cele mai întâlnite plângeri sunt legate de erecția întârziată și parțială, platoul prelungit, timp de ejaculare, forța fluidului seminal reduse, contracție redusă, o senzație redusă de inevitabilitate a ejaculării, o înmuiere rapidă a penisului și perioade refractare mai lungi.

Multe persoane în vârstă de ambele sexe suferă de tulburări psihice din cauza disfuncției sexuale. Ele se așteaptă ca la șaptezeci de ani să aibă un comportament sexual ca la douăzeci, ceea ce este evident imposibil. Cauzele psihologice ale disfuncției sexuale de la vârsta înaintată includ și pierderea unei imagini pozitive despre propriul corp (exacerbată de bolile somatice); stresuri emoționale, tensiuni, conflicte; conflicte interpersonale și pierderi cumulative de natură financiară sau personală.

**Tratarea problemelor sexuale ale persoanelor în vârstă.** Foarte puțini pacienți de orice vârstă oferă voluntar vreo informație doctorilor lor. Și foarte puțini doctori pun întrebări. Este clar că dacă oamenii vor să-și discute problemele sexuale, este necesar să inițieze o comunicare cu doctorii lor.

Aproape orice boală fizică, în special dacă este întâlnită la persoanele mai în vârstă, se poate asocia cu disfuncția sexuală. Prin urmare, la apariția oricărei schimbări în funcția sexuală, prima regulă este să ne asigurăm că nu este simptomul vreunei boli. De asemenea, este important să ne asigurăm că eventuala medicație utilizată nu cauzează nici o disfuncție sexuală, pentru că unele dintre medicamentele cele mai folosite, și cu și fără rețetă, pot să cauzeze disfuncții sexuale. Doar discutând problema cu un doctor poate pacientul să treacă pe un alt medicament. În plus, medicamentele luate fără rețetă, cum ar fi antiinflamatoarele nesteroidiene și substanțele cum ar fi tutunul sau cafeaua nu sunt niciodată suspectate și nici nu sunt amintite doctorului.

Unii bărbați bătrâni cu disfuncții erectile pot să necesite injecții cu testosteron. Alții vor beneficia de dispozitive de presiune negativă, care pompează penisul pentru a obține erecția. Rareori este necesar un implant de penis. (vezi și IMPOTENȚA).

La femei, tratamentul de înlocuire a estrogenului poate fi util pentru obținerea lubrifierii vaginului. Este important să înțelegem că tratamentul cu hormoni poate să necesite până la doi ani pentru a deveni eficient. Dar poate să ajute și folosirea unor lubrifianți pe bază de apă. Pentru femeile cu libido scăzut, este util și tratamentul cu testosteron.

Alte recomandări, și pentru bărbați și pentru femeile care se lovesc de dificultăți sexuale datorate îmbătrânirii normale includ odihna înainte de activitatea sexuală, o hrană mai bună, o apariție personală mai pregnantă și folosirea unor haine mai provocatoare. Cuplul ar trebui să discute schimbările din funcțiile sexuale, cum ar fi timpul mai lung necesar pentru obținerea orgasmului. Multe cupluri mai în vârstă au avut probabil aceleași relații sexuale timp de patruzeci de ani sau mai mult și pot să își îmbunătățească viața sexuală prin poziții sexuale modificate și alt tehnici, cum ar fi cele oral-genitale, care pot să retrezească interesul sexual.

Dacă o boală fizică determină o disfuncție sexuală, atunci este obligatoriu ca ea să fie tratată. Nu toate bolile sunt vindecabile, din păcate, iar uneori medicația nu poate fi întreruptă. În aceste situații, este foarte important să se introducă schimbări în practicile sexuale. De exemplu, la persoanele cu artrită, o poziție laterală poate fi mai confortabilă. Dacă piciorul prezintă dureri, se poate plasa sub el o pernă care să mai reducă din neplăceri. O baie fierbinte înainte de actul sexual poate ajuta la relaxarea mușchilor și încheieturilor. Dacă bărbatul a avut un atac de cord, femeia poate să ia poziția deasupra sau o poziție cu penetrarea pe la spate, pentru ca sexul să fie mai ușor pentru el. Dacă vreunul din parteneri a fost operat, trebuie evitată orice presiune în zonele dureroase. La orice boală, trebuie să se accentueze preludiul senzual, afectiv, non-genital. Secretul unei activități sexuale continue este ca partenerii să discute ceea ce este mai plăcut pentru fiecare dintre ei. Problemele psihice pot să producă dificultăți sexuale la orice vârstă. Depresiunea psihică este comună la bătrâni și trebuie luată întotdeauna în considerație. Imaginea propriului corp poate fi îmbunătățită prin exerciții fizice, recreere și relaxare. Contactele sociale trebuie încurajate.

Consilierea poate să ajute oamenii în vârstă, dar uneori ajutorul psihologic le este refuzat chiar din cauza vârstei lor. Este o prejudecată, pentru că studiile au arătat în mod repetat că psiho-terapia poate fi eficientă la orice vârstă.

Pe măsură ce îmbătrânesc, oamenii uită prea adesea de rolul jucat de ROMANTISM în relațiile lor. Aspectele sexualității legate de curte sunt importante la orice vârstă, dar probabil cu atât mai mult cu înaintarea în vârstă. Tehnicile tipice de consiliere includ conștientizarea fanteziei; reducerea vinovăției și a anxietății; acceptarea stimulării directe a organelor genitale (inclusiv tehnici de masturbare și ajutoare mecanice); tehnici de îmbunătățire a propriei imagini în privința atractivității

sexuale proprii; și acceptarea schimbărilor aduse de vârstă în funcțiile sexuale (vezi și DISFUNCȚII SEXUALE LA FEMEIE; DISFUNCȚII SEXUALE LA BĂRBAT).

**SIDA (sindromul imunodeficienței dobândite)** Amploarea suferinței umane și a morții provocate de SIDA au făcut din această boală ciuma ultimelor două decenii ale secolului douăzeci. La începutul lui 1992, cei doi viruși cunoscuți de SIDA infectaseră un total estimat de 13 milioane de oameni în toată lumea: un milion până la un milion și jumătate în SUA, 10 milioane în Africa și 2 milioane în Asia. Iar virușii se răspândesc în continuare. În prezent, nu există nici un vaccin împotriva SIDA.

SIDA este provocată de unul dintre cei doi viruși ai deficienței imunitare umane (HIV). Acești viruși, identificați prin abrevierile HIV-1 și HIV-2, determină boala prin infectarea și distrugerea unora din celulele sanguine numite limfocite, care protejează organismul de o mare varietate de bacterii, viruși și microorganisme parazite, din care multe se întâlnesc în viața normală de zi cu zi.

**Istoria bolii.** Originea virușilor HIV este necunoscută, dar multe informații științifice arată că își au originea în Africa Centrală. Testarea unor specimene de sânge recoltate din Zairul de Nord în 1976 a stabilit că virusul se afla în sângele unui număr mic de persoane care și-au petrecut cea mai mare parte a vieții într-o zonă rurală izolată din regiune. Testele de sânge luate de la maimuțele africane verzi din aceeași regiune geografică au dus la izolarea unui virus foarte îndeaproape înrudit cu virusul uman HIV-2, care a fost denumit SIV-1 (virusul imuno-deficienței simiene). Originea probabilă a lui HIV-1 este o mutație a lui SIV-1 sau a vreunui virus înrudit cu acesta. Totuși, nu există dovezi ne netăgăduit ale originii africane a lui HIV-1.

În 1981 au fost recunoscute primele cazuri de SIDA în Statele Unite. Doctorii au descoperit la bărbații homosexuali un tip neobișnuit de pneumonie, cauzat de un microorganism numit *Pneumocystis carinii*. Acest microorganism produce îmbolnăvirea doar atunci când sistemul imunitar a fost puternic slăbit de medicamente sau de boli, fiind cunoscut în categoria agenților patogeni „oportuniști”. Investigațiile acestor cazuri și ale celor care au urmat au arătat că HIV se poate transmite prin contact sexual sau prin sânge, fie prin transfuzii de sânge sau de produse de sânge care conțin virusul, fie prin injecții cu ace și seringi contaminate cu sânge infectat cu HIV. Cele mai multe cazuri de SIDA din America de Nord, Europa și Africa sunt cauzate de virusul HIV-1. HIV-2 apare în special în Africa de Vest și distruge limfocitele cu o viteză mult mai mică decât a lui HIV-1.

Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor din Statele Unite (CDC) a raportat în martie 1994 că până pe 30 septembrie 1993 existau 339.250 de cazuri raportate de SIDA și 204.290 de morți din cauza acestei boli, numai în Statele Unite. În 1993, au fost raportate 103.500 cazuri noi de SIDA, deși 46% din creșterea aceasta se datorează unei definiții mai largi a bolii, adoptate de CDC în 1993. Dintre cazurile noi raportate, 6,056 femei și 3.232 bărbați erau infectați. Cam jumătate din aceste

cazuri au fost atribuite contactelor sexuale cu parteneri infectați cu HIV; 42% erau rezultatul contactului sexual cu un utilizator de droguri administrate intravenos.

\*\*\*\* fig. p. 33 sus

## ADULȚI CU SIDA

Bărbați homosexuali sau bisexuali

Dependenți de droguri intravenoase, heterosexuali

Dependenți de droguri intravenoase, homosexuali sau bisexuali

Persoane cu hemofilie sau alte boli legate de coagularea sângelui

## NOU-NĂSCUȚI CU SIDA

Bărbați și femei, heterosexuali

Primitori de transfuzii de sânge sau de produse din sânge

Copii ai unor mame cu SIDA sau cu risc sporit de SIDA

Altele sau nedeterminate

\*\*\* end cadru

Caption: *Distribuția cauzelor populației atinse de SIDA: adulți (stânga) și nou-născuți (dreapta).*

**Diagnosticarea infecției.** Virusul HIV-1 a fost izolat din pacienții bolnavi de SIDA într-o cultură de laborator în 1983, de către cercetători din laboratoare din SUA și Franța. Deoarece cultura virusului este scumpă și necesită mult timp, infecțiile cu HIV sunt diagnosticate pe baza anticorpilor HIV din sânge. Acești anticorpi apar în general în circulația sanguină la trei până la opt săptămâni după infectare, testul rămânând pozitiv de-a lungul întregii perioade a infecției. Alte teste pot să detecteze virusul HIV în sânge la câteva zile după infectare, dar acestea nu sunt practice în viața de zi cu zi. Astfel, există o „fereastră” de timp după ce o persoană devine infectată cu un virus HIV, când analiza anticorpilor HIV poate fi negativă, fiind totuși în măsură să transmită boala partenerului (partenerilor) de sex sau celor cu care împarte seringile și acele.

**Ce face virusul.** Mecanismul prin care virusii HIV infectează și atacă organismul sunt similare: ei circulă în sânge împreună cu celule infectate. Cantitatea de virus prezentă în corp crește o dată cu distrugerea limfocitelor infectate cu HIV, în special a limfocitelor CD4, care joacă un rol esențial în recunoașterea și distrugerea microbilor invadatori. Cursul infecției cu HIV este împărțit într-un stadiu timpuriu, viremic, un stadiu mediu, în care apar puține simptome sau semne și un stadiu târziu, simptomatic, când apar infecții virale, bacteriene sau parazitoze.

În stadiul inițial, care urmează infectării, HIV poate produce simptome care seamănă cu cele ale mononucleozei infecțioase. Acestea sunt urmate de o perioadă de câțiva ani, variabilă în funcție de persoană, în timpul căreia sunt prezente puține semne ori simptome, cu excepția unor ganglioni limfatici tumefiați. Persoanele infectate dezvoltă de obicei boli date de microbi cu care au fost infectate anterior. Acești microbi „oportuniști” pot fi prezenți în mod normal în piele, în aer, sau în hrană. Atunci când apar infecțiile oportuniste, de obicei se dă și diagnosticul de SIDA. Cel mai frecvent în Occident este *Pneumocystis carinii*, un protozoar parazit care duce la pneumonii care necesită spitalizarea și care adesea sunt fatale, în stadiile ulterioare ale infecției cu HIV. Alte microorganisme oportuniste sunt *Toxoplasma gondii*, care invadează creierul, herpesul și virusul citomegalic, care afectează creierul, ochii și plămânii. În Africa și Asia, microbul oportunist cel mai întâlnit este cel al tuberculozei. Unele dintre aceste boli pot fi preîntâmpinate dacă se iau profilactic anumite medicamente.

**Răspândirea SIDA.** Deși SIDA se poate dobândi prin transfuzii sau injectare de sânge sau produse de sânge infectate cu virusul HIV, marea majoritate a cazurilor de SIDA din America de Nord, Europa și Africa sunt rezultatul unui contact homo sau heterosexual sau prin folosirea în comun a unor ace și seringi între persoanele care se droghează. Sângele și sperma sunt probabil infectante la orice moment după ce a avut loc infecția, dar probabil și alte fluide corporale, cum ar fi saliva și laptele matern sunt și ele infecțioase, în special în fazele foarte târzii ale infecției. Transmiterea pe cale sexuală a lui HIV-1 poate fi facilitată de prezența unor leziuni genitale cauzate de sifilis, herpes, chlamydia și trichomonas. Leziunile de pe organele genitale pot oferi o deschidere în piele sau în mucoase prin care

HIV-1 trece de la persoana infectată la partenerul neinfectat, în timpul actului sexual. Leziunile mucoasei rectale pot furniza și ele o deschidere pentru intrarea virusului HIV, în timpul sexului anal.

\*\*\* fig. p.34 stânga

*Virusul de SIDA. 1) Revers-transcriptaza; 2) Înveliș cu 2 straturi; 3) Molecula de ARN.*

\*\*\* fig p. 34 dreapta sus

Eficiența răspunsului sistemului imunitar natural la HIV

Virusul viabil în organism

*Reacțiile organismului la SIDA*

**Evoluția bolii.** În Statele Unite, speranța de viață a unei persoane care a fost infectată cu HIV-1 este de cam doisprezece ani. Este mai scurtă pentru persoanele care au fost infectate prin transfuzie cu sânge sau produse din sânge, ca și la persoanele care nu au acces la o bună îngrijire medicală. Tratamentul cu medicamentele antivirale, ca zidovudine, cunoscut și sub numele de azidothimidine (AZT), dideoxyinosine (DDI) sau dideoxycytodine (DDC), ca și medicamente pentru împiedicarea unor infecții cu *Pneumocystis carinii* și herpes, pot să îmbunătățească atât calitatea vieții, cât și durata ei.

Viteza de înaintare a infecției cu HIV este direct legată de viteza cu care virusul distruge limfocitele din sânge, celule care apără organismul de infecții. Viteza avansării infecției cu HIV-2 este mai mică decât la HIV-1. Se pare că o bună stare a sănătății fizice și mentale pot să afecteze și longevitatea și calitatea vieții după diagnosticarea infectării cu HIV. Este important să se evite stresurile emoționale și exercițiile fizice extenuante, să se urmărească o alimentație bine echilibrată, să se renunțe la orice utilizare a unor droguri sau medicamente care nu sunt prescrise de medic și să se meargă cu regularitate la personalul medical specializat în persoane infectate cu HIV. Cele mai multe centre urbane din America de Nord au grupuri de susținere pentru persoane cu infecții HIV și cu SIDA. Studii asupra unor soldați și marinari americani infectați cu HIV au arătat că mulți au fost în măsură să-și continue activitatea chiar și după ce majoritatea limfocitelor CD4 au fost distruse.

\*\*\*grafic p.35 sus

## Puncte fierbinți SIDA în lume

\*\*\* cadru p. 35 stânga mijloc

### SEMNE FIZICE CARE SUGEREAZĂ INFECȚIA CU HIV

- ☐ Transpirație, febră, pierdere în greutate inexplicabile
- ☐ Gât iritat permanent, sau mononucleoză
- ☐ Posibil limfom
- ☐ Dermatoze seboreice recurente sau erupții cutanate neobișnuite
- ☐ Dureri inexplicabile și persistente
- ☐ Tulburări de vedere, simptome de retinită
- ☐ Leucoplazia păroasă a limbii sau a părții interioare a obrazilor
- ☐ Candidoză orală, în special la tineri
- ☐ Diaree cronică persistentă
- ☐ Simptome de pneumonie cu *Pneumocystis carinii*, tuse, dificultăți în respirație, dureri acute în piept
- ☐ Sarcomul Kaposi
- ☐ Candidoză vaginală sau vaginită persistente, la femei.

**Nou-născuți cu SIDA.** În conformitate cu CDC, între 6.000 și 7.000 de femei infectate cu HIV nasc în fiecare an. Între 25 și 30% din copiii lor vor fi infectați, cam 25% din copiii cu HIV vor face SIDA în primul an de viață, iar 50% vor face SIDA până la vârsta de 3 ani. În februarie 1994, oficialitățile sanitare din SUA au anunțat că tratarea femeilor gravide cu AZT duce la o scădere spectaculoasă a șanselor transmiterii bolii la făt.

**Prevenirea bolii.** În absența unei terapii curative sau a unui vaccin, singura cale de a evita infecția este evitarea unui comportament riscant. Singura cale sigură de a evita contractarea cu virusul HIV pe cale sexuală este celibatul sau relații monogame cu un partener neinfectat. Folosirea prezervativelor de către bărbați oferă o protecție foarte serioasă, dar nu absolută. La fel și în cazul prezervativelor feminine. Prezervativele trebuie puse pe penis înainte de începerea oricărui contact sexual oral sau penetrant și trebuie retras de pe un penis în erecție, înainte de orice posibilă scurgere de

spermă. Lubrifianții pe bază de ulei nu ar trebui aplicați prezervativelor, pentru că ele pot duce la străpungeri. Prezervativele pot să fie îmbrăcate și în substanțe spermicide, pentru controlul sarcinii, care conțin agentul chimic monoxyl 9. Acest compus omoară și virusii HIV-1 și HIV-2, dar eficiența lui în calitate de singură protecție împotriva HIV nu a fost încă determinată. Experiența a arătat că un procent mare din persoanele infectate cu HIV vor infecta, de-a lungul timpului, partenerii sexuali, dacă vor continua să aibă contacte sexuale neprotejate.

**Tratamentul.** La momentul actual, nu există nici un vaccin care să protejeze împotriva SIDA, după cum nu există nici un tratament care să vindece boala. Sunt în lucru câteva vaccinuri anti-SIDA. Unul, care conține o proteină (gp160), prezentă la suprafața virusului HIV-1, modificată prin inginerie genetică, a fost injectată în persoane deja infectate cu virusul. Această formă de terapie imunitară a încetinit viteza de distrugere a limfocitelor de către HIV-1 și ar putea fi testată în curând și ca vaccin pentru persoanele neinfectate.

AZT s-a folosit ca tratament pentru personalul care s-a înțepat sau s-a tăiat cu ace sau instrumente contaminate cu sânge de la pacienți cu HIV-1. Nu este clar dacă acest tratament profilactic împiedică sau nu infecția. Există unele indicii că AZT, administrat în fazele inițiale ale infecției, poate să prelungească viața pacientului (vezi și BISEXUALITATEA; SPUME, CREME ȘI GELURI CONTRACEPTIVE; HERPES; HOMOFOBIA; SEX PROTEJAT).

**ALCOOL** Vezi AFRODISIACE; SINDROAMELE DE ABUZURI CU SUBSTANȚE LA FEȚI ȘI NOU-NĂSCUȚI

**STILURI DE VIAȚĂ ALTERNATIVE** În timpul anilor 1960 și ,70, în mass-media și în campusurile universitare din Statele Unite s-au făcut dese referiri la stilurile de viață alternative. Termenul a fost folosit foarte pe larg pentru a numi un spectru foarte întins de aranjamente, de la viața de unul singur, pentru cei care aleg celibatul, până la comunități mari, în care sute de indivizi trăiau ca o singură familie, împărțindu-și toate veniturile și răspunderile legate de creșterea copiilor. În câteva cazuri extreme, se practica și viața sexuală în comun, fie rezervată șefilor, fie tuturor membrilor comunității. În unele grupuri de oameni s-a încercat reunirea a două sau trei familii într-o „familie încorporată”, iar în unele din aceste familii s-a practicat și împărțirea soților, de bună voie.

Această experimentare a unor alternative la viața sexuală și familială a fost văzută ca o reacție la portretul idealizat dar adesea nerealist al vieții de familie din America din anii 1950 și la începutul anilor 1960. Era în ton cu ideologiile multor mișcări antiautoritariste și de eliberare de la sfârșitul anilor '60, în special cu mișcarea antirăzboinică, cu culturile hippy și cu uzul drogurilor, cu mișcarea feministă, cu mișcarea de eliberare sexuală și cu cele pentru drepturile civile.

Deși mai există unele enclave foarte mici de indivizi care se agață de versiuni actualizate ale sistemelor alternative de viață din anii 1960, astăzi termenul se referă în general la realitatea vieții de familie din America și nu la experimentele sociale. Prin urmare, el se aplică în special familiilor cu un singur părinte, mamelor care au ales să fie singure, cuplurilor care au ales să trăiască fără copii, cuplurilor de homosexuali și lesbiene, cu sau fără copii, pe scurt, structurilor de relații de cuplu sau familiale altele decât modelul heterosexual cu mamă, tată și doi sau mai mulți copii, care ocupă o casă separată.

**AMENOREEA** Ciclul menstrual feminin implică o serie extrem de complexă de mecanisme fiziologice interdependente. Încetarea oricăruia dintre acestea conduce la încetarea MENSTRUATIEI. Principalele organe implicate în menstruație — creierul, ovarele, uterul și trompele uterine — sunt activate de diverși mesageri chimici, sau HORMONI; hormonul de stimulare a foliculilor, ESTROGENUL, hormonul de luteinizare și PROGESTERONUL.

Există două tipuri de încetare a menstruației recunoscute clinic: amenoreea primară, sau incapacitatea femeii de a începe menstruația, deși a ajuns la nivelul de maturitate la care ar trebui ca aceasta să apară; și amenoreea secundară, sau pierderea menstruației după începerea ciclului. Există trei cauze fundamentale ale amenoreii: prima, evident, este posibilitatea ca femeia să fie gravidă; a doua, posibilitatea ca unul din organele implicate în ciclu să lipsească sau să nu funcționeze normal, cauzând o amenoree primară; iar a treia și de departe cea mai întâlnită cauză este absența hormonilor specifici sau eșecul hormonilor în a își îndeplini funcțiunile. Problemele hormonale apar în general datorită eșecului ovarelor de a produce cantitățile necesare de estrogen și progesteron. În unele cazuri, apare un exces de hormoni masculini, în locul cantității adecvate de hormoni feminini. Din acesta rezultă amenoreea și un anumit grad de masculinizare, simptomele incluzând un exces de păr facial, acnee și o îngroșare a vocii.

Alte cauze ale amenoreii includ chisturi și tumori, stres, boli și ocazional problemele emoționale ale adolescenței. Femeile anorexice și cele care fac cu rigurozitate exerciții fizice — alergătoarele aflate în perioadele de antrenament, de pildă — pot să aibă și ele parte de o pierdere a menstruației. În sfârșit, amenoreea apare și la începuturile MENOPAUZEI, care reprezintă încetarea naturală a menstruației la femeile care au ieșit din perioada de procreare.

Tratamentul amenoreii este determinat de cauza precisă a fiecărui caz în parte. Radiologia și analizele sanguine sunt adesea utile în determinarea cauzei. După cum am spus mai sus, cea mai întâlnită cauză a amenoreii primare este absența sau incapacitatea hormonilor de a-și îndeplini funcțiunile. Prin urmare, tratamentul hormonal este în general încununat cu succes în reînceperea menstruației, fiind administrat sub forma unor medicamente orale, adesea în formule similare cu cele

ale pilulei anticoncepționale. În rarele ocazii în care se întâlnește un himen neperforat sau alte anomalii anatomice, este nevoie și de o intervenție chirurgicală.

Cauza cea mai întâlnită a amenoreii secundare la adolescente este stresul, la care se adaugă și schimbarea modului de viață. Se întâlnește adesea la studentele care pleacă de acasă pentru a locui într-un cămin. În cel mai multe cazuri, recăpătarea încrederii sau simpla schimbare în stilul de viață e tot ce trebuie pentru ușurarea stresului și pentru reluarea menstruației.

**AMNIOCENTEZA** Un făt care se dezvoltă plutește în uter, într-un sac plin cu un lichid amniotic. La șaisprezece până la optsprezece săptămâni de sarcină, se poate scoate o cantitate mică din acest fluid, cu ajutorul unui ac inserat prin peretele abdominal, în sacul amniotic. (Pentru a se evita rănirea fătului, se folosește ecografia, ultrasunetele pătrunzând prin peretele uterin și făcând să apară contururile fătului, placenta și fluidul amniotic.) Acest procedeu se numește amniocenteză.

Amniocenteza prezintă un anumit risc pentru femeie, pentru sarcină și pentru copil. Riscul întreruperii sarcinii atunci când se recurge la amniocenteză este de 1:200.

Fluidul scos cu ajutorul acului se poate analiza pentru căutarea anumitor compuși chimici, enzime, cromozomi etc., care să ajute la diagnosticarea prenatală a unor boli cum ar fi mongoloidismul, boala Tay-Sachs la evreii din Occident, anemia falciformă la negri, beta-thalasemia la greci și italieni, alfa-thalasemia la sud-est asiatici, defecte ale tubului neural (deschideri în coloana vertebrală și în craniu) ca spina bifida și anencefalia, fibroza chistică, hemofilia, boala rinichiului polichistic și distrofia musculară. Este doar o listă sumară a bolilor și stărilor pe care medicii le pot detecta la copilul nenăscut.

Amniocenteza este de obicei efectuată atunci când mama va avea peste treizeci și cinci de ani la nașterea copilului. Trebuie notat că este o vârstă aleasă arbitrar, părinții putând să opteze pentru procedură la orice vârstă. Evident, toate femeile care deja au un copil cu deficiențe cromozomiale ar trebui să fie testate cu ajutorul amniocentezei, care ar fi necesară și dacă există o anomalie cromozomială la unul dintre părinți. Înainte de apariția amniocentezei, aceste anomalii erau detectate doar la nașterea copilului; acum, ele pot fi detectate într-un stadiu mult mai incipient. Dacă sunt detectate defecte majore ale fătului, atunci se recomandă și se efectuează în mod obișnuit un AVORT, deși unii părinți vor alege ducerea sarcinii până la capăt și creșterea copilului.

\*\*\* fig. p. 37

*Amniocenteza*

**SEXUL ANAL** Sexul anal are loc atunci când penisul este introdus prin anus în rectul partenerului. Deși multe cupluri heterosexuale îl încearcă ocazional, el pare să fie mult mai frecvent la bărbații homosexuali. Indiferent de sexul partenerului, penetrarea poate fi dureroasă dacă recipientul nu este foarte relaxat sau dacă nu s-au folosit lubrifianți apoși (nu vaselină). De asemenea, din cauza faptului că anusul este mic și nu a fost proiectat pentru împingeri puternice, prin frecarea sfîcterului anal și a țesutului înconjurător pot să apară răniri. După angajarea în sex anal, penisul nu trebuie să fie plasat în vaginul sau în gura partenerei înainte de a fi spălat, pentru că există posibilitatea ca el să transporte din anus în alte părți ale corpului bacterii care cauzează infecții.

Cercetătorii SIDA cred că sexul anal este cea mai periculoasă practică sexuală în termeni de răspândire a virusului HIV, care produce SIDA (în special la recipient). Prin urmare, dacă partenerii nu sunt absolut siguri că sunt amândoi liberi de orice prezență a HIV, ei ar trebui să folosească un prezervativ nou de latex, împreună cu lubrifianți apoși din belșug. (vezi și SIDA; SEX PROTEJAT).

**ANDROGINIA** Atunci când la o persoană se întâlnesc și trăsături cunoscute îndeobște ca fiind feminine și unele masculine, atunci persoana se spune că ar fi un androgin. (Cuvântul androginie provine din limba greacă, din cuvintele *andros*, bărbat, și *gyne*, femeie.) În literatură, termenul se aplică tuturor personajelor care par să se miște între sexe și roluri de bărbat sau femeie. Un exemplu faimos este Orlando, din romanul cu același nume de Virginia Woolf, despre un individ care se deplasează prin istorie schimbându-și sexul la fiecare reapariție, cu fiecare nouă generație. De asemenea, se poate aplica și iubirii secrete a lui Scarlet O'Hara, Asley Wilkes, din romanul *Pe aripile vântului*, care se pare că era un bărbat romantic și sensibil, într-o societate în care se aștepta ca un bărbat să fie arogant și *macho*.

Psihologii credeau pe vremuri că pot să măsoare masculinitatea și feminitatea folosindu-se de scări bazate pe atribute care acoperă ROLURILE SEXUALE ale bărbaților și femeilor. Trăsăturile definite în mod obișnuit ca masculine includ ambiția, independența de acțiune și de decizie, dorința de afirmare. Trăsăturile feminine ar fi afecțiunea, blândețea, simpatia și sensibilitatea la nevoile altora. Recunoscând faptul că mulți bărbați și multe femei nu se pot defini în concordanță cu convențiile populare și că mulți prezintă un amestec al acestor trăsături, psihologul Sandra Bem a introdus la începutul anilor 1970 o scală a androginismului care reflectă autodescrieri ale oamenilor care prezintă în mod egal atribute feminine și masculine.

În ultimii ani, americanii au fost martorii unei creșteri a androginiei în viața de zi cu zi, pe măsură ce deosebirile distinctive între sexe par să se disipe în multe moduri. Profesii cum ar fi cea de crainic TV, reporter, avocat, pe vremuri aproape eminamente masculine, sau însoțitori de zbor, pe vremuri practic ocupate numai de femei, au devenit tot mai androgine. Coaforul și frizeria au lăsat mână

liberă frizurilor unisex, evident androgine. Și hainele androgine, cum ar fi blue-jeans și pardesiele, sunt purtate de ambele sexe. (vezi și STEREOTIPURI SEXUALE).

**ANORGASMIA** Incapacitatea femeilor de a avea un ORGASM în cadrul masturbării sau al unui contact sexual cu un partener. Termenul se poate aplica și la bărbați. Înainte de apariția terapiei moderne a sexului, se folosea adesea termenul de „frigidă” pentru femeile care nu ajungeau la orgasm prin eforturile soților lor (era de neconceput ca o femeie matură să recurgă la masturbare). Ca termen peiorativ, el desemna o femeie care nu poate să aibă nici o reacție la activitatea sexuală masculină. Deși nu a fost niciodată un termen clinic, el a apărut în multe manuale de sexologie umană până prin preajma lui 1980, fiind considerat, eronat, ca fiind corespondentul feminin al IMPOTENȚEI masculine. Cuvântul „frigidă” masca pe vremea aceea ceea ce noi considerăm acum a fi două disfuncții sexuale distincte; incapacitatea de a ajunge la orgasm chiar și în situația excitării sexuale și o lipsă generală a dorinței sexuale. Sigmund Freud a sugerat că această problemă își are rădăcina în tranziția eșuată la „starea genitală”, ducând la „imaturitatea” femeii. Terapeuții sexului de acum consideră că problema se datorează în principal analfabetismului sexual din partea femeii și a iubitului ei, sau prohibițiilor religioase și sociale care au împiedicat învățarea răspunsurilor orgasmice prin masturbare.

Un termen alternativ la anorgasmie este preorgasmia, ceea ce implică ideea că orice femeie poate să ajungă la orgasm prin tehnicile sugerate de terapeutul sexual — mai întâi prin masturbare și apoi, adesea prin transferul acestei tehnici, la orgasmul reușit prin coitus. (vezi și SIMULAREA ORGASMULUI; TERAPIA SEXULUI).

**NELINIȘTEA ANTICIPATIVĂ** Unii indivizi au probleme sexuale din cauza temerilor că s-ar putea să aibă probleme sexuale. Dacă unui bărbat îi este teamă că nu ar putea obține sau menține o erecție, atunci această grijă, sau neliniște anticipativă (numită uneori „neliniște de performanță”) că s-ar putea să nu fie în măsură să ducă la sfârșit un act sexual așteptat poate să ducă la ceea ce se teme el. Neliniștea anticipativă trebuie să fie învinsă pentru a se obține succesul în actele sexuale care implică erecții. Terapeutul sexual urmărește să înlocuiască această anxietate învățând pacientul să fantazeze: cu ajutorul fanteziilor sexuale și al MASTURBĂRII, adesea este mai ușor să se obțină și să se mențină o erecție până la punctul culminant, fără teama că va trebui să-i demonstrezi partenerului performanțe deosebite.

O femeie care crede că nu va fi în măsură să aibă un orgasm cu un partener este foarte probabil să nu ajungă la orgasm. Ca și la bărbați, neliniștea este redusă prin folosirea combinată cu succes a fanteziilor erotice și a masturbării. După un grad oarecare de succes cu fantezia, clienta poate fi instruită să creeze imagini în care ea ajunge la orgasm cu un partener, în timp ce totuși orgasmul este

obținut prin masturbare. Terapeuții sexului au descoperit că această tehnică ajută multe femei să ajungă la orgasm atunci când sunt stimulate de un partener la adresa căruia au avut anterior fantezii.

**ANUS** Punctul din partea inferioară a tractului intestinal, care face legătura dintre rect (în care se adună materiile fecale) și pielea feselor. Este înconjurat de mușchii sfîcterului anal, care se contractează pentru a permite omului să amâne defecația până ce se ajunge la un moment și într-un loc acceptabil din punct de vedere social și convenabil din punct de vedere personal. Anusul conține și terminații nervoase senzoriale și, ca multe alte părți ale corpului, a fost folosit și pentru stimularea sexuală.

Practicile sexuale care implică anusul includ CONTACTUL SEXUAL ANAL atât în cadrul unor cupluri atât heterosexuale, cât și homosexuale, ca și inserarea de diverse obiecte cum ar fi FALUSURILE ARTIFICIALE sau degetele. Contactul anal heterosexual se poate folosi pentru a preveni sarcina sau pentru a-i permite femeii să rămână „virgină”. Contactul sexual anal este practicat de bărbații homosexuali și în unele culturi este considerat o alternativă la actul heterosexual. În timpul actului homosexual anal are loc o oarecare stimulare a glandei numite prostată, ejacularea rezultând de obicei ca rezultat al unei masturbări. Penetrarea anală este considerată de mulți bărbați homosexuali ca fiind la fel de importantă cu relația în sine, spre deosebire de sexul oral sau masturbarea ocazională.

Pericole multiple sunt asociate cu practicarea sexului anal. Sfîcterele anale nu se dilată bine pentru a permite intrarea penisului sau a unui penis artificial. Prin supraîntinderea sfîcterelor anusului, pot să apară rupturi (fisuri anale) sau ruperea mușchilor sfîcterelor. Inserarea unor obiecte străine în anus poartă cu ea riscul perforării rectului, a sfîșierii mucoasei rectale, sau pierderea obiectului în rect, ceea ce va necesita serviciile unui chirurg, pentru scoatere.

Rectul conține și bacterii într-un număr și de o diversitate uriașă. Acestea pot să intre pe canalul uretral sau prin pielea iritată a penisului, cauzând eventuale infecții grave. În plus, infecțiile transmise pe cale sexuală, cum ar fi sifilisul, herpesul, preferă să se dezvolte în mediul cald și umed al anusului. În zilele noastre, o și mai mare îngrijorare suscită pericolul prezentat de virusul bolii SIDA, care este prezent și în spermă și în sânge. Dacă se practică sexul anal, folosirea prezervativului este obligatorie, dar nu împiedică 100% răspândirea infecției. Mai mult, persoanele care practică sexul anal ca receptoare prezintă un risc sporit de cancer al canalului anal.

**AFRODISIACE** Orice mâncare, băutură, medicament, miros sau dispozitiv despre care se crede că ar stimula interesul sexual și că ar mări vigoarea sexuală a unei persoane. Timp de multe secole, oamenii au căutat diverse substanțe care să mărească excitarea sexuală. În special, bărbații caută afrodisiace pentru îmbunătățirea performanțelor lor sexuale, prin întărirea erecției.

Una din cele mai vechi poțiuni cunoscute — testicule de țap fierte în lapte — vine din India. În China și Japonia, ficatul de rechin și cornul de rinocer pisat sunt de peste o mie de ani niște stimulente sexuale foarte populare. Drept afrodisiace au fost prescrise stridiile, glandele de maimuță, ginsengul și chiar alunele. Dar probabil afrodisiacul cel mai intrat în conștiința socială este cantarida. Aceasta este probabil originară din Africa, dar se folosește de mai multă vreme în toată lumea. Deși se numește în mai multe limbi „muscă spaniolă”, cantarida nu este o muscă, ci un coleopter verde strălucitor, care este uscat și pisat până se obține un praf foarte fin. Atunci când este consumată, substanța irită vezica urinară și uretra. Se spune că mâncărimea rezultată ar duce la excitarea sexuală. În fapt, cantarida este foarte periculoasă. Consumată continuu, ea este otrăvitoare, ducând la infecții uro-genitale și la rănirea uretrei.

Afrodisiacul cel mai larg răspândit este alcoolul. Explicația este aceea că un cocktail, sau un pahar de bere sau de vin, are un efect plăcut de ridicare a inhibiției, creând senzația de căldură și relaxând reținerile sexuale ale persoanei. Dar prea multă băutură are efectul evident de deprimare. O femeie se poate trezi că nu mai este deloc excitată, iar un bărbat că nu mai poate obține deloc o erecție.

Multe droguri ilegale, cum ar fi marijuana, amil-nitrații, cocaina și ecstasy au fost laudate de consumatorii entuziaști ca îmbunătățind activitatea sexuală. Dar folosirea combinată cu alcool, folosirea neadecvată sau supradozele pot să aibă efectul contrar, distrugând orice capacități sexuale. Amil-nitrații și cocaina pot să ducă chiar la moarte. Au existat și multe afrodisiace legale, vândute oficial, dar nici unul nu s-a dovedit eficient, ar multe au avut chiar efecte contrare.

Folosirea afrodisiacelor este o practică veche de secole pentru că nimeni nu dorește să vadă diminuându-i-se capacitatea sau dorința sexuală. Este greu de stabilit dacă ele funcționează într-adevăr sau nu. Evident, dacă o persoană are o problemă fiziologică obiectivă, nimic — nici stridiile, nici vitamina E, ginsengul sau cornul de rinocer — nu îl va ajuta. În același timp, există zicala că cel mai important organ sexual se află între urechi. O stare de spirit relaxată și încrezătoare joacă un rol important în obținerea satisfacției sexuale.

**ARTRITA ȘI SEXUL** Multe boli sunt incluse în termenul general de artrită sau de reumatism. Toate pot să aibă aceleași simptome — posibil o febră care se repetă, care indică afectarea unui organ intern. Pacienții prezintă probleme articulare sau musculo-scheletice în diverse grade, care duc la durere și la limitarea libertății articulațiilor.

Dacă o persoană nu se simte bine, atunci în mod normal nu va mai prezenta un interes pentru sex. De obicei, dorința crește proporțional cu ușurarea durerii individului. Nici un studiu nu a sugerat că activitatea sexuală ar avea vreun efect asupra stării medicale a bolnavului de reumatism. Este important ca pacienții să fie asigurați că dacă simt dorință sexuală, activitatea sexuală nu va avea nici un efect advers asupra stării lor fizice.

Soluția unei vieți sexuale satisfăcătoare pentru o persoană cu afecțiuni artritice/reumatice constă într-o flexibilitate a atitudinii și a abordării sexului, ca și în respectarea unui orar. Este important să nu uităm că starea variază de la bolnav la bolnav. Prin urmare, pacientul nu ar trebui să fie făcut să simtă că există o abordare corectă și una incorectă a sexului, sau că există un model de urmat în abordarea sexului. De pildă, pacienții pot avea perioade în timpul cărora sunt relativ liniștiți din punctul de vedere al simptomelor și disconfortului. Perioadele acestea pot fi în funcție de ora zilei și de aceea s-ar putea să fie necesar ca activitatea sexuală să fie ajustată pentru prânz sau după-amiază, dacă atunci ei se simt cel mai bine.

Articulațiile afectate de artrită pot să determine pozițiile și acțiunile în care persoana se simte cel mai confortabil. Evident, orice activitate sexuală care provoacă durere trebuie evitată. În unele cazuri, satisfacerea sexuală se poate obține mai bine prin alte metode decât penetrarea sexuală — MASTURBAREA reciprocă, CUNNILINGUS sau FELAȚIA. Un partener înțelegător, deschis unor experiențe noi, este de mare ajutor în risipirea disconfortului și în producerea maximului de plăcere. Trebuie încurajate discuțiile deschise și sincere între parteneri, pentru a se ști care activități sunt cele mai plăcute și care provoacă cele mai mari neplăceri. Deoarece este extrem de dificil ca partenerul să ghicească intensitatea durerii pacientului, acesta ar trebui să descrie ce simte și să sugereze activitățile sexuale adecvate situației. Pacientul poate să ia și un analgezic sau un antiinflamator ușor și cu efect rapid, de pildă o aspirină, cu o oră înainte de activitatea sexuală. În unele cazuri, medicamentul va fi suficient pentru evitarea posibilelor dureri din timpul actului sexual.

Dacă pacienții cu artrită/reumatism pot să aibă o activitate sexuală satisfăcătoare într-o anumită măsură, starea lor de spirit va fi în general mai bună, marcată de optimism. Se va îmbunătăți și atitudinea bolnavului față de afecțiunea lui. Nu există nici un motiv pentru care, cu ajutorul unei abordări flexibile din partea bolnavului și a partenerului, perechea să nu aibă o relație sexuală reciproc satisfăcătoare, chiar și în cazul unei artrite sau a unui reumatism acut (vezi și **PERSOANELE HANDICAPATE ȘI SEXUL**)

**INSEMINARE ARTIFICIALĂ CU DONATOR (AID)** Există un număr de motive pentru care a luat amploare în ultimii ani înșămânțarea artificială cu spermă furnizată de un donator. Metoda este tot mai mult acceptată la nivel social. Este mai greu să găsești un copil pe care să-l adopți. Multe cupluri în vârstă sau femei nemăritate doresc să aibă copii. Inseminarea artificială cu donator (AID) a fost efectuată pentru prima oară în 1884, dar a devenit o opțiune acceptabilă abia în secolul 20. În anii 1950, s-a descoperit că sperma poate fi înghețată și folosită ulterior. În anii care au urmat au fost studiate aspectele legale și morale ale procedurii, ca și criteriile pentru stabilirea donatorilor. Abia în 1979 s-au emis directivele prin care sunt eliminați donatorii purtători de boi ereditare sau sexuale. Aceste criterii au fost reevaluate în 1986, introducându-se și un test SIDA obligatoriu.

Astăzi, cele mai întâlnite motive pentru folosirea însămânțării artificiale cu donator sunt infertilitatea masculină și împiedicarea unor boli ereditare, cum ar fi fibroza chistică, hemofilia, boala Rh, distrofia musculară sau boala Tay-Sachs. Criteriile legate de infertilitatea masculină care justifică inseminarea artificială cu donator sunt: o ireversibilă lipsă a spermei, din copilărie sau ca rezultat al unei boli, al iradierii, chimioterapiei sau sterilizării; cantități insuficiente de spermă sau cu spermatozoizi ineficienți; sau alte forme de impotență ireversibilă.

În cele mai multe cupluri, impotența este adesea însoțită de sentimente de mânie, frustrare și vină. Chiar și atunci când se oferă soluția inseminării artificiale, soțul poate să aibă mari dificultăți cu senzația de eșec, putând să apară în timp o criză care să ducă la ruptura căsniciei. De aceea, atunci când testele arată că nu există nici o alternativă, doctorul trebuie să prezinte rezultatul cu o deosebită prudență. Tratamentul nu trebuie să înceapă imediat. Cuplul are nevoie de timp pentru a se obișnui cu problema lor și a o aborda. Și femeile se pot simți dezgustate de injectarea de spermă „străină” în corpurile lor. Unele femei chiar ajung să aibă probleme fizice, exprimate prin dereglări menstruale și de ovulație, sau chiar prin încetarea ovulației. Evident, nu toate cuplurile pot fi considerate candidați potriviți pentru însămânțarea artificială. Orice cuplu care depune o cerere trebuie să fie studiat cu atenție și trebuie să fie absolut încredințat că nu există altă soluție la problema lor. Ambii parteneri trebuie să exprime în scris acordul de primire a spermei de la un donator, iar bărbatul trebuie să semneze o declarație prin care se angajează să recunoască drept al lui copilul rezultat. Pentru a împiedica orice păreri de rău, bărbatul trebuie să participe la toate fazele procesului, de la determinarea ovulației până la completarea procesului AID. O altă metodă de reducere a tensiunii este ca ambilor parteneri să li se explice foarte detaliat și complet toate etapele procedurii, inclusiv modul în care sunt aleși donatorii și testele la care se supun aceștia, pentru ca sperma lor să fie considerată adecvată, șansele de graviditate, posibilele complicații ale sarcinii și șansele apariției unui defect la naștere.

Donatorii sunt aleși cu mare grijă, pentru a se evita aceia cu o sănătate șubredă, cu boli ereditare sau cu potențial de fertilitate redus. Sperma trebuie să aibă un volum de peste 1,5 mililitri, o concentrație de spermatozoizi de 20 de milioane la mililitru, o motilitate de peste 40% și o morfologie normală la cel puțin 50% dintre spermatozoizi. În general, donatorii sunt aleși dintr-o populație de calitate (mulți sunt studenți); ei sunt supuși unor serioase teste fizic și mentale, ca și unui interviu foarte serios, din care să rezulte dacă există probleme în trecutul donatorului sau în al familiei lui, căutându-se în special boli ereditare sau mentale în familie. Are loc și o testare cuprinzătoare, pentru a se determina dacă sperma este purtătoare de boli cu transmitere sexuală, în special SIDA. Aceste teste sunt repetate la fiecare șase luni: apoi eșantionul de spermă este congelat până când, după șase luni în care rezultatele sunt tot negative, sperma este declarată utilizabilă.

Este întocmită o listă cu factori fizici (grupa sanguină, factorul Rh, structura corporală, culoarea pielii, a ochilor și a părului). Sunt înregistrate și profilul psihologic și cel social al donatorului, pentru a facilita absorbirea copilului de familie și de mediu. În același timp, cuplul trebuie să fie informat că, deși se vor face eforturi în acest sens, nu există nici o cale de a garanta că donatorul este similar în toate privințele cu tatăl. Identitatea donatorului și a cuplului primitor al procedurii AID sunt ținute secrete în cele mai multe țări. Informația este păstrată într-un seif al spitalului și nu este manipulată de nimeni.

Procedura AID include urmărirea ovulației prin diverse metode, inclusiv măsurarea temperaturii bazale a corpului și urmărirea cu ajutorul ultrasunetelor a dezvoltării foliculului. Sperma este injectată în preajma momentului ovulației. Înainte de injectare, în vagin este introdus un depărtător, pentru a expune colul uterin, iar cantitatea de spermă este plasată cu ajutorul unui tub îngust. În unele cazuri, sperma este injectată și direct în uter. Paciente stau întinse timp de câteva minute, după care se ridică și merg acasă. Atunci când se efectuează injectarea, se consideră că ovulul este în trompa uterină timp de până la trei zile de la ovulație, dar sperma rămâne funcțională în organele sexuale ale femeii timp de șapte zile.

În general, o injecție este suficientă în timpul ovulației, dar adesea se administrează două sau mai multe injecții, în special atunci când nu se cunoaște cu precizie momentul precis al ovulației. Atunci când timpul ovulației este cunoscut cu precizie, în special atunci când ovulația a fost produsă cu ajutorul medicamentelor, un număr suplimentar de injecții nu aduce nici un avantaj. Din cauza timpului de viață al spermatozoizilor, este preferabil ca injectarea să aibă loc înainte de deschiderea foliculului. Atunci când se administrează mai multe injectări, cel mai bine este ca toate să provină de la unul și același donator, pentru ca identitatea tatălui să fie sigură.

Dacă nu există probleme suplimentare, șansele de apariție a sarcinii sunt bune — cam 90% după un an de antrenament intensiv. Sarcina și nașterea nu sunt cu nimic diferite față de alte sarcini și nașteri. În fapt, s-a descoperit că în general copiii rezultați din înșămânțarea artificială cu donator au o inteligență peste medie (vezi și CONCEPȚIA; FERTILIZAREA IN VITRO; BĂNCI DE SPERMĂ).

**AUTOEROTISM** Activități și stimulări sexuale autoinduse. Aceste activități constau în principal în două tipuri: MASTURBAREA și fanteziile sexuale. Masturbarea poate să includă și folosirea unui număr de dispozitive mecanice, iar fanteziile pot să fie atât creația minții individului, cât și produsul lecturilor sau al urmăririi de filme sau fotografii erotice și porno. Excitarea autoerotică poate fi produsă de persoane care sunt singure, dar și în prezența partenerului sexual. Obiectul activității autoerotice poate fi strict obținerea excitării, excitarea și stimularea duse până la punctul ORGASMULUI, excitarea în timpul PRELUDIULUI dinainte de contactul fizic cu altă persoană, sau o variantă de sex în doi, în care fiecare este angajat într-o masturbare autoerotică până la orgasm.

Această ultimă formă este tot mai populară, în special în rândul bărbaților homosexuali, care vor intimitatea unei experiențe sexuale, dar în același timp sunt foarte îngrijorați de transmiterea SIDA sau a altor boli sexuale. (Vezi și VIBRATOARE).

**BESTIALITATE** Vezi ZOOFILIE

**BIBLIA ȘI SEXUL** vezi AVORTUL; ADULTERUL; DISCRIMINAREA SEXUALĂ;  
MASTURBAREA

**NAȘTEREA** Nașterea unui copil începe cu instalarea travaliului — contracțiile ritmice ale uterului, care forțează copilul să iasă din pântec și să se plaseze pe canalul de naștere, spre primul lui moment de viață în afara mamei. Mecanismul biologic exact care semnalează încheierea unei sarcini și începerea procesului nașterii este unul din misterele vieții care încă nu ni s-au relevat. Se presupune că mecanismul este hormonal.

Primele contracții uterine simțite la începutul travaliului pot să fie la distanță de cincisprezece-douăzeci de minute și pot să dureze până la un minut. Există însă o mare diversitate a modului lor de manifestare, iar unele femei nu au decât niște contracții și crampe izolate inițiale. Primele contracții pot fi însoțite de alte simptome, cel mai ades de o scurgere de mucus cu sânge sau o bruscă eliberare de lichid amniotic prin vaginul femeii. Mucusul face parte din dopul care sigilează colul uterin pe timpul sarcinii și care împiedică intrarea infecțiilor în uter. Fluidul amniotic este fluidul în care este suspendat fătul, protejându-l pe parcursul sarcinii. Una din zece femei suferă o rupere a membranelor înconjurătoare, din care rezultă o scurgere de fluid. Aceasta se numește popular „ruperea apei”. Dacă aceasta are loc înainte de începerea contracțiilor, atunci nașterea va avea loc în nu mai mult de douăzeci și patru de ore.

Contracțiile travaliului sunt principala forță care împinge fătul afară din pântecul matern. Cele mai multe femei au așa-numitele „dureri de travaliu”. Acestea pot fi moderate sau foarte intense, dar pot fi controlate cu medicamente și folosindu-se tehnici speciale de respirație sau de altă natură.

Atunci când contracțiile au căpătat o frecvență stabilă de una la cinci sau șase minute, femeile care nasc pentru prima oară ar trebui să-și sune doctorul. (Cele care au mai născut sunt sfătuite să-l sune mai devreme.) Femeile care au ales să nască în spital sunt în general sfătuite să se ducă la secția de maternitate atunci când contracțiile au loc la intervale regulate de patru sau cinci minute.

foto p. 43.

*O mamă ținându-și pentru prima oară copilul*

\*\*\*

Multe spitale și alte așezăminte pentru travaliu și naștere au o „cameră de nașteri”, în care pot participa la naștere ambii părinți. Ei au acces imediat la tot echipamentul de spital care poate fi necesar în timpul travaliului și nașterii propriu-zise — mai ales dacă apare vreo urgență — dar camerele de naștere sunt în general mai puțini formale și mai înfricoșătoare decât corespondentele lor din maternitățile din trecut. Ele oferă un mediu non-medical pentru naștere, deși sunt în cadrul unor spitale. (Vezi NAȘTEREA ACASĂ; NAȘTEREA ÎN SPITAL).

La sosirea la spital, femeia este în mod obișnuit preluată de o soră medicală sau de alt membru al personalului spitalului care răspunde pentru modul în care decurg travaliul și nașterea. Se efectuează o scurtă examinare fizică, ca și o examinare vaginală, pentru a degermina grosimea și dilatarea colului uterin și poziția pe care o va avea copilul la naștere. Mulți doctori vor cere și aducerea unui sistem extern de monitorizare, pentru a înregistra ritmul și caracteristicile cardiace ale fătului, ca și timpul, durata și intensitatea contracțiilor femeii. Monitorul este urmărit îndeaproape de către obstetrician și asistente de-a lungul întregului travaliu. Legat la abdomenul femeii, sistemul exterior furnizează semnale vizuale și auditive, iar personalul medical poate să vadă și să audă cum decurge travaliul. Se poate folosi, la nevoie, și un sistem intern de monitorizare. Un electrod și un cateter de presiune sunt trecute prin colul uterin în curs de dilatare. Electrocul este atașat direct la copil, iar cateterul va rămâne în cavitatea uterină. Acest sistem de monitorizare este mai precis, dar este invaziv și prezintă un anumit risc.

Durata travaliului variază pe o plajă largă de la o femeie la alta și de la o naștere la alta a aceleiași femei. În general, durează mai mult la nașterea primului copil. Travaliul durează câteva ore, dar se poate întinde și până la douăzeci și patru de ore sau chiar mai mult. La nașterea primului copil, media este de cincisprezece ore, iar la nașterile ulterioare ea scade sub zece ore.

Terminologia medicală divide travaliul în trei stadii. Primul stadiu al travaliului este pregătirea pentru nașterea care va urma. El începe cu primele contracții simțite de femeie chiar înainte de a se prezenta la unitatea medicală. În această perioadă inițială, colul uterin începe să se subțieze și să se dilate, pentru a permite copilului să treacă din uter în partea superioară a canalului de naștere. Pe măsură ce travaliul progresează, contracțiile sunt mai puternice și mai frecvente, iar deschiderea cervicală se dilată până la cam cinci centimetri sau mai mult. La sfârșitul primului stadiu, într-o perioadă care se numește stadiu de tranziție, contracțiile devin foarte intense și dureroase, iar colul uterin se dilată până la zece centimetri sau mai mult.

\*\*\*

### *Monitorizarea la naștere a inimii fătului*

\*\*\*

Al doilea stadiu al travaliului este procesul de naștere propriu-zisă. El începe atunci când copilul începe să iasă din uter în partea superioară a canalului de naștere, împins de forța contracțiilor mamei. Aceste contracții sunt regulate și puternice, iar copilul coboară profund în pelvis. Uneori, la începerea procesului de naștere, copilul nu este în poziție corectă, cu capul în jos, iar în canalul de naștere pot să apară mai întâi pelvisul sau picioarele. În acest caz avem o naștere anormală. Deși aceasta este mai dificilă, doctorii sunt antrenați să o rezolve. În unele cazuri, nașterile potențial periculoase se pot realiza prin intermediul OPERAȚIEI CEZARIENE.

Punctul culminant al nașterii se apropie atunci când capul copilului este „încoronat” de deschiderea colului și devine vizibil în deschiderea vaginală. Vaginul mamei se poate destinde pentru a permite trecerea capului și corpului copilului, dar de obicei doctorul care asistă nașterea va efectua (cu permisiunea mamei) o EPIZIOTOMIE, o incizie în țesuturile aflate imediat în spatele vaginului, pentru a preveni rupturi mai grave și mai greu de cusut. Nou-născutul este apoi separat de corpul mamei și i se șterge tot mucusul din jurul gurii, pentru a-i permite să respire pentru prima oară. Atunci când copilul a început să respire, este pensat și tăiat cordonul ombilical care îl leagă de mamă. Cei doi sunt separați. De obicei, în această fază primele plânsete ale copilului s-au auzit deja.

După nașterea copilului, urmează un al treilea stadiu, scurt, în care placenta se detașează de uter și este expulzată împreună cu membranele fătului. Acestea sunt „produsele după naștere”. În final, medicul care asistă nașterea va sutura epiziotomia femeii și orice ruptură care ar fi putut surveni.

\*\*\*

fig. P.45

- 1. Fătul gata de naștere*
- 2. Dilatarea colului uterin*
- 3. Colul uterin complet dilatat*
- 4. Apariția capului*
- 5. Apariția umerilor*
- 6. Placenta se separă de uter*

*Stadiile travaliului: colul uterin se dilată și copilul trece din uter în canalul de naștere. Vaginul se întinde, pentru a permite trecerea copilului. Copilul este separat de corpul mamei. În sfârșit, placenta și membranele fetale sunt expulzate din corpul mamei.*

\*\*\*\*

**Controlul durerii în timpul travaliului și nașterii.** Din secolul nouăsprezece, este posibil controlul sau chiar eliminarea durerilor la naștere cu ajutorul medicamentelor sau al anesteziei. Din anii 1920, cele mai multe dintre femeile din Occident care au născut în spitale folosesc o formă oarecare de control al durerii, iar în unele cazuri ele sunt anesteziate aproape complet în timpul travaliului și al nașterii. Dar în ultimii treizeci de ani opoziția față de folosirea medicamentelor a crescut, în special în grupurile de femei care susțin că au fost folosite excesiv, privându-le pe femei de o importantă experiență de viață și punând copilul în pericol. Cele mai multe medicamente pot să traverseze bariera placentară și să intre în circulația sanguină a fătului. Alt punct de vedere susține că acest control al durerilor nu este nevoie să fie exagerat și că dacă el se potrivește exact cu necesitățile femeii, fătul nu este în pericol, iar medicația adecvată poate împiedica nașterea să devină o experiență negativă sau traumatizantă. Deși în trecut doctorii administrau în mod obișnuit calmante fără a cere permisiunea, astăzi ei discută cu femeile opțiunile existente de control al durerii, înainte de începerea procesului de naștere.

Fie că au ales să folosească calmantele, fie că nu, viitoarele mame pot să joace un rol important în stăpânirea durerilor care apar în timpul nașterii. Aceasta poate începe ajungând în preajma nașterii în cea mai bună formă fizică posibilă. Ele se pot pregăti pentru naștere prin exerciții și antrenamente recomandate de metodele de NAȘTERE NATURALĂ, în special tehnicile de relaxare și de respirație oferite de METODA LAMAZE. Viitorii tați pot juca și ei un rol însemnat în naștere, antrenându-se pentru a asista femeile în efectuarea exercițiilor de respirație și a altor exerciții, înainte de travaliu și în timpul acestuia și susținându-le din punct de vedere psihic în timpul procesului.

Vor mai rămâne dureri produse de contracții, iar multe femei vor dori administrarea de medicamente pentru a scăpa de ele. Cei mai mulți doctori vor folosi analgezice atunci când s-a declarat ferm începerea travaliului și există dovada că dilatarea colului uterin este în progres, iar copilul coboară pe canalul de naștere. Mulți doctori preferă să folosească analgezice epidurale, alteori Demerol, administrat intravenos, sau Phenergan, administrat intramuscular, în timpul fazei active a travaliului. Alții folosesc Valium sau alte tranchilizante.

Alte metode de îndepărtare a durerii pot fi folosite, de asemenea, în timpul travaliului și nașterii. Una dintre ele controlează senzațiile primite de creierul femeii din partea organelor genitale exterioare. (Vezi și ANALGEZIA EPIDURALĂ ÎN TIMPUL TRAVALIULUI; TRAVALIUL INDUS; MOAȘELE; NOU-NĂSCUTUL; PLACENTA; DEPRESIA POSTNATALĂ; UTERUL).

**CONTROLUL NAȘTERILOR** De-a lungul celei mai mari părți a istoriei omenirii, conceptul limitării nașterilor nu i-a trecut nimănui prin minte; cei mai mulți copii nu treceau de cinci ani și singura

cale pentru ca un cuplu să-și transmită genele mai departe era să producă un număr cât mai mare de copii. În plus, în societățile agricole, cu cât existau mai mulți potențiali lucrători ai pământului, era cu atât mai bine.

Evident, exista dorința de a împiedica apariția unor sarcini în afara căsătoriei, care a generat de timpuriu o cerere de mijloace de control al nașterilor, dar pe măsură ce societatea a început să se schimbe, au intrat în joc alți factori. Revoluția Industrială a marcat sfârșitul societăților agrare și a nevoii de familii foarte numeroase. Femeile erau mai educate și au început să-și dorească să-și poată controla fertilitatea. În timpul celor două războaie mondiale, pe măsură ce tot mai multe femei intrau în câmpul muncii — la început temporar, pentru a înlocui bărbații plecați la război, iar apoi permanent — familiile mari au devenit incompatibile cu noul stil de viață al femeilor. Astăzi, când suprapopularea amenință existența planetei, lucrurile s-au schimbat radical: se pare că acum controlul nașterilor este o necesitate pentru supraviețuirea speciei noastre.

Există două metode esențiale pentru controlul nașterilor: prevenirea sarcinii și împiedicarea nașterii prin AVORT. Avortul a fost probabil prima cale încercată de femei, care poate că nu au înțeles cum pot preveni sarcina, dar în mod sigur știau că doresc să scape de sarcini înainte ca acestea să ducă la nașteri. Cele mai multe dintre poțiunile pentru avortare inventate de doctori sau de femeile pricepute probabil că nu făceau altceva decât să îmbolnăvească femeia. Dar în mod sigur dorința exista, chiar dacă mijloacele lipseau.

Pentru prevenirea sarcinii, spălăturile au devenit prima linie de apărare. Prima dovadă istorică pe care o avem pentru asemenea poțiuni este din morminte vechi din jurul anului 1850 î.e.n., în care rețetele pentru „spermicide” au fost îngropate o dată cu moarta. Aceste spermicide includ ingrediente cum ar fi mierea, carbonatul de sodiu și excremente de crocodil.

Alte metode de controlul nașterii folosite de femei includ DIAFRAGMA, CAPACUL CERVICAL și PREZERVATIVUL FEMININ. Prima „diafragmă” ar putea să fi fost folosită de celebrul aventurier Giovanni Casanova, despre care se spune că ar fi plasat jumătăți golite de lămâie peste colurile uterine ale partenerelor. Până în 1864, asociația medicală britanică întocmise o listă de 123 de metode de bariere vaginale folosite în tot cuprinsul Imperiului Britanic.

În timpul anilor 1870, o dată cu adoptarea legilor cunoscute sub numele de Comstock, a devenit ilegal să trimiți prin poștă în Statele Unite dispozitive sau informații legate de controlul nașterilor. În 1916, Margaret Sanger, cea care a înființat Federația pentru Planificarea Familiei din America, a început o campanie pentru abolirea acestor legi. Ea credea că dreptul femeilor de a-și controla propria fertilitatea nu trebuie să fie limitat de reguli impuse de guvern. Bătălia ei a continuat până în 1965, când Curtea Supremă din Statele Unite, prin decizia în cazul *Griswold împotriva statului Connecticut*, a abolit legile statale care interziceau controlul nașterilor.

\*\*\*

fig. P. 47

*Diafragma: a & b) aplicarea de spermicid; c) inserția diafragmei; d) diafragma montată*

**Uter**

**Col uterin**

\*\*\*

Astăzi, PREZERVATIVELE au devenit principala metodă de barieră în controlul nașterilor. Ele se vând și se folosesc nu atât pentru capacitatea lor de a împiedica nașterile, cât pentru faptul că sunt eficiente împotriva BOLILOR CU TRANSMISIE SEXUALĂ. Cele mai multe prezervative sunt făcute din latex, de unde și numele popular de „cauciucuri”.

Deoarece unii bărbați sunt foarte încăpățânați și nu vor să folosească prezervative, s-a produs și un prezervativ feminin, pentru ca femeile să beneficieze de dublul rol al prezervativului, de apărare împotriva bolii și de prevenire a sarcinii. Acesta a apărut abia de curând și nu pare a fi foarte bine pus la punct. Unele femei care l-au folosit se plâng că este greu de montat, dar multe altele, îndată ce reușesc să învețe utilizarea, se declară foarte mulțumite. Capacitatea prezervativului feminin de a împiedica sarcina și răspândirea bolilor cu transmisie sexuală ar trebui să fie cam la fel de mare cu cea a prezervativului masculin.

\*\*\*

fig. P. 48 sus

*Inserția de spermicide: 1. Vezică 2. Uter 3. Vagin 4. Spermicid*

fig. P. 48 jos

*Steriletul: 1) Steriletul și dispozitivul de inserție; 2 & 4) Dispozitive cu manșon de cupru; 3 & 5)*

*Sterilete cu cupru*

**Uter**

**Sterilet**

Sterilet

Fire de nailon

\*\*\*

Alte două metode de barieră populare de control al nașterilor sunt diafragma și capacul pentru colul uterin. Ambele sunt inserate în vagin, pentru blocarea colului uterin, care face legătura între vagin și uter și prin care trece sperma pentru a ajunge la ovule. Diafragma este ușor mai mare, fiind mai ușor de plasat de către doctor sau chiar de către femeie, dar capișonul (capacul) poate fi lăsat în același loc timp de patruzeci și opt de ore, în vreme ce diafragma poate fi inserată doar cu șase ore înainte de contactul sexual și poate fi lăsată la locul ei timp de douăzeci și patru de ore. Ambele aceste dispozitive sunt folosite în conjuncție cu un spermicid (un gel sau o spumă care omoară spermatozoizii, care în mod normal pot să trăiască șapte zile). La o folosire normală, fiecare dintre dispozitive are coeficientul 18 (adică 18 posibile sarcini la 100 de femei pe an de utilizare), dar la o utilizare perfectă, coeficientul scade la 6. Toate aceste metode de control prin barieră sunt reversibile (femeile pot să renunțe la ele în orice moment, putând imediat după aceea să ajungă gravide).

Altă metodă de barieră pentru controlul nașterilor este buretele contraceptiv. Ca și diafragma și capacul cervical, acesta este inserat în vagin, pentru a bloca deschiderea colului uterin și a împiedica accesul la ovulele femeii. Buretele conține și el spermicid. Buretele nu este la fel de eficient ca diafragma și capacul cervical pentru femeile care deja au născut un copil. Coeficienții sunt de 28 și respectiv 9 sarcini la 100 de femei per an de utilizare. Pentru femeile care nu au născut încă, eficiența buretelui este aceeași cu cea de la celelalte două metode. O dată cu folosirea buretelui, există și un mic risc ca femeia să dezvolte un sindrom de ȘOC TOXIC.

Buretele este disponibil fără rețetă. La fel și o serie întreagă de spume, geluri, creme, pelicule și supozitoare (vezi CREME, SPUME ȘI GELURI CONTRACEPTIVE) care funcționează prin crearea unei bariere care acoperă colul uterin și omoară spermatozoizii cu ajutorul spermicidelor. Aceste produse sunt ușor de folosit și de aceea au succes la femei, coeficienții fiind de 21 la 100 pe an la utilizarea tipică și 3 la 100 de femei pentru utilizarea perfectă. Efectele secundare sunt minime (unele femei prezintă alergii la ele, ca și unii bărbați) dar oferă o protecție limitată împotriva bolilor cu transmisie sexuală.

\*\*\*

fig. P. 49.

*Pilule contraceptive orale*

\*\*\*

Următorul grup de mijloace contraceptive sunt metodele farmaceutice reversibile. Acestea trebuie să fie prescrise de un doctor și funcționează fie prin împiedicarea ovulației de către femeie, fie prin împiedicarea unui ovul fertilizat să se implanteze în uter.

Cea mai faimoasă dintre aceste metode, care a fost creditată cu inițierea revoluției sexuale, este numită simplu „Pilula”. Conținând hormoni feminini, pilula împiedică ovarele să elimine ovule. Pilula trebuie luată o dată pe zi. Femeile care folosesc pilulele exact, luând una în fiecare zi, au șanse mai mici de 1% de a rămâne gravide. Chiar și coeficientul tipic, în care mai apar erori în utilizare, este de doar 3%. Efectele secundare ale utilizării pilulei sunt minime, în special o dată cu apariția mini-pilulelor, care conțin doze mai mici de hormoni. Femeile peste treizeci și cinci de ani care fumează nu ar trebui să folosească pilula. De asemenea, nu trebuie uitat că pilula nu oferă nici o protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală (vezi CONTRACEPTIVE ORALE).

Deoarece uneori femeile uită să ia pilula, au fost inventate alte metode de distribuire a aceluiași hormon. Una, DEPO-PROVERA, constă într-o injecție al cărei efect durează douăsprezece săptămâni. Alta, numită NORPLANT, constă în șase capsule moi care sunt inserate sub piele, pe partea superioară a brațului și care eliberează hormoni continuu, timp de cinci ani. Norplant este cea mai eficientă dintre toate aceste metode, doar 4 femei din 10.000 rămânând însărcinate într-un an de utilizare; nu există nici o șansă ca femeia să facă vreo greșală. Deoarece acești hormoni au efecte secundare, metodele nu sunt recomandate oricărei femei și, repet, aceste metode nu oferă nici o protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală.

Altă metodă reversibilă de control al nașterilor este STERILETUL, numit și dispozitiv intrauterin. Steriletele sunt mici dispozitive de plastic care conțin fie cupru, fie un hormon și sunt introduse în uterul femeii de către un specialist. Ele funcționează fie prin împiedicarea fertilizării ovulului, fie prin împiedicarea implantării unui ovul fertilizat pe peretele uterin. La utilizarea tipică, doar 3 femei din 100 rămân însărcinate într-un an după montarea unui sterilet. Firul care iese din sterilet trebuie să fie verificat cu regularitate, pentru a se ști dacă steriletul se află la locul lui. Cele mai multe femei se adaptează ușor la sterilet, dar există efecte secundare potențiale, dintre care unele, foarte rar, pot pune în pericol viața femeii. Un clinician va cere în mod obișnuit pacientei să semneze o declarație prin care aceasta recunoaște că i s-au explicat toate riscurile la care se supune, înainte de inserarea unui sterilet.

Următorul grup de metode sunt cele permanente — ligaturarea trompelor (vezi STERILIZAREA) la femei și vasectomia (vezi VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ) la bărbați. Ambele necesită o intervenție chirurgicală și sunt extrem de eficiente (deși, surprinzător, nu 100%, deși

trompele uterine la femei respectiv vasele deferente la bărbați sunt blocate permanent). Aceste metode sunt niște proceduri foarte sigure, deși pot să apară și complicații. Deși costul lor inițial este mai mare decât al altor metode, este vorba de o singură cheltuială. Aceste metode nu sunt eficiente împotriva bolilor cu transmitere sexuală și este foarte important să nu uităm că ele sunt foarte rareori reversibile, astfel încât dacă va apare ulterior dorința de a avea un copil, ea nu va mai putea fi îndeplinită.

Grupul final de metode intră la categoria PLANIFICAREA FAMILIALĂ NATURALĂ. Aceste metode nu se folosesc de nici un dispozitiv sau procedură artificială. Multe dintre aceste metode pot de asemenea să ajute o femeie să devină gravidă, în special dacă are dificultăți în a rămâne gravidă, pentru că astfel ea va afla cel mai bun moment pentru concepție din calendarul ciclului ei menstrual.

Prima dintre aceste metode este ABSTINENȚA, altfel spus, a nu te angaja în contact sexual. Atunci când doi oameni sunt parteneri sexuali, pentru ca abstinerea să fie 100% eficientă, trebuie avută mare grijă pentru ca sperma să nu ajungă în contact cu vaginul, chiar în lipsa copulării. Dacă bărbatul ejaculează în apropierea vaginului și apoi oricare dintre parteneri atinge sperma și apoi și vaginul femeii, atunci în vagin poate fi introdusă spermă, urmând o posibilă sarcină.

Celelalte metode se bazează pe abstinerea parțială (sau pe folosirea unui dispozitiv contraceptiv numai în anumite situații). Aceste metode au la bază cunoașterea de către femeie a momentului ovulației, interval în care se va abține de la contacte sexuale sau va folosi un mijloc contraceptiv doar în acest interval. Deoarece spermatozoizii pot să trăiască până la șapte zile, iar ovulul trei zile, perioada de abținere trebuie să fie suficient de lungă pentru a lua și acești factori în considerație. Atunci când sunt folosite perfect, aceste metode pot fi foarte eficiente, dar în utilizarea tipică rata eșecului este de 20% pe an de folosire.

Cea mai obișnuită metodă de abstinere parțială este cea numită a calendarului, sau metoda „ciclului”. Femeia ține o înregistrare a ciclurilor ei menstruale și încearcă să prezică următoarea perioadă de fertilitate. Cu cât sunt mai regulate ciclurile, cu atât va fi mai de încredere această metodă, deși chiar și în cazul utilizării perfecte rata de eșec este de 9% pe an de utilizare. Femeia trebuie să se abțină de la contacte sexuale sau să folosească un contraceptiv cel puțin opt zile înainte de momentul în care crede ea că va ovula și cel puțin trei zile după.

În cadrul metodei temperaturii bazale, femeia își măsoară temperatura în fiecare dimineață înainte de a se scula din pat. Presupunând că nu există altă cauză a fluctuației temperaturii (cum ar fi o infecție, o răceală sau gripă), va remarca o ușoară ridicare a temperaturii în ziua ovulației.

Altă metodă de testare a ovulației este metoda mucusului cervical. În mod normal, mucusul este tulbure, dar în cele câteva zile care preced ovulația el devine limpede și lipicios. El poate fi întins între vârful degetelor. (O cale prin care unele femei pot să-și dea seama că au ovulat cu adevărat este o ușoară senzație de durere în abdomenul inferior, care semnalează că a avut loc ovulația. Dar multe femei nu au avut niciodată acest semnal.)

Evident, pentru optimizarea eficienței acestor metode, ele ar trebui folosite în concordanță cu metoda calendarului, astfel încât femeia să se abțină de la contactul sexual (sau să folosească o metodă contraceptivă). Atunci când toate aceste metode se folosesc împreună, ele poartă numele de metodă simptotermală.

Există o ultimă metodă pe care o folosesc unii în scopul controlului nașterilor — metoda retragerii. La metoda retragerii, bărbatul retrage penisul din vaginul femeii chiar înainte de ejaculare. Principalul neajuns al metodei este că înainte ca bărbatul să ejaculeze, glandele Cowper eliberează un fluid care servește ca lubrifiant pentru ca sperma să parcurgă întreaga uretră. Acest fluid poate să conțină mii de spermatozoizi, care pot să fie în drum spre ovulul nefecundat mult înainte ca bărbatul să ejaculeze. Celălalt pericol este ca bărbatul să nu se retragă suficient de rapid și ejacularea să aibă loc în interiorul vaginului. Metoda retragerii are un coeficient tipic de 18% și o rată la utilizarea perfectă de 4 la o sută de femei pe an.

În sfârșit, există oameni care nu iau nici o măsură de prevedere, dar se joacă de-a „ruleta rusească”, chiar dacă nu vor să devină părinți. Din 100 de asemenea femei, în cursul unui an, 85 vor ajunge gravide. Din această cauză avem atât de multe sarcini nedorite. Dar și din această cauză specia noastră continuă să populeze planeta (vezi și RU-486; MITURILE CONTROLULUI NAȘTERILOR; PLANIFICAREA FAMILIALĂ ȘI MARGARET SANGER).

**MITURILE CONTROLULUI NAȘTERILOR** Miturile pot fi niște povești evocative care oferă lecții valoroase sau pot fi niște basme fabuloase, care încântă copiii. Unele mituri sexuale pot să conducă la unele practici periculoase, materializate prin sarcini nedorite. În ciuda abundenței de informații despre sex și a apariției lor în mediile de informare în masă, plus orele obligatorii de EDUCAȚIE SEXUALĂ, încă există un număr imens de oameni care cred în unele din aceste mituri sexuale, dintre care multe au fost dezavuate cu multă vreme în urmă.

SPĂLĂTURILE ca metodă de control al nașterilor sunt un bun exemplu de mit care nu vrea să dispară. Arheologii au descoperit desene detaliate ale unor tehnici de spălături folosite în Egiptul Antic. În vremurile din urmă, oțetul a fost cel mai folosit, multă lume având o sticlă de oțet pe chiuveta din baie, pentru spălături după contactul sexual. O dată cu trecerea timpului, s-au schimbat și miturile spălăturilor: s-a răspândit zvonul că o spălătură eficientă ar fi aceea cu Coca-Cola. Adevărul este că spălăturile nu sunt un mijloc eficient de control al nașterilor — în momentul în care femeia a ajuns să se spele, mulți spermatozoizi care s-au depozitat în timpul acuplării au avut un timp mai mult decât suficient ca să înceapă călătoria spre ovulul care îi așteaptă.

Alt mit care rezistă de multă vreme este acela că o femeie nu poate să rămână însărcinată de la prima experiență sexuală sau dacă nu are orgasm. Este adevărat că reacția orgasmică poate favoriza

sarcina (contractiile vaginale care au loc o dată cu orgasmul determină colul uterin să se scufunde în rezerva de spermă din vagin), dar o femeie poate să rămână însărcinată și fără să aibă orgasm.

Alt mit este că femeile nu pot să rămână însărcinate dacă fac sex stând în picioare. Un doctor poate să recomande unei femei anumite poziții culcat, dacă ea dorește să rămână însărcinată, dar aceasta nu înseamnă că este nevoie ca femeia să fie culcată pentru ca spermatozoizii să ajungă la ovul.

Alt mit este acela că raporturile sexuale din timpul menstruației sunt sigure. Contactul sexual din timpul menstruației este relativ mai sigur decât în alte momente, dar nu toate femeile au un ciclu atât de regulat, în care în timpul menstruației să nu apară nici un ovul. De aceea, utilizarea tuturor metodelor de PLANIFICARE FAMILIALĂ NATURALĂ simultan nu poate garanta că o femeie nu va rămâne gravidă.

Cel mai periculos mit sexual spune că o femeie nu poate să rămână însărcinată dacă bărbatul se retrage înainte de ejaculare. Acest mit continuă să fie propagat de mulți bărbați, care sunt disperați să aibă un contact sexual cu o femeie înainte de a avea la dispoziție alte metode de control al nașterilor. Unii bărbați ar spune orice într-o asemenea situație, dar femeia trebuie să fie avertizată. Adevărul este că încă dinainte de ejaculare, glanda Cowper eliberează câteva picături de fluid care apar în vârful penisului aflat în erecție. Acest fluid acționează ca un lubrifiant pentru milioanele de spermatozoizi care urmează în timpul ejaculării, dar și el conține câteva mii de spermatozoizi, unul singur fiind suficient pentru fertilizarea unui ovul. Dacă bărbatul reușește sau nu să se retragă și să ejaculeze în afara vaginului este irelevant. *Coitus interruptus*, cum se numește metoda retragerii în termeni științifici, nu este deloc o metodă sigură de control al nașterilor.

**DEFECTE LA NAȘTERE** Cei mai mulți copii se nasc sănătoși și nu suferă nici o aberație genetică sau comportamentală evidentă, dar în aproximativ 3% dintre cazuri copilul se naște cu o anomalie majoră. Aceste defecte pot să aibă cauze genetice sau de mediu sau din interacțiunea ambelor tipuri de cauze.

Factorii genetici sunt implicați în toate procesele reproductive. Într-adevăr, defectele genice și cromozomiale sunt responsabile pentru cele mai multe cauze cunoscute ale defectelor la naștere, iar unii oameni prezintă un risc mai mare de a avea copii anormali. Între aceștia se numără cuplurile care au produs deja un copil cu o boală genetică sau cu un defect la naștere, femeile peste treizeci și cinci de ani și femeile care au avut mai multe avorturi spontane sau copii născuți morți. Un înalt risc de defecte la naștere este asociat și cu anomalii genetice specifice unor rase, cum ar fi anemia falciformă la negri, talasemia (o altă formă de anemie) la popoarele din zona Mediteranei, sau boala Tay-Sachs la evreii est-europeni. Cuplurile care se încadrează în asemenea categorii de risc sporit ar trebui să apeleze la consilierea genetică.

Femeile însărcinate de peste treizeci și cinci de ani prezintă un risc sporit de a avea un copil care să sufere de o anomalie cromozomială, forma cea mai întâlnită fiind sindromul Down. Riscul acestei anomalii crește o dată cu vârsta mamei, iar femeile mai în vârstă sunt sfătuite să aibă un diagnostic prenatal prin AMNIOCENTEZĂ sau prin biopsie chorială. Amniocenteza implică scoaterea unei cantități mici de fluid pentru analize genetice, în intervalul dintre paisprezece și șaisprezece săptămâni de sarcină. Un ac subțire este introdus în uter prin peretele abdominal, pentru a se obține fluidul amniotic, care conține celule ale fătului. Pe aceste celule se pot efectua evaluări cromozomiale sau de altă natură, genetice sau metabolice, pentru a se determina dacă există sau nu vreo anomalie. Biopsia chorială se efectuează cu ajutorul unui cateter și permite diagnoza prenatală în primele trei luni de sarcină.

În timpul sarcinii, unele medicamente și alte substanțe pot să traverseze barierele placentare și să influențeze negativ dezvoltarea fătului. Se recomandă o mare precauție în folosirea medicamentelor în timpul sarcinii, pentru că unele medicamente pot provoca defecte în dezvoltare. Prin urmare, toate femeile însărcinate ar trebui să consulte un doctor înainte de a folosi un medicament. Trebuie discutat potențialul unui medicament de a cauza malformații fătului în creștere și tratamente alternative. Femeile însărcinate ar trebui să fie avertizate și asupra riscului utilizării substanțelor „sociale” — tutunul și alcoolul — în timpul sarcinii, pentru că acestea sunt asociate cu complicații la naștere și cu anomalii ale fătului și ale nou-născutului (vezi SINDROAMELE DE ABUZURI DE SUBSTANȚE LA FĂT ȘI NOU-NĂSCUT; SARCINA ȘI MEDICAMENTELE ȘI SUBSTANȚELE COMUNE).

Infecțiile sunt comune și potențial periculoase și pentru femeia gravidă și pentru fătul ei. Infecțiile fetale pot să ducă la avorturi spontane, anomalii ale fătului, retard în creșterea fătului, moartea fătului sau la infecții congenitale. Infectarea primară a mamei cu virusul rubeolic în primele trei luni de sarcină este o bine cunoscută cauză a unor anomalii ale fătului, dar infecțiile cu alți viruși cum ar fi herpes simplex pot să ducă și ele la anomalii ale fătului. Bolile materne sistemice pot să cauzeze și ele defecte la naștere. De exemplu, anumite forme de diabet și de lupus pot să-i producă fătului anomalii cardiace. Femeile care suferă de asemenea boli ar trebui să fie foarte atent urmărite în timpul sarcinii (vezi și BOLI LEGATE DE SARCINĂ; ÎNGRIJIREA PRENATALĂ).

**BISEXUALITATEA** Comportamentul sexual uman a fost în mod tradițional împărțit în două categorii: heterosexualitatea și homosexualitatea. Indivizii care se identifică pe sine ca heterosexuali se presupune că au relații sexuale doar cu persoanele de sex opus; persoanele care se identifică pe sine drept homosexuale se presupune că au relații sexuale numai cu persoane de același sex. Se crede că aceste trăsături sunt fixate în timpul copilăriei și că ele rămân constante de-a lungul întregii vieți a persoanei.

Deși cercetarea comportamentului bisexual a rămas mult în urma celei a comportamentului hetero și homosexual, știm că viețile sexuale ale multor indivizi nu se încadrează ușor în nici una dintre aceste două categorii. Mulți indivizi vor fi atrași sexual de către, sau vor avea relații sexuale și cu bărbați și cu femei într-un moment anumit al vieții. De asemenea, știm că există multe modele diferite de comportament bisexual și că oamenii se angajează în asemenea comportamente dintr-o varietate de motive.

Până acum, cercetătorii nu au identificat factorii specifici biologici, psihologici sau sociologici care determină atracția sexuală. Acești determinanți, ca și dezvoltarea comportamentului bisexual, poate să difere de la persoană la persoană.

**Definiția bisexualității.** Termenul de bisexualitate poate fi folosit pentru a descrie comportamentul sexual individual sau identitatea sexuală. Comportamentul bisexual se referă de obicei la contactul sexual atât cu bărbați cât și cu femei. Timpii acestor contacte sexuale pot să varieze considerabil, în funcție de individ. Unele persoane au relații sexuale atât cu bărbați cât și cu femei, în același interval de timp, în vreme ce altele alternează partenerii bărbați-femei, unul după altul. Unii indivizi se angajează în activități bisexuale pe perioade de timp relativ scurte ale vieții lor, în vreme ce pentru alții este un model mult mai stabil, începând în adolescență și continuând de-a lungul întregii vârste adulte.

Deși unele persoane care se angajează în comportamentul bisexual se definesc drept bisexuale, multe se identifică pe sine ca hetero sau homosexuale. Cercetările limitate în această direcție sugerează că acest lucru este adevărat mai ales pentru afro-americanii și latino-americanii bărbați bisexuali și pentru femeile afro-americane.

**Preponderența și caracteristicile bisexualității.** Există relativ puține informații disponibile despre preponderența comportamentului bisexual, fie el la femeile sau la bărbații din Statele Unite. Estimările extrase din eșantioane de comportament sexual din intervalul 1970-1990, raportate în *Journal of Sex Research* în 1991, sugerează că aproximativ 20% dintre bărbați relatează un oarecare contact sexual cu bărbați în timpul vieții, dintre care aproximativ 6 până la 7% în timpul vârstei adulte. Relațiile sexuale ale bărbaților cu alți bărbați la vârstă adultă tind să fie episodice sau sporadice și cei mai mulți dintre acești bărbați au și relații sexuale cu femei. Date comparative asupra comportamentului bisexual feminin nu au fost publicate; totuși, s-a estimat că față de bărbați cam o treime din femei au avut relații sexuale și cu bărbați și cu femei.

Câteva studii au sugerat că s-ar putea să existe diferențe culturale în comportamentul bisexual și că bărbații afro-americani și latino-americani sunt mult mai pasibili de a face sex și cu bărbați și cu femei. Bărbații bisexuali afro- și latino-americani au tendința mult mai marcată decât la albi de a se identifica drept heterosexuali, de a fi căsătoriți și de a nu le spune partenerelor lor femei despre

contactele lor cu bărbați. Femeile lesbiene și bisexuale afro-americele raportează raporturi heterosexuale mult mai mult decât o fac lesbienele și bisexualele albe. Cauza acestor modele culturale nu este clară.

La bărbați au fost identificate multe modele de comportament bisexual. Exemplele includ tineri care își explorează sexualitatea, bărbați care fac sex cu alți bărbați pentru bani sau droguri, bărbați în închisori sau în alte așezăminte instituționale care conțin doar bărbați, bărbați care au în principal relații cu femei și bărbați care se identifică pe ei înșiși drept bisexuali. Cei mai mulți bărbați care se angajează în comportament bisexual nu intră în aceste grupuri identificabile; bărbații care se identifică pe ei înșiși bisexuali ar putea reprezenta cel mai mic din aceste grupuri. Totuși, aceste caracteristici sugerează că nu toată bisexualitatea poate fi considerată ca o perioadă de tranziție în viața unui individ sau o formă de negare a homosexualității cuiva. Într-adevăr, cele mai multe persoane care se angajează într-un comportament bisexual ar putea să o facă pentru că sunt atrași sexual și de bărbați și de femei în timpul unei perioade prelungite a vieții lor.

Foarte puține lucruri s-au înțeles în privința modelelor comportamentale bisexuale ale femeilor. Ca și bărbații și despre acestea se consideră că au istorii și stiluri de viață foarte diverse. Apariția stilului de viață bisexual ar putea să fie întrucâtva diferit la femei și la bărbați. Totuși, femeile bisexuale relatează, în medie, că inițial au experiențe sexuale cu sexul opus, dar mai târziu dezvoltă și atracția și experiențele sexuale față de același sex. Spre deosebire de bărbații bisexuali, care se pot căsători cu femei, în ciuda conștiinței că sunt atrași și de același sex, în general femeile bisexuale devin conștiente de atracția sexuală pentru alte femei după ce s-au căsătorit. Experiențele bisexuale pot să înceapă cu prietenii afectuoase, intense, între femei.

**Comportamente sexuale.** Spectrul comportamental sexual raportat de bărbații și femeile bisexuale oglindește pe acela al corespondenților lor homo și heterosexuali. Estimările frecvenței unor anumite practici sexuale cu parteneri bărbați și femei au apărut ca urmare a unor studii recente legate de SIDA, care au drept țintă populații cu risc înalt și se concentrează asupra comportamentelor specifice legate de SIDA. De aceea, se pare că aceste modele nu sunt reprezentative pentru populația extinsă de bisexuali, bărbați și femei. Totuși, aceste studii sugerează că bărbații bisexuali se angajează în mai multe comportamente sexuale riscante decât cei exclusiv heterosexuali, dar mai puține decât bărbații exclusiv homosexuali. În general, studiile au arătat că bărbații bisexuali raportează un număr mai mare de parteneri sexuali și se angajează în mai multe contacte sexuale orale sau anale decât bărbații heterosexuali, dar mai puține decât bărbații homosexuali. Bărbații bisexuali căsătoriți raportează un număr mai mare de parteneri sexuali, dar și faptul că recurg mai rar la sexul anal. Bărbații bisexuali care se identifică pe ei înșiși drept homosexuali se pot angaja în comportamente sexuale mai puțin riscante, poate din cauza programelor educaționale din comunitățile homosexualilor legate de expunerea la virusul HIV. Doar o minoritate restrânsă (poate 20%) dintre bărbații bisexuali în

relații principale cu o femeie spun soțiilor sau partenerelor sexuale despre contactele sexuale cu același sex.

Până astăzi, foarte puține studii au examinat practicile sexuale ale femeilor bisexuale. Într-un recent studiu pe tema SIDA, 88% dintre femeile care s-au angajat în sex cu un bărbat de la 1980 încoace dar care în mod curent se identifică drept lesbiene raportează că au avut contact vaginal sau anal cu bărbați fără prezervativ. Aproape 32% dintre aceste femei au raportat o relație sexuală cu un bărbat bisexual. Într-adevăr, aceste femei bisexuale sunt mult mai dispuse să se angajeze în comportamente sexuale riscante, cum ar fi contactul anal, cu un partener bărbat bisexual, mai degrabă decât cu un bărbat exclusiv heterosexual. Frecvența relațiilor femeilor bisexuale cu bărbați bisexuali este neclară, dar un asemenea contact ar putea mări riscul la HIV al femeii.

Este important de notat că cei mai mulți bărbați homosexuali și femei lesbiene s-au angajat în sex cel puțin o dată cu un partener de sex opus. În fapt, între 15 și 26% dintre homosexuali și între 20 și 35% dintre femeile lesbiene au fost căsătoriți.

**Riscurile de sănătate puse de bisexualitate.** Îngrijorarea pentru transmiterea virusului HIV a condus la o examinare a ratei BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ (BTS), inclusiv SIDA, între bărbații și femeile bisexuale. În general, bărbații bisexuali prezintă o rată mai mică de BTS decât cei exclusiv homosexuali și una mai mare decât cei exclusiv heterosexuali. Dintre cei 65.389 bărbați care au avut raporturi sexuale cu bărbați și care au fost diagnosticați cu SIDA la centrele de control din Statele Unite până în iunie 1990, 74% au spus că au avut relații sexuale doar cu bărbați, iar 26% au avut relații și cu bărbați și cu femei din 1977. Dat fiind numărul mare de bărbați homosexuali infectați în Statele Unite și faptul că virusul HIV se transmite mult mai ușor de la bărbat la bărbat decât de la bărbat la femeie, este probabil că cei mai mulți bărbați bisexuali s-au infectat în timpul unui contact homosexual.

Datele despre bolile cu transmisie sexuală printre femeile bisexuale sunt izbitor diferite de cele pentru bărbații bisexuali. Femeile bisexuale prezintă mai des decât lesbienele scurgeri, cistite, herpes genital, gonoree și infecții vaginale. Până în 1989, au fost raportate 103 cazuri de SIDA la femeile bisexuale, în comparație cu 79 de cazuri la femeile lesbiene. Dintre aceste femei, 79% au relatat folosirea de droguri injectate ca principal factor de risc pentru HIV. Restul au raportat ca principal factor de risc sexul cu un bărbat (16%) sau transfuziile sanguine (4%). Există un potențial de transmitere a HIV și a altor boli prin contactul sexual femeie-femeie, dar pentru femeile bisexuale riscul principal este reprezentat de frecvența contactelor cu parteneri bărbați. Studii suplimentare au raportat că bărbații bisexuali au o mai mare probabilitate de a își injecta droguri sau de a primi bani sau droguri în schimbul sexului. Totuși, date fiind procedurile de eșantionare folosite în aceste studii, nu se cunoaște în ce măsură se pot face generalizări bazate pe aceste date la întreaga populație de bărbați bisexuali.

Bisexualitatea nu a fost încă sistematic studiată în Statele Unite și cunoașterea comportamentului bisexual este în cel mai bun caz periferică. Dat fiind numărul de persoane care sunt bisexuale sau a căror viață este influențată de cei care sunt bisexuali, este importantă apariția unui interes și a unei abordări științifice a modului în care indivizii ajung la stiluri de viață care includ relațiile sexuale atât cu bărbați, cât și cu femei.

**PLICTISEALA SEXUALĂ** Una dintre cele mai dese plângeri adresate terapeuților sexului vine de la oameni care au relații emoționale bune cu partenerul lor sexual, dar care au ajuns la o lipsă de interes sexual, pe care ei o interpretează drept un imbold sexual redus. Atunci când această scădere a dorinței sexuale nu este rezultatul unor probleme organice sau efectul unor medicamente, este foarte probabil rezultatul unei plictiseli în activitatea sexuală, din cauza repetării momentelor, locurilor și tehnicilor în episoadele sexuale. De aici survine o pierdere a emoției în așteptarea activității sexuale. Rutinarea poate să ducă la predictibilitate pentru unii și, pentru mulți alții, va avea drept rezultat plictiseala sexuală.

Tratamentul plictiselii sexuale depinde de modul în care participanții recunosc că probabil rutina este cauza problemei și că toate cele cinci simțuri sunt implicate într-un act sexual reușit. Participanții ar trebui să recunoască și că soluția constă în a modifica un număr cât mai mare posibil din componentele senzoriale din jurul actului sexual: simțurile mirosului, pipăitului, gustului, vederii și auzului. Uleiuri aromatice de corp, masaje, siropuri care să fie linse de pe piele, filme erotice și fantezii verbale sunt doar un mic eșantion din gama largă de noutăți care pot ajuta o relație sexuală să evite plictiseala.

**CANCERUL LA SÂN** Cancerul la sân este una dintre cele mai întâlnite tumori maligne la femei și una din principalele cauze de deces în rândul acestora. Incidența a crescut constant în Occident, fiind cauza numărul unu a deceselor la femeile între patruzeci și cincizeci de ani. În timpul vieții, o femeie americană din nouă va dezvolta un carcinom (termenul medical pentru cancer) la sân.

Mortalitatea din cancerul la sân nu s-a schimbat notabil în ultimii cincizeci de ani. American Cancer Society estima că 182.000 de femei și 1.000 de bărbați vor fi diagnosticați în 1994 și 46.000 de femei și 300 de bărbați vor muri din cauza acestei boli.

Nu există nici o metodă cunoscută de prevenire a bolii. Rata de supraviețuire variază în funcție de mărimea tumorii, de cât de mult s-a extins aceasta în alte zone decât sânul și de caracterul microscopic al celulelor tumorale. Prin urmare, marea șansă de a schimba cursul firesc al bolii constă în detectarea într-o fază incipientă.

Trebuie ținut cont de faptul că această boală este în principiu vindecabilă. Pentru formele localizate și detectate din timp, rata de supraviețuire după cinci ani este de 93%, în comparație cu 18%

pentru stadiul cel mai avansat al bolii. Teama de cancerul la sân poate să facă o femeie să nege chiar și existența unei tumefacții evidente. Oricât de mari ar fi temerile, femeia nu trebuie să ezite să se ducă la doctor atunci când descoperă o umflătură sau alte schimbări la unul dintre sâni. Șansa unei detectări rapide și a vindecării se află în mâinile ei.

\*\*\*\*

Caseta pat. 56

## **FACTORII DE RISC PENTRU CANCERUL LA SÂN LA FEMEI**

- \* vârsta înaintată
- \* statut socio-economic superior
- \* cancer la sân în familie
- \* cancer anterior la unul din sâni
- \* maternitate întârziată
- \* obezitatea
- \* prim ciclu (menarha) precoce
- \* menopauză survenită tardiv

\*\*\*

Factorii de risc în apariția cancerului la sân sunt foarte puțin înțeleși. Epidemiologii au descoperit statistic câțiva factori care par să amplifice sau să reducă probabilitatea apariției cancerului la sân. Femeile caucaziene prezintă un risc mai mare decât cele latino-americeane, mediteraneene și mai ales decât negresele. Femeile născute în Occident sunt supuse unui mai mare risc decât cele născute în Asia sau în Africa. Frecvența carcinomului la sân crește direct cu vârsta pacientei. Cancerul la sân aproape că nu există la pubertate; incidența crește gradat în timpul anilor reproductivi ai femeii și are un apogeu după vârsta de patruzeci de ani. 85% din cazurile de cancer la sân după patruzeci și doi de ani.

S-a descoperit predispoziție genetică pentru apariția carcinomului în unele familii. Nu au fost identificați factori genetici specifici, dar în rândul rudelor de gradul unu ale pacientelor bolnave de cancer, fiicele și surorile, șansa de a face cancer la sân este de două-trei ori mai mare decât la populația generală. Cel mai mare risc genetic, de șase la nouă ori mai mare, apare la rudele de grad unu ale unei femei aflate înaintea menopauzei și care face cancer la ambii sâni.

Femeile cu fibroză chistică (o tumoră benignă a sânului), sau care au avut cancer la celălalt sân, la ovare, la uter sau la colon prezintă un risc sporit de cancer la sân. Femeile care au foarte devreme prima menstruație sau o menopauză târzie au de asemenea un risc sporit. Vârsta de naștere a primului copil este și ea importantă. Dacă prima naștere din viața femeii are loc înainte de douăzeci de ani, ea prezintă un risc mai mic de cancer la sân decât femeia care nu a născut niciodată sau care a născut pentru prima oară după treizeci și cinci de ani. Femeile obeze sunt de asemenea mai expuse; studiile au demonstrat că diferențele de incidență a cancerului la sân sunt direct legate de cantitatea de grăsime din alimentație. Femeile din clasele superioare socio-economice prezintă un risc crescut. Se știe cu exactitate că doze mari de radiație absorbite de sân constituie un factor de risc major.

Există mulți alți factori de risc, dar ei s-au identificat doar la 25% din femeile care dezvoltă în cele din urmă carcinom mamar. Studiile nu au ajuns la nici o concluzie în privința legăturii dintre pilulele contraceptive orale și apariția cancerului la sân. Unele studii recente au sugerat că utilizarea pe termen lung și utilizarea de la vârste timpurii ar putea mări riscul de cancer la sân, dar este nevoie de cercetări suplimentare. Poziția United States Food and Drug Administration este că la ora aceasta nu este nevoie de nici o schimbare în utilizarea mijloacelor orale de contracepție.

Au exista îngrijorări serioase în privința amplificării riscului de cancer la sân prin tratamentul pentru înlocuirea de estrogen, folosit de multe femei. Problema încă nu a fost rezolvată. Prin urmare, este obligatoriu ca înainte de administrarea tratamentului cu estrogen la femeile intrate în menopauză să se efectueze un examen al sânilor, ca și o mamografie, examinări care trebuie să se repete cu regularitate.

**Examinarea și diagnosticul timpuriu.** Detectarea cancerului la sân este definită ca folosirea testelor la femeile simptomatice la intervale periodice, pentru descoperirea tumorilor maligne la sân. Femeile trebuie să învețe tehnica AUTOEXAMINĂRII SÂNULUI. La verificările anuale, se recomandă și o examinare a sânului. Testele radiologice (vezi și MAMOGRAFIA) pot să detecteze cancerul la sân într-o fază incipientă și sunt recomandate, acolo unde este posibil, a se efectua o dată pe an la femeile peste 40 de ani. Diversele studii au arătat că programele de detectare reduc efectiv mortalitatea legată de cancerul la sân. Totuși, frecvența testărilor și gradul în care femeile se prezintă la ele sunt factori-cheie în succesul activității de diagnosticare timpurie.

**Biopsia și procedurile chirurgicale.** Dacă prin examinarea sistematică s-a descoperit o umflătură suspectă sau o întărire a sânului, trebuie să se determine dacă este vorba de o tumoră malignă și dacă e nevoie să se efectueze o operație. Există câteva metode de obținere a celulelor dintr-o tumefacție pentru diagnostic în laboratorul de patologie. Dacă tumora conține fluid, atunci se poate înfige în ea un ac subțire, prin care se prelevează puțin fluid, aproape fără durere. Atunci când tumora este solidă, este nevoie de un ac mare de biopsie. În unele cazuri, întreaga tumoră sau o parte din ea se înlătură într-o sală de operație.

Dacă există bănuiala că tumora malignă de la sân s-a răspândit deja în alte țesuturi, sunt necesare proceduri de test suplimentare, cum ar fi evaluările prin raze X și o examinare osoasă. Cât de departe vor merge investigațiile pre-operatorii trebuie să fie decis de un specialist experimentat.

O femeie care se confruntă cu asemenea teste trebuie să fie conștientă de toate opțiunile care îi stau la dispoziție și trebuie să le discute cu un specialist. Diferitele operații efectuate azi pe cazurile de cancer la sân, întinderea operației propuse și consecințele postoperatorii trebuie discutate în detaliu dinainte. Tratatamentul cancerului la sân poate să necesite nu doar calitățile unui chirurg, ci și pe cele ale unui radioterapeut și ale unui oncolog. În prezent, principalele alternative disponibile pentru femeile care suferă de cancer al sânelui pot fi clasificate după cum urmează (toate implică înlăturarea sânelui, pentru a se asigura extirparea țesutului canceros):

**Mastectomia radicală.** Această operație a fost descrisă pentru prima oară în 1891. Sunt înlăturate toate țesuturile sânelui, mușchii pectorali (mușchii din spatele sânelui) și nodulii limfatici axilari.

**Mastectomia radicală extinsă.** Este o operație rareori efectuată, în care se înlătură și nodulii limfatici mamari, pe lângă celelalte proceduri de la mastectomia radicală. Pentru aceasta, uneori este necesar să se înlătore și secțiuni ale coastelor.

**Mastectomie radicală modificată.** Se înlătură întregul sân și nodulii limfatici axilari.

**Mastectomie totală simplă.** Este înlăturat întregul sân. Zona axilară (a subșorilor) și mușchii pectorali sunt lăsați intacti.

De curând a apărut o susținere tot mai mare pentru chirurgia conservativă — operații în care nu este nevoie de înlăturarea sânelui — combinată cu radioterapia la femeile cu cancer descoperit de timpuriu. Chirurgia conservativă implică doar înlăturarea tumorii și a unor țesuturi înconjurătoare normale din sân. Quadrantectomia implică înlăturarea tumorii și întregul sfert intern de țesut interior care înconjoară tumora. Aceste operații sunt combinate cu disecții ale nodulilor limfatici axilari și cu radioterapie. Principalul avantaj al tratamentului conservator este cel cosmetic. Pentru pacient, criteriul principal va fi capacitatea de a înlătura tumora păstrând controlul asupra deformărilor estetice.

Diagnosticul timpuriu este factorul major care influențează mortalitatea din cancerul la sân. Atunci când cancerul este diagnosticat într-un stadiu incipient, rata de supraviețuire pentru primii cinci ani este mai mare de 90%. Dacă leziunile sunt de un centimetru sau mai mici, iar nodulii limfatici nu sunt afectați, rata de supraviețuire după douăzeci de ani este de peste 90%. În cazul cancerului la sân în fază avansată, care acum constituie doar o minoritate, prognoza e mult mai rea — cam 20% supraviețuire după cinci ani. Prin urmare, pacientele care practică autoexaminarea cu regularitate și se duc anual la o examinare a sânelor de către un doctor vor detecta leziuni mult mai mici decât cele descoperite la femeile care se examinează rar sau niciodată. Riscul morții între femeile care se

examinează sistematic este mult mai mic decât riscul printre femeile care nu se examinează (vezi și AUTOEXAMINAREA SÂNILOR; MAMOGRAFIA).

**ALĂPTAREA LA SÂN** Sânul femeii este o glandă mamară, adică un organ care produce lapte. Fiecare glandă mamară matură este compusă din cincisprezece până la douăzeci și cinci de lobi separați, care sunt aranjați radial și apoi se subdivid la rândul lor. Alveolele, sau unitățile producătoare de lapte, posedă mici tuburi care se unesc între ele, pentru a forma un canal mare pentru fiecare lob. Aceste canale ajung toate la sfârc, unde se deschid separat la suprafața sânelui.

Mecanismele hormonale și nervoase implicate în lactație (producerea laptelui) sunt complexe. Prolactina, un hormon secretat de glanda hipofiză, este esențială pentru lactație. Alți hormoni, cum ar fi PROGESTERONUL, ESTROGENUL, cortisolul și insulina, acționează sinergic cu prolactina și sunt în aceeași măsură de importanți. Suptul de către prunc duce la contracții în canale, care vor ejecta lapte prin mamelon și vor stimula producția de lapte. Astfel, cantitatea de lapte produs este regularizată de necesitatea de lapte a copilului.

\*\*\*

fig. P. 58

*Femeile pot adopta multe poziții diferite atunci când alăptează la sân copiii. Uneori, mama inițiază hrănirea la sân prin plasarea mamelonului în gura copilului.*

\*\*\*

\*\*\*

foto p. 59

*Tot mai multe femei americane aleg să-și alăpteze la sân copiii*

\*\*\*

Orice mamă și copil nou-născut sunt în măsură să efectueze un alăptat la sân, dacă sunt suficient încurajați. Alăptarea naturală ar trebui să înceapă îndată după naștere, când starea mamei și a copilului o permite, de preferat în primele ore de viață. Alimentația mamei trebuie să conțină destule calorii și vitamine pentru a le compensa pe cele secretate în lapte sau pe cele necesare în producerea altui lapte. Mamele care alăptează trebuie să evite curele de slăbire.

Hrănirea la sân aduce patru mari beneficii pentru copil.

— compoziția laptelui matern este ideală pentru necesitățile nutriționale ale copilului. Recent, au fost identificați în laptele matern hormoni și enzime despre care se crede că ajută la creșterea copilului;

— laptele matern conține anticorpi care oferă protecție împotriva infecțiilor comune ale copiilor. Primul lapte (colostrum) are și proprietăți antiinflamatorii;

— laptele matern diminuează probabilitatea de apariție a alergiilor la copil, reducând expunerea la proteine străine, non-umane, cum sunt cele aflate în laptele de vacă;

— hrănirea la sân promovează interacțiune psihologică pasivă și o legătură între mamă și copil.

Alăptarea la sân a cunoscut un declin în țările cele mai industrializate între anii 1940 și anii 1970, când sub 30% din mame alăptau la sân copiii în vârstă de o săptămână. Principalele motive erau dificultățile întâmpinate de mamele care munceau și faptul că diversele „formule” care se substituiau laptelui matern erau foarte ieftine. În anii 1970, când au fost subliniate avantajele hrănirii la sân, s-a observat o schimbare marcantă a tendinței, iar aproximativ 60% din mame își hrăneau la sân copiii de o săptămână.

Cele mai multe studii sugerează că femeile care produc lapte au necesități energetice suplimentare. În general, se recomandă ca o femeie care hrănește la sân să mănânce cu aproximativ un sfert mai mult decât o femeie care nu este însărcinată. Această recomandare este valabilă în special pentru femeile care nu au câștigat suficient în greutate în timpul sarcinii. Consumul crescut de lapte nu este necesar în timpul lactației. În fapt, corpul femeii poate produce lapte din orice hrană, cu condiția ca aceasta să conțină toți nutrienții esențiali.

Suptul de către noul-născut poate să inițieze fluxul de lapte la doar o oră după naștere, deși în cele mai multe cazuri laptele nu va curge din abundență. Suptul din aceste prime ore reîntărește și contracțiile uterine, ceea ce va reduce hemoragia uterină. În cele ce urmează, pentru ca fluxul de lapte să se mențină este nevoie ca nou-născutul să sugă des. Nu trebuie impusă nici o restricție asupra timpului de supt. Dacă nou-născutul este hrănit la cerere, atunci foamea lui se va adapta după cantitatea de lapte produs.

Mărimea sânilor femeii nu afectează capacitatea ei de a alăpta, dar mameloanele aplatizate sau invaginate pot produce probleme de lactație, care necesită îngrijire medicală. La fiecare hrănire trebuie să fie oferii ambii sâni, fiecare între cinci și cincisprezece minute, iar copilul ar trebui să înceapă de fiecare dată pe altă parte. Dacă mama alăptează la un singur sân, celălalt se va bloca, iar producția de lapte va scădea. Tumefierea sânilor este normală timp de trei până la șapte zile de la naștere și va fi sursa unor oarecare neplăceri. În acest caz vor fi de ajutor o ușoară mulgere a sânilor și un suport special pentru alăptare. Când copilul începe să sugă, mameloanele moi sunt un lucru obișnuit. Durerile

mamelonare pot fi evitate printr-o corectă poziționare și episoade de supt scurte. În unele cazuri, se pot folosi creme de alăptare sau o ușoară mulgere a sânului și servirea laptelui într-o linguriță alternând cu o alăptare normală. În foarte rare cazuri, apare o inflamare a sânului și este nevoie de o îngrijire medicală.

Cântărirea sugarului înainte și după alăptarea la sân („proba suptului”) poate oferi o măsurătoare indirectă a cantității de lapte îngurgitate.

**AUTOEXAMINAREA SÂNULUI** Detectarea de timpuriu a CANCERULUI LA SÂN este posibilă cu ajutorul unei verificări sistematice a femeilor care nu prezintă nici un simptom al bolii. Femeile trebuie să învețe tehnica autoexaminării, iar examinarea clinică a sânilor este recomandată în cadrul controlului anual. Radiografiile cu raze X ale sânilor (vezi MAMOGRAFIA) pot detecta cancerul la sân într-o fază incipientă și se recomandă ca femeile peste 40 de ani să facă o mamografie pe an. Diverse studii au arătat că diagnosticarea în fază inițială prin programe de verificare sistematică au redus cu adevărat rata mortalității prin cancer la sân. Totuși, frecvența verificării și gradul de atenție și de responsabilitate din partea fiecărei femei sunt factori-cheie în succesul verificărilor.

\*\*\*

fig. P. 61

*Autoexaminarea sânilor începe cu femeia șezând în fața oglinzii și examinând cu atenție sânii, pentru a se vedea orice tumefacție. Apoi femeia se așează culcat și palpează fiecare sân prin mișcări circulare, începând cu sfârscul sânului și continuând spre periferie.*

\*\*\*

Autoexaminarea sânului poate fi efectuată de orice femeie și rămâne una dintre cele mai importante metode de căutare sistematică a cancerului la sân. Majoritatea cazurilor de cancer la sân sunt descoperite de paciente. Mai mult, tumorile descoperite de femeile care practică regulat autoexaminarea sunt de obicei mai mici și mai vindecabile decât cele descoperite la femeile care nu își asumă această responsabilitate. Femeile care practică autoexaminarea la sân trebuie să se concentreze asupra a trei elemente: timpul, inspectarea vizuală și palparea sânului.

**Timpul.** Cele câteva zile care urmează imediat după perioada menstruală sunt cel mai bun interval în care se pot detecta schimbările survenite la sân. Femeile aflate la menopauză sau femeile care nu au ciclu menstrual din alte motive ar trebui să efectueze examinarea sânilor în fiecare lună calendaristică, în aceeași zi.

**Inspectarea vizuală.** Femeia trebuie să-și inspecteze sânii în fața unei oglinzi, căutând schimbări în formă, contur, aspectul pielii sau al mamelonului fiecărui sân — ca și culoare, retrageri sau umflături.

**Palparea.** Femeia trebuie să se întindă, inițial cu un braț de-a lungul corpului și apoi cu același braț sub cap. Trebuie aplicată o mișcare de ușor masaj pe întregul sân, de o manieră sistematică, folosindu-se părțile plate — buricele — degetelor (nu vârfurile degetelor). O tehnică mai simplă este palparea sânelui în cerc, începând cu sfârscul și apoi în cercuri tot mai largi. Multe femei preferă palparea sub duș, pentru că au o sensibilitate tactilă mai bună atunci când sânul este ud.

Orice umflătură ar trebui să declanșeze automat prezentarea la un medic, chiar dacă cele mai multe umflături de la sân nu sunt maligne. În sfârșit, în timpul autoexaminării femeia ar trebui să strângă ușor ambele mameloane, observând dacă există eventuale scurgeri.

Deoarece mamografia și alte abordări tehnologice ale verificării sistematice pot fi instrumente eficiente pe lângă autoexaminarea regulată, o examinare anuală a sânelui de către un doctor experimentat rămâne esențială.

**Sânii.** Sânii femeilor conțin glande mamare capabile să secrete lapte, definind specia umană ca făcând parte din clasa mamiferelor. Acest lapte furnizează hrană copilului sugar de la naștere și până la înțărcare. Deși nu sunt organe sexuale, sânii au o semnificație erotică deosebită în societățile occidentale (vezi SÂNII CA OBIECTE SEXUALE).

Sânii sunt două organe rotunde. Ei constau în cea mai mare parte într-un țesut gras moale și fibros și se situează de ambele părți ale pieptului femeii. Fiecare sân conține cincisprezece sau mai multe glande mamare, fiecare dintre acestea având un canal care duce la mamelonul din vârful sânelui. Mameloanele sunt de formă cilindrică și de obicei sunt plate, dar pot intra ușor în stare de erecție ca reacție la o stimulare de tip atingere sau la rece. Schimbările hormonale care însoțesc graviditatea și nașterea determină mărirea sânilor și sfârcurilor (mameloanelor), ca și mărirea și închiderea la culoare a areolelor, zonele circulare din imediata apropiere a sfârcurilor. Atunci când o femeie naște un copil, schimbările hormonale din corpul ei declanșează activitatea secretorie a glandelor mamare, mai întâi de colostrum, apoi de lapte pentru alăptare (vezi ALĂPTAREA LA SÂN).

Dezvoltarea sânilor începe o dată cu apropierea fetei de pubertate, de obicei între vârstele de nouă și treisprezece ani, deși există și cazuri mai timpurii. Schimbările în nivelurile hormonilor sexuali stimulează creșterea țesutului gras al sânelui, iar calotele și sfârcurile sânelui tinerei fete devin treptat tot mai proeminente. Există o mare varietate de mărimi și forme ale sânilor femeilor; stereotipiile populare despre mărimile și formele „ideale” le-au făcut pe multe femei să își schimbe pe cale chirurgicală aspectul, de obicei prin mărirea sânilor, dar în unele cazuri și pentru reducerea mărimii

lor. Mărimea și aspectul sânilor nu pare să aibă vreo legătură cu capacitatea femeii de a alăpta un sugar.

Sfârcurile sunt formate în mare parte din fibre de mușchi netezi. Ele sunt sensibile, deoarece conțin o mare concentrație de terminații nervoase. Sâni și sfârcurile joacă un rol important în jocurile erotice ale unor femei; altele au raportat doar o ușoară stimulare erotică atunci când partenerii îi mângâie și îi sărută. Oricum ar fi receptat de o persoană sau alta, jocul erotic cu sâni și sfârcurile face parte din interacțiunea sexuală obișnuită în societățile occidentale.

\*\*\*

fig. P. 62

### *Anatomia sânelor*

\*\*\*

**SÂNI CA OBIECTE SEXUALE** În Statele Unite și, într-o anumită măsură și în alte țări care împărtășesc valorile culturii occidentale, sâni femeilor au devenit un obiect al atracției și dorinței sexuale. În ultimii ani, aceasta a ajuns la un extrem, motivând un număr tot mai mare de femei să se supună unor operații de mărire a sânilor, pentru ca ele să își îmbunătățească atractivitatea sexuală. Importanța sporită acordată sânelor ca obiect de excitare sexuală mai degrabă decât organ pentru alăptare pare să fie o derivație culturală, un produs al socializării; în cele mai multe culturi, sânul este privit în principal ca o sursă de lapte pentru sugari.

Deși nu există o explicație precisă a acestei exagerări a rolului sânilor ca obiecte sexuale în țările occidentale, o explicație posibilă constă în suprimarea diferențelor anatomice vizibile dintre bărbați și femei în epoca victoriană. În consecință, sânul ar fi devenit un „fruct oprit”, ca și organele genitale. Deoarece ceea ce distinge sânul feminin de cel masculin este mărimea, mărimea în sine a devenit asociată cu sexualitatea, iar „femeile cu piept plat” au devenit un termen depreciativ în cea mai mare parte a secolului douăzeci (perioada din anii 1920 în care dezirabile erau fetele care se îmbrăcau băiețește pare să fi fost o aberație).

Până spre sfârșitul anilor 1930, multe decrete locale interziceau formal bărbaților și femeilor să facă baie în locurile publice cu sâni sau torsul la vedere. Deoarece bărbații s-au opus, costumul lor de baie a devenit un chilot simplu. În vreme ce plaja fără sutien (iar în multe locuri nudismul) este destul de răspândită la femeile din Europa, pe plajele din America este încă o raritate. Deși motivele acestei reticente americane privind sâni femeilor nu sunt clare, interzicerea expunerii la plajă topless pare să

fie în concordanță cu DISCRIMINAREA SEXUALĂ, care presupune că bărbatul se bucură de o mai mare libertate decât femeia.

**BORDEL** Un loc — poate fi o casă, o rulotă sau un apartament — în care prostituatele și clienții lor se întâlnesc pentru a se angaja în activități sexuale. Bordelurile sunt cunoscute și drept „case rău famate”, „case de târfe” etc. Ele sunt de obicei administrate de o femeie, universal cunoscută sub numele de „madam”, care uneori face și aranjamentele cu clienții care vin să întâlnească prostituatele. Tot ea plătește și dările stabilimentului, oferă protecție și servește drept gazdă. În schimb, ea primește un procent important din banii plătiți pentru prostituatele ei — adesea jumătate. Unele din aceste „madame” sunt foarte inteligente și competente în materie de afaceri. Poate că cea mai cunoscută dintre ele a fost Xaviera Hollander, care a condus un bordel din New York în anii 1970 și a scris *The Happy Hooker* (Prostituata veselă).

Bordelurile pot să varieze de la stabilimente sărăcăcioase unde clienții pot fi victime ale unor bătăi și jafuri, până la unele foarte elaborate. Ele sunt în afara legii în toate statele americane, cu excepția Nevadei, dar continuă să înflorească în mai toate orașele mari. În zilele noastre nu mai sunt atât de obișnuite pe cât erau pe vremuri.

## **FEMEI UȘOARE** Vezi PROSTITUȚIA

**CANCER** vezi formele specifice: CANCERUL LA SÂN; CANCERUL CERVICAL; CANCERUL OVARIAN; CANCERUL DE PROSTATĂ; CANCERUL TESTICULAR; CANCERUL UTERIN; de asemenea, ANUSUL; CASTRAREA; MAMOGRAFIA.

**CASTRAREA** Procedeu chirurgical de extirpare a testiculelor la bărbați și a ovarelor la femei. Atât la bărbați, cât și la femei, duce de obicei la episoade de bufeuri. Castrarea este foarte rareori recomandată la femei, pentru că are tendința de a conduce la osteoporoză („subțierea” oaselor), ca și la simptome de menopauză, cum ar fi bufeurile, și schimbări în caracteristicile sexuale secundare, cum ar fi mărimea sânelui. La bărbați, castrarea poate fi indicată pentru tratarea CANCERULUI DE PROSTATĂ. În asemenea cazuri, testiculele sunt îndepărtate de obicei printr-un procedeu simplu, printr-o incizie în scrot.

Adesea, pacientul este supus operației și în aceeași zi va pleca acasă. Pentru bărbații care sunt preocupați de efectele vizuale ale castrării, există proteze cu aspect identic cu aspectul extern aproape identic cu al testiculelor și care se plasează în scrot. Deoarece medicamentele pot furniza același efect ca și castrarea, mulți pacienți aleg un tratament medical în locul castrării chirurgicale. Totuși,

castrarea este o procedură simplă, efectuată într-un singur pas, care oferă un tratament definitiv pentru bărbații care au nevoie de el, în principal victime ale cancerului extins de prostată.

Castrarea chirurgicală poate furniza o rezolvare aproape imediată a durerilor osoase și o îmbunătățire ulterioară a obstrucției pasajului urinar datorată cancerului avansat de prostată. Totuși, castrarea medicală sau chirurgicală duce la o scădere a dorinței sexuale sau a libidoului atât la bărbați cât și la femei, ca și schimbări de erecție la mulți bărbați (vezi și CANCERUL TESTICULAR).

**CELIBATUL** De-a lungul istoriei, au existat grupuri de bărbați și femei care au adoptat celibatul, fiind de acord să nu se căsătorească și prin extensie nici să nu aibă relații sexuale. Preoțimea romano-catolică este formată din bărbați cărora le este interzis să se căsătorească. Există, în același timp, în cadrul religiei catolice, ordine de călugări și călugărițe devotate vieții în rugăciune, fără a avea statut sau funcțiuni de preoți, dar care trăiesc respectând regulile celibatului.

În biserica anglicană, deși nu este o regulă ca preoții să rămână celibatari, unii preoți își impun ei înșiși celibatul; există și ordine celibatare de călugări și călugărițe anglicane. În biserica greco-ortodoxă și în alte biserici răsăritene, preoții au dreptul să se căsătorească, excepție făcând cei care vor să ajungă la rangul de episcop, pentru că în aceste biserici episcopii nu au dreptul să fie căsătoriți. Uneori, Biserica Catolică a găsit potrivit să tolereze clerici căsătoriți. În rândul clerului romano-catolic există câțiva preoți căsătoriți, între aceștia fiind și membri ai clerului protestant care s-au convertit și care, deși căsătoriți, voiau să slujească în calitate de preoți catolici. Această dispensă a fost oferită și clerului răsăritean, în anumite circumstanțe.

Legea canonică a catolicismului privind celibatul preoților are o istorie furtunoasă. Mulți dintre primii creștini, atât mireni cât și preoți, credeau că este inutilă căsătoria, deoarece sfârșitul lumii era foarte aproape. Curând avea să vină Ziua de Apoi, iar după aceasta, nici o căsătorie. Nu toată lumea era însă de această părere, existând și creștini care se căsătoreau, între care și mulți preoți. Într-o zonă era moda ca preoții să se însoare, în alta erau impuse diverse reguli asupra celibatului preoților. Unii bărbați au devenit preoți după căsătorie și nu li s-a cerut să renunțe la soțiile lor. Alora li s-a permis să rămână căsătoriți, dar să nu aibă relații sexuale. În secolul patru, au apărut reguli mai energice, dar nu au putut rămâne în vigoare. În sfârșit, în secolul doisprezece, Biserica a scos în afara legii preoții căsătoriți stabilindu-se alte reguli; dar și acestea au fost luate în derâdere în timpul Renașterii. Ca reacție la Reforma protestantă, Biserica aflată în declin și-a întărit regulile; acesta au rămas practic aceleași până în zilele noastre.

Celibatul este o practică întâlnită încă de la religiile antice pre-creștine. Preoții anumitor zeități erau obligați să se dedice total rolului lor religios; între ei și zeul lor nu trebuia să intervină vreun interes în sex sau față de altă ființă umană muritoare. Această stare era valabilă în special pentru preoții zeităților feminine, cum ar fi cei ai Marii Zeițe Mame egiptene, Isis. Preotul era diferit de ceilalți

muritori, făcând legătura între aceștia și zeitate. În mod similar, preoții catolici de astăzi se situează la altar între Dumnezeu și copiii Lui. Pentru a putea celebra îndatoririle preoțești, el trebuie să fie calificat și pur din punct de vedere al ritualului, celibatul lui fiind considerat un ajutor în această privință.

În epocile pre-creștine s-au practicat tipuri asemănătoare de celibat. Filosofi precum Epictet susțineau că celibatul ajută mult pe cei care urmăresc înțelepciunea și seninătatea. Prin celibat, spunea el, înveți să ignori imboldurile poftelor și scapi de răspunderea pentru o soție și pentru copii. Celibatul a fost practicat și de asceții care încercau să împiedice orice contaminare senzuală a ideilor pe care le-au îmbrățișat.

În cultura populară, o minte strălucită este adesea legată de celibat — vezi cazurile lui Sherlock Holmes și Hercule Poirot, eternii detectivi populari din literatură. În viața reală, oamenii practică celibatul atunci când sunt absorbiți de munca lor, atunci când urmăresc o instruire sau un nivel profesional mai înalt, sau atunci când încep o afacere sau o carieră. Acest tip de celibat poate însemna mai degrabă abținerea de la căsătorie mai degrabă decât de la satisfacerea sexuală (de exemplu, se poate practica masturbarea), dar se cunosc și cazuri de celibat individual combinat cu CASTITATEA.

Tradiția ebraică nu are preoți celibatari, fiind încurajate căsătoria și creșterea copiilor. În special de la rabini se așteaptă să fie modele de soți și părinți.

Religiile orientale au anumite tradiții celibatate. Primii budiști au fost un ordin de bărbați celibatari. Pe măsură ce credința s-a răspândit, aspectul acesta s-a atenuat. În multe mănăstiri, tinerii intră pe termene scurte, de obicei un an. Unii oameni sfinți încă practică celibatul, împreună cu alte privațiuni autoimpuse. Taoismul și shintoismul au celibatari în ordinele lor monastice.

**CANCERUL CERVICAL.** După CANCERUL UTERIN și CANCERUL OVARIAN, cancerul colului uterin (numit și cervix) este cel mai comun tip de cancer al tractului genital. El apare în mod obișnuit la femeile după vârsta de patruzeci și cinci de ani, dar poate să apară și la femei aflate la vârsta reproductivă: 1% dintre cazuri sunt detectate în timpul sarcinii. Incidența cancerului cervical a scăzut în ultimul deceniu. Cu toate acestea, incidența leziunilor precanceroase (numite carcinoame *in situ*) cunoaște o creștere vertiginoasă. Unele schimbări precanceroase ale colului uterin preced de obicei apariția unui cancer invaziv în zece-cincisprezece ani.

Factorii care contribuie la apariția cancerului cervical includ activitatea sexuală și parteneri sexuali multipli; rasa — boala este foarte rară printre evreice, dar de două ori mai răspândit în rândul afro-americanelor decât în cel al femeilor albe; situația socio-economică slabă; și BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ avute anterior.

**Simptomele.** Carcinoamele *in situ* sunt de obicei asimptomatice. Simptomele cancerului invaziv includ hemoragii postcoitale (sângerări care apar după contactul sexual); scurgeri vaginale; iar, în unele cazuri, dureri pelviene. Doar în timpul stadiului invaziv există simptome de malignitate cum

ar fi pierderea în greutate, slăbirea și anemia, ca și trăsăturile clinice legate de răspândirea tumorii, cum ar fi o masă pelviană și obstrucția tractului urinar.

**Diagnostic.** Atunci când există doar carcinoame in situ, diagnosticul se poate face prin TESTUL PAPANICOLAU, colposcopie (observarea colului uterin cu ajutorul unei lupe) și biopsia de col uterin. În stadiile invazive se descoperă în colul uterin structuri fizice care se pot vedea cu ajutorul unui speculum. La examenul clinic, diagnosticul se bazează pe EXAMINAREA PELVIANĂ. Este important să se determine dacă leziunea este localizată doar în colul uterin sau s-a extins. În stadiile avansate ale bolii, cancerul se răspândește în principal prin sistemul limfatic și poate să apară ulterior în plămâni, creier, oase și alte organe. Pentru diagnosticarea extinderii bolii în nodulii limfatici și în alte organe, se folosesc radiografiile și imagini obținute prin rezonanță magnetică.

**Tratamentul.** În fazele timpurii, cancerul cervical poate fi complet vindecat prin distrugerea leziunii prin căldură concentrată sau cu laserul. La femeile aflate la menopauză sau cu puțin înainte de menopauză, se recomandă histerectomia. În stadiile avansate ale bolii, histerectomia radicală este cel mai bun tratament. Aceasta include înlăturarea uterului, a ovarelor, a trompelor uterine și a părții superioare a vaginului. Se efectuează și o disecție a nodulilor limfatici pelvieni și uneori și abdominali. În stadiile și mai avansate, tratamentul primar consta de obicei în radioterapie. Uneori se aplică și chimioterapia. În prezent, se fac experimente cu diverse tratamente combinate.

Șansele pacientelor cu cancer cervical sunt favorabile dacă este prins în stadiu inițial, *in situ*. Prognosticul este mai puțin optimist pentru leziunile mai avansate și depinde în principal de stadiul clinic al bolii. Cu cât este mai devreme diagnosticată și tratată leziunea, cu atât sunt mai bune șansele de vindecare. În stadiul inițial al fazei invazive, rata de vindecare este de 85%, în vreme ce în stadiul avansat doar 4 până la 10% din paciente se vindecă.

**CAPAC CERVICAL** O metodă de barieră în CONTROLUL NAȘTERILOR, capacul cervical este o bucată flexibilă de cauciuc care se potrivește peste colul uterin al femeii și blochează deschiderea către uter. Se pune după consultarea unui medic și este o metodă reversibilă. În formă de degetar, obiectul trebuie să fie adaptat de către un doctor pentru a se potrivi bine peste colul uterin și a împiedica pătrunderea spermatozoizilor în uter, până la ovul. Se folosește și un spermicid, pentru a omorî orice spermatozoid, care altfel ar trăi până la șapte zile.

Capacul este învelit într-o substanță spermicidă și poate fi plasat de către femeie cu până la șase ore înainte de contactul sexual; poate fi lăsat pe loc timp de patruzeci și opt de ore. Folosirea spermicidului pentru episoadele ulterioare de acuplare sexuală este opțională. Spermicidele folosite cu capacul cervical oferă o oarecare protecție împotriva BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ.

Din 100 de femei care folosesc capac cervical, 18 vor rămâne gravide într-un an de utilizare tipică. Dacă este folosit adecvat, doar 6 din 100 vor rămâne gravide. Capacul nu poate fi folosit în timpul menstruației sau dacă există vreun fel de sângerare vaginală.

Capacul este similar cu DIAFRAGMA, dar este mai greu de plasat de către un profesionist, iar femeii îi trebuie mult timp până să învețe cum să-l insereze și cum să-l îndepărteze. Capacul cervical este preferat diafragmei de femeile care au mușchii pelvieni mult prea relaxați ca să rețină diafragma.

Capacele sunt inserate adânc în vagin înainte de contactul sexual, pentru a acoperi colul uterin. Femeia ar trebui să verifice înainte și după contactul sexual că dispozitivul nu s-a deplasat din loc. Deoarece capacul necesită un proces de inserare și de înlăturare, el nu este preferat de femeile cărora nu le place să-și atingă organele genitale, deși plasarea capacului poate să fie efectuată și de bărbat, nu numai de femeie, astfel încât dispunerea capacului poate să facă parte din preludiu. Capacul cervical este mult mai popular în Europa decât în Statele Unite.

În general, nu există efecte secundare ale folosirii capacului cervical, deși dacă dispozitivul este lăsat în loc mai multe zile la rând poate să apară un miros neplăcut. Unele femei au o ușoară reacție alergică fie la cauciucul folosit, fie la spermicidele care însoțesc dispozitivul.

**COLUL UTERIN (CERVIX)** Cea mai joasă parte a uterului. În mod normal, colul uterin are o lungime de cam doi-trei centimetri. La naștere, colul uterin al unei fete este relativ mare în comparație cu restul uterului, dar o dată cu schimbările hormonale de la pubertate colul uterin devine tot mai mic față de restul uterului. Colul uterin formează o scurtă zonă de tranziție între uter și vagin. O porțiune a lui este mai sus decât peretele vaginal (colul supravaginal), iar o porțiune este expusă în vagin. Colul uterin este format din țesut conjunctiv, cu o cantitate mică de țesut elastic și fibre musculare netede. Este acoperit de celule secretoare de mucus.

Fiind porțiunea ce mai joasă a uterului, colul uterin joacă un rol foarte important în sarcină. El funcționează ca un opritor, ținând sarcina în uter până la termen. Noțiunea de „cervix incompetent” este aplicată unei dilatări fără durere a colului uterin în timpul trimestrului doi de sarcină, urmată de o ruptură a membranelor și apoi de expulzarea fătului (avort spontan). Cauzele incompetenței cervicale sunt necunoscute, dar se pare că ele includ o serie de factori determinanți. Printre acești factori se pot aminti traume anterioare ale colului uterin, datorate diverselor dilatări și chiuretaje, amputări, cauterizări sau nașteri traumatizante. De asemenea, există și cazuri de defecte structurale congenitale, anomalii ale uterului și dezvoltări anormale ale colului, asociate cu expunerea la dietilstibestrol (DES). După ce a fost diagnosticată, incompetența cervicală este tratată în general chirurgical. În jurul colului uterin se suturează o pungă pe la 12-14 săptămâni de sarcină. Aceasta se înlătură atunci când fătul s-a maturizat — în general după treizeci și șapte de săptămâni de sarcină.

Inflamațiile colului uterin (cervicite) sunt foarte comune. Colul uterin este permanent expus traumelor, cum ar fi coitul sau nașterea. Secreția abundentă de mucus, ca și permanenta floră bacteriană din vagin, favorizează infecțiile. Totuși, doar ocazional o femeie va prezenta simptome și va solicita tratament.

Cancerul colului uterin (cancerul cervical) a fost studiat foarte detaliat. Câteva studii au arătat că boala apare mult mai des la femeile cu o situație socio-economică modestă, sau la femei care au avut primul contact sexual la o vârstă mică, la prostituate, la femeile care au coitus cu mai mulți parteneri și posibil la femeile care sunt infectate cu HPV (virusul uman papilloma) (vezi și **CANCERUL CERVICAL**).

Deoarece cele mai multe leziuni apar fără simptome și nu sunt ușor de detectat la examinare, este foarte important testul Papanicolau. Testul Papanicolau este un test clinic foarte simplu, ușor de efectuat din punctul de vedere al medicului și fără vreo neplăcere pentru pacientă. Este o măsură de verificare sistematică, care permite depistarea în cele mai timpurii stadii a cancerului cervical. Testul Papanicolau are o înaltă eficiență de detectare, tratamentul putând surveni foarte rapid, când vindecarea este aproape sigură (vezi și **ORGANELE SEXUALE FEMININE; SARCINA CU RISC ÎNALT; HISTERECTOMIA; UTERUL**).

**CEZARIANA** Extragerea fătului din uter printr-o incizie abdominală, în locul nașterii prin expulzie vaginală. Operația cezariană înseamnă că travaliul este considerat periculos fie pentru mamă, fie pentru făt, atunci când nașterea trebuie să aibă loc dar nu este indus travaliul, atunci când caracteristicile fătului prezintă riscuri semnificative pentru nașterea vaginală și atunci când o urgență impune nașterea imediată, iar calea vaginală nu este posibilă sau nu este de dorit.

Originea termenului de cezariană nu este sigură. Există o explicație populară conform căreia Iulius Caesar s-a născut în acest fel, dar este cu siguranță un mit, pentru că mama lui a trăit mulți ani după naștere — lucru practic imposibil, dacă ținem cont de tehnicile chirurgicale ale epocii. O explicație mai plauzibilă este aceea că numele vine de la codul de legi roman, *Lex caesara*, care cerea ca fătul nenăscut să fie scos din mama moartă. Prima operație modernă se spune că ar fi fost efectuată în 1610. Dar au fost necesare două secole pentru ca tehnica operațiunilor cezariene reușite să fie perfecționată.

Operația cezariană este una dintre cele mai importante operații efectuate în obstetrică-ginecologie. Însemnătatea ei în salvarea vieților mamei și fătului a crescut de-a lungul deceniilor, deși indicațiile specifice pentru utilizarea ei s-au schimbat. Scopul inițial, acela de a salva viața unei mame cu travaliu obstrucționat și de a ajuta la nașterea unui copil dintr-o mamă pe moarte, s-a extins treptat până la a salva fătul de pericole mai subtile. Patru elemente majore au redus riscul

pentru mamă în cazul cezarienei: îmbunătățirea tehnicilor chirurgicale, îmbunătățirea tehnicilor de anestezie, apariția transfuziilor sanguine sigure și descoperirea antibioticelor.

Ponderea nașterilor cezariene din totalul nașterilor a crescut permanent. Deoarece riscul pentru mamă este acceptabil de redus, cezariana poate fi aleasă în locul nașterii vaginale normale, despre care se știe că e asociată cu morbiditatea și mortalitatea prenatală și cu neplăceri în zona pelviană. Cezariana este preferată și atunci când fătul este compromis în timpul travaliului, suferința fetală putând fi evidențiată de un puls anormal (monitorizare), sau prin examenul unui eșantion din scalp, ca și atunci când se poate prezice, din testele prenatale, că fătul nu va rezista travaliului. În sfârșit, cezariana este indicată în zilele noastre pentru un număr tot mai mare de copii născuți prematur sau copii cu probleme, pentru că aceștia au șanse sporite de supraviețuire prin îngrijirea neonatală intensivă (vezi și NAȘTEREA).

**ȘANCRUL.** Este o boală cu transmitere sexuală, care cauzează ulcerații genitale dureroase, însoțite adesea de tumefacția ganglionilor limfatici regionali. Boala este cauzată de bacteria *Haemophilus ducreyi*. De obicei, începe cu o veziculă mică pe penis, la bărbați, sau pe labii, colul uterin sau pereții vaginului, la femei. În mod normal, este prezentă și febra. Mersul este foarte dificil dacă ganglionii limfatici din zona bazinului sunt foarte tumefiați formând o formațiune dură, numită „bulbo”. Tratamentul cu un antibiotic din familia cefalosporinelor este eficient. De obicei nu rămân sechele, deși femeile pot să dezvolte fistule între peretele vaginal posterior și rect. În lipsa tratamentului, la bărbați mărirea rapidă a ulcerației poate să ducă, ocazional, la amputarea penisului.

**CASTITATEA** Un om cast, sau un practicant al castității, înseamnă în general o persoană cu un stil de viață în care se abține de la contactele sexuale. La tinerețe, castitatea implică virginitatea.

Există multe motive pentru care o persoană — în special o persoană tânără — se poate decide să practice castitatea. Pentru unii, valorile familiale sau religioase pot să interzică sexul înainte de căsătorie. Pentru alții, problema când și cu cine vor face pentru prima oară sex este de o foarte mare importanță.

Astăzi, se estimează că opt din zece oameni au experimentat contactul sexual înainte de vârsta de douăzeci de ani. În mod clar, castitatea *nu* este o tendință dominantă în rândul tinerilor de astăzi. Și totuși, în ciuda imensei presiuni exercitate în cadrul societății pentru ca tinerii să fie activi sexual, mulți adolescenți aleg să-și urmărească propriul program sexual — să aștepte până simt că sunt pregătiți, căsătoriți, sau cu persoana potrivită pentru a avea prima experiență sexuală fizică. Între tinerii de astăzi există chiar o mișcare informală pentru castitate. Adepții ei au ales să spună deocamdată „nu” sexului.

Cei care susțin castitatea în rândul tineretului au multe argumente împotriva prea marii grabe cu care adolescenții se aruncă în contactele sexuale. În căldura pasiunii, este foarte ușor să uiți că sexul

are consecințe — potențial rele, ca și bune — și că este ceva care trebuie tratat cu multă responsabilitate. Dacă tinerii nu sunt într-adevăr pregătiți să abordeze sexul împreună cu tot cortegiul care îl însoțește, **ABSTINENȚA** este o opțiune foarte normală.

De exemplu, sexul presupune o decizie de a folosi mijloace contraceptive și înțelegerea faptului că există situații în care acestea dau greș. Gravitatea poate să survină chiar dacă un cuplu a folosit mijloace contraceptive. De fapt, singura metodă de control al nașterilor este abstinerea. **BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ**, inclusiv SIDA, pot să fie și ele consecința unui contact sexual. De câte ori se face sex, trebuie folosit prezervativul; dar și atunci pot să apară accidente. Încă o dată, cea mai bună protecție este abstinerea. Există în același timp niște consecințe emoționale ale sexului — **INTIMITATEA** pe care o aduce cu el poate să te facă pasibil de suferință, nu numai de bucurie. Sexul cu o persoană nepotrivită — care te manevrează, te presează, te folosește — poate aduce suferință, în special la vârsta adolescenței.

Cei care susțin castitatea în rândul tinerilor subliniază faptul că adolescenții au în față o viață întreagă în care să se bucure de relațiile sexuale. Deși sexul pare să fie o problemă foarte presantă pentru adolescenți, în fapt este întotdeauna mai bine ca un tânăr să aștepte până când se va considera cu adevărat pregătit să se angajeze în așa ceva. sexul la timpul potrivit și cu persoana potrivită este un sex mai plăcut și merită să aștepti (vezi și **CELIBATUL**; **ADOLESCENȚII ȘI SEXUL**; **VIRGINITATEA**).

**MOLESTAREA MINORILOR** Tratamentul rău aplicat copiilor, inclusiv toate tipurile de cruzimi nelegate neapărat de abuzul sexual, nu este un fenomen nou. Abuzuri împotriva unor copii umplu coloanele din presă și timpul de emisie de la TV, iar literatura și cinematograful se ocupă mult de problema incestului și a violului minorilor, subiecte aflate în atenția publicului. Dincolo de oroarea noastră la aflarea și vederea unor asemenea imagini, mai tulburătoare este trădarea încrederii de către cei chemați să îngrijească acești copii. Oamenii se întreabă cum se poate face mai sigură viața copiilor, în cine mai poți să ai încredere.

În aer plutește foarte multă teamă și neîncredere. Atmosfera actuală este coaptă pentru vânătoarea de vrăjitoare. Comunitățile s-au întors chiar și împotriva babysitter-ilor care nu au comis nimic rău. Nu există nici o îndoială că unii lucrători sociali și terapeuți mult prea zeloși au încurajat copii să-și amintească niște atrocități care nu au avut niciodată loc. În această problemă ar trebui să domnească bunul-simț. Părinții, poliția, tribunalele și publicul în general trebuie să înțeleagă că deși adesea un copil își va aminti fapte reale, în alte cazuri copiii sunt determinați pe o cale sau alta să inventeze povești. Abuzul sexual la adresa copiilor este o realitate, dar nu oricine acuzat că a molestat un copil este vinovat.

Copiii trebuie protejați, iar calea cea mai bună în acest sens este ca abuzurile să fie împiedicate înainte de a avea loc, în loc de a se căuta pedepsirea celor răspunzători pentru ele. Banii trebuie

investiți în programe de asigurare a copiilor, dacă vrem să ne considerăm o societate responsabilă și plină de grijă (vezi și **LEGILE MOLESTĂRII COPIILOR**; **PROBLEME DE MÂNCARE ȘI DISFUNCȚII SEXUALE**; **INCESTUL**; **STRESTUL POST-TRAUMATIC**; **VIOLUL**).

**LEGILE ÎMPOTRIVA MOLESTĂRII COPIILOR** Legile americane care fixează vârsta minimă a **CONSIMȚĂMÂNTULUI** legal pentru activitatea sexuală variază mult de la stat la stat și se întinde de la unsprezece la optsprezece ani. În Delaware, în anii 1950, copiii de șapte ani erau considerați legal capabili să consimtă actul sexual. Mai mult, definițiile legale ale legilor care se ocupă de molestarea minorilor variază foarte mult: un tânăr de nouăsprezece ani care face sex cu o fată de șaptesprezece ani comite în unele state un delict, iar în altele nu.

„Vârsta consimțământului” a variat mult de-a lungul istoriei. În Anglia secolului treisprezece, de exemplu, vârsta până la care fetelor li se interzicea să aibă legături sexuale era de doisprezece ani. În secolul șaisprezece, această vârstă a fost coborâtă la zece ani, rămânând așa timp de aproximativ trei sute de ani. Apoi, vârsta minimă a fost treptat ridicată până ce în 1879 a ajuns la valoarea de astăzi, anume șaisprezece ani. (Pe o perioadă de cincizeci de ani, până în 1929, vârsta la care o fată se putea mărita era de 12 ani, cu patru ani mai mică decât vârsta la care avea dreptul să consimtă un act sexual.)

Unii susțin că stabilirea unei vârste minime a consimțământului ar trebui abolită pur și simplu. Între aceștia se numără pedofilii, care își au propriile lor planuri de viață, dar și unele persoane care consideră că nu ar trebui să fie instrumentate în justiție numai acele cazuri în care a intervenit o presiune sau forța, pentru care cazuri oricum există legi care interzic asemenea activități. Cu toate acestea, marea majoritate a experților, și cei în legi și cei în psihologie, sunt de acord cu conceptul de protejare a copiilor de relații sexuale cu adulți.

Molestarea copiilor poate fi clasificată în două categorii mari: aceea care implică membri ai aceleiași familii, numită **INCEST**, și cea între străini. Incestul a fost acceptat în unele culturi, inclusiv cea a Egiptului Antic (a se vedea căsătoria reginei Cleopatra cu fratele ei). Deoarece destrămarea permanentă a familiei, chiar și a uneia incestuoase, poate să cauzeze copilului suferințe mai mari decât alte metode de rezolvare a unor asemenea cazuri, tribunalele folosesc diverse metode de a aborda incestul, inclusiv perioade scurte de închisoare și terapie de familie.

Astăzi, **MOLESTAREA MINORILOR** este recunoscută drept o problemă tot mai gravă — fie din cauza creșterii numărului de cazuri, fie din cauză că oamenii acum sunt dispuși să recunoască faptul că s-a abuzat de ei în copilărie — iar guvernele statale au luat măsuri de protejare a copiilor bănuți că ar putea fi victime. Oricine intră în contact cu un copil în calitate oficială, de la profesori la doctori, dacă bănuiește că acest copil a fost victima unui abuz oarecare, are dreptul să raporteze autorităților bănuielele sale. Totuși, de teama destrămării familiilor, se estimează că multe incidente nu sunt raportate.

Altă dificultate în impunerea legilor împotriva molestării minorilor este aceea că adesea singurii martori sunt copiii înșiși, astfel încât dovedirea delictului este foarte grea. Conform Amendamentului Șase al Constituției, un acuzat într-un caz penal are dreptul să se confrunte cu martorul acuzării. Deși Curtea Supremă a statuat că orice copil, de orice vârstă, poate fi considerat martor competent, tribunalele au încercat în același timp să protejeze copiii de trauma unui interogatoriu încrucișat într-o sală de judecată, permițându-le să depună mărturie în primă instanță în fața unei camere de luat vederi, deși în unele cazuri procedura a fost denunțată de apărare ca atingând drepturile acuzatului. De asemenea, s-a demonstrat că un copil poate fi manipulat să spună că a avut loc un abuz, pentru a-i face pe plac persoanei care pune întrebarea, iar unele cazuri au fost respinse de juri, care au considerat că mărturiile copiilor nu sunt credibile.

**SEXUALITATEA COPIILOR** Femeile și bărbații anilor 1990, oricare ar fi valorile lor morale și credințele lor religioase, știu și acceptă faptul că o sexualitate sănătoasă este una dintre pietrele de temelie ale unei vieți personale pline și fericite. Dar mulți acceptă cu mare greutate ideea că o sexualitate sănătoasă începe mult înainte vârstei adulte, în anii adolescenței și chiar în copilărie, ba, mai mult, în faza de prunc.

Acceptăm că băieții și tinerii au nevoi sexuale foarte puternice o dată cu maturizarea lor. De asemenea, am evoluat mult față de epoca — deloc îndepărtată — în care cei mai mulți oameni credeau că o femeie se naște fără necesități sexuale și că rămâne așa (dacă nu este coruptă de vreun seducător) până la vârsta căsniciei, când trebuie să fie învățată și „trezită” la sex de soțul ei iubitor. În trecut a existat foarte multă suferință din cauza acestei idei a purității sexuale, când tinerele și femeile credeau că sunt anormale din cauza dorințelor lor sexuale. Știm acum că senzațiile și plăcerile sexuale încep — și pentru băieți și pentru fete — curând după naștere, iar pentru unii chiar în uter. Aceste senzații și dorința de a le satisface prin plăcerea sexuală, continuă pentru majoritatea persoanelor de-a lungul copilăriei, în adolescență, la vârsta matură și la bătrânețe.

Din observațiile părinților și ale îngrijitorilor copiilor (lucru confirmat și de studii), știm că pruncii se joacă, explorând nu numai țarcul lor, ci și propriile corpuri. Fetițele își freacă foarte des zonele genitale, atunci când acestea nu sunt acoperite de scutece. Băieții au foarte adesea erecții, frecându-și penisul și jucându-se cu el cu o evidentă plăcere (unii au erecții chiar și înainte de naștere). Copii mici pot să aibă inclusiv orgasme. Acestea pot fi chiar foarte obișnuite în primii ani de viață, atât pentru băieți, cât și pentru fete. Sugarii, ca și copiii care au început să meargă pot să-și producă deliberat senzații sexuale plăcute prin frecarea de haine și jucării — iar mai târziu de pături și perne — ca și prin frecarea reciprocă a picioarelor. Curând după aceea, ei vor descoperi că mâinile și degetele pot fi folosite de o manieră creatoare pentru a obține plăcerea sexuală.

În ciuda (sau poate din cauza) plăcerii pe care o simte copilul, mulți părinți sunt supărați de acest comportament (uneori pentru că îl consideră — eronat — că face rău, iar uneori pentru că sunt jenați de exprimarea plăcerii sexuale) și încearcă să determine copilul să înceteze. Unii părinți vor plezni cu putere mâna copilului, spunându-i cu asprime „Nu, este rău pentru tine!” (de parcă un sugar ar fi în măsură să înțeleagă). Alții vor încerca să distragă atenția copilului spre altceva, oferindu-i o jucărie sau hrană. Există chiar și părinți care ajung la extreme, înfășurându-și copiii în păături și prinzându-le cu ace de scutece, pentru ca puștiul să nu mai ajungă la sursa plăcerii. Există chiar unii care amenință „Ți-o tai!” dacă își surprind copilul de trei-patru ani masturbându-se. Evident, nu ne dorim să vedem copii masturbându-se pe străzi, dar se pare că mulți părinți, dacă nu majoritatea, sunt prea preocupați de masturbarea copiilor.

Mulți terapeuți consideră că impresiile dobândite de timpuriu în copilărie au un efect de durată asupra dezvoltării emoționale a individului, ecouri putând să ajungă chiar și la vârsta adultă. Închipuți-vă ce poate să treacă prin mintea nevinovată a unui copil care își produce plăcere, atunci când află că ceea ce face el este rău, murdar, interzis, greșit. Din fericire, unii copii au părinți care, în loc să exagereze, așteaptă până la vârsta la care copilul este destul de mare ca să înțeleagă că atingerea organelor genitale este plăcută, dar ar trebui să fie făcută în intimitate.

Mulți părinți sunt atât de mult deranjați de discuțiile despre sex cu sau în prezența copiilor lor, încât ei emană, probabil fără intenție, mesajul că sexul este atât de interzis, încât nici măcar nu trebuie să auzi de el, cu atât mai puțin să-l discuți. Într-un anume sens, unii dintre acești părinți pot chiar să creadă că interzicerea comportamentului și cunoștințelor sexuale este prelungirea firească a învățăturilor morale necesare creșterii unui copil „bun”. Acești părinți ar trebui să înțeleagă că de fapt ei întăresc ideea că sexul este „fructul oprit”, peste măsură de misterios și irezistibil pentru copii lor. Părinții care se sfiesc să vorbească despre sex pentru că nu vor să le dea „idei” copiilor sunt sfătuiți de dr. John E. Schowalter, șef la secția de psihiatrie infantilă de la Yale Child Studies Center „să nu se îngrijoreze că vor băga sexul în capul copilului”, pentru că „el deja există acolo”. Mulți părinți renunță la responsabilitatea lor în educația sexuală a copiilor, presupunând că școlile îi vor învăța pe aceștia tot ce trebuie să știe și că ei, părinții, nu trebuie să susțină decât ideea de abstenență. De obicei, nu este suficient. Există mult mai multe fațete ale sexului decât funcția și mecanismele reproductive sau „spui Nu și gata”. Discuțiile din sălile de clasă trebuie să sublinieze complexitatea și răspunderile pe care le aduce cu el comportamentul sexual, ca fiind o activitate care implică activ valori umane, nu numai un exercițiu fiziologic aducător de satisfacții.

Copiii primesc multe mesaje legate de sex din surse diferite de părinți și de școală: de la prietenii de joacă (sursa principală de dezinformare); de la liderii religioși, care mai mult îi învață ABSTINENȚA decât lucruri concrete; și în special din mass-media. Din nefericire, mesajele amestecate despre sex și valorile sexuale sunt prevalente în cultura americană.

Apariția pubertății este o epocă foarte tulburătoare pentru băieți și mai ales pentru fete. Băieții vor fi susținuți de la alți băieți (nu numai în privința legitimității propriilor senzații, ci și a masturbării, ba uneori și prin facilitarea actelor sexuale), pentru fete continuă mesajele contradictorii, care nu fac decât să mărească problemele. Adesea, afecțiunea exprimată formal de tați prin atingere, îmbrățișări și sărutări pot să se transforme într-o relație mai distantă și mai formală. Este foarte probabil ca această distanță să susțină tabu-ul incestului, dar se pare că în multe familii acest adevăr se aplică mai mult fetelor decât băieților.

Senzațiile sexuale tot mai intense ale adolescentelor devin o sursă de îngrijorare pentru ele, pentru că mesajele venite din partea societății adulte spun că trebuie să fii CASTĂ până la căsătorie și apoi să fii pasională — să explodezi, pur și simplu — în viața orgasmică, împreună cu soțul tău iubit. Acest scenariu a fost adesea comparat cu imaginea unei fete care are între picioare o bombă cu ceas, care nu are voie să explodeze decât după căsătorie. Acest model nu numai că nesocotește necesitățile corporale ale adolescentelor, ci și contrastează puternic cu mass-media, în special grupurile rock contemporane, care descriu o lume cu totul diferită de cea propovăduită de părinți. Casetele închiriate le oferă adolescenților de azi vizionări private foarte vii ale tuturor aspectelor sexualității și plăcerii sexuale, adesea în cei mai încântători termeni, chiar și pentru tineri.

Tentativele de a interzice sexul interpersonal al adolescenților (iar unii părinți ar interzice și masturbarea, dacă ar putea) s-au dovedit lipsite de succes în ultimii ani, așa cum probabil a fost și pentru părinții înșiși, în tinerețea lor. dar, spre deosebire de generațiile trecute, adolescenții de astăzi au „senzația că numai ei au dreptul să se ocupe de comportamentul lor sexual”, conform dr. Lilian Rubin, sociolog și psiholog la Institute for the Study of Social Change de pe lângă University of California, Berkeley. Specialiștii sunt de acord că tinerii de peste tot din Statele Unite consideră că au „dreptul” să se angajeze în relații sexuale. O explicație parțială a acestui fapt este fără îndoială răspândirea mijloacelor contraceptive eficiente și, pentru unii, faptul că este perfect normal să ai un copil în afara unei căsnicii.

Teama de îmbolnăvire a fost pentru generațiile anterioare un factor limitator în adolescență. Unii ar putea crede că epidemia de SIDA din zilele noastre va duce la o diminuare drastică a sexului adolescenților, dar este evidentă că adolescenții nu sunt dispuși să renunțe la proclamatul lor „drept” de a face sex, recurgând doar la ușoare modificări ale comportamentului lor sexual prin reducerea numărului de parteneri și prin luarea unor precauții. Conform datelor Institutului Alan Guttmacher, un milion de adolescente americane rămân în fiecare an însărcinate, cifră rămasă constantă în ultimi șapte ani.

Ar trebui menționate alte două schimbări importante în societatea noastră, din cauza efectului lor asupra activității sexuale a tinerilor: „Societatea nu a restricționat niciodată cu adevărat sexul adolescenților băieți”, spune dr. Rubin. „Ceea ce este nou în rândul băieților este că au prima

experiență sexuală la o vârstă mult mai mică și că nu le condamnă pe fete că procedează la fel.” De aceasta se leagă și faptul că VIRGINITATEA în calitate de condiție necesară pentru căsătoria cu o „fată cuminte” nu mai este considerată importantă de prea mulți tineri ca în generațiile anterioare. Dar, poate și mai important, în multe case părinți singuri au legături și totuși încearcă să impună copiilor lor adolescenți morala tradițională, de pe când erau ei adolescenți. Aceasta poate să conducă ușor la inconsecvențe și la ipocrizie, care ar putea submina autoritatea părintească. Dr. Hirsch Silverman, un binecunoscut specialist în terapia de familie din New Jersey, spune că nici măcar cei mai bine instruiți părinți nu mai știu „cum să abordeze activitatea sexuală a copiilor lor”!

Altă parte a adolescenței timpurii foarte neglijată este pregătirea adecvată a tinerelor fete pentru primul ciclu. Adesea, părinții îi comunică tinerei fete (sau mai degrabă nu comunică cu ea) atitudini privitoare la menstruație care au în conștiința ei un impact imens asupra propriei imagini. Asemenea mesaje din partea părinților pot să le inducă și băieților anumite atitudini în raport cu surorile lor și cu alte fete. Atunci când o fată are primul ciclu, este un semn că ea este pregătită, din punct de vedere biologic, să creeze o viață omenească. Ar trebui să fie un moment minunat al vieții ei — prilej de sărbătoare. În unele culturi, se organizează o sărbătoare a comunității sau a tribului, la care se oferă cadouri pentru a marca acest ritual al trecerii unei punți. În societatea noastră, ar fi mai bine să se facă o petrecere legată de „atingerea vârstei”, în care sărbătorita, devenită o tânără femeie, să primească daruri, în locul nefericitelor petreceri „de șaisprezece ani”, care încă se țin — cel mai apropiat eveniment care să amintească faptul că o fată s-a maturizat și a devenit o tânără femeie. Timpul petrecut în așteptarea acestui moment — anii dinainte de primul ciclu — poate fi folosit cu înțelepciune, dar numai de către părinți, ca o ocazie de a îi furniza fetei lor informații, dar și pentru discuții despre moralitatea și responsabilitatea legate de actul sexual și de consecințele acestuia. Aceleași mesaje ar trebui să le parvină și băieților la maturitate, nu numai surorilor lor, pentru a se crea nucleul unei noi generații mature.

**CHLAMYDIA** Vezi GONOREEA ȘI CHLAMYDIA.

**CREȘTINISMUL ȘI SEXUL** vezi AVORTUL; ADULTERUL; CELIBATUL; MASTURBAREA; PURITANISMUL; EDUCAȚIA SEXUALĂ.

**CIRCUMCIZIA.** Circumcizia este probabil cea mai veche și mai răspândită operație chirurgicală. Ea a fost descrisă pentru prima oară în Biblie, acum 3000 de ani, în calitate de „tăiere împrejur” rituală, dar probabil că este practică de mult mai mult timp. Încă există controverse asupra necesității și oportunității circumciziei făcute în mod obișnuit. În afară de rațiunile religioase, există și unele motivații medicale recunoscute pentru aplicarea circumciziei. Acestea includ împiedicarea

infecțiilor repetate ale glandului (vârful penisului) și ale prepuțului; evitarea îngustării deschiderii prepuțului, care să obstrucționeze eliminarea urinei și împiedicarea prepuțului să acopere tot vârful penisului. Există și dovezi că circumcizia reduce șansele apariției cancerului la penis.

Operația constă în esență în îndepărtarea prepuțului, pacientul fiind anesteziat. Zona este curățată, iar prepuțul este retras, pentru îndepărtarea adeziunilor și pentru a se curăța sub el. Apoi este întins în față, simetric, de obicei cu ajutorul unor pense chirurgicale fine. O altă pensă este plasată transversal pe prepuț, pentru a reține vârful penisului în spate, prepuțul este îndepărtat cu ajutorul unui bisturiu sau al unei foarfeci, iar pensa este îndepărtată. Pielea pungii penisului se retrage de obicei și marginea pielii rămase în jurul vârfului penisului este suturată la pielea din spate, completându-se astfel procedura. Pacientul se poate întoarce acasă fără probleme, după ce mai întâi a urinat. Într-o tehnică simplificată, peste vârful penisului se pune un capac în formă de clopot, sub prepuț. O sutură este legată de bază și prepuțul suplimentar este îndepărtat.

Complicațiile legate de circumcizie sunt rare, deși va exista o perioadă de disconfort, care poate dura câteva zile. Cea mai întâlnită complicație este o hemoragie, care de obicei se poate controla. Alte complicații pot să implice rănirea vârfului penisului și infecții.

\*\*\*

fig. P. 73

*Tehnica circumciziei masculine: prepuțul este tras în față și întins, fiind apoi înlăturat cu ajutorul unui bisturiu sau al unei foarfeci.*

\*\*\*

**Aspectele culturale.** În Statele Unite de astăzi mulți bărbați sunt circumciși. Deși părinții invocă în mod obișnuit motive de igienă, profesioniștii medicinei consideră că operația nu are valențe igienice. Prin urmare, se poate spune că circumcizia este cea mai întâlnită formă de chirurgie cosmetică din Statele Unite. Mulți oameni din lume practică circumcizia din diverse motive, etnice și culturale. Circumcizia este omniprezentă la evrei și musulmani, ca și în sectele creștine mai mici, cum ar fi coptii din Egipt. De asemenea, ea se găsește în sânul unor grupuri etnice diferite din Africa, India și Oceania. Dar în Europa circumcizia s-a practicat foarte rar, chiar și astăzi fiind mai puțin obișnuită decât în Statele Unite.

Sociologii și antropologii au sugerat câteva argumente pentru explicarea circumciziei. Se poate să fi fost considerată sănătoasă, un semn de apartenență etnică sau ca fiind atrăgătoare pentru sexul opus, sau poate s-a crezut că amplifică plăcerea sexuală. Dar nu există o explicație unică pentru

prevalența circumciziei în anumite grupuri. De pildă, deși se crede că amplifică plăcerea sexuală, aceasta nu explică de ce atât de multe grupuri o practică și asupra copiilor foarte mici.

În Occident, circumcizia este adesea asociată cu iudaismul. În mod tradițional, toți băieții evrei sunt circumciși. Aceasta respectă porunca din Biblie: „Acesta este legământul Meu cu tine și cu copiii tăi, după tine; pe fiecare copil de parte bărbătească dintre voi îl veți trăia împrejur” (Geneza 17:10). Circumcizia este efectuată în ziua a opta de la nașterea copilului, cu excepția situației în care împrejurările medicale arată că ar fi dăunătoare copilului. Circumcizia face parte integrantă din religia mozaică. Este prima poruncă biblică pe care trebuie să o respecte evreii. Circumciziile sunt efectuate în mod obișnuite de un *mohel*, o persoană specializată în circumcizii, deși în Statele Unite este un lucru obișnuit ca *mohel*-ul să aibă pregătire medicală.

### **CIRCUMCIZIA FEMININĂ** vezi CLITORIDECTOMIA.

**CURĂȚENIA ȘI MIROSURILE SEXUALE** Curățenia are două aspecte importante în contextul sexual: fizic și psihologic. Din punct de vedere fizic, este necesar un anumit grad de curățenie, pentru a preveni apariția bolilor. Psihologic, curățenia poate să fie un factor excitant pentru unii bărbați sau femei, sau, dimpotrivă, un factor inhibitor, pentru alții.

La nivel fizic și igienic, atunci când un penis, un deget sau un DILDO este introdus în vagin sau în alte deschideri corporale, acestea ar trebui să fie curate, pentru a nu introduce în corp posibili factori de infecție. La bărbații care nu au fost circumciși, lipsa unei spălări adecvate a vârfului penisului duce la un miros neplăcut și posibilitatea infectării de la substanța numită „smegma”, care este produsă de mici glande aflate sub prepuț.

Mirosul de mosc care înconjoară organele genitale masculine care nu au fost destul de bine curățate poate să fie pentru unii foarte excitant, în timp ce altora li se pare respingător. În mod similar, mirosul natural al vaginului (nu mirosul puternic datorat în general infecțiilor) îi excită pe mulți, în vreme ce alții îl consideră respingător. Unele femei sunt atrase de un ușor miros al pielii proaspăt spălate a bărbatului, în vreme ce altele consideră că acestui miros îi lipsește „aroma de bărbat”. Mirosurile care de obicei nu se asociază cu sexul — cum ar fi o respirație urât mirositoare — sunt de obicei percepute negativ și de bărbați și de femei. Poate că cele mai temute mirosuri dintre toate mirosurile legate de sex, dacă e să ne luăm după reclamele de la televizor și după produsele respective, sunt cele menstruale. Antropologii susțin că aceasta se datorează probabil setului foarte complex de tabu-uri legate de sânge atașate menstruației în cele mai multe culturi, de-a lungul istoriei.

Pe scurt, deși cele mai multe reacții la curățenie și la mirosurile corespunzătoare sunt învățate social sau au origini și natură psihologică, este înțelept ca o persoană să înțeleagă în ce fel poate să

placă sau să displace unui partener sexual, pentru a elimina un element potențial distructiv al actului sexual (vezi și SPĂLĂTURILE).

## **CLIMAXUL SEXUAL** Vezi ORGASMUL.

**TUNICA CLITORISULUI** Este un pliu de țesut care înconjoară CLITORISUL, acționând ca un element protector al acestuia. Este de fapt o extensie a buzelor interioare ale vulvei și este întrucâtva corespondentul prepuțului, care acoperă vârful penisului unui bărbat care nu a fost circumcis. Pe când la circumcizia masculină este eliminat doar prepuțul, în unele culturi în care este efectuată CLITORIDECTOMIA sunt înlăturate atât tunica clitoridiană cât și clitorisul.

În timpul excitării sexuale, clitorisul începe să se mărească și va ieși din tunica clitoridiană; o excitație și mai mare va duce la retragerea rapidă a clitorisului în tunica lui, la cele mai multe femei clitorisul rămânând complet ascuns în momentul orgasmului. Pentru unii observatori, este o secvență spectaculoasă, asemănătoare cu deschiderea unei flori în lumina soarelui de dimineață și cu închiderea ei, seara.

**CLITORIDECTOMIA** Este un termen care descrie o procedură chirurgicală de înlăturare a CLITORISULUI, de obicei la fetele pre-pubere, în jurul vârstei de șapte ani. Uneori este numită, în mod eronat, „circumcizie feminină”. În vreme ce cei mai mulți specialiști în medicină cred că nu există efecte negative ale circumciziei masculine — dimpotrivă, există unele beneficii igienice — o clitoridectomie va priva în mod normal o femeie de plăcerea sexuală și poate să devină o sursă permanentă de durere în timpul contactelor sexuale.

Există diverse grade ale operației de clitoridectomie, de la înlăturarea TUNICII CLITORISULUI și a unei părți din labiile mici, până la înlăturarea acestora, plus a clitorisului și a unei părți din labiile mari.

În Orientul Mijlociu și în Africa, locuri în care în unele grupuri etnice se mai practică clitoridectomia, aceasta poate fi însoțită și de închiderea vaginului cu copci, cu excepția unei mici deschideri, pentru a permite urinarea. Atunci când o femeie care a suportat clitoridectomia se căsătorește și este pregătită pentru sexul acceptat social, deschiderea este lărgită de soțul ei, fie cu ajutorul unui cuțit, fie prin pătrunderea forțată a penisului. Acest tip de clitoridectomie, numit „infibulație vaginală”, are drept scop asigurarea castității tinerelor femei, în special în societățile în care tatăl primește pentru viitoarea mireasă un anumit preț. Clitoridectomia s-a practicat, dar foarte rar, și în Occident, până spre începutul secolului douăzeci, pentru a descuraja masturbarea la femei, considerată pe atunci nesănătoasă.

Deși se știe că Națiunile Unite se opun oficial clitoridectomiei, nu s-a reușit mare lucru în eradicarea ei, datorită adâncilor rădăcini religioase practicilor sociale din anumite culturi. În aceste culturi, clitoridectomia este folosită adesea pentru a face deosebirea dintre femeile bune de măritat și cele care nu sunt potrivite.

**CLITORIS** Clitorisul este principalul organ al plăcerii sexuale feminine. Localizat în apropierea părții superioare a vulvei, chiar sub punctul în care se întâlnesc labiile mici (buzele interioare aflate de o parte și de alta a vaginului), clitorisul este în general ascuns de un pliu al pielii, numit TUNICA CLITORISULUI. Clitorisul are aproximativ mărimea unui bob de mazăre (cam cinci milimetri diametru), dar mărimea poate varia într-o plajă foarte largă. Structura lui este asemănătoare întrucâtva cu cea a penisului masculin și, atunci când este stimulat sexual, se umple cu sânge și se poate umfla de câteva ori față de mărimea normală. Este constituit din țesuturi moi și are multe terminații nervoase, ceea ce îl face extrem de sensibil la atingere și la stimularea erotică.

Clitorisul este format din patru componente. Capul (glandul) este singura parte vizibilă a clitorisului și uneori este acoperit de tunică. Sub cap și localizat sub piele este situat corpul clitorisului, sub el întinzându-se două aripi (crura). Cele două părți ale clitorisului aflate sub piele sunt prinse cu ligamente de partea inferioară a osului pubian. Pielea care acoperă clitorisul se numește prepuț, sau prepuț clitoridian. La unele femei, tunică acoperă complet clitorisul, în vreme ce la altele clitorisul iese de sub tunică.

Clitorisul este considerat cel mai important organ din cele implicate în ORGASMUL feminin. În trecut, se credea că există un orgasm de un tip superior, numit „orgasm vaginal”. Acesta s-a dovedit a fi un mit, toate orgasmele feminine fiind legate, direct sau indirect, de clitoris (vezi FREUD, SIGMUND). De obicei, femeile ating punctul orgasmului pentru că clitorisul lor este atins sau stimulat. În timpul contactului sexual, labiile mici și vaginul sunt de obicei întinse. Deoarece sunt atașate prin țesutul conectiv de clitoris, această întindere duce la tragerea și stimularea clitorisului. Această stimulare este răspunzătoare pentru orgasmul feminin (vezi și ORGANELE SEXUALE FEMININE; ORGASMUL; VULVA).

**FRECVENȚA COITALĂ** Terapeuții sexului descoperă adesea că clienții lor sunt preocupați de ideea că frecvența cu care se angajează în contacte sexuale s-ar putea să nu fie „normală”: cu alte cuvinte, cred că fac mai puțin sex decât ar trebui sau decât ar fi „potrivit” sau „sănătos”. Există și alții care, deși satisfăcuți de frecvența actului sexual în viața lor, sunt curioși cât de des fac alții sex. Acest lucru este scos în evidență prin frecvențele „statisticilor sexuale” din revistele de mare tiraj.

În ceea ce privește fericirea familială și satisfacția sexuală, nu există o frecvență normală sau corectă a actelor sexuale. Câtă vreme ambii parteneri sunt fericiți și satisfăcuți în privința frecvenței cu

care recurg la sex, frecvența activității lor sexuale se poate considera normală și potrivită pentru ei. Dacă fac sex de două ori pe zi sau de două ori pe lună, este o problemă legată de libidoul lor, de dorințele și preferințele lor. Abia atunci când unul dintre parteneri — sau amândoi — sunt nemulțumiți de frecvența contactului sexual se poate merge la un terapeut sexolog.

Cifrele frecvenței coitale nu sunt ușor de comparat, pentru că ele sunt afectate de mulți factori. Cel mai evident este existența unui partener disponibil. Prin urmare, cele mai utile și mai de încredere statistici sunt acelea bazate pe eșantioane de persoane căsătorite, care, teoretic, au cu toate parteneri sexuali. Studiile au arătat cu consecvență că frecvența contactului sexual descrește cu vârsta. Totuși, la persoanele mai în vârstă care divorțează sau rămân văduve și apoi se recăsătoresc, frecvența coitală poate să crească în primii ani ai noii căsnicii.

Bazându-se pe informațiile colectate în 1948 și în 1953, Alfred Kinsey a raportat că frecvența contactelor sexuale la persoanele în vârstă de șaisprezece până la douăzeci și cinci de ani este de 2,45 pe săptămână, scăzând la 0,5 pe săptămână pentru persoanele de peste cincizeci și cinci de ani.

Un studiu privitor la îmbătrânire și la comportamentul sexual al persoanelor de cincizeci de ani și mai în vârstă, mai recent (1984), comandat de Consumers Union, a arătat că între cei 4246 de subiecți, 28% dintre cele 1016 femei căsătorite au raportat că fac sex cu soții lor mai des de o dată pe săptămână. La fel și 25% din bărbații căsătoriți. Frecvențele medii nu au fost prezentate, dar materialul indică faptul că schimbările în atitudinile sociale și personale favorizează acceptarea unei depline sexualități printre persoanele în vârstă.

Frecvența contactului sexual este cea mai înaltă la începutul vârstei adulte, din motive hormonale și deoarece persoanele tinere sunt în primele stadii ale ciclului căsniciei. Dar, comparând persoanele singure cu cele căsătorite, imaginea „burlacului libertin” nu reiese din frecvența rapoartelor sexuale declarate. Într-un studiu la nivel național, dr. Janus și Janus au raportat că „...există o confirmare consecventă a faptului că, deși persoanele divorțate au mai mulți parteneri sexuali, ele nu fac sex cu frecvența cu care îl fac persoanele căsătorite. Aceste rezultate sunt afectate în mod evident de disponibilitatea unui partener sexual pentru persoanele căsătorite.” În prezentarea frecvenței globale a activității sexuale, ei au arătat că 64% din toate persoanele singure afirmă că fac că fac sex cel puțin o dată pe săptămână, în comparație cu 85% dintre persoanele căsătorite.

**POZIȚII COITALE** Există două poziții principale pe care un cuplu le poate folosi în timpul contactului sexual: cei doi pot fi față în față, sau bărbatul poate fi cu fața la femeia întoarsă cu spatele la el. În fiecare dintre aceste poziții, unul sau ambii parteneri pot fi întinși, așezați în pat, așezați pe un scaun, îngenunchind pe podea sau în pat, sau în picioare. Nu există o poziție „naturală” sau „normală” și nici vreo poziție anormală sau vreun indiciu de perversiune sau de boală în vreo poziție sexuală.

**Poziția față în față.** Cea mai întâlnită poziție sexuală pare să fie cea numită „a misionarului”, în care bărbatul stă cu fața în jos, deasupra femeii. Termenul a fost folosit pentru prima oară de indigenii din Pacificul de Sud, pentru a descrie preferințele misionarilor, care considerau că alte poziții sunt păcătoase. Poziția este potrivită anatomic și de obicei produce plăcere ambelor părți. Ea permite celor doi parteneri să se privească în timpul contactului și facilitează săruturile și „discuțiile amoroase” între ei. Din punct de vedere psihologic, bărbatul poate fi privit în această poziție ca un agresor, iar femeia ca partenerul pasiv. Poziția aceasta poate să împiedice o excitare suficientă a clitorisului, în timp ce bărbatul își introduce și își scoate penisul din vagin. De asemenea, dacă bărbatul este obosit, el poate să piardă din erecție sau să nu îi fie comod să se susțină deasupra femeii, sau femeia se va simți neplăcut, dacă bărbatul este neobișnuit de greu. Pe de altă parte, unii bărbați vor descoperi că poziția în care sunt deasupra este prea excitantă și vor ejacula înainte de momentul dorit (o stare numită ejaculare prematură sau precoce). În plus, unele femei se pot simți uneori mai agresive sau mai stăpâne pe ele și vor dori să rămână „la comanda” actului sexual. Astfel, multe cupluri care experimentează o poziție cu femeia deasupra descoperă că aceasta adaugă o dimensiune nouă și foarte plăcută varietății sexuale.

Terapeuții sexului au relatat că multe femei care au avut mari greutăți în obținerea orgasmului sau care au parteneri care suferă de ejaculare precoce pot folosi poziția superioară pentru a trata ambele asemenea probleme. Poziția cu femeia deasupra pare să prezinte toate avantajele poziției cu bărbatul deasupra, fără a avea și neajunsurile acesteia, având în plus și avantajul că bărbatul poate folosi în timpul actului mâinile pentru a mângâia sfârcurile și clitorisul femeii. În plus, multe femei au raportat că le este mai ușor să ajungă la orgasm, pentru că își pot mișca trupul astfel încât să maximizeze stimularea clitorisului și să continue această stimulare chiar dacă bărbatul a ajuns primul la orgasm. Totuși, mulți bărbați se vor simți neplăcut având partenera în ceea ce ei interpretează a fi o poziție dominantă.

Unele cupluri pot să experimenteze poziții laterale, mai ales dacă partenerii sunt obosiți. Această poziție nu permite o penetrare prea profundă. Unii o pot găsi nesatisfăcătoare, dar alții pot s-o folosească în stadii avansate de graviditate, au în cazurile în care lungimea penisului bărbatului poate să ducă la rănirea partenerei în cazul unor penetrări adânci.

\*\*\*

fig. P. 77

*Coitus: 1) Testicule; 2) Vas deferent; 3) Veziculă seminală; 4) Prostata; 5) Uretra; 6) Veziculă seminală; 7) Colul uterin.*

\*\*\*

**Penetrarea pe la spate.** Penetrarea pe la spate implică introducerea penisului în vagin atunci când bărbatul se află în spatele femeii. Adesea, femeia îngenunchează, susținându-și corpul în palme sau în coate. Poziția „pe la spate” oferă un tip diferit de stimulare fizică și psihică, nu prezintă nici unul din avantajele unice ale poziției față-în-față, ci doar noutatea. Totuși, ea oferă o penetrare adâncă, pe care multe femei și-o doresc, deși unele o consideră foarte neplăcută.

Nici una dintre numeroasele poziții pe care cuplurile le pot lua în considerație nu trebuie să fie respinsă din capul locului. Doar după discuții și experimente pot cei doi parteneri de sex să decidă care poziții sunt potrivite și de dorit pentru ei (vezi și SARCINA ȘI SEXUL; CONTACTUL SEXUAL).

**COITUS** Vezi CONTACTUL SEXUAL.

**REVELAȚIA** Oamenii au revelații despre ei înșiși atunci când li se relevă lucruri care reprezintă pentru ei o mare sensibilitate, o rușine sau o neliniște. Cel mai adesea, termenul se referă la revelația faptului că ești homosexual, bisexual, sau lesbiană, dar se poate descrie și în cazurile în care unei persoane i se relevă că are SIDA sau este infectată cu HIV, că este alcoolică sau că are cancer sau oricare altă boală.

Un bărbat homosexual sau o lesbiană pot să se simtă îngroziți de faptul că simt o atracție pentru membrii propriului sex, fie conștientă, fie inconștientă, o groază atât de mare, încât poate bloca însăși recunoașterea acestei stări de fapt. O asemenea persoană este neliniștită, confuză, roșește sau este excitată de apariția unor persoane de același sex, fără să știe care este cauza acestor senzații. Acest lucru este mult mai probabil să se întâmple în medii cu atitudini negative puternice la adresa sentimentelor sau comportamentelor de tip homosexual, sau între persoane care nu au nici o sensibilitate legată de același sex. Persoanele care sunt în legătură cu senzațiile lor sau cu un set de experiențe mai extins, pot să recunoască o atracție pentru același sex, dar pot să nu accepte sentimentele legate de nimeni.

Senzațiile și gândurile sunt puternice și recurente duc adesea la nevoia de a le exprima în fața cuiva. În primul stadiu al „revelației”, aceste persoane discută fie cu ținta afecțiunii lor, fie cu un prieten apropiat, prezentând o teamă proporțională cu percepțiile despre inacceptabilitatea unor asemenea sentimente. Deși unele persoane sunt la fel de atrase și de bărbați și de femei, o formă incipientă de recunoaștere a înclinațiilor homosexuale duce adesea cu gândul la bisexualitate, nu la homosexualitate sau lesbianism, pentru că să fii atras de sexul opus poate să fie perceput ca un lucru mai acceptabil.

Mulți bărbați homosexuali și lesbiene se destăinuiesc mai întâi unui posibil partener. Dacă nu sunt refuzați și au alte experiențe reușite, cu timpul ei capătă curajul pentru a înștiința și familia și prietenii despre senzațiile, iubirile și atracțiile lor. În stadiul final, un număr mic de homosexuali sunt

destul de curajoși ca să-și descrie experiențele în mod deschis în comunități mai largi, prin mass-media sau la orele de curs, să se „releve” lumii.

Chiar dacă oamenii sunt conștienți de propria lor identitate sexuală și o afirmă, există încă zone ale vieții și experienței oricui care sunt ținute ascunse cu mare grijă. De exemplu, deși homosexualitatea poate fi acceptată de familie, prieteni și colegi, relațiile multiple pot să rămână ascunse, chiar și față de doctor. Un alt exemplu ar fi FETIȘISMUL sau o exprimare neobișnuită a dorinței sexuale, care vor rămâne strict ascunse, cu excepția a foarte puține cazuri.

Infecțiile cu HIV și SIDA sunt stigmatizate chiar mai mult decât stilul de viață homosexual. Deși s-a căzut de acord în general că este lipsit de etică să îi expui pe alții la acest virus mortal și că există moduri de a face sex care să împiedice transmisia lui HIV, unele persoane infectate cu HIV se tem că recunoașterea infectării ar putea duce la discriminări sau la pierderea partenerilor.

În timpul anilor 1990 a apărut un nou concept de „relevare”, anume relevarea homosexualității cuiva, oricât ar fi fost aceasta de pusă în umbră. De exemplu, deși politica Departamentului Apărării din Statele Unite interzice homosexualilor să se înroleze în armată, mulți dintre aceștia au servit țara ascunzându-și identitatea sexuală. În timpul Războiului din Golf, unii activiști homosexuali au cerut recunoașterea faptului că au luptat în război fără să periclitizeze în vreun fel misiunile date de patrie. Atunci când recunoașterea nu a venit de la sine, organizațiile de homosexuali au „relevat” că un proeminent funcționar civil de la Departamentul Apărării își ascundea homosexualitatea, arătând prin aceasta că homosexualii pot să ocupe cu succes posturi militare importante.

Trebuie să „relevăm” sentimentele, comportamentul și situațiile în care ne aflăm? Adesea s-a argumentat că dacă acestea rămân ascunse, ele vor constitui o povară grea pentru psihic. Cartea lui Howard Brown, *Familiar Faces; Hidden Lives* (Figuri familiare, vieți ascunse) vorbește elocvent despre dificultatea de a menține o viață dublă. Oamenii care s-au deschis față de familii și prieteni spun adesea că li s-a luat astfel o piatră de pe inimă; alții au descoperit că cele mai urâte temeri ale lor s-au împlinit și nu au mai putut să păstreze legătura cu familiile și prietenii. Decizia de a te „releva” trebuie să fie cu mare grijă cumpănită, solicitând eventual ajutorul prietenilor de încredere și al specialiștilor.

**FIDELITATEA** În ultimele decenii, „fidelitatea” este un subiect mult discutat în ce privește relațiile dintre sexe. Foarte adesea, femeile sunt cele care se plâng de lipsa de fidelitate a bărbaților, în vreme ce bărbații par să nu aibă prea clar semnificația acestui termen. În esență, fidelitatea înseamnă voința de a continua o relație pe o perioadă indefinită, sau de a face astfel încât să se ajungă la o relație stabilă, pe termen lung. Pentru unii, fidelitatea este echivalentă cu o CĂSĂTORIE fără un statut legal sau formal, sau poate să însemne doar un angajament de a nu avea relații cu alte persoane.

La persoanele mai tinere, să îți asumi angajamente de fidelitate este un fel de joc prenuptial în diverse grade, de la exclusivitatea persoanei cu care ai ÎNTÂLNIRILE sexuale, până la a trăi tot timpul împreună sau a-și oferi reciproc susținere emoțională, financiară și socială. În multe privințe, un angajament de fidelitate este comparabil cu ideea de „logodnă” sau angajament de căsătorie, noțiune biblică, medievală și victoriană: este o promisiune de a acționa „ca și cum” cuplul ar urma să se căsătorească, fie că intenționează sau nu să facă acest pas. Deoarece fidelitatea implică adesea o implicare sexuală și emoțională pe termen lung, ea nu ar trebui tratată cu superficialitate, cu ca o încercare pentru relații mai permanente pe viitor (vezi și IUBIREA; ADOLESCENȚII ȘI SEXUL).

## **COMPORTAMENT SEXUAL INTENS** vezi HIPERSEXUALITATEA.

**CONCEPȚIA.** Concepția începe atunci când un ovul al femeii și un spermatozoid al bărbatului se întâlnesc în corpul ei pentru a forma primele celule ale unei ființe noi, în calitate de părinți. Dacă va avea succes, întâlnirea ovulului cu spermatozoidul într-una din TROMPELE UTERINE ale femeii duce la fertilizarea ovulului și la creșterea primelor straturi celulare ale embrionului noii ființe. După aceea, ovulul fertilizat se deplasează prin trompa uterină și se plantează în UTERUL femeii. Atunci când s-a terminat acest proces, se spune că a avut loc concepția.

Ovulul femeii este prezent în trompa uterină și este fertil timp de aproximativ trei zile după ovulație (adică eliminarea ovulului dintr-un ovar), de obicei în jurul punctului median al ciclului ei lunar. Spermatozoidul bărbatului, care poate rămâne viu și mobil timp de până la șapte zile, este prezent în trompă deoarece între timp cuplul a avut contacte sexuale. (Deși dorită, adesea concepția nu apare, dintr-o multitudine de cauze. Totuși, această stare se poate îmbunătăți cu ajutorul tehnicilor medicale moderne, între care inseminarea artificială și FERTILIZAREA IN VITRO, în care o parte importantă a etapelor are loc în afara corpului femeii.)

Atunci când ovulul este generat (eliberat din foliculul ovarian), el este înconjurat de multe celule produse de foliculul ovarian. Între aceste celule și imediat în jurul ovulului se află o membrană dură, numită *zona pellucida*, care reprezintă principala barieră împotriva penetrării spermatozoidului. Franjurile de la capătul trompei uterine ajută la transferul ovulului de la suprafața ovarului până în regiunea superioară a trompei uterine. Simultan, sperma este transportată din vagin până în aceeași zonă a trompei uterine.

La un act sexual normal, milioane de spermatozoizi sunt depozitate în partea superioară a vaginului. În mod obișnuit, doar câteva sute ajung în locul fertilizării normale. Folosindu-se de o combinație între mișcări de înot și eliberare de substanțe chimice, unii spermatozoizi pot să pătrundă prin straturile de celule care înconjoară ovulul, dar de obicei un singur spermatozoid e în stare să

străpungă *zona pellucida* și să fertilizeze efectiv ovulul. Procesul de fertilizare implică fuziunea spermatozoidului cu ovulul în sine.

\*\*\*

foto. P. 80

*Momentul concepției (mărit cu un microscop electronic) — un spermatozoid penetrează ovulul.*

Fig. P. 80 stânga

*Spermatozoizi apropiindu-se de ovul.*

Fig. P. 80 dreapta

*Spermatozoizi apropiindu-se, făcând contactul și penetrând ovulul.*

\*\*\*

\*\*\*

fig. P. 81

*Concepția — de la ovulație la implantare*

Diviziunea celulelor

Ovar

1. Ovulație
2. Fertilizare
3. Ovulul implantat care devine embrion (mărire)

UTER

ENDOMETRU

COL UTERIN

VAGIN

## Embrion (4 săptămâni)

(DIMENSIUNILE DIVERSELOR ELEMENTE DIN ACEST DESEN AU FOST EXAGERATE, PENTRU O MAI BUNĂ ILUSTRARE)

\*\*\*

În primele douăzeci și patru de ore după fertilizare, materialul genetic (cromozomii) transportat de spermatozoid se combină cu cromozomii purtați de ovul și, la aproximativ treizeci de ore după fertilizare, ovulul fertilizat se divide pentru prima oară. De acum, se va numi embrion. Următoarele diviziuni celulare vor avea loc la intervale de aproximativ douăsprezece ore. În condiții normale, fertilizarea are loc în jumătatea superioară a trompei uterine, iar embrionul petrece cam trei zile plutind liber în această porțiune a trompei uterine. Embrionul, care acum posedă douăsprezece până la șaisprezece celule, este apoi transportat rapid în cavitatea uterină. El este hrănit de secrețiile uterine și va suferi o dezvoltare suplimentară. La aproximativ șase zile după ovulație și fertilizare, el „sparge coaja”, ieșind din *zona pellucida*, se dezvoltă spectaculos și în cele din urmă se îngroapă în endometru (peretele uterului). Noul embrion produce un hormon (hCG) care, atunci când este eliberat în sângele mamei, semnalează că aceasta este gravidă și determină *corpus luteum* din ovare să continue să producă hormonii estrogen și progesteron, necesari pentru menținerea sarcinii.

Procesul efectiv al concepției trebuie să fie foarte bine determinat în timp. Ovulul are un timp de viață foarte limitat, în care poate fi fertilizat (estimat la nu mai mult de trei zile). Pe de altă parte, spermatozoidul poate să-și mențină capacitatea de fertilizare pe o perioadă mult mai mare de timp. În fapt, spermatozoizii pot să-și mențină motilitatea (capacitatea de a înota), ca și capacitatea de a fertiliza chiar dacă stau în mucoasa cervicală timp de câteva zile. Astfel, deși cuplul poate să nu aibă un contact sexual la momentul ovulației, sarcina poate să survină dacă femeia a avut un contact sexual în oricare dintre cele câteva zile precedente (vezi și INSEMINAREA ARTIFICIALĂ CU DONATOR; TROMPELE UTERINE; ORGANELE SEXUALE FEMININE; EREDITATEA; FERTILIZAREA IN VITRO; STERILITATEA; ORGASMUL; SPERMA(TOZOIZII); BĂNCILE DE SPERMĂ).

**PREZERVATIVELE** Un prezervativ este un toc care se montează pe penis, pentru a bloca trecerea spermei. Este folosit ca un dispozitiv de control al nașterilor și ca mijloc de prevenire a răspândirii BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ în timpul contactului sexual. Cuvântul englez, „condom”, este atribuit unui anume dr. Condom, despre care se spune că ar fi fost doctor la curtea regelui Carol al II-lea al Angliei în secolul șaptesprezece. Prezervativul lui era făcut din intestine de oaie, odorizate cu parfumuri. În fapt, anatomistul italian Fallopius (cel care a descoperit și a și dat numele trompelor uterine, numite și trompele lui Fallopius) a creat un prezervativ din olandă, cu o sută

de ani mai devreme. El s-a lăudat că din o mie o sută de bărbați care au folosit prezervativul lui experimental, nici măcar unul nu a fost infectat cu o boală venerică. Printre avantajele prezervativului, spunea el, e și acela că se poate purta într-un buzunar de la pantaloni.

Alt avantaj a devenit evident atunci când prezervativele (numite în foarte multe feluri, de la „mașini” la „cauciucuri” și „profilactice”) au căpătat o largă acceptare în secolele șaptesprezece și optsprezece; pe lângă că protejau împotriva bolilor cu transmitere sexuală, ele erau și un mijloc eficient de contracepție. Bărbatul care a popularizat utilizarea prezervativelor pentru valoarea lor contraceptivă a fost libertinul secolului al XVIII-lea, Giovanni Casanova. Acesta era foarte atașat de prezervative, lucru evident din diversele porecle pline de afecțiune cu care le gratula: „haina englezească de călărie”, „veșmântul englezesc care te lasă să te culci pe o ureche”, „teaca apărătoare” și „capace de siguranță”.

Din nefericire, aceste prime prezervative nu erau eficiente. Ele nu împiedicau cu adevărat bolile cu transmitere sexuală, pentru că bacteriile care cauzează gonoreea și alte boli venerice pot trece prin intestinalele de animal din care erau făcute prezervativele; în plus, ele nu stăteau întotdeauna pe penis atunci când erau folosite.

Prezervativele moderne, relativ sigure și eficiente, datează de la mijlocul secolului nouăsprezece, moment în care a apărut cauciucul vulcanizat. Ultima mare evoluție a tehnologiei prezervativului a avut loc îndată după 1930, când prezervativele au început să fie produse din latex, un produs din cauciuc care putea fi făcut mai subțire și mai rezistent decât înainte.

În anii 1950 și 1960, folosirea prezervativelor a suferit o cădere rapidă, din cauza a două descoperiri importante. Prima a fost că penicilina și alte antibiotice s-au dovedit eficiente în tratarea sifilisului și a gonoreii, iar a doua, datorită apariției contraceptivului oral feminin, „pilula”, care a privat prezervativul de unul din principalele lui roluri: prevenirea gravidității. Dar în anii 1980, o dată cu creșterea pericolului prezentat de epidemia de SIDA, prezervativul a căpătat o nouă importanță, fiind cel mai eficient mijloc de prevenire a bolii, cu excepția ABSTINENȚEI sau a unei relații monogame stabile cu un partener neinfectat.

Numai prezervativele din latex oferă o protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală. Prezervativele din piele de miel (de fapt din țesut intestinal) oferă teoretic o senzație mai autentică, dar sunt pline de mici orificii microscopice. Acestea sunt prea mari pentru trecerea spermatozoidelor și de aceea „pieile de miel” sunt eficiente împotriva gravidității, dar găurile sunt destul de mari pentru a permite trecerea microorganismelor, inclusiv a virusului care provoacă SIDA. De aceea, aceste prezervative nu ar trebui folosite pentru prevenirea răspândirii bolilor.

Prezervativul este plasat pe penis, astfel încât ejacularea spermei se va face în capul dispozitivului, numit rezervor. Este important să ne amintim că spermatozoizii sunt prezenți și în fluidul

pre-ejaculator eliminat de glanda Cowper și de aceea prezervativul trebuie plasat pe penis înainte de orice penetrare a vaginului.

Eficiența prezervativului, pentru o utilizare tipică, este de 12, număr dedus pe baza gravidității pe un colectiv de 100 de femei, în timpul unui an de utilizare. Dacă se utilizează precis, rata de eficiență va fi de 2 la 100 de femei pe an. Prezervativele se pot rupe (deși foarte rar) și dacă nu se vor scoate cu mare grijă, sperma se poate scurge, ajungând în vagin. O cale de a mări eficiența prezervativului este folosirea în conjuncție cu un spermicid. Unele prezervative sunt deja acoperite cu spermicid, de obicei monoxynol-9.

Folosirea unguenților pe bază de petrol poate să ducă la sfâșierea latexului și la răspândirea spermei. Dacă este nevoie de lubrifianți, aceștia ar trebui să fie pe bază de apă. Unele prezervative se vând deja pre-lubrifiate cu ingredienți siguri.

Ambii parteneri ar trebui să știe să monteze un prezervativ, deși cel mai important este ca partenerul care îl folosește să cunoască acest lucru. În pachetele în care se vând, prezervativele sunt rulate. Prezervativul rulat se plasează pe vârful penisului în erecție, se lasă cam un centimetru de la vârful pentru colectarea spermei și apoi se derulează prezervativul pe penis, până la baza acestuia. Cu ajutorul mâinii, se va elimina prin strângere aerul din vârf: principala cauză a ruperii prezervativelor este frecarea cu bulele de aer. Nu scoateți prezervativul decât după ce penisul a fost extras complet din vagin și v-ați asigurat că nu a avut loc nici o scurgere de spermă în acest proces.

\*\*\*

fig. P. 82

*Atunci când montați un prezervativ, asigurați-vă că a rămas cam un centimetru de vârf pentru a colecta sperma. Strângeți vârful pentru a elimina aerul rămas și derulați prezervativul în jos pe penis.*

\*\*\*

Prezervativele sunt ușor de obținut, costând în jur de 25-30 de cenți bucata (elementele adăugate, cum ar fi lubrifianții, spermicidul și diverse forme și culori pot să crească valoarea prezervativului până la 2,50 dolari pe bucată). Toate farmaciile vând prezervative, multe etalându-le pe rafturi. În unele toalete publice, prezervativele se pot cumpăra de la distribuitoare automate.

Prezervativele nu prezintă efecte secundare nedorite decât în cazul în care bărbatul — sau partenera lui — are o alergie la latex. Unii bărbați se plâng că prezervativul reduce senzația, alții laudă acest lucru, spunând că îi împiedică să ejaculeze prea repede. Oricare i-ar fi hibe, în ce privește protecția împotriva bolilor cu transmitere sexuală, în special a mortalei SIDA, prezervativul nu are egal și ar trebui să facă parte din obiceiurile oricărei persoane active sexual care nu este implicată într-o relație monogamă pe termen lung.

\*\*\*

fig. P. 83

*Prezervativul feminin*

\*\*\*

Ultimele apărute în lunga istorie a prezervativelor sunt „prezervativele feminine”, care au primit o aprobare provizorie din partea US Food and Drug Administration în februarie 1992. Prezervativul feminin este o pungă cu un capăt închis, pe care femeia o plasează adânc în vagin. Capătul superior este deschis și rămâne în afara vaginului, fiind locul prin care intră penisul. Avantajul potențial este că pune un mijloc de protecție la dispoziția femeilor care, în timpul contactelor heterosexuale, sunt cele mai expuse contactării virusului HIV. În același timp, prezervativul feminin înlătură orice argument al bărbaților care nu vor să folosească prezervativele clasice (vezi și CONTROLUL NAȘTERILOR; SEX SIGUR).

**CONSIMȚĂMÂNT** „Între adulți care consimt” este în zilele noastre una din definițiile comportamentului sexual acceptabil. Totuși, în unele situații, linia dintre ceea ce este consimțit și ce nu este consimțit nu este deloc clară. Într-un context legal, consimțământul este legitim dacă a fost dat voluntar și liber, fără presiuni sau violențe, de către o persoană care este din punct de vedere legal capabilă să consimtă; în același timp, trebuie obținut fără fraudă sau înșelăciune.

Problema dacă s-a dat consimțământul sau nu poate să apară în mai multe aspecte legale, cum ar fi violul comis de un cunoscut, în care presupusul atacator este cunoscut de către victimă: violul statutar, în care minorii sunt considerați incapabili să își asume un consimțământ conștient, sau violul în cadrul unei căsnicii, în care relația dintre soț și soție poate să implice un anumit grad de consimțământ. Problema consimțământului este adesea invocată și în acuzațiile de HĂRȚUIRE SEXUALĂ la locul de muncă, precum și în cazurile de molestare sexuală a minorilor (a se vedea și MOLESTAREA MINORILOR; LEGILE MOLESTĂRII MINORILOR; VIOLUL COMIS DE UN PRIETEN; VIOLUL).

În general, violul este definit de legile statelor ca fiind contactul sexual cu cineva, fără ca acea persoană să fi consimțit în mod conștient și activ. Aceasta înseamnă că violul presupune nu numai un contact sexual cu folosirea forței. Contactul sexual cu o persoană care are un handicap mintal care face consimțământul imposibil se consideră tot viol. De asemenea, minorele, în mod obișnuit cele sub 16 sau sub 18 ani, în funcție de legile statului respectiv, sunt considerate incapabile de a-și da consimțământul conștient pentru un contact sexual.

Atunci când se recurge la forță pentru a determina o femeie să se supună unui act sexual, problema violului este clară. Dar unele femei nu se consideră victime ale unui viol dacă au fost să

„petreacă” și au fost intoxicate și determinate să facă sex sub influența drogurilor, nefiind în măsură să răspundă în mod perfect conștient avansurilor.

Cel puțin una din patru femei din America este victima unui viol în decursul vieții. Studiile estimează că peste 90% din femeile care au fost agresate sexual nu depun plângere la poliție. Aproximativ 40% nu spun nimănui.

Deși tendința este în schimbare, cele mai multe legi legate de viol din trecut prevedeau că un bărbat nu poate fi acuzat că și-a violat soția. Unele state și-au revizuit legislația legată de viol, astfel încât un bărbat poate fi dat în judecată pentru că și-a violat soția. Dar procesele duse pe baza acestor legi se lovește de problema dovedirii: această situație are loc în general în cadrul intim al patului conjugal.

În absența folosirii evidente a forței, problema consimțământului în cazurile de acuzație de viol comis de un prieten a dus invariabil la controverse. Dacă unul din parteneri a spus un „nu” care înseamnă „da”? Dacă unul din parteneri a comunicat consimțământul prin intermediul comportamentului anterior? Sau prin semnale? Dacă a comunicat că e de acord prin modul în care se îmbracă? Dacă una din părți a fost provocată și deci se putea aștepta deznodământul?

Unele dintre aceste întrebări pot să încurce mai mult problema, dar o cale de a clarifica subiectul este să ne amintim că avem dreptul să refuzăm orice tip de contact sexual, în orice moment și în orice loc și în orice stadiu al unei relații, indiferent de nivelul de excitare sexuală atins de partener. Nu există lucruri de tipul „punctul de la care nu mai poți da înapoi”, momentul din care nimeni n-ar mai avea dreptul să decidă ce să facă cu propriul trup. „Nu” înseamnă NU.

Este poate un concept greu de acceptat pentru unii, atunci când o femeie se plasează voluntar într-o situație în care se teme că ar putea fi văzută că „o cere”. În asemenea situații, ea ar trebui să știe că partenerul are tot dreptul să fie frustrat sau chiar furios atunci când i se spune „nu”. Un partener are dreptul la propriile lui păreri și sentimente, dar dreptul lui se oprește acolo unde începe spațiul personal al celuilalt. Toți avem dreptul să ne exprimăm dezamăgirea, dar nu întotdeauna avem dreptul să ne impunem voința, iar contactul sexual este una din aceste situații. „Nu” înseamnă NU.

Conform legilor americane, o persoană are dreptul să lucreze într-un mediu lipsit de comunicații sexuale „nedorite”, lipsit de solicitări pentru un contact sexual. Acceptul sau refuzul unui asemenea comportament de către un angajat nu poate constitui baza pentru decizia de a nu fi angajat sau de a fi concediat de către angajator. Altfel, am avea a face cu o discriminare a individului la locul de muncă. Aceasta înseamnă că, chiar dacă un individ nu pierde o slujbă sau o potențială slujbă, fiind doar forțat să trăiască într-un mediu cu abuzuri verbale sau fizice, el are dreptul să depună plângeri împotriva mediului ostil tolerat de angajator. La locul de muncă, comportamentul profesional ar trebui să fie singurul criteriu de evaluare a contribuției, nu modul în care se acceptă sau nu un comportament sexual insultător. Unii angajați ezită să-și exprime părerile, temându-se de represalii, iar uneori ei

consimt tacit, neluând cuvântul. Legea îi protejează pe angajați de represalii în asemenea cazuri. Angajații trebuie să se educe pe ei înșiși în privința dreptului lor de a spune „nu”.

**CONTRACEPȚIA** Vezi CONTROLUL NAȘTERILOR; MITURILE CONTROLULUI NAȘTERILOR; CAPACUL CERVICAL; CONCEPȚIA; PREZERVATIVELE; SPUMELE, CREMELE ȘI GELURILE CONTRACEPTIVE; DIAFRAGMELE; STERILETUL; PLANIFICAREA NATURALĂ A FAMILIEI; PLANIFICAREA FAMILIALĂ ȘI MARGARET SAGNER; VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ.

**SPUME, CREME ȘI GELURI CONTRACEPTIVE** Metodele legale de CONTROL AL NAȘTERILOR pentru femei includ contraceptive care pun o barieră fizică sau chimică. Sunt mijloace familiare oricui, pentru că sunt prezentate atât în supermarket-uri, cât și pe rafturile farmaciilor. (A nu se confunda cu metodele igienei feminine, care nu pot să preîntâmpine nici graviditatea, nici bolile cu transmisie sexuală.) Pot fi obținute fără rețetă și nu au efecte secundare serioase, dar nu sunt la fel de eficiente ca alte mijloace contraceptive, unele din ele fiind bine să se folosească doar în asociere cu alte metode de barieră.

Aceste produse oferă într-un anumit grad o protecție împotriva BOLILOR CU TRANSMISIE SEXUALĂ, inclusiv HIV, dar deoarece SIDA este o boală mortală, riscurile ar trebui considerate prea mari pentru ca cineva să se bazeze exclusiv pe aceste metode atunci când face sex cu un partener despre care nu știe dacă e lipsit sau nu de boli.

Spuma contraceptivă vaginală este plasată într-un aplicator, care este folosit pentru a o introduce în vagin. (Unele tipuri sunt preambalate în doze de unică folosință în aplicator.) Datorită efectelor peliculare, spuma se împrășteie peste tot prin vagin și va acoperi colul uterin. Spuma conține un spermicid care paralizează spermatozoizii, împiedicându-i să ajungă în uter și deci să fertilizeze ovulul. Ca să fie folosită cum trebuie, trebuie urmate întocmai instrucțiunile producătorului.

Pentru femeile care simt o jenă la atingerea organelor genitale, spuma oferă avantajul unui aplicator ușor de folosit. Nu este nevoie ca spuma să fie înlăturată, pentru că este antrenată de secrețiile naturale ale vaginului. Unele femei găsesc aceste spume murdare și lipicioase și consideră că, de vreme ce spuma trebuie plasată imediat înainte de penetrare, ea lipsește actul sexual de o componentă a spontaneității, cu toate că și procesul de aplicare poate să facă parte din preludiu.

Dintre femeile care folosesc spuma drept unică metodă contraceptivă, 20 din 100 vor rămâne însărcinate în timpul unui an de utilizare. Combinând spuma cu alte metode de contracepție, cum ar fi PREZERVATIVELE și DIAFRAGMELE, rata eficienței se mărește semnificativ.

Ovulele care eliberează un spermicid atunci când sunt introduse în vagin sunt mai puțin „murdare” decât spumele și nu necesită o aplicare, lucru pe placul multor femei. Pe de altă parte, ele

trebuie să fie plasate în vagin cu cel puțin zece sau cincisprezece minute înaintea penetrării și cu nu mai mult de patruzeci și cinci de minute înainte de terminarea actului sexual și de aceea afectează, categoric, spontaneitatea, deși prin integrarea utilizării lor în preludiu se poate recupera o parte din farmecul actului. Dacă bărbatul nu a ejaculat în patruzeci de minute de la plasarea ovulului în vagin, trebuie inserat un alt ovul, începând un alt interval de așteptare.

Spermicidele care se livrează sub formă de creme sau geluri sunt destinate utilizării în combinație cu diafragma sau cu CAPACUL CERVICAL, deși unele vin cu aplicatoare și se pot folosi fără aceste bariere fizice. Aceasta le scade eficiența până la aproximativ 20%. Rata lor joasă de protecție împotriva HIV le face inacceptabile pentru cineva cu mai mulți parteneri sexuali, dacă nu se folosesc și prezervativele.

**CURTEA** Procesul de cunoaștere care are loc în cadrul unui cuplu și care uneori conduce la căsătorie. Deși obiceiurile variază în funcție de cultură, în fiecare societate în care există viitori iubiți curtea funcționează ca un dans, în care ambii parteneri pot să examineze sentimentele proprii după ce experimentează și comunică o atracție sexuală inițială.

În unele culturi nu există curtea, ci numai aranjamente matrimoniale. Dar culturile moderne permit libertatea de alegere. Bărbații și femeile trebuie să găsească și să-și aleagă partenerii și să-i convingă să-i iubească și să se căsătorească. Acest proces de convingere romantică face parte tot din funcțiile curtării.

Deși un cuplu care se întâlnește nu efectuează neapărat o curte, atunci când un cuplu ajunge la sentimente serioase, este în același timp înălțător și înfricoșător. Curtea permite cuplului un răgaz să se închege și să se gândească bine la ideea că-și vor petrece restul vieții împreună. Iubiții pot să trăiască emoții și temeri care adesea pot să fie copleșitoare.

Curtea este un proces activ: unul din iubiți îl curtează activ pe celălalt. În mod tradițional, răspunderea curtării cade în seama bărbatului. El o invită pe femeie la întâlniri, el îi trimite flori, îi oferă o masă și o convinge de sentimentele lui, în cele din urmă propunându-i căsătoria. Dar chiar și în cadrul tradiției adesea femeia este cea care face pe ascuns curtea. O zicală foarte înțeleaptă spune că „el a vânat-o și ea l-a prins”. Adesea, femeia este cea care alege bărbatul și apoi comunică receptivitatea ei prin diferite semnale. Râde la glumele lui, îi permite să-i mai ofere o băutură, își lasă mâna pe genunchiul lui. Femeia este cea care stabilește câtă curte să i se facă înainte de a se trece la sex.

Toate aceste manevre au făcut parte din arsenalul dansului curtării din trecut. Totuși, regulile dansului se tot schimbă. Multe femei au acum impresia că pot să curteze un posibil partener deschis și declarativ. Ele pot să-l invite pe bărbat, să plătească cina, să inițieze sexul și să pună problema căsătoriei. Curtea a rămas în continuare un dans, în care bărbatul și femeia își explorează sentimentele

și temerile; dar acum femeia poate iniția o relație — atâta vreme cât este dispusă să se supună riscului unui refuz.

Cuplurile căsătorite consideră adesea perioada curțării ca fiind cea mai frumoasă. A fost perioada în care s-au îndrăgostit, perioada ROMANTICĂ și o perioadă de intensă excitare sexuală. Și aceasta este o importantă funcție a curții, aceea de a oferi cuplurilor un fundament pentru iubirea romantică și sexuală. Păstrată cu grijă, această iubire poate să dureze de-a lungul întregii căsnicii, de-a lungul întregii vieți (vezi și FLIRTUL).

**PĂDUCHII PUBIENI ȘI RÂIA** Păduchii pubieni („păduchii lați”) și râia se pot transmite de la o persoană la alta prin contact sexual. Acești paraziți produc o mâncărime intensă, care poate duce la iritații puternice ale zonei pubiene. Tratamentul încununat de succes presupune aplicarea de scabicide o decontaminare completă a hainelor și așternutului de pat.

**CUNNILINGUS** Este o varietate de SEX ORAL care implică un contact al gurii cu organele genitale feminine. Termenul provine din combinarea a două cuvinte latine: *cunnus*, care înseamnă vulvă, și *lingere*, care înseamnă a linge. Cunnilingus este considerat de multe femei ca fiind cel mai eficient mijloc de stimulare sexuală. Unele spun că este singura cale pe care pot ajunge la ORGASM.

Cunnilingus nu este agreat de toate femeile, dar se pare că în ultimii cincizeci de ani este tot mai mult acceptat. În cadrul unui cuplu de lesbiene, este principala sursă de satisfacție sexuală. Un indiciu al acceptabilității tot mai mari a cunnilingusului se poate vedea în compararea datelor culese de Alfred Kinsey în anii 1940 cu cele ale altor cercetători, din anii 1970 și 1980. De exemplu, printre femeile căsătorite cu studii superioare rata de acceptare a procedurii a urcat de la 58% la 72%.

Multe cupluri consideră cunnilingus ca fiind foarte prețios pentru stimularea și satisfacerea femeii în perioadele în care bărbatul-partener are probleme temporare cu obținerea erecției. În unele cazuri, cunnilingus este preferat de femeile care tocmai au născut, până când zona vaginală este complet vindecată.

Pentru cele mai multe femei, senzația principală dată de cunnilingus vine din stimularea CLITORISULUI de către partenerul care linge zona cu mișcări lente sau rapide. Dar pentru altele această stimulare poate fi mult prea intensă, cazuri în care bărbatul ar trebui să își concentreze activitatea pe părțile laterale ale zonei clitoridiene. Dacă clitorisul femeii este suficient de alungit în timpul excitării, partenerul poate să și sugă. Zona din jurul clitorisului, în special labiile, este adesea o sursă de atenție în timpul procedurii de cunnilingus și poate fi de asemenea linsă și trasă cu blândețe cu gura. Senzația individuală a femeilor prezintă o plajă întinsă și de aceea este imperativ ca partenerii să discute mai întâi care zone oferă senzații plăcute sau neplăcute persoanei care receptează cunnilingusul.

Multe femei declară că este foarte iritantă barba pe care o au bărbații la sfârșitul zilei, când se angajează în actul sexual. Această „miriște” poate fi extrem de neplăcută pentru unele femei, dar pentru altele senzația bărbii partenerului poate fi foarte excitantă.

Multe persoane au primit în copilărie mesajele subtile care asociază organele genitale și zonele din jurul lor cu murdăria. Cei mai mulți adulți par să fi trecut peste aceste asocieri, dar din timp în timp mirosul zonelor vaginale poate să întărească prejudecăți timpurii. După o spălare normală, de rutină, zona vaginală nu ar trebui să aibă un miros neplăcut. Dacă acesta există totuși, femeia ar trebui să consulte un ginecolog.

Cunnilingus se poate defini și prin termeni „de stradă”, cum ar fi: „a da jos”, „plonjeuri”, „a da limbi” etc. (vezi și FELAȚIA; SEXUL SIGUR; POZIȚIA ȘAIZECIȘ NOUĂ).

**VIOLAREA DE CĂTRE PRIETEN** Multe studii arată în zilele noastre că violurile sunt comise în majoritate nu de către străini, ci de către cineva cunoscut de victimă.

O anchetă recentă printre femeile care lucrează și studentele de colegiu, efectuată de Facultatea de Medicină a Universității Arizona, a relevat că peste 80% din victimele unor violuri cunoșteau persoana care le-a violat, iar dintre victimele de la colegiu peste jumătate fuseseră obligate la sex de către prietenii lor. Asemenea statistici nu sunt niciodată foarte de încredere, dar nu există nici o îndoială că violul (sau violul comis de către un cunoscut) este un fenomen în creștere și o problemă socială care a iscat o furtună de păreri controversate în Statele Unite.

Controversa se duce în jurul problemei centrale — în jocul sexual non-verbal jucat de bărbat și femeie, ce constituie CONSIMȚĂMÂNT și ce nu ? Unele cazuri de viol comis de un cunoscut sunt, evident, limpezi și nu pot fi în discuție — violarea victimei prin folosirea forței de către făptaș. Dar nu toate cazurile sunt atât de clare. La fiecare VIOL comis cu recurgerea la forță există altele care se pot numi în cel mai bun caz „sex constrâns” — situații în care un bărbat este prietenul unei femei și are întâlnire cu ea sau chiar se află în pat cu femeia și are senzația, dintr-o multitudine de motive, că poate să ignore „nu”-ul ei la propunerea de contact sexual și să-și arate bărbăția în fața obiecțiilor ei. Asemenea constrângere, dacă devine agresivă și fizică, poate deveni viol comis de un cunoscut. Dar liniile de demarcare dintre seducere, constrângere și viol sunt foarte neclare.

Bărbații și femeile au adesea alte idei despre ceea ce înseamnă a fi de acord să faci sex. Atunci când o femeie se arată doritoare să fie sărutată sau mângâiată, de exemplu, un bărbat poate să îi interpreteze eronat comportamentul, crezând că este o invitație la un contact sexual. Atunci când o femeie spune „nu”, un bărbat presupune foarte adesea că înțelesul este „poate”, adică începutul unui proces de negociere. În mod similar, atunci când o femeie este de acord să intre în apartamentul sau dormitorul unui bărbat, unii bărbați presupun că acest lucru înseamnă că ea dorește să facă sex. În realitate, femeia poate să nu se gândească de loc la așa ceva.

Mare parte din confuzia creată între concepțiile bărbaților și femeilor de astăzi are rădăcini adânci în jocurile sexuale vechi de mii de ani dintre cele două sexe. În mod tradițional, bărbații și femeile nu discută explicit despre sex. Ei au născocit un foarte elaborat limbaj al FLIRTULUI, trimițându-și unii altor semnale uneori foarte subtile. Nu este surprinzător că asemenea semnale pot să se intersecteze, în special atunci când cineva este excitat sexual și predispus să vadă dorința la un potențial partener sexual. Mulți bărbați cred sincer că femeile doresc ca ei să treacă peste protestele lor — că refuzul femeii este parte esențială a unui „joc al împerecherii” care dictează că femeile trebuie să reziste, de formă. Un studiu recent coroborează această afirmație. Bărbații și femeile au probleme atunci când e să se cadă de acord asupra a ceea ce înseamnă în realitate „nu”. Dar atunci când o femeie spune „stop, nu sunt pregătită”, bărbatul adesea are tendința să înțeleagă „da”. Adesea, el consideră spusele femeii o invitație la continuarea avansurilor, pentru a o excita sexual. Dacă „nu”-ul femeii este interpretat drept „da, continuă, aprinde-mă”, este ușor de înțeles că insistențele bărbatului vor căpăta un aspect fizic tot mai accentuat — chiar violent — și se poate trece linia dintre convingere și viol. Există, în fapt, un larg consens între cercetători, care spun că bărbații și femeile implicați în cazuri de sex forțat sau „constrâns” adesea nu înțeleg că au trecut granița definiției legale a violului. Într-un studiu revelator, bărbați au fost întrebați dacă ar forța o femeie să facă sex, știind că nu vor fi trași la răspundere. Aproape jumătate au răspuns „da”! Dar atunci când au fost întrebați dacă ar viola o femeie dacă ar ști că pot fi prinși, numai aproximativ 15% au spus că ar face-o.

Asemenea probleme de percepție sunt puternic accentuate atunci când intră în scenă alcoolul și drogurile. Din punct de vedere legal, se pune problema dacă o femeie poate să consimtă la sex dacă este beată. Și totuși, știm că multe persoane — și bărbați, și femei — recurg adesea deliberat la alcool pentru a-și reduce inhibițiile și se angajează în mod curent în sex atunci când sunt intoxicați. Pentru ca sexul să fie cu adevărat consimțit, trebuie ca ambele părți să fie conștiente de ceea ce fac și responsabile pentru acțiunile lor. Beția exclude asemenea condiții. Acest lucru este o dilemă în particular în campusurile facultăților, acolo unde s-a tras alarma asupra numărului mare de violuri comise de cunoscuți. Violul din cadrul asociațiilor studențești este o reală problemă. La petreceri, atunci când se bea, se fac glume pe teme sexuale, există o competiție în această direcție, avem un context care încurajează comportamentul sexual agresiv. Fetele care se îmbată la petrecerile studențești pot să nu știe că au cerut să facă sex. Cu toate acestea, ele trebuie să fie conștiente de faptul că asemenea comportament le pune într-o situație vulnerabilă.

Factorii principali ai sexului constrâns incert sau ai violului comis de către o cunoștință sunt lipsa de înțelegere între sexe, faptul că nu este respectată partenera și faptul că nu este acceptată responsabilitatea pentru acțiunile proprii. În cele din urmă, bărbații trebuie să accepte că femeile nu le trimit întotdeauna semnale sexuale. Faptul că o femeie îmbracă haine sexy, intră în camera unui bărbat sau îi permite acestuia să o sărute nu înseamnă automat că ea este interesată de actul sexual. Bărbații

trebuie să înțeleagă și să accepte că „nu” înseamnă „nu” și că sexul este un privilegiu acordat, nu un drept avut. În ce le privește, femeile trebuie să înțeleagă că bărbații nu le pot citi gândurile. O femeie ar trebui să știe care sunt limitele ei sexuale și să le expună limpede bărbatului cu care se află. De asemenea, ea trebuie să accepte că siguranța sexuală proprie cade în responsabilitatea ei. În termeni reali, aceasta înseamnă că trebuie să se folosească de bunul simț. Nu este înțelept ca o femeie să se îmbete atunci când se află cu cineva relativ străin, sau să se răzgândească în privința sexului în mijlocul preludiului, dezbrăcată, lângă prietenul ei. Da, ea are dreptul să se răzgândească. Dar în asemenea circumstanțe un bărbat poate fi înțeles când nu admite că femeia spune chiar „nu”. Este foarte puțin probabil că sexul prin constrângere va fi vreodată eliminat din societatea noastră. Într-un sens foarte real, seducția este un fel de joc, iar limbajul sexului nu este precis. Totuși, bărbații și femeile pot face foarte multe pentru a îmbunătăți înțelegerea și respectul reciproc. Atunci când sexul este privit ca o plăcere împărtășită cu cineva și nu ca un act egoist, constrângerea este de neconceput.

**ÎNTÂLNIRILE.** Întâlnirile par să fie un fenomen relativ recent apărut în cultura occidentală. Sociologii atribuie creșterea popularității întâlnirilor dispariției căsătoriilor aranjate, care a coincis cu dezvoltarea automobilului și a transportului în masă, care au mărit mobilitatea tinerilor. El contrastează cu formele mai tradiționale de întâlnire cu sexul opus, care se purtau sub ochii vigilenți ai adulților, care acționau ca niște guvernante. Întâlnirile și forma lor ulterioară de „a fi cu” — întâlniri cu o singură persoană de sexul opus — furnizează mijloacele de selectare a partenerilor, în locul fostelor căsătorii aranjate de părinți. Deși cei mai mulți cred că cele mai multe întâlniri încep o dată cu pubertatea, există un număr tot mai mare de pre-adolescenți care nu numai că încep întâlnirile, dar și „sunt împreună”.

Întâlnirile din timpul ADOLESCENȚEI sunt considerate de cei mai mulți specialiști ca fiind un stadiu normal și sănătos de a învăța și de a practica cunoștințele psihosexuale necesare pentru o tranziție la o implicare emoțională mai intensă. Totuși, exclusivitatea socială inerentă stării de „a fi cu” poate să le producă adolescenților unele probleme, care, prin limitarea acestor experiențe sociale la o singură persoană, pot să nu-și dezvolte pe deplin alte fațete ale personalității sau interesele care par să plictisească partenerul.

**DEPO-PROVERA** Este o metodă reversibilă, prescriptibilă de către doctor, de CONTROL AL NAȘTERILOR. Depo-Provera se prezintă sub formă de injecție și prin urmare trebuie să fie administrată de un profesionist. Injecția conține un hormon care împiedică ovarele să secrete ovulele și îngroașă mucoasa colului uterin, pentru ca spermatozoizii să nu ajungă la ovulele care au putut totuși fi eliberate. Efectele injecției durează douăsprezece săptămâni. Femeile care folosesc injecția și vor să

rămână după aceea însărcinate trebuie să aștepte în medie zece luni, cel mult optsprezece luni după ultima injecție pentru a deveni gravide.

Depo-Provera este o metodă foarte eficientă de control al nașterilor: doar 3 femei din 1.000 vor rămâne însărcinate după un an de utilizare. Dat fiind că femeia nu mai trebuie să facă nimic după primirea injecției, nu există nici o șansă ca ea să comită vreo greșeală. Evident, ea trebuie să se ducă la doctor o dată la douăsprezece săptămâni, pentru o nouă injecție.

Totuși, există posibile efecte secundare. Deoarece efectul injecțiilor Depo-Provera este de douăsprezece săptămâni, nu ai cum să anulezi efectul lor decât atunci când a încetat efectul (perioadă care poate să dureze mai mult de douăsprezece săptămâni). Aceste efecte secundare se pot manifesta ca intervale neregulate între cicluri, sângerări menstruale mai lungi, apariția unor mici sângerări chiar și între cicluri și prin perioade lungi fără menstruație. Cu cât folosește un timp mai îndelungat Depo-Provera, femeia are șanse tot mai mari de a-i înceta perioadele menstruale. Peste jumătate din utilizatoarele de Depo-Provera nu mai au ciclu după un an de injecții. Pot să apară și alte efecte secundare, cum ar fi schimbarea apetitului, câștigul în greutate, durerile de cap, sâni dureroși, amețeli și o dorință sexuală sporită. Ca și în cazul pilulei, femeile fumătoare de peste treizeci și cinci de ani nu au voie să apeleze la Depo-Provera.

Costul tratamentului Depo-Provera include în mod obișnuit un consult inițial la doctor, care la un cabinet privat din Statele Unite costă între 35 și 125 de dolari (la o clinică va costa mai puțin). Injecțiile costă fiecare între 22 și 30 de dolari. Vizitele ulterioare costă între 20 și 40 de dolari, plus costul injecției.

**DEPRESIA** Vezi SINDROMUL CUIBULUI PĂRĂSIT; DEPRESIA POST-PARTUM; STRESUL POST-TRAUMATIC.

**DIABETUL** Vezi SARCINA CU RISC CRESCUT; BOLILE LEGATE DE SARCINĂ.

**DIAFRAGMA** Este o metodă de barieră în cadrul CONTROLULUI NAȘTERILOR; este fabricată din cauciuc. Atunci când este plasată acoperă complet colul uterin, împiedicând spermatozoizii să ajungă la ovulele femeii. Este subțire și are o formă de dom, cu o margine flexibilă. Necesită o examinare clinică preliminară și apoi o aplicare atentă. Întreruperea folosirii ei îi readuce imediat femeii fertilitatea. Diafragma este folosită întotdeauna împreună cu o cremă, o spumă sau un gel spermicid, care se aplică pe suprafața exterioară a diafragmei, pentru a omorî spermatozoizii, care altfel ar trăi până la șapte zile. Diafragma trebuie să fie scoasă din vagin în intervalul a douăzeci și patru de ore.

Diafragma trebuie să aibă mărimea corectă și de aceea trebuie ca un doctor să facă inițial evaluarea mărimii ei. Clinicianul trebuie să furnizeze și instrucțiunile pentru inserarea și înlăturarea diafragmei, ca și condițiile în care poate fi folosită.

Diafragma nu este potrivită pentru toate femeile. Între condițiile care împiedică utilizarea diafragmei se numără: tonus slab al mușchilor vaginali, un uter ascuțit sau încovoiat, infecții repetate ale tractului urinar. Diafragma nu trebuie folosită în timpul menstruației.

\*\*\*

fig. P. 90

*Inserarea corectă a diafragmei*

\*\*\*

O diafragmă trebuie inserată cu până la șase ore înaintea contactului sexual. Ea este împăturită în două și, după inserarea în vagin, împinsă astfel încât să acopere colul uterin. Ea trebuie să rămână pe loc cel puțin opt ore după contactul sexual, iar dacă acesta se repetă, trebuie să se mai aplice spermicid câtă vreme diafragma se află la locul ei. La o utilizare tipică, diafragma are o rată de eșec de 18 la suta de femei într-un an de folosire, rată care scade la 6% la o utilizare perfectă. Unele femei prezintă alergie la cauciucul diafragmei și altele pot să capete infecții ale vezicii urinare de la folosirea diafragmei. Mult mai rar se întâlnesc cazuri de sindrom de ȘOC TOXIC. Diafragma oferă o oarecare protecție împotriva BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ, dar în zilele noastre nu este suficientă împotriva SIDA. Diafragmele sunt convenabile și relativ ieftine. Examinarea și evaluarea mărimii vor costa între 50 și 85 de dolari, iar diafragma în sine costă între 13 și 25 de dolari.

Unor femei nu le place să plaseze ceva în vaginul propriu, în timp ce altele au degetele prea scurte pentru a plasa diafragma. Totuși, diafragmele au avantajul că nu întrerup interludiul, dacă sunt plasate înainte și nici nu pot fi simțite de nici unul dintre parteneri. Cu toate acestea, ele pot fi dislocate dacă se face sex cu femeia aflată deasupra.

**REGIMUL ALIMENTAR ÎN TIMPUL SARCINII** Vezi SARCINĂ ȘI DIETĂ; ÎNGRIJIREA PRENATALĂ.

**PENISURI ARTIFICIALE (DILDO)** Dildo-urile sunt penisuri artificiale, fabricate într-o multitudine de lungimi și circumferințe, pentru a oferi diferite senzații de umplere a VAGINULUI sau a ANUSULUI. Deși nu există date de încredere asupra persoanelor și momentelor în care sunt folosite, cei ce se ocupă de educația sexuală și sexologii cred că sunt folosite în principal de femei, care le inserează în vagin, pentru a ajuta la MASTURBARE. De asemenea, pot fi folosite și de femei care simulează coitul

cu alte femei, sau pentru emularea sexului anal cu un bărbat. În aceste ultime două situații, femeia folosește un harnașament special conceput, pentru a ține penisul artificial în poziție.

Din punct de vedere istoric, penisurile artificiale au fost construite dintr-o mare varietate de materiale, inclusiv aur, argint și fildeș sau, mai puțin scumpe, ceară și lemn. Ele sunt amintite din antichitate, în piesele lui Aristofan, între care amintim *Lysistrata*. Într-o pictură antică chinezească, trei femei studiază cu mare atenție produsele unui negustor de penisuri artificiale.

Unele dintre penisurile artificiale mai vechi sunt goale înăuntru, permițând trecerea unui lichid cald, care simulează ejacularea. Unele dildo-uri moderne sunt acționate cu baterii și se cunosc sub numele de VIBRATOARE. Cele mai obișnuite dildo-uri din zilele noastre — și cele mai bune, se spune — sunt făcute din cauciuc siliconic și sunt disponibile în magazinele specializate în auxiliare sexuale pentru femei. Multe femei consideră că aceste penisuri artificiale de silicon sunt foarte satisfăcătoare, datorită texturii lor suplă și netede. Obiectele rețin căldura bine și pot fi curățate ușor și sterilizate în apă fiartă. În cartea ei *Sex for One* (Sexul de unul singur), Betty Dodson, o autoritate în materie de masturbare feminină, sugerează că un dildo eficient poate fi sculptat și dintr-un castravete, oferindu-i cititoarei și instrucțiuni.

Unii terapeuți ai sexului au recomandat folosirea unor penisuri artificiale mai mici, pe post de dilatatori în cazurile de vaginism sau de contact sexual dureros. Altă utilizare medicală a dildo-urilor este un dispozitiv-proteză pentru bărbații cu răni la penis. Acesta este prins de corpul bărbatului cu ajutorul unui harnașament și îi permite să simuleze coitusul prin penetrarea partenerei cu dildo-ul, în locul penisului. Recent, dildo-ul ca proteză de penis a fost înlocuit cu implantul de penis.

Deși penisurile artificiale au o lungă istorie în toată lumea, ele sunt folosite cel mai mult ca dispozitive secundare față de alte tipuri de excitare sexuală, cum ar fi vibratorul și masturbarea cu degetul. Sau, cum scrie într-un catalog dintr-un magazin specializat pentru femei: „...nu concepem dildo-urile ca niște imitații ale penisului. Le-am conceput să fie plăcute tactil și estetic. Sunt accesorii sexuale, nu substitute.” În general, pe lângă folosirea lor ca proteze, dildo-urile sunt tratate mai mult ca niște noutăți decât ca o sursă majoră de satisfacție sexuală (vezi și TEHNICI SEXUALE LESBIENE).

**HANDICAPAȚII** Vezi și PERSOANELE HANDICAPATE ȘI SEXUL.

**BOLILE GRAVIDITĂȚII** Vezi BOLILE ASOCIATE CU GRAVIDITATEA.

**DIVORȚUL** Din 1850, istoria a înregistrat tot mai multe divorțuri în lumea occidentală. Acest lucru este perceput în general ca un semn de dezintegrare socială în niște țări care altfel sunt printre cele mai avansate din lume. Dar există un argument în favoarea unor legi ale divorțului chiar mai liberale în Vest. Și bărbații și femeile pot să scape acum de un parteneriat care nu funcționează în care

au intrat într-un moment în care nu puteau alege cu înțelepciune — când ești tânăr, lipsit de experiență și îndrăgostit. O dată cu complexitatea tot mai mare a societății moderne și cu mobilitatea căpătată de indivizi, au apărut legi ale divorțului tot mai liberale, la care s-a apelat tot mai des. Persoana modernă este mult mai des departe de structurile familiale și de controlul care ținea pe vremuri atâți oameni prinși în nefericitele închisori familiale. Femeile, care acum au mijloace eficiente de contracepție, cu care evită o sarcină prematură, care au slujbe și cariere care le fac independente de niște soți incompatibili, sunt principalele beneficiare ale eliberării oferite de divorț.

Este probabil adevărat că cei mai mulți oameni vor relații stabile și de durată cu membri ai sexului opus și le vor căuta iar și iar, fără a găsi întotdeauna ceea ce își doresc. De asemenea, este adevărat și că îmbunătățirea unei relații stabile (inclusiv CĂSNICIA) este un scop al noii arte a terapiei psihosexuale și că terapia psihosexuală acționează cel mai bine asupra oamenilor care se află în relații viabile, în care ei sunt utili unul altuia. Dar nu există suficiente dovezi că primele căsnicii ar fi de durată. În prezent, cam jumătate din primele căsnicii rezistă timpului. Dar este foarte discutabil câte dintre ele sunt funcționale, fericite și reciproc avantajoase.

Divorțul este o instituție antică și el se găsește adesea și la culturile primitive. Divorțul era permis în China antică, în Japonia, la vechii greci, romani și evrei. Evreii au permis dintotdeauna divorțul, deși presiunea familială s-a situat cu mare greutate împotriva lui. Dar divorțul din aceste culturi tradiționale era conceput în favoarea bărbatului: de obicei, soțul divorța de soție. De obicei, era nevoie de un motiv foarte serios și dacă divorțai în anumite situații erai pedepsit aspru. De exemplu, la chinezii antici, dacă un bărbat se îmbogățea în timpul căsniciei, în anumite condiții soția lui putea să ceară divorțul sau să înceapă un proces care să îi dea dreptul să divorțeze. Cu toate acestea, ea avea șanse mult mai puține să scape de o căsnicie decât avea bărbatul ei.

Din punctul de vedere al femeii, faptul că în zilele noastre este mai ușor să obții divorțul este un câștig, chiar dacă divorțul poate să ducă la ruperea unei căsnicii din care au rezultat copii. E mai puțin probabil ca femeia modernă care își câștigă singură traiul să stea căsătorită „de dragul copiilor”, pentru că să îți crești de una singură copiii este mult mai puțin stigmatizat de către societate, iar să fii divorțată nu mai constituie nici un rău din punct de vedere al societății. Totuși, este adevărat că divorțul este o experiență extrem de dureroasă pentru persoanele care trec prin el și multe persoane preferă să rămână în căsnicii nefericite, în loc să ia în piept incertitudinile legate de libertatea individuală. Cu toate acestea, divorțul este de obicei considerat mai bun decât să rămâi într-o căsnicie a cărei nefericire va afecta în ultimă instanță viața emoțională a tuturor membrilor familiei.

**Legile divorțului.** Auzim foarte multe despre divorțuri murdare între persoane faimoase și bogate, dar în fapt jumătate din toate căsătoriile din Statele Unite se încheie prin divorțuri banale. Aceste divorțuri sunt cele care au schimbat atât de mult lumea în care trăim. Dacă tendințele actuale din divorț și proceduri vor continua, atunci tribunalele vor juca un rol din ce în ce mai mic, pe măsură ce

oamenii vor recurge la alte tipuri de înțelegeri de divorț, mai puțin stresante. Și totuși, traumele care sunt asociate cu divorțul sunt catalogate de către experți ca fiind imediat sub cele asociate cu moartea unei rude apropiate și de aceea va fi întotdeauna nevoie de o reglare a acestui sfârșit al unei căsnicii.

Legile divorțului au în Statele Unite trei surse principale. Deoarece fiecare stat își are propriile lui legi ale divorțului, corpul principal al regulamentelor divorțului este constituit din suma statutelor legale din fiecare stat. Aceste legi trebuie să fie conforme atât cu Constituția Statelor Unite, cât și cu constituțiile fiecărui stat federal și deci și aceste legi fundamentale trebuie să joace un rol în legile divorțului. În sfârșit, există și cazuistica anterioară, reguli practice provenite de la concluziile date de diverși judecători, în care legile sunt aplicate și interpretate și pe care alți judecători le iau în seamă atunci când iau propriile lor decizii.

Deoarece divorțul a devenit mult mai comun (în 1990 au avut loc în Statele Unite peste 1.200.000 de divorțuri), cele mai multe divorțuri nici nu mai ajung în instanță, ci sunt decise între cele două părți, cu ajutorul avocaților lor. Tribunalele trebuie să aprobe fiecare divorț și prin urmare termenii fiecărei înțelegeri între părți trebuie să fie conforme cu legile fiecărui stat. A devenit tot mai obișnuit ca diverse cupluri să își finalizeze propriile lor divorțuri, astfel încât în Arizona, de pildă, un cuplu poate „divorța prin corespondență”. Cu cât sunt mai simple circumstanțele (dacă nu au copii, dacă au o proprietate comună fără mare valoare și dacă ambele părți muncesc și se pot susține singure), cu atât mai puțină nevoie este de intervenția unor tribunale. Uneori, acest lucru se numește „divorț fără vinovați”, ceea ce înseamnă că nici una din părți nu a suferit ceva de pe urma celeilalte astfel încât să fi determinat sfârșitul căsnicii. Părțile pot să declare încheiată căsnicia lor și să producă documentele de încheiere, iar tribunalul va confirma documentele dacă acestea se vor conforma standardelor juridice ale tribunalelor statale și locale. Modul precis în care se face acest lucru variază de la stat la stat.

Evident, există și alte situații, în special în care una din părți a produs multe suferințe celeilalte — de exemplu, comițând ADULTER, abandon sau acțiuni crude și inumane — iar partenerul afectat dorește divorțul, în vreme ce celălalt se opune. Într-o asemenea situație, una din părți trebuie să „cheme în judecată” pe celălalt. Chiar și după ce una dintre părți introduce acțiune judecătorească împotriva celeilalte, partenerii pot să se decidă de comun acord asupra încheierii amiabile a căsnicii și împărțirii proprietății. Dacă o înțelegere nu este posibilă, va avea loc un proces, iar un judecător va decide asupra vinovăției fiecăreia dintre părți. Adesea, este și o problemă de bani, iar una dintre părți — tradițional, femeia, pentru că în trecut femeile nu lucrau în număr atât de mare ca în zilele noastre — va cere o susținere materială din partea celeilalte, pe termen lung sau scurt, sau o plată pentru susținerea pe care i-a oferit-o celeilalte părți în timpul căsnicii. În cazurile în care una dintre părți aduce în căsnicie sume considerabile, el (sau ea) poate să ceară celeilalte părți să semneze un contract prenuptial, în care sunt stabilite limitele oricăror aranjamente de divorț viitoare. Se vor împărți numai bunurile căpătate ca rezultat al ambelor părți, soț și soție, în timpul căsnicii.

Cealaltă problemă importantă rezolvată de obicei prin divorț este custodia copiilor și susținerea financiară a acestora. O mamă sau un tată care muncește va continua să contribuie la susținerea financiară a copiilor, până când aceștia vor ajunge la maturitate. Din nefericire, mulți, dacă nu majoritatea taților nu își respectă obligațiile de plată și lăsându-le pe mame să aibă grijă de copii atât fizic, cât și financiar — ceea ce constituie o povară greu de suportat. Tot mai multe state și probabil că în curând și guvernul federal iau măsuri pentru a obliga părinții să plătească pensiile alimentare pentru copii, cerându-le angajatorilor să rețină plățile din salarii, așa cum se face cu persoanele care se sustrag plății impozitelor, sau prin stabilirea proprietăților din ale căror venituri vor fi satisfăcute obligațiile de plată.

**DOMINARE ȘI SUPUNERE** Pe măsură ce indivizii se dezvoltă și își largesc experiența sexuală, unii dintre ei vor observa că anumite practici sexuale neobișnuite îi excită mult mai mult decât acțiunile obișnuite în timpul unui act sexual. Pentru unii, activitatea sexuală care produce cele mai mari satisfacții poate să implice o formă de dominare sau de umilire sexuală a partenerului. În sensul cel mai larg, aceste practici sexuale sunt considerate o formă de parafilie, adică iubirea pentru practicile sexuale neobișnuite. Mai specific, dominarea sexuală este adesea considerată de psihoterapeuți o formă de SADO-MASOCHISM. Deși unii indivizi pot fi destul de obsedați de acest tip de comportament ca să fie considerați cazuri psihopatologice, pentru mulți, în special în cupluri căsătorite, dominația sexuală se poate manifesta numai în „jocuri” consensuale care implică legări și disciplină sau alte forme de dominare și supunere. Într-un recent studiu la nivel național, 11% din bărbați și femei au susținut că au avut experiențe de dominație și/sau legare.

În aceste relații, unul dintre parteneri se comportă de o manieră dominatoare, în vreme ce celălalt este supus în timpul „jocului”. Comportamentul din timpul acestor episoade, pentru cei care nu sunt considerați clinic sado-masochiști, nu reflectă în mod obișnuit relație din cadrul cuplului în viața de toate zilele. Dimpotrivă, unii cercetători au raportat că persoanele care exercită o mare autoritate și control asupra altora în afaceri și în viața profesională joacă rolul de supus în aceste jocuri sexuale, în vreme ce, reciproc, persoana ștearsă din viața de zi cu zi poate să dorească o dominație extremă în activitățile din timpul sexului. Distincția dintre obsesia psihopatologică și jocul ca varietate este o decizie clinică și ar trebui să fie făcută doar de personalul calificat. Dacă partenerul supus nu este un adult capabil să consimtă, acest comportament este considerat de natură infracțională.

În cea mai simplă formă a ei, dominația poate să implice simpla legare, în care un soț sau o soție își leagă partenerul de pat în timp ce face sex cu el. Multe cupluri consideră această practică inofensivă, un recent bestseller semnat de Stephen King explorează ororile unui asemenea joc scăpat de sub control. În jocurile mai elaborate, partenerii supuși pot fi loviți sau biciuiți pentru imaginare fapte rele, ca și cum

ar fi niște copii pedepsiți de un părinte. În cele mai elaborate jocuri, indivizii pot fi legați în lanțuri, să li se pună măști de piele, să fie încătușați etc.

Unele persoane (de obicei bărbați) pot să prefere să meargă la o femeie dominatoare de profesie, ca să poată participa la aceste jocuri în scene regizate elaborate, cu costume și cu decoruri demne de o piesă autentică. Aceste spectacole implică rareori o activitate sexuală din partea femeii dominatoare. În Statele Unite și în alte țări, există cluburi și baruri care furnizează parteneri dominatori sau supuși. Unele dintre aceste baruri se numesc „baruri cu piele”, din cauza folosirii de către participanți cu predilecție a îmbrăcămintei și elementelor auxiliare din piele.

**DISCRIMINAREA SEXUALĂ** Termen folosit pentru a descrie ceea ce așteaptă și ce consideră societatea normal și acceptabil în comportamentul sexual al bărbaților și femeilor. Aceste criterii pentru comportamentul sexual nu se aplică întâlnirilor întâmplătoare și relațiilor sporadice. Este vorba de cuplurile declarate stabile și de CĂSNICII, în care normele par în continuare să fie mai tolerante cu bărbații decât cu femeile în materie de ADULTER. Cel mai adesea, normele discriminatorii susțin că bărbații sunt mult mai puțin condamnați pentru că s-au angajat în sex extramarital. Dar există o formă subtilă tot mai acceptată, care permite femeilor să se angajeze în activități sexuale în afara cuplului, dacă bărbatul continuă să aibă relații sexuale întâmplătoare.

Istoricii au sugerat că rădăcinile discriminării sexuale datează din timpurile biblice, când femeile erau considerate proprietatea bărbaților — mai întâi a tatilor, apoi a soților. Conform cu Deuteronomul (22:14-21), dacă un bărbat descoperă că soția lui nu este virgină atunci când s-a căsătorit, iar părinții nu pot să demonstreze contrariul, femeia poate să fie bătută cu pietre. În cazul adulterului, un bărbat însurat care a avut o relație sexuală cu o femeie nemăritată poate fi amendat, în vreme ce o femeie măritată care a avut contacte sexuale cu un bărbat necăsătorit poate fi bătută cu pietre până la moarte.

Mulți critici sociali cred că discriminarea sexuală este perpetuată și că ea reflectă atât gândirea feminină, cât și cea masculină. Adesea, părinții nu se preocupă prea mult de faptul că fiii lor fac sex, dar le propovăduiesc fetelor ABSTINENȚA. Unii consideră că asta se datorează faptului că fetele pot să rămână gravide, în vreme ce băieții nu, iar această discriminare pare să nu ia în seamă că fiii lor pot să lase gravidă pe fata altcuiva...

**SPĂLĂTURILE** Actul irigării și spălării interiorului vaginului, folosind preparate improvizate sau cumpărate. Intenția este de a menține curățenia. Dar de obicei spălăturile nu sunt necesare decât atunci când sunt recomandate de doctor. Vaginul are un echilibru natural între acizi și baze, care ține în frâu creșterea ciupercilor și a bacteriilor. Spălăturile pot să schimbe acest echilibru și să predisună vaginul la infecții. Mulți ingrediente folosiți la spălături sunt fie cosmetice, parfumuri sau

anestezice locale. Acestea pot să ducă la reacții alergice (vezi MITURILE CONTROLULUI NAȘTERILOR; CURĂȚENIA ȘI MIROSURILE SEXUALE).

**BĂUTURA ÎN TIMPUL SARCINII** Vezi SINDROAMELE DE ABUZURI CU SUBSTANȚE LA FĂT ȘI LA NOUL-NĂSCUT.

**DROGURI ȘI ABUZUL DE DROGURI** Vezi AFRODISIACE; SINDROAMELE DE ABUZURI CU SUBSTANȚE LA FĂT ȘI LA NOUL-NĂSCUT; SARCINA ȘI MEDICAMENTELE ȘI SUBSTANȚELE CHIMICE COMUNE.

**PROBLEMELE ALIMENTARE ȘI DISFUNCTIILE SEXUALE** Intimitatea, încrederea și controlul, toți acești factori sunt esențiali într-o relație sexuală sănătoasă. Ei se leagă în același timp și de problemele grave de alimentație. Oamenii care au o atitudine sănătoasă față de mâncare și de actul de a mânca au adesea o atitudine sănătoasă și pozitivă față de ei înșiși, de corpurile lor și de relațiile lor sexuale. Cei care suferă de probleme de alimentație își resping adesea adevărata personalitate fizico-sexuală, atât de complet încât pot să nu mai fie capabili să accepte sexualitatea și nici să ceară intimitate emoțională sau fizică.

Studiile au arătat că mai mult de 60% din femeile cu disfuncții alimentare au suferit agresiuni sexuale, copleșitoarea lor majoritate în copilărie. Un număr tot mai mare de studii de caz arată că printre bărbaii adolescenți și adulți cu probleme de alimentație există o corelație puternică a acestora cu conflictul de identitate sexuală și cu abuzul sexual din copilărie. (Evident, există o legătură puternică între abuzul sexual din copilărie și disfuncțiile sexuale de mai târziu.) Este evident că indivizii care au probleme de alimentație folosesc o cantitate enormă de energie pentru a-și ascunde obiceiurile alimentare anormale. Orice formă de intimitate fizică sau emoțională pe care o presupune o relație sexuală sănătoasă poate să compromită secretul necesar pentru menținerea ritualurilor și hranei implicate în disfuncția lor alimentară.

În cazurile care îi privesc pe adolescenți — iar aceștia constituie o proporție foarte mare a celor care suferă de disfuncții alimentare — ambii părinți și colegii ar trebui să fie atenți la semnele și simptomele acestor disfuncții, căutând să înțeleagă dacă acestea provin din o mînie direcționată spre propria persoană, cauzată de o victimizare trecută sau prezentă.

**SARCINA EXTRAUTERINĂ** Un ovul fertilizat poate să fie implantat și în alte locuri decât UTERUL. Aceasta se numește sarcină extrauterină și fixarea poate să aibă loc în TROMPELE UTERINE, COLUL UTERIN, OVARE, sau în cavitatea abdominală. Peste 95% din sarcinile extrauterine sunt localizate în trompele uterine. Cazurile de sarcină extrauterină sunt tot mai multe,

datorită mai multor factori, între care BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ, sterilitatea și diverse tratamente medicale cu hormoni. În Statele Unite, la optzeci de nașteri apare o sarcină extrauterină.

În fiecare lună, la jumătatea ciclului menstrual, ovarul produce un ovul. În mod normal, ovulul este preluat de trompa uterină, care se relaxează și se contractă ritmic, pentru a-l împinge spre uter. De obicei, spermatozoidul ajunge la ovul când acesta încă se află în trompa uterină. O dată fertilizat, ovulul se va divide în mai multe celule și se va mări. Această mulțime de celule în plină diviziune își continuă drumul prin trompa uterină și intră în uter, în care se implantează. Totuși, dacă va exista o îngustare a trompei uterine datorată adeziunilor, vreunei operații sau infecții, ovulul fertilizat poate să crească prea rapid ca să mai străbată trompa și să ajungă în uter. În alte cazuri, trompa nu se contractă corespunzător și nu poate să ajute la împingerea ovulului spre uter. Dacă apare oricare dintre aceste situații, ovulul fertilizat va crea placenta în interiorul trompei uterine. Placenta va continua să hrănească embrionul, care va continua să crească.

În câteva zile, sarcina începută va începe să lărgască trompa, cauzându-i mamei dureri. În trompa uterină, fluxul de sânge nu este atât de bun ca în uter. O dată cu umflarea trompei și cu fluxul redus de sânge, trompa poate să se rupă, generând o hemoragie abdominală. Acest sânge produce iritarea peritoneului, care, lucru interesant, poate să cauzeze dureri la umărul drept. Dacă hemoragia este abundentă, femeia poate să aibă amețeli sau să se simtă mai ușoară și în cele din urmă va ajunge într-o stare de șoc (o scădere dramatică a tensiunii sanguine).

În mod tipic, femeile vor remarca schimbările datorate unei sarcini extrauterine tubare (în trompele uterine) la cinci până la șapte săptămâni de la ultima perioadă menstruală normală. Femeia poate să simtă dureri într-o parte a abdomenului, asociate cu o sângerare vaginală neregulată, sau poate să nu sângereze deloc. Dacă o femeie care a avut în ultimele două luni contacte sexuale prezintă simptome de sarcină extrauterină, indiferent de tipul de mijloc de control al nașterilor pe care l-a folosit, ea trebuie să își facă rapid un test de sarcină sanguin. Dacă testul este pozitiv, o examinare ultrasonică va fi utilă pentru a stabili unde a fost implantat embrionul. Dacă nu se vede nici o sarcină în uter, există trei posibilități: embrionul este normal, în uter, dar prea mic pentru a fi văzut; există o sarcină extrauterină; sau a avut loc un avort spontan și sarcina nu mai există. Dacă există o masă vizibilă de o parte sau de alta a uterului și se vede sânge în pelvis, este vorba de o sarcină extrauterină.

Atunci când doctorul bănuiește existența sarcinii extrauterine, se efectuează o operație chirurgicală. Un tub lung și îngust, ca un telescop, este inserat prin pielea abdomenului; doctorul poate să privească prin acest tub, numit laparoscop, pentru a găsi sarcina din trompa uterină. O dată localizată, se efectuează o incizie în trompă și sarcina este scoasă. Trei până la cinci la sută din aceste femei necesită ulterior un tratament pentru scoaterea micii cantități de țesut placentar rămas în trompa uterină.

Pentru a îndepărta parțial sau total trompa afectată, este nevoie de o operație mai complexă. Dacă trompa este îndepărtată și cealaltă trompă nu funcționează, survine sterilitatea. Operația se poate efectua fie printr-o incizie în peretele abdominal, fie prin laparoscopie.

O descoperire nouă în tratamentul sarcinilor extrauterine este medicamentul numit methotrexate. Tratamentul cu methotrexate duce la absorbția sarcinii extrauterine în trei luni, fără a mai fi nevoie de o intervenție chirurgicală. Totuși, în timpul tratamentului cu methotrexate poate surveni o ruptură a trompei uterine și de aceea femeile care urmează acest tratament trebuie să fie supravegheate. Avantajul acestei terapii este că trompa uterină va rămâne liberă, în cele mai multe cazuri. La o singură injecție cu methotrexate, efectele secundare sunt foarte rare. Totuși, dacă se folosesc doze repetate, efectele secundare pot fi foarte severe.

Dacă o femeie are o sarcină extrauterină, există un risc crescut ca următoarea sarcină să fie tot extrauterină, fie în aceeași trompă, fie în cealaltă. Prin urmare, cineva care a avut o sarcină extrauterină prezintă simptome de sarcină trebuie să se asigure că ea este în uter. Cu cât este localizat mai repede locul fixării, cu atât mai rapid poate fi tratată sarcina extrauterină, împiedicându-se astfel ruperea trompei uterine și hemoragia care o însoțește.

Din nefericire, șansa de a avea după o sarcină extrauterină o sarcină normală pe viitor este redusă la 50-55%, iar la sarcini extrauterine repetate această probabilitate descrește și mai mult. Dacă ambele trompe uterine au fost afectate grav, atunci după o FERTILIZAREA IN VITRO („sarcină în eprubetă”) embrionul poate fi plasat în uter, pentru a permite o dezvoltare normală.

**OVULELE** Vezi ADOLESCENȚA; CONCEPȚIA; FERTILIZAREA IN VITRO; STERILITATEA; MENSTRUATIA; UTERUL.

**EJACULAREA.** Ejacularea masculină survine atunci când fluidul este expulzat prin deschiderea din vârful PENISULUI, în timpul contracțiilor experimentate în momentul ORGASMULUI sexual. Fluidul se numește spermă. Fiecare ejaculare conține în mod normal sute de milioane de mici celule reproductive, numite spermatozoizi.

Procesul ejaculării necesită coordonarea a mai multe funcțiuni. Emisia (secreția) de spermă are loc prin uretră, tubul muscular prin care se elimină urina. Acest lucru are loc în timpul PRELUDIULUI, atunci când bărbatul este excitat sexual și în timpul mișcărilor sexului înainte de orgasm. Chiar înainte de orgasm, gâtul vezicii se închide, pentru a împiedica curgerea spermei înapoi în vezică. În timpul orgasmului, contracțiile uretrei și ale musculaturii pelviene duc la o ejaculare puternică a spermei prin meatus — deschiderea de la vârful penisului.

Oamenii ejaculează în medie trei mililitri de spermă, plaja întinzându-se de la 1,5 la 6 mililitri. Sperma este compusă din spermatozoizi și lichid seminal. Volumul spermatozoidilor este nesemnificativ

— mai puțin de 1% din volumul total al ejaculării. Într-adevăr, bărbații cărora li s-a făcut vasectomie raportează că volumul ejaculării nu s-a schimbat.

Sperma provine din două glande numite vezicule seminale. Compoziția ei a fost studiată în detaliu. Sperma conține mai multe componente, între care electroliți, carbohidrați (fructoză), compuși azotați, prostaglandină, enzime, aminoacizi, zinc și colesterol.

După emisiunea de spermă în partea din spate a uretrei și începerea fenomenului de orgasm, bărbatului îi este foarte greu să își stăpânească ejacularea. După ejaculare începe o perioadă refractară, în timpul căreia nici o stimulare sexuală nu va duce la alt orgasm sau la ejaculare. Durata acestei perioade variază direct cu vârsta. Ea poate fi scurtă, de cinci minute, la un adolescent sau la un bărbat trecut puțin de douăzeci de ani, sau poate dura câteva săptămâni în cazul unui bărbat mai în vârstă.

Diverse probleme de sănătate pot să cauzeze o lipsă a emisiei de spermă, sau la o ejaculare retrogradă, în vezică. O lipsă totală a ejaculării în timpul orgasmului poate să apară la bărbații diabetici insulino-dependenți, care au fost răniți la coloana vertebrală, sau care au suferit o operație chirurgicală radicală în urma unui CANCER TESTICULAR sau la colon. Bărbații cu scleroză multiplă în plăci, cu disfuncții psihologice, sau cu tuberculoză a ductului deferent (tubul care conectează testiculele cu uretra) pot să sufere de o totală lipsă a ejaculării. Totuși, și de la bărbații care suferă de lipsa totală de ejaculare se poate obține spermă pentru o inseminare artificială, printr-un procedeu medical numit electroejaculare.

**Ejacularea retrogradă.** 2% din totalul cazurilor de sterilitate masculină se datorează disfuncțiilor ejaculatorii. Cea mai obișnuită formă este aceea a ejaculărilor retrograde. Ejacularea retrogradă este suspectată atunci când în timpul orgasmului prin deschiderea din vârful penisului iese foarte puțină spermă sau deloc. Diagnosticul poate fi confirmat prin prezența spermatozoizilor într-o probă de urină luată post-ejaculator. O totală lipsă de emisie (aspermie) este demonstrată prin lipsa spermatozoizilor în urina post-ejaculatorie, dacă nu s-a stabilit anterior o obstrucție a ductului deferent, iar testiculele fabrică spermatozoizi. Ejacularea retrogradă totală sau parțială se datorează incapacității gâtului vezicii urinare de a se închide în timpul orgasmului.

Orice boală de natură medicală sau chirurgicală care interferă cu nervii, cu anatomia sau funcționarea gâtului vezicii poate să ducă la o ejaculare retrogradă. Peste 60% din bărbații care sunt sexual activi raportează că nu mai au ejaculare în timpul orgasmului, după ce au suferit o înlăturare transuretrală a prostatei. În această situație, cea mai mare parte a ejaculării este retrogradă și este eliminată prin ușurare, după orgasm.

Fenomenul ejaculării retrograde poate să apară și la bărbații cu diabet, cu scleroză multiplă și în urma unei întreruperi chirurgicale a nervilor simpatici. Medicamente cum ar fi alpha-metildopa (Aldomet) și fenoxibenzamina (Dibenzylina) pot să provoace pe cale chimică blocarea transmisiei

nervoase și ejacularea retrogradă. Înlăturarea chirurgicală a colonului sau a rectului și cancerul testicular diseminat pot să ducă la ejaculare retrogradă. Repararea unui anevrism aortic abdominal poate să ducă și la ejaculare retrogradă și la o disfuncție a erecției.

Chiar și în lipsa unui tratament, unii bărbați cu ejaculare retrogradă pot să își recapete în mod spontan ejacularea normală. Deși nu există nici un tratament chirurgical pentru vindecarea ejaculării retrograde, există unele medicamente care ajută întrucâtva. La bărbații care nu răspund la medicație, există o metodă alternativă, în care sperma este recuperată din vezică pentru a fi folosită la inseminarea artificială (vezi și IMPOTENȚA; STERILITATEA; MOMENTUL DE INEVITABILITATE; ORGASMUL; PARAPLEGICII ȘI SEXUL; SPERMA ȘI FLUIDUL SEMINAL; DISFUNCȚIILE SEXUALE LA BĂRBAT; VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ).

**COMPLEXUL ELECTRA** Deși în literatura tradițională psihanalitică este mai puțin ferm stabilit decât COMPLEXUL OEDIP, termenul de complex Electra este folosit pentru a descrie atașamentul unei fete față de tatăl ei și rivalitatea ei cu mama în timpul dezvoltării genitale. Reacția fetei la „anxietatea castrării” este transferarea iubirii pentru organul lipsă, penisul, spre purtătorul acestui organ, de unde și insistența de a fi „singura iubire a tatăului”. Complexul Electra se rezolvă în mod normal prin îndepărtarea de figura tatălui spre alt obiect al iubirii, care poate oferi o viață emoțională și sexuală satisfăcătoare și care i se poate alătura fetei în activitatea de a aduce copii pe lume. Conform teoriei psiho-sexuale a lui Freud, eșecul rezolvării complexului Electra poate să creeze serioase probleme femeilor, care vor avea dificultăți în a-și abandona tații în favoarea unor parteneri acceptabili.

Complexul Electra își trage numele de la legenda grecească a Electrei, sora lui Oreste, care l-a ajutat să-și omoare mama, Clitemnestra, drept răzbunare pentru că aceasta le-a omorât tatăl, pe regele Agammemnon. În teatrul modern, Eugene O'Neill repovestește această străveche legendă în piesa lui *Mourning Becomes Electra* (vezi și FREUD, SIGMUND; STADIILE PSIHO-SEXUALE ALE DEZVOLTĂRII).

**ELLIS, HAVELOCK** (1859-1939), doctor și autor britanic. Havelock Ellis a fost un deschizător de drumuri în investigarea și discutarea sexului. Înainte de Masters și Johnson a fost Kinsey, înainte de Kinsey a fost Freud, iar înainte de Freud a fost Ellis. La moartea lui, Ellis era puternic eclipsat de opera mult mai spectaculoasă a lui Freud, care se concentra mai puțin asupra fiziologiei și mai mult asupra omului în ansamblu ca ființă sexuală. Opera principală a lui Ellis, în șapte volume, *Fiziologia sexului*, a fost publicată, volum cu volum, între 1897 și 1928. Primul volum a fost interzis în Marea Britanie. Judecătorul l-a numit „mizerii prezentate drept știință”. Volumele ulterioare au fost publicate în Statele Unite și vândute numai și numai personalului medical — drept care a devenit un

mult râvnit trofeu pentru tineri! Ellis a înfricoșat pe mulți, indicând că diverse comportamente sexuale considerate pe atunci drept „ciudate” și „anormale” sunt în realitate mult mai răspândite decât și-ar fi dorit ei să creadă. Cercetătorii care au urmat și care au întâmpinat o rezistență mult mai slabă, i-au confirmat concluziile.

**EMBRIONUL/FĂTUL ȘI DEZVOLTAREA** Odată ce au avut loc ovulația și apoi fertilizarea ovulului, se formează un embrion, care se implantează în mucoasa uterului, formându-se PLACENTA. La patru săptămâni după ovulație, sacul amniotic măsoară 2,5 cm în diametru, iar embrionul are cam 7 mm. Inima și țesuturile care o înconjoară sunt foarte proeminente, sunt prezenți mugurii mâinilor și picioarelor, iar corpului este învelită în amnios, care va deveni cordonul ombilical.

La șase săptămâni după fertilizare, embrionul are o lungime de cam 2,5 cm; capul este mare în comparație cu corpul. Apar degetele de la mâini și de la picioare și urechile externe se prezintă ca excrescențe de o parte și de alta a capului.

Terminarea perioadei embrionare și începerea perioadei fetale sunt definite arbitrar de majoritatea embriologilor ca având loc la opt săptămâni după fertilizare. În acel moment, embrionul este aproape de 4 centimetri lungime. După aceea se mai formează foarte puține structuri importante, dacă se formează vreuna; dezvoltarea în perioada fetală a gestației constă în maturizarea structurilor formate în timpul perioadei embrionare.

\*\*\*

fig. P. 98

*Embrion format din patru celule*

\*\*\*

La sfârșitul celei de-a douăsprezecea săptămâni de sarcină, uterul se poate palpa chiar deasupra osului pubian. Structura osoasă continuă să se dezvolte, degetele de la mâini și de la picioare se diferențiază și capătă unghii, apar începuturi dispartate ale firelor de păr, iar organele genitale încep să prezinte semne clare că este un băiat sau o fată. Deci la sfârșitul celei de-a șaisprezecea săptămâni se poate identifica sexul.

\*\*\*

fig. P. 99

*Dezvoltarea embrionului la 1) 4 săptămâni; 2) 5 săptămâni; 3) 6 săptămâni; 4) 8 săptămâni de sarcină. În acest timp apar capul, trunchiul și membrele.*

\*\*\*

În săptămâna a 20-a, la mijlocul sarcinii sau gestației, fătul are aproximativ 300 de grame. Pielea este mai puțin transparentă, întregul corp este acoperit cu un păr moale (lanugo), fiind prezent și puțin păr pe cap.

La sfârșitul săptămânii douăzeci și patru, fătul are aproximativ 650 de grame. Pielea prezintă ridurile caracteristice și sub ea se află depozite de grăsime. Capul este încă foarte mare. De obicei se pot recunoaște genele și sprâncenele.

La sfârșitul a douăzeci și opt de săptămâni de gestație, fătul cântărește aproximativ 1.100 de grame. Pielea este roșie și acoperită cu *vernix caseosa* (o substanță grasă, cu aspect brânzos, care protejează pielea fătului de lichidul amniotic). Ochii se pot deschide. Un copil născut în acest moment al gestației poate să dea din picioare foarte energic și să plângă slab. Copilul născut în acest stadiu poate de cele mai multe ori să supraviețuiască, dacă are parte de o îngrijire corespunzătoare.

La sfârșitul a treizeci și șase de săptămâni de gestație, corpul își pierde aspectul roșu și ridat. La patruzeci de săptămâni, care marchează termenul nașterii, fătul este dezvoltat complet, având toate caracteristicile unui nou-născut.

\*\*\*

foto. P. 100

*Un făt la 4 luni și jumătate.*

\*\*\*

Copiii născuți au o greutate medie de 3,1 până la 3,6 kilograme, în funcție de rasă, starea economică a părinților și mărimea părinților. În medie, băieții cântăresc ușor mai mult decât fetele.

Fătul primește oxigen și substanțe hrănitoare de la mamă, prin intermediul placentei. Prin placenta se transferă mamei dioxidul de carbon și alte produse ale metabolismului. Placenta și, într-o anumită măsură, membranele atașate furnizează toate materialele pentru creșterea fătului și producția de energie. În același timp, prin ele are loc și eliminarea produșilor metabolici ai fătului (vezi și DEFECTE LA NAȘTERE; CONCEPȚIA; TROMPELE UTERINE; AVORTUL SPONTAN; SARCINA; BOALA RH).

**SINDROMUL CUIBULUI PĂRĂSIT** Literatura este plină încă de la începutul anilor 1970 de descrierea femeilor — și într-o mai mică măsură a soților lor — ca fiind deprimare după ce și cel mai mic dintre copii se căsătorește sau pleacă la facultate. Relațiile părinților este de presupus că în acest moment sunt schimbate — s-au diminuat — pentru că se consideră că multe sau cele mai multe cupluri

au foarte puține lucruri de discutat în cadrul căsniciei, cu excepția problemelor legate de copii. Există și o credință populară conform căreia dacă nu e vorba de o căsnicie foarte solidă — lucru valabil doar pentru foarte puține căsnicii — situația degenerază în crize și probleme, manifestate adesea prin pierderea dorinței sexuale, din cauza deprimării. Partizanii sindromului cuibului părăsit subliniază că acesta se asociază în timp cu MENOPAUZA și arată că și aceasta este însoțită de depresii și de anxietatea legată de conștiința îmbătrânirii.

Cercetătorii au contrazis în repetate rânduri afirmațiile populare despre sindromul cuibului părăsit, ca și despre consecințele psihologice ale menopauzei. Studii efectuate pe femei din toate clasele socio-economice, care au fost casnice până când a plecat ultimul copil arată că aceste femei simt pentru scurt timp o tristețe la separarea de copil și că aceasta este urmată în general curând de ușurarea că nu mai este legată de nevoile copiilor. În alt studiu despre îmbătrânire, femeile cu copii care au crescut și au plecat de acasă sunt mult mai pasibile de a se declara fericite în căsnicie decât femeile care încă au copii care depind de ele. Acest studiu a arătat și că viața psihosexuală a persoanelor trecute proaspăt de jumătatea vieții este mult mai fericită decât presupun miturile populare.

În timp ce deprimarea nu pare să fie inevitabilă în acest stadiu al vieții, dacă ea apare, ea ar trebui să constituie un semnal de alarmă cum că poate există o problemă în căsnicie sau în alt aspect al vieții femeii. Dacă nu sunt vizibile imediat cauzele, deprimarea poate însemna o boală foarte serioasă, care ar trebui supusă atenției unui doctor, consilier sau terapeut.

## **ENDOMETRU** vezi MENSTRUATIA; UTERUL.

**ENDOMETRIOZĂ** Un număr mic dintre femei — poate sub 1% — suferă de o boală în care țesut asemănător cu endometrul (țesutul cu aspect de mucus care învelește în interior UTERUL care este antrenat o dată cu MENSTRUATIA), este descoperit în afara uterului, în principal în alte părți ale cavității pelviene. (Țesuturile care apar în alte locuri decât cele în care sunt ele în mod normal se numesc „ectopice”). Țesuturile ectopice și leziunile obișnuite în endometrioză pot fi găsite în multe locuri: OVARELE, pereții uterului sau ligamentele acestuia, VAGIN, APENDICE, VULVA și COLUL UTERIN.

În situații rare, leziuni au fost descoperite și în vezică, intestine și plămâni. Boala poate să fie dureroasă, să aducă neregularități în menstruație, dureri la contactul sexual și alte disfuncții sexuale.

Boala a fost diagnosticată cu o frecvență ridicată în ultimele trei decenii. Răspândirea ei este greu de aflat exact, pentru că s-a descoperit că multe femei au această stare fără a prezenta simptome clinice, nefiind, deci, conștiente de situație. Endometrioza se găsește în mod normal la femeile trecute de treizeci de ani, între acelea din clasele superioare care au născut câțiva copii sau care au amânat conceperea copiilor. În Statele Unite este mai întâlnită la femeile albe, dar după o supraveghere atentă

și proceduri de diagnostic îmbunătățite, boala a fost descoperită și printre cele de origine afro-americană și japoneză.

Simptomele endometriozei includ:

— Dismenoreea (menstruația dureroasă), care începe înainte de debutul ciclului menstrual și persistă până după terminarea acestuia. Cauza durerii este necunoscută, dar probabil este legată de schimbările în secreții din țesutul endometrial ectopic, cu sângerarea aferentă.

— Dispareunia (contactul sexual dureros), care poate apărea atunci când leziunile endometriale apar în preajma ligamentelor uterine sau în vagin.

— Discrete sângeri intermenstruale și un volum redus de sânge menstrual. În cazuri de implicare la extrem a ovarelor, pot să apară perioade menstruale anormale.

— ocluzia intestinală și apariția sângelui în scaun și în urină, care poate fi cauzată de leziuni endometriale din afara cavității abdominale.

Sterilitatea este adesea asociată cu endometrioza. Se estimează că 15 până la 20% din femeile atinse de sterilitate suferă de endometrioza într-un anumit grad. În vreme ce femeile care au boala pot să conceapă normal, probabilitatea este mică și chiar mai mică dacă boala este gravă. Leziunile endometriale pot duce la afectarea ovarelor și ale TROMPELOR UTERINE și la interferențe cu ovulația.

S-a descoperit că cel mai eficient tratament pentru endometrioza este sarcina. Acolo unde aceasta nu este posibilă din cauza vârstei pacientei, sterilității sau dezinteresului pentru maternitate, adesea este recomandat un tratament hormonal menit să producă o pseudosarcină. Introducerea unei stări de pseudosarcină este cea mai eficientă în cazul tratamentului unor mici leziuni și de obicei se realizează prin administrarea de preparate cu steroizi, androgeni și estrogeni și oricare dintre CONTRACEPTIVELE ORALE aflate actualmente în uz. De obicei, intervenția chirurgicală este recomandată numai la simptome foarte acute, care nu au putut fi eliminate pe altă cale, sau atunci când pacienta încearcă să rămână gravidă. O abordare chirurgicală radicală este obișnuită numai dacă simptomele se agravează și femeia și-a completat familia, fiind și în preajma MENOPAUZEI.

**ANESTEZIA EPIDURALĂ ÎN TIMPUL TRAVALIULUI** Durerile simțite în timpul travaliului de femeile care nasc au fost clasificate printre cele mai rele forme de durere. Ameliorarea lor ar trebui să fie obligatorie pentru a evita suferința mamei și pentru a reduce efectele psihice colaterale pentru mamă și pentru noul născut. Anestezia epidurală pentru travaliu a devenit o metodă universală, datorită ușurării eficiente a durerilor și faptului că dacă este administrată corect este sigură. Tehnica aceasta este de o mare simplitate și este preferată pentru a face mama insensibilă la durere, fiind însă în același timp conștientă în timpul travaliului.

Ușurarea epidurală a durerilor este efectuată de un anestezist în timpul travaliului activ. Femeia stă așezată pe partea stângă, personalul medical și soțul fiind în fața ei. Anestezistul stă în picioare în spatele ei și administrează un anestezic local, pentru a minimiza neplăcerea asociată cu injecția epidurală. Pentru a ajuta anestezistul să localizeze punctul potrivit pentru a efectua injecția femeia trebuie să își curbeze spatele în pozițiile „fetală” sau de „pisică furioasă”, astfel încât să mărească distanța între vertebre. Acul este apoi înfipt cu grijă în regiunea lombară. Localizarea corectă a vârfului acului este confirmată prin administrarea unei mici doze de anestezic. Apoi un cateter subțire este inserat prin ac și fixat în spațiul epidural după scoaterea acului. Cateterul îi permite anestezistului să adauge cantități suplimentare de medicament, dacă travaliul se prelungește; să îl folosească pentru o anestezie epidurală completă, dacă este nevoie de o operație cezariană și să furnizeze o analgezie eficientă după operație. După travaliu, cateterul se scoate foarte ușor. Medicamentele folosite în mod uzual pentru ușurarea durerilor de travaliu sunt anestezice locale cu efect prelungit. În plus, o doză mică de narcotice face posibilă reducerea dozei necesare, obținându-se o mai bună reducere a durerii, cu efecte secundare mai mici. Recent a început să se folosească un nou grup de medicamente: acestea acționează asupra părții adrenergice a măduvei, cu rol în modularea durerii.

\*\*\*

fig. P. 102

Capătul măduvei spinării

Ace epidurale

*Anestezia epidurală constă în inserarea unui ac în porțiunea inferioară a coloanei vertebrale a femeii. Pentru a ajuta anestezistul obstetrician să găsească locul precis în care să introducă acul, femeia stă întinsă pe o parte și își curbează spatele în poziția fetală.*

\*\*\*

În timpul anesteziei epidurale, femeia aflată în travaliu simte adesea o senzație de slăbiciune în membrele inferioare, o diminuare a simțurilor și ocazionale frisoane; greața este rară. Durerile de cap sunt rare și apar de obicei dacă acul atinge, fără intenție, partea osoasă a coloanei. Rareori apar distrugerii serioase ale nervilor. Totuși, injecția epidurală nu trebuie administrată în cazul unor sângerări, sau al unor infecții grave, locale sau generale.

Atunci când este efectuată cum trebuie, ușurarea epidurală a durerilor poate transforma travaliul într-o experiență agreabilă pentru mamă, ținând-o trează și atentă în tot timpul nașterii. Mama relaxată este în măsură să ajute la evoluția procesului nașterii, în timp de stresul atenuat al procesului travaliului poate să fie de mare folos din punct de vedere psihic, atât pentru mamă, cât și pentru noul-născut.

**EPIZIOTOMIA** Este o incizie efectuată în perineu (zona dintre vagin și anus), pentru a lărgi deschiderea vaginală și a facilita expulzia copilului în timpul nașterii. Cea mai obișnuită formă de epiziotomie este o tăietură mediană din partea din spate a vaginului înspre anus. Ocazional, această incizie se face la 45 de grade și se numește epiziotomie medio-laterală, în contrast cu cea mediană. Există un consens general că epiziotomia este necesară în cazuri în care coborârea fătului este întârziată sau ca un ajutor la nașterile cu forceps sau cu aspirație.

Rolul epiziotomiei ca procedură de rutină încă este în dezbateri. Avantajele includ substituirea cu o incizie chirurgicală autentică ruptura țesuturilor mamei și o reducere a traumei musculaturii bazei pelvisului. Dovezi recente arată că rupturi grave sunt mult mai obișnuite la pacientele care au avut epiziotomii decât la cele la care nu s-a efectuat epiziotomia. Dezavantajele epiziotomiei includ o creștere a pierderii de sânge datorată inciziei și posibilitatea unei creșteri a traumelor față de cazul în care nașterea este spontană. Până acum, dezbaterile a rămas nerezolvată.

\*\*\*

fig. P. 103

Coroana fătului

Anus

*Epiziotomia este efectuată pentru a extinde deschiderea vaginală și pentru a împiedica sfâșierea perineului în timpul nașterii. Inciziile sunt făcute a) oblic față de vagin, sau b) direct sub vagin.*

\*\*\*

**DIFICULTĂȚI ERECTILE** Vezi IMPOTENȚA; DISFUNCTIILE SEXUALE LA BĂRBAT.

**ERECȚIA** Se spune că PENISUL unui bărbat intră în erecție atunci când crește în lungime, diametru și duritate, schimbându-și starea de obicei moale într-una de rigiditate. Erecția penisului este

un proces complex, care depinde de coordonarea și de integrarea mecanismelor psihologic, neurologic, endocrin (hormonal) și vascular. Aceste mecanisme au fost înțelese abia spre sfârșitul anilor 1980, unii pași ai fenomenului rămânând încă un mister.

O erecție poate fi cauzată fie de stimuli psihici (gânduri erotice) fie prin reflexe car apar atunci când receptorii senzoriali de pe pielea penisului și glande sunt activați (atinși). Totuși, *corpui cavernoși* ai penisului (vase de sânge cu aspect cavernos care se umplu cu sânge în timpul erecției) trebuie să fie și ei sănătoși, dacă se dorește obținerea și menținerea erecției.

În interiorul penisului se află un membrană densă, *tunica albuginea*, care înconjoară *corpui cavernoși*. Arterele care furnizează sânge penisului ajung până în mijlocul corpilor și duc până la micile caverne. Atunci când penisul este flasc, arterele sunt gătuite și cavernele la care sunt legate sunt strânse de țesutul muscular înconjurător. Atunci când survine excitarea sexuală, arterele se dilată și țesutul muscular neted care înconjoară cavernele se relaxează.

Expansiunea acestor caverne servește nu numai la stocarea sângelui și la creșterea în lungime și diametru a penisului, ci și la împingerea micilor vene de evacuare a sângelui (localizate la periferia corpilor cavernoși) în *tunica albuginea*, care este groasă și relativ ne-elastică. Acesta este mecanismul prin care sângele este prins în interiorul penisului, pe care îl va mări și îl va întări. O substanță numită oxid de azot este eliberată de celulele care înfășoară corpui cavernoși, vasele de sânge și terminațiile nervoase, servind ca un activator al relaxării mușchilor.

Dacă relaxarea mușchilor nu va surveni, nu numai că rezistența la intrarea sângelui în penis va fi mai mare, dar și rezistența la ieșirea sângelui va fi mai mică, deoarece venele care drenează sângele din penis rămân deschise. Se crede că această relaxare mediată de oxidul azotic nu funcționează la bărbații care suferă de impotență legată de diabetul zaharat, arterioscleroză și nivele înalte ale colesterolului. Peste 80% din bărbații tratați obțin o erecție fermă cu ajutorul unei injecții mici și nedureroase a unui substanțe vasodilatatoare direct în unul din corpui cavernoși.

Disfuncțiile erectile, sau IMPOTENȚA, sunt o problemă majoră pentru bărbații adulți din Statele Unite. Se estimează că 10 milioane dintre ei suferă de probleme de erecție și este probabil că acest număr va crește o dată cu îmbătrânirea populației. Opțiunile de tratament includ folosirea unui dispozitiv extern de umflare, auto-injecțiile sau protezele de penis. La pacienții tineri cu traume pelviene, se recurge și la o reconstrucție vasculară, dar cu mult mai puțin succes. În mod curent, tratamentul care pare să fie ales de majoritatea bărbaților care suferă de IMPOTENȚĂ și care doresc să aibă o erecție este cel cu injecții nedureroase cu prostaglandină E (vezi și ERECȚIA GENERATĂ PSIHIC).

\*\*\*

*În cadrul unei erecții, camerele erectile ale penisului se umplu cu sânge și penisul se dilată, devenind ferm.*

\*\*\*

**ZONELE EROGENE** Mulți oameni, în special tineri, vor să știe care părți ale corpului vor oferi partenerului senzații erotice și excitante. Totuși, este impropriu să se discute despre „zone” sau arii care sunt comune nouă, tuturor, altele decât — evident — zonele genitale. Practic, orice parte a corpului, până și buricul, poate să producă senzații erotice atunci când este atinsă — de la mângâierea părului, până la atingerea și sugerea degetelor de la picioare. Totul depinde de cine, cum, când și în ce condiții ne atinge. Este foarte important să aflăm care ne sunt preferințele și să fim în măsură să le comunicăm. Prin urmare, ar trebui să ne atingem și să ne stimulăm toate părțile corpului (în cadrul unor limite practice, evident) cu mâinile cu uleiuri, cu masaje și vibratoare. În mod similar, ar trebui explorat corpul partenerului. Partenerul ar trebui întrebat ce îi produce cea mai mare plăcere.

Este important să înțelegem că nu există doi bărbați sau două femei identice din punct de vedere al intensității erotice a fiecărei părți a corpului. Aceasta pentru că erotismul nu este doar o problemă de terminații nervoase; este și o problemă de percepție. De exemplu, terminațiile nervoase care produc senzațiile erotice din vagin sunt concentrate doar în prima treime a intrării vaginului. Dar acest lucru este mai puțin important decât modul în care femeia percepe senzația în care sunt stimulate și cele două treimi interioare. Dacă ea este la fel sau mai receptivă în părțile mai adânci ale vaginului, atunci ar trebui să se relaxeze și se bucure de stimulii de acolo. Dacă un bărbat este excitat atunci când soția lui își freacă sânii de capul lui chel, perfect. Nu contează dacă crezi că ești singurul din lume care se bucură de un anumit tip de stimulare sexuală. Este corpul tău. Numai tu cunoști senzațiile pe care le ai, așa că învață cât mai mult despre acest corp. Gândește-te la corpul tău așa cum un cartograf se gândește la planeta Pământ. Tu și mai târziu partenerul tău puteți să cartografiți diversele tipuri și intensitățile senzațiilor erotice, explorând fiecare centimetru pătrat din corpul fiecăruia. Așa cum cartografiile au continuat să îmbunătățească hărțile de-a lungul anilor, și voi ar trebui să continuați să vă cunoașteți corpul, uneori cu ajutorul altora, ca să vă cunoașteți fiecare centimetru al „drumului erotic”! (Vezi și PRELUDIUL; PATA-G; SĂRUTUL; SEXUL ORAL).

**ARTA ȘI LITERATURA EROTICĂ** Artă erotică poate fi înțeleasă cel mai bine prin comparație cu PORNOGRAFIA. Deși distincțiile sunt adesea de natură legală și uneori publicul este confuz, mulți observatori — atât oameni obișnuiți, cât și profesioniști — sunt de acord că cele două sunt foarte diferite. Comunicațiile verbale (cărți, versuri din cântece, mesaje telefonice), comunicațiile picturale (filme, înregistrări video, fotografii) ca și spectacolele în direct care reprezintă o imagine

înjositoare, umilitoare sau exploatoare a sexualității și care nu au nici un merit artistic pot fi considerate pornografie. Operele recunoscute de criticii de artă și de alți privitori cu pregătire ca având merite artistice sau literare pot fi considerate erotice, ca și descrierile calde și senzuale care descriu indivizi aflați într-o situație sexuală care îi satisface pe amândoi. Totuși, și pornografia și arta erotică duc adesea la excitarea sexuală. De multe ori, linia despărțitoare dintre cele două este tulburată de faptul că „standardele comunității” sunt criteriul principal pentru distincție, iar adesea comunitatea este împărțită în această privință. O complicație suplimentară constă în schimbarea în timp a standardelor comunitare.

Erotismul a existat în cele mai multe culturi de-a lungul istoriei. Vechii greci, de pildă, erau foarte interesați de conceptul de frumusețe, mai întâi simbolizată de perfecțiunea idealizată a corpului bărbătesc nud și apoi a nudului feminin. Conceptul elen de frumusețe — care a rămas un model de perfecțiune până la începutul secolului douăzeci — recunoaște faptul că aprecierea frumuseții este amestecată cu dorința sexuală. Statuile Afroditei, zeița iubirii (numită Venus de către romani) o arătau întotdeauna îmbrăcată normal sau cel puțin parțial. Asta până când artistul grec Praxiteles a sculptat un nud pentru un templu de pe insula Kos. Conform lui Pliniu, locuitorii din Kos au refuzat statuia, pentru că era un nud, dar cei din Knidos au acceptat-o cu bucurie. A devenit una din cele mai celebre sculpturi ale antichității. În contrast cu pozele modeste impuse de greci și romani nudurilor feminine, statuile bărbaților erau nuduri, fără urmă de rușine. Iar reprezentările antice ale satirilor erau și mai puțin inhibitate: creaturi lascive cu urechi și coarne ca de țap, uneori chiar și cu coadă.

Aproape orice cultură cu o tradiție vizuală viguroasă a produs opere artistice care reprezintă poziții ale contactului sexual. În Japonia, volumele numite „cărți pentru pernă” erau plasate în așternuturile proaspeților căsătoriți, pentru a-i ghida prin plăcerile care îi așteptau. În Italia renașcentistă, Giulio Romano a produs o serie de gravuri numite *I Modi (Pozițiile)*, care prezintă șaisprezece varietăți de poziții coitale. Vechii greci prezentau diverse poziții pe cămile de vin și pe pahare.

Savanții cred că activitatea sexuală prezentată pe templele indiene este un aspect al credinței tantrice, în care actele sexuale sunt una din cele cinci ofrande care se fac unei zeități. Pe măsură ce acea societate a evoluat, continuă teoria, sexul ritual care avea loc pe vremuri în ceremonii magice a fost înlocuit cu sculpturile actelor sexuale de pe fațadele templelor și din interior. Pe acești pereți de templu găsim sculpturi detaliate ale unor persoane implicate în sex în doi, în trei, în patru și în mai mulți. În Japonia, găsim frumoase imprimeuri ale unor activități heterosexuale și lesbiene, ilustrând toate variațiile cunoscute ale actului sexual, ca și folosirea PENISURILOR ARTIFICIALE (DILDO) și a altor dispozitive. Alte forme de artă erotică din Europa, Asia și din alte locuri ilustrează MASTURBAREA — atât masculină, cât și feminină — cu o varietate de poziții și tehnici.

**Arta și literatura erotică pentru femeile contemporane.** Perspectiva istorică ne arată că erotismul a fost inventat de bărbați și era destinat unei audiențe masculine. Evident, există și excepții: *Amantul doamnei Chatterley* este evident o povestire care a excitat femeile de la publicarea ei, iar jurnalele lui Anaïs Nin sunt excitante pentru ambele sexe. Totuși, deoarece bărbații sunt principalii consumatori de artă erotică, domeniul a fost dominat de ei și la nivel creativ. În anii 1990, acest lucru a început să se schimbe. Librăriile au acum raioane dedicate literaturii erotice pentru femei, alături de rafturi pline de literatură obișnuită și cărți de bucate. Cărțile erotice care au drept țintă publicul feminin au publicitate în revistele populare, iar femeilor nu le este rușine să le afișeze acasă. În fapt, aceste cărți nu se găsesc în rafturile magazinelor cu literatură porno pentru bărbați.

Într-o anumită măsură, aceste cărți provin din extinderea romanelor de dragoste, un domeniu literar care a explodat în ultima vreme. În vreme ce romanele de dragoste prezintă un format deja destul de bine stabilit, obligatoriile scene de amor fizic au devenit de-a lungul anilor tot mai îndrăznețe. În aceste condiții, nu este de mirare că cititoarele au dorit să facă un pas mai departe și să citească literatură erotică destinată special lor.

Ceea ce distinge cărțile scrise pentru femei, cu titluri ca *Focul care te atinge*, *Interludii erotice* sau *Mână înceată* de literatura erotică standard este faptul că cele mai multe din aceste romane și nuvele sunt scrise de femei. O scriitoare posedă probabil o mai bună înțelegere a ceea ce o altă femeie consideră excitant, atât în termeni de acțiune în paginile cărții, cât și ca ceea ce simte o femeie ca reacție fizică la lectură. Femeile sunt adesea interesate să citească o poveste care pune accentul pe anticiparea chinuitoare și pe acumularea tensiunii erotice între două persoane, nu doi oameni care se întâlnesc, își smulg hainele și sar în pat.

Multe din aceste autoare fac efortul de a descrie mai mult decât atributele fizice ale celor doi iubiți. Pentru o femeie, o descriere vie, cum ar fi o grădină încărcată cu flori, iubiții acoperiți în mătase și catifea și stimulii senzoriali care umplu aerul sunt toate detalii excitante care trebuie să fie incluse pentru ca povestea să fie într-adevăr satisfăcătoare.

Însuși faptul că o asemenea literatură există poate să înceapă să schimbe modul în care femeile reacționează la stimularea sexuală. S-a demonstrat științific că femeile au nevoie de mai mult timp decât bărbații pentru a fi excitate la maxim, dar ceea ce nu se știe este dacă această excitare este un atribut fizic sau pur și simplu un reflex condiționat. Femeilor li s-a spus că ar trebui să-și reprime senzațiile de excitare și că „fetelor cuminți nu le place sexul”, în timp ce aceste povești le spun femeilor că nu este necesar să aștepte permisiunea cuiva ca să fie excitate și să se bucure de o fantezie sexuală.

Un aspect pozitiv al literaturii și artei erotice scrise de femei este acela că scriitoarele nu idealizează forma feminină. Nu toate femeile din aceste cărți arată ca fetele de pe coperta *Playboy*. Aceste cărți arată că femeile de toate formele și mărimile, înalte sau grase, cu sâni mici sau coapse late, pot să aibă parte de o viață sexuală împlinită. Altă deosebire de miturile care înconjoară sexualitatea

feminină este aceea că eroinele cărților sunt excitate numai privind un bărbat atrăgător. În multe povești, femeile au discuții deschise despre anatomia masculină, discutând despre care părți sunt considerate de ele excitante și care nu, arătând clar că aparatul sexual al bărbatului nu este cel mai important factor pentru ele. De obicei, societatea se uită cu reproș la femeile care se uită la bărbați și îi cântăresc așa cum fac bărbații cu femeile. În aceste povești, femeile primesc libertatea de a face la fel.

Nu toate aceste cărți ilustrează sexualitatea într-o lumină pozitivă. Unele personaje feminine cedează nevoii de a face sex întâmplător, ceea ce, în epoca noastră cu SIDA și cu alte BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ, poate fi descris ca un comportament prostesc. Altă temă periculoasă care străbate unele povești este aceea că femeile sunt depășite de bărbați, atât fizic, cât și emoțional. În asemenea fantezii, femeile renunță la sexualitatea lor pentru a place altora, de obicei bărbaților. Asemenea afirmații nu favorizează deloc femeile, care ar trebui să își susțină dreptul de a fi niște ființe sexuale, nu niște obiecte sexuale.

De asemenea, modul în care sunt folosite aceste cărți diferă la cele două sexe. La bărbați, literatura erotică este adesea folosită pentru a îmbunătăți calitatea auto-satisfacerii sexuale; este evident că și femeile care nu au un partener pot să se masturbeze citind asemenea romane, dar femeile care au partener folosesc adesea această literatură pentru a ajunge la o întâlnire sexuală autentică. O asemenea poveste nu numai că poate să contribuie la excitarea sexuală a femeii, dar aceasta poate să încorporeze romanul în viața ei sexuală, fie experimentând unele din activitățile sexuale descrise în carte, fie folosindu-le pe post de fantezii. Astfel, dormitorul ei poate deveni un loc mai interesant pentru ea și pentru partenerul ei (vezi și AUTOEROTISMUL; OBSCENITATEA; SEXUL ÎN MASS-MEDIA).

**ESTROGENUL** Unul dintre principalii HORMONI sexuali feminini. În principal, este obținut prin transformarea androgenilor din ovare și, într-o mai mică măsură, din țesutul adipos. Estrogenul este legat de alți hormoni din corp care îi controlează nivelul din sânge la anumite momente. Estrogenul este important în special în ciclul menstrual, în timpul ADOLESCENȚEI și în cazul SARCINII.

În creier, hipotalamusul trimite un mesaj glandei hipofize, care excretă FSH (hormonul de stimulare a foliculinei) și LH (hormonul de luteinizare), influențând foliculii care conțin ovule din ovare. Drept consecință, se produce o proliferare a celulelor care stimulează sinteza estrogenului. Creșterea nivelului de estrogen în sânge declanșează eliberarea LH, cauzând o rupere a foliculului și eliberarea ovulului maturizat. Foliculul rupt va deveni *corpus luteum* (corp galben), care răspunde la regresia LH printr-o încetinire a producției de hormoni și prin desprinderea și eliminarea endometrului (MENSTRUATIA).

Estrogenul are și alte funcțiuni în corp, în afara ciclului menstrual. El face parte dintr-o grupă de hormoni răspunzători de dezvoltarea și maturizarea sânilor în timpul pubertății. Alte schimbări care

se datorează estrogenului sunt îngroșarea labiilor mici, schimbarea culorii mucoasei vaginale de la roșu aprins la roz, ca și prezența unor secreții mucoase vaginale.

La femeia gravidă, estrogenul face parte din grupul de hormoni răspunzători pentru creșterea țesutului sânilor. De-a lungul vieții, estrogenul joacă un rol important în echilibrul calciului din oase. Acest lucru devine mai vizibil atunci când nivelul estrogenului scade și oasele devin deficiente în calciu (osteoporoză).

Pe măsură ce femeia se maturizează și ajunge la MENOPAUZĂ, apar multe schimbări ca urmare a reducerii producției de estrogen. Evenimentul cel mai vizibil este încetarea menstruației. Alte simptome legate de deficiența hormonală sunt atrofia genito-urinară, instabilitatea vasomotorie (vezi BUFEURILE) și osteoporoza (pierderea calciului din oase). Alte simptome probabil legate de hormoni includ ateroscleroza cardiovasculară precum și de insomnie, oboseală și posibil depresie psihică.

Pentru a ușura aceste simptome ale menopauzei, se poate folosi tratamentul de substituție cu estrogen obținut sintetic. Tratamentul s-a dovedit foarte util pentru prevenirea sau pentru ușurarea osteoporozei și pentru prevenirea bolilor cardiovasculare la femei care au în familie o istorie stabilită de asemenea boli. O dată ce s-a luat decizia de a prescrie terapia de înlocuire a estrogenului, doctorul trebuie să determine ce fel de estrogen să folosească și în ce doză, pe ce cale să-l administreze și modurile de a supraveghea tratamentul pentru fiecare femeie în parte.

Toate pacientele care primesc TERAPIA DE SUBSTITUȚIE HORMONALĂ ar trebui să meargă anual la un control care să includă informațiile despre dieta urmată, examinări ale sânilor și EXAMINAREA PELVIANĂ, un test Papanicolau și căutarea de urme de sânge în fecale. Este, de asemenea, nevoie și de o MAMOGRAFIE și de o analiză a lipidelor din sânge (vezi și AMENOREEA).

**EXERCIȚIUL FIZIC ȘI SEXUL** Medicina modernă plasează inactivitatea fizică printre principalii factori de risc pentru sănătate — ceilalți fiind fumatul și alimentația prea bogată în grăsimi și colesterol. Inactivitatea fizică este cea mai evidentă între persoanele care lucrează la un birou, dar și printre persoanele care se obosesc făcând munci fizice repetitive și limitate. Menajerele, pictorii, instalatorii, lucrătorii la bandă din fabrică pot să nu aibă nici un beneficiu fizic din munca lor. Oricine trebuie să învețe, să-și planifice și să efectueze regulat exerciții despre care se știe că sunt bune pentru corp și pentru a te bucura de sex.

Se subliniază nevoia de moderație, mai ales pentru o persoană care de obicei omite sau refuză exercițiul fizic mare parte a vieții. O intrare bruscă într-o activitate sportivă este periculoasă. Oamenii care se aruncă rapid în performanțe fizice eroice sunt, evident, obiect de batjocură. Două dintre rezultatele grave posibile sunt un atac de cord sau un spate înțepenit.

Zicala „nu suferi, nu câștigi”, atât de bine cunoscută în această epocă a exercițiului fizic promovat cu agresivitate, este pur și simplu o minciună, și încă una care amenință sănătatea oamenilor.

Beneficiezi de pe urma unui exercițiu puțin intens, care poate fi treptat mărit. Dar prima senzație de încordare excesivă trebuie să fie un semn pentru încetare. Dacă semnalul acesta devine alarmant, trebuie să vă prezentați la doctor.

Un program de exerciții fizice va aduce multe beneficii dacă începe cu prudență, crescând foarte încet și continuat cu regularitate. El va mări circulația sanguină, va întări inima, va ajuta plămânii și va transporta o cantitate sporită de oxigen în toate părțile corpului. Pericolul unui atac de cord sau al accident vascular cerebral va fi micșorat.

Toate sistemele corpului vor fi îmbunătățite — glandele, mușchii, oasele, nervii și creierul. Cel mai notabil efect va fi o stare de spirit mai bună și o capacitate crescută de a susține o muncă mentală. Oboseala cronică sau insomnia vor fi înlocuite cu perioade de trezie eficientă și de somn odihnitor.

Deși toate aceste beneficii sunt garantate fără probleme, avantajele directe în performanțele sexuale sunt altă problemă. Multe alte lucruri din viața omului pot să influențeze activitatea sexuală — problemele bănești, necazurile la birou, dificultăți în relație, atitudini pesimiste cronice — toate acestea pot să contribuie la disfuncțiile sexuale. Activitatea fizică poate să aducă o îmbunătățire, dar nu trebuie privită ca o vindecare.

Oamenii cu o capacitate fizică foarte limitată, între care unii pentru care singurul exercițiu poate fi de natură pasivă, anume ajutați de un fizioterapeut, sunt încă în stare să aibă o dorință sexuală și o mulțumire semnificativă. Nu trebuie uitat acest lucru.

Unele femei s-au plâns că partenerii lor sunt obsedați de forma fizică și de culturism. Unii entuziaști ai exercițiului fizic nu lasă timp și pentru sex, nu au nici un interes erotic pentru corpul altora. Un culturist, cum ar fi o femeie obsedată de felul cum arată, poate să își mulțumească foarte puțin partenerul. Dar asemenea probleme nu își au originea în activitatea fizică echilibrată, de bun-simț.

Atunci când spun „exercițiu moderat”, să nu se înțeleagă că nu e necesar niciodată să te oprești ca să-ți tragi răsuflarea și nici că nu ai voie să transpiri. Moderat înseamnă moderat pentru persoana cu pricina, în respectiva stare fizică de moment. Exercițiul moderat poate să de facă să simți o plăcere când adormi și poate înlocui cafeina la trezire și tranchilizantele atunci când vrei să te liniștești. Ziua care urmează unei plimbări sau unei alergări este una în care te simți mai vesel, mai puțin iritabil, mai gata să te iei la trântă cu provocările și corvezile, în contrast cu o zi în care ai lenevit.

Pe lângă orele de gimnastică aerobă, sau de dans, sau de înotul regulat, sau de un ciclu la „fiare”, este înțelept să încerci să incluzi exercițiul și în activitățile obișnuite. Atunci când aveți prilejul, folosiți scările, nu liftul. Mergeți până la bufet sau până la chioșcul de ziare pe jos. Când vă aflați la biroul propriu, ridicați-vă ca să vă întindeți sau ca să vă plimbați puțin. Munca pe care o faceți la birou va avea de câștigat, ca și viața dvs. sexuală (vezi ARTRITA ȘI SEXUL; BOLILE DE INIMĂ ȘI SEXUL; PERSOANELE HANDICAPATE ȘI SEXUL).

**EXHIBIȚIONISMUL** Mulți oameni cred că exhibiționismul înseamnă doar expunerea în public a organelor genitale, dar definițiile legale și psihiatrice includ și un element care constă în publicul sau persoana spre care se îndreaptă exhibiționismul și care nu dorește să fie supusă la așa ceva. Mai mult, considerațiile psihiatrice presupun că o anumită formă de gratificare sexuală motivează sau urmează actului de expunere a organelor sexuale. Termenul este complicat și de faptul că multe decenii exhibiționistul-standard a fost descris doar ca fiind bărbat — adesea, un bărbat care poartă un balonșid, sub care nu are nimic altceva — care se prezintă în fața unor tinere femei pe stradă și le arată penisul. Cercetările efectuate asupra exhibiționiștilor cunoscuți au arătat că într-adevăr cei mai mulți sunt bărbați, în general sub vârsta de treizeci de ani. Autorii care tratează devierile sexuale au sugerat că s-ar putea să fie vorba de o prejudecată culturală care funcționează, care ignoră sau chiar admiră exhibiționismul feminin, cum ar fi femeile care poartă haine care lasă să se vadă foarte mult la petreceri sau în public. Dacă o femeie poartă o fustă foarte scurtă și care lasă să se vadă foarte mult, este ea o exhibiționistă, sau pur și simplu o persoană la modă și sexy? Oare o stripteuză la o petrecere de burlaci o exhibiționistă cu acte în regulă dacă unul din bărbații prezenți nu este de acord cu nuditatea feminină în public? Probabil că nu, deoarece ea este considerată o artistă și se presupune că nu este mânată nici de urmărirea unor satisfacții sexuale personale și nici de dorința de a șoca audiența, ci de a distra. Totuși, motivația nu este relevantă pentru persoanele dintr-o tabără de nudiști, pentru că, indiferent de motivație, normele sociale de acolo anticipează nuditatea. Alergarea gol pe străzi printre oameni poate fi sau nu considerată exhibiționism, în funcție de motivație, care poate fi de natură sexuală sau nu.

Existența exhibiționismului masculin alarmează multă lume, în special femeile și părinții copiilor. Deși există puține dovezi care să indice că exhibiționiștii continuă activitatea prin atingerea sau afectarea fizică a vreunei victime, efectul psihic poate fi însemnat atunci când victima este un copil.

**SIMULAREA ORGASMULUI** Deoarece ORGASMUL este în esență o experiență subiectivă, ale cărei semne nu sunt întotdeauna clare partenerului, este posibil ca o femeie — sau un bărbat — să geamă și să își miște corpul pentru a simula un orgasm. Se presupune că femeile pot să simuleze mai ușor orgasmul, pentru că cei mai mulți bărbați ajung la apogeu foarte rapid în timpul contactului sexual. Deoarece prin tradiție rolul sexual al bărbatului este să aducă femeia la orgasm, mândria sexuală a bărbatului este adesea legată de capacitatea lui de a își aduce soția sau iubita la orgasm. Aceasta a creat situația de nedorit în care unele femei, din iubire sau din considerație pentru soții sau partenerii lor, se prefac că au avut un orgasm fie în timpul orgasmului partenerului, fie scurt timp după acesta. Unele femei nu vor să se știe că sunt anorgasmice, de teamă că partenerul lor le va considera „mai puțin femei”.

Simularea orgasmului pare să își aibă rădăcinile în analfabetismul sexual. Aceste femei nu au învățat să își antreneze corpurile astfel încât să aibă orgasme. În alte cazuri, simularea orgasmului

poate să rezulte din problemele conștiente sau inconștiente survenite în cadrul unei relații, în timp ce în altele, este incapacitatea sau faptul că nu se dorește discutarea problemelor legate de orgasm, soția neputând să îi comunice soțului ei căile prin care ea ar putea fi adusă la orgasm. Dacă o persoană simte că este nevoie să simuleze orgasmul, el sau ea ar trebui să înțeleagă că este un semn că ceva nu merge bine în relația lor sexuală sau afectivă și că trebuie să apeleze la ajutorul calificat al unui profesionist (vezi și DISFUNCȚIILE SEXUALE LA FEMEIE; DISFUNCȚIILE SEXUALE LA BĂRBAT).

**TROMPELE UTERINE** Trompele uterine sunt niște tuburi musculare care se întind de la suprafața superioară a UTERULUI până la OVARE, de ambele părți ale pelvisului femeii. Fiecare trompă are o lungime de circa zece centimetri. Partea cea mai apropiată de uter se numește porțiunea istmică, în vreme ce partea cea mai apropiată de ovar se numește porțiunea ampulară. Porțiunea istmică a trompei uterine se leagă cu un canal, numit porțiunea intramurală a trompei, care străbate peretele gros al uterului. La capătul regiunii ampulare, capătul deschis al trompei uterine se prelungește cu niște proiecții fine, ca niște degete, numite fimbrii. Capătul deschis al trompei uterine se află în general în imediata apropiere a ovarului. Fimbria ajută la culegerea ovulului de pe suprafața ovarului, atunci când are loc ovulația, și la transportarea ovulului în deschiderea trompei uterine. În regiunea ampulară a trompei uterine are loc fertilizarea (întâlnirea între ovul și spermatozoid) și tot aici noul embrion își petrece primele aproximativ trei zile după fertilizare. În acest timp, celulele embrionului se divid în mod obișnuit de câteva ori înainte de a fi transportate în uter.

Principala cauză a STERILITĂȚII feminine constă în trompe uterine blocate sau distruse. În general, trompele uterine sunt distruse prin infecții. Multe infecții ale trompelor uterine sunt transmise pe cale sexuală (în special GONOREEA ȘI infecțiile cu CHLAMYDIA), dar trompele uterine pot fi afectate și de alte infecții, cum ar fi cele care provin de la un apendice perforat. Atunci când sunt infectate trompele uterine, fimbriile de la capătul trompei se inflamează, se unesc și rezultatul este blocarea trompei. Celulele care căptușesc trompa uterină continuă să producă secreții, dar cu o deschidere obstrucționată, fluidul se acumulează în trompa uterină și în cele din urmă va produce ceea ce se numește hidrosalpinx. Aceasta este o boală în care fluidul acumulat umflă trompa uterină, dându-i aspectul unui balon plin cu apă. Presiunea fluidului asupra peretelui tubului duce la o compromitere a funcțiilor trompei.

Tehnicile microchirurgicale, incluzând folosirea laserelor, s-au dovedit inutile în restaurarea funcționării normale a trompei uterine blocate ca urmare a unei infecții. În fapt, rata de succes (adică rata sarcinilor obținute) după o reparare chirurgicală a trompelor uterine blocate nu depășește 25-30%. De aceea au apărut tratamentele de FERTILIZARE IN VITRO.

La momentul actual, aproape 1% din totalul sarcinilor sunt sarcini extrauterine tubare, în care ovulul fertilizat este implantat într-o trompă uterină, în loc de uter. Deoarece trompele uterine au o

capacitate limitată de a reține o sarcină în creștere, în cele din urmă sarcina va rupe trompa-gazdă și va genera o foarte serioasă hemoragie în cavitatea abdominală. Deși în general este nevoie de o înlăturare chirurgicală a sarcinii extrauterine, testele de diagnosticare actuale permit un diagnostic suficient de timpuriu al sarcinii, astfel încât să poată fi salvată trompa uterină. Sarcinile extrauterine se întâlnesc în special la femeile care au fost supuse anterior unor operații la trompele uterine, care au avut infecții sau alte anomalii pelviene (vezi și **CONCEPȚIA**; **SARCINA EXTRAUTERINĂ**; **ORGANELE SEXUALE FEMININE**; **HISTERECTOMIA**).

**FELAȚIA** Este o formă de **SEX ORAL**. Termenul de „felație” derivă din verbul latin *fellare*, care înseamnă „a suge”. Există mulți termeni peiorativi cu același sens. Felația a devenit astăzi mult mai acceptată decât era în secolul nouăsprezece, când era considerată o „perversiune”. În 1983, o echipă de cercetători a relatat că 90% din cuplurile studiate s-au angajat în felație la un moment dat al relației lor. *Raportul Ianus* (bazat pe un eșantion la nivel național) a arătat că 88% din bărbați și 87% din femei au declarat că sexul oral este „foarte normal” sau „în regulă”.

Felația implică stimularea sexuală a penisului partenerului cu ajutorul gurii și/sau a limbii. Ea se poate limita la lingerea sau sugerea vârfului penisului, sau penisul poate fi luat în gură în întregime. Stimularea este efectuată de către lingerea penisului sau de mișcarea în sus și în jos a gurii (prinse strâns în jurul penisului).

În funcție de dorința partenerei, partenerul-bărbat va ejacula în gura partenerei, sau se va retrage înainte de ejaculare. Felația pare să fie nu numai foarte excitantă pentru bărbat, ci și pentru persoana care o efectuează. Ea poate să facă parte din procesul **PRELUDIULUI** care va duce la **CONTACTUL SEXUAL**, sau poate să se termine ea în sine cu o **EJACULARE**.

Deoarece ejacularea de spermă în gura partenerei poate pune riscuri de **SIDA** sau de alte **BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ**, este important ca în timpul felației să se folosească **PREZERVATIVE nelubrificate**, în cazul în care femeia nu are o încredere absolută în partenerul ei ca urmare a unei relații monogame de lungă durată. Retragerea penisului înainte de ejaculare nu este suficientă, deoarece câteva picături pre-ejaculatorii de spermă vor apare în timpul stimulării penisului. Și acestea pot să poarte o infecție cu **HIV** (vezi și **CUNNILINGUS**; **SEXUL SIGUR**; **POZIȚIA ȘAIZECI ȘI NOUĂ**).

**PREZERVATIVELE FEMININE** Vezi **CONTROLUL NAȘTERILOR**; **PREZERVATIVELE**.

**ORGANELE SEXUALE FEMININE** Organele sexuale feminine sunt interne și nu pot fi văzute și nici simțite din afara corpului, și externe. Cea mai mare parte a aparatului genital feminin — implicat în reproducere — este alcătuit din organele genitale interne.

**Organele sexuale externe.** Organele sexuale externe și vizibile sunt numite colectiv cu termenul de VULVĂ. Vulva constă în mons pubis (sau mons veneris — Muntele lui Venus), CLITORISUL, perechea de labii mari, perechea de labii mici și HIMENUL.

Mons pubis este partea cea mai de sus a vulvei. Este zona adipoasă care acoperă osul pubian și care este acoperită de părul pubian aspru. Imediat sub mons pubis se află clitorisul, organ erectil similar cu PENISUL bărbatului. Are lungimea de cam doi centimetri și un diametru de cam cinci milimetri. Clitorisul este extrem de sensibil, iar în cazul excitației sexuale se mărește, fiind porțiunea vulvei cu reacția sexuală cea mai puternică. Pentru femei, clitorisul este principala sursă a senzației de plăcere sexuală.

De ambele părți ale clitorisului se situează labiile mici (buzele mici sau interne), care înconjoară deschiderea vaginală, întinzându-se de la clitoris până deasupra anusului (deschiderea rectului). În afara labiilor mici se află labiile mari (buzele — labiile mari sau externe), care, ca și muntele pubian, sunt acoperite cu un fire groase de păr pubian. Între labiile mici se află deschiderea vaginală. La fete și la femeile care nu au avut încă relații sexuale și nici nu au folosit tampoane interne, deschiderea este parțial acoperită de o membrană subțire, numită himen. În rare cazuri, himenul poate să acopere complet deschiderea vaginală, împiedicând menstrele. Între deschiderea vaginală și clitoris se află deschiderea uretrei, tubul care pornește de la vezică și permite eliminarea urinei.

\*\*\*

Fig. P. 111. sus

Mons veneris

Prepuț

Labiile mici

Labile mari

Himen

Perineu

Clitoris

Meatul urinar

Orificiul vaginal

Anus

*Organele sexuale feminine externe*

\*\*\*

**Organele sexuale interne.** Organele sexuale feminine interioare sunt VAGINUL, COLUL UTERIN, UTERUL, TROMPELE UTERINE și OVARELE.

Vaginul, în formă de tub, se întinde de la vulvă la colul uterin. Vaginul are o lungime de aproximativ zece centimetri, dar în timpul actului sexual sau al nașterii se poate mări. Este localizat între rect și uretră, pe de o parte, și vezică, pe de alta. Dacă nu există nimic în el, vaginul este dezumflat ca un balon. Vaginul funcționează ca organ sexual feminin, care acceptă pătrunderea penisului în timpul contactului sexual și primește SPERMA ejaculată de bărbat, dar funcționează și ca o porțiune a canalului de naștere, prin el trecând copilul care iese din uter spre lumea exterioară.

Colul uterin este în fapt porțiunea cea mai joasă a uterului. La o femeie care nu este însărcinată, colul uterin are o lungime de doi-trei centimetri și pătrunde pe o lungime de cam un centimetru în partea superioară a vaginului. În centrul colului uterin se află deschiderea canalului cervical. La femeile care nu au fost niciodată însărcinate, deschiderea cervicală este în general circulară, în timp ce la femeile care au avut una sau mai multe sarcini ea tinde să fie mai eliptică și de o formă întrucâtva neregulată.

\*\*\*

Fig. P. 111. jos

## ORGANELE SEXUALE FEMININE

1. Mons veneris
2. Labiile mici (se vede doar una)
3. Labiile mari (se vede doar una)
4. Clitoris
5. Deschiderea uretrei
6. Vezica urinară
7. Deschiderea vaginală
8. Vaginul
9. Colul uterin
10. Uterul
11. Trompă uterină (se vede doar una)
12. Ovar (se vede doar unul).

Uterul are o lungime de aproximativ 7,5 cm și are mărimea și forma aproximativă a unei pere, codița fructului reprezentând-o deschiderea cervicală. Este un organ solid, muscular, care conține o cavitate triunghiulară (cavitatea uterină). Ca și în cazul vaginului, cavitatea uterină este colabată atunci când este goală. Cavitatea uterină este acoperită cu un țesut numit endometru, care se dezvoltă și se elimină în exterior(vezi MENSTRUATIA) ca răspuns la hormonii ovarieni.

Trompele uterine sunt structuri pereche care au o lungime de cam zece centimetri și un diametru cu puțin peste 5 milimetri. Ele sunt atașate la un capăt de uter, iar celălalt capăt este liber, dar în apropierea ovarelor. Deschiderile libere ale trompelor uterine (numite și capetele fimbriate) se prelungesc cu o rețea de mici „degete” (fimbrii) care ajută la culegerea ovulului eliberat de ovar (ovulat) și la transportarea lui în trompa uterină.

Trompele uterine au un perete muscular gros în partea cea mai apropiată de uter și un perete relativ subțire în partea apropiată de ovar. Deschiderea trompei uterine este relativ mare la capătul dinspre ovar (porțiunea ampulară), dar se îngustează brusc pe măsură ce se apropie de partea apropiată de uter (porțiunea istmică). Această porțiune îngustă a trompei uterine este conectată la un canal la fel de îngust, care trece prin peretele muscular al uterului și face legătura cu cavitatea endometrială.

Ovarele sunt structuri pereche care măsoară aproximativ cinci pe șapte centimetri. Ele sunt de un alb strălucitor și au o suprafață în general neregulată. În funcție de stadiul ciclului menstrual, ovarele pot să conțină unul sau mai mulți foliculi în curs de dezvoltare — niște chisturi pline de fluid în care se dezvoltă ovulul — sau un *corpus luteum*, care este rămășița unui folicul din care a fost eliberat ovulul. *Corpus luteum* este răspunzător pentru producerea hormonilor care pregătesc mucoasa uterului pentru implantarea unui ovul fertilizat și menținerea noii SARCINI.

**Fiziologie și funcționare.** Multe dintre organele reproductive feminine suportă schimbări spectaculoase de structură și funcționare ca rezultat al activității ciclice hormonale și al sarcinii. Cele mai evidente schimbări fiziologice pot fi observat la colul uterin, la endometru (căptușeala cavității uterine) și la ovare.

Colul uterin conține o deschidere tubulară (canalul cervical) căptușită cu glande care produc o secreție cu aspect de mucus. Cantitatea și calitatea mucusului cervical variază în funcție de hormonii produși de ovare. În timpul primei jumătăți a ciclului menstrual, în special atunci când se apropie ovulația, mucusul cervical este abundent, limpede și apos. El este foarte receptiv la penetrarea și supraviețuirea spermatozoizilor. Atunci când sperma se depozitează în partea superioară a vaginului, în timpul contactului sexual, spermatozoizii înoată rapid în mucusul cervical, în care își păstrează motilitatea și capacitatea de fertilizare timp de câteva zile. O dată cu ovulația (în aproximativ a paisprezecea zi a ciclului menstrual de douăzeci și opt de zile), mucusul cervical prezintă o schimbare dramatică în aspect. Devine gros, semi-opac și vâscos, fiind practic imposibil să fie penetrat de

spermatozoid. Această schimbare este adusă de producția de PROGESTERON de către ovare, după ovulație. În mod similar, o femeie care ia pilule de control al nașterilor va avea un mucus cervical care este impenetrabil de către un spermatozoid. Aceasta este una din căile prin care pilulele contraceptive împiedică apariția sarcinii.

În timpul travaliului, ca rezultat al contracțiilor uterine (durerile travaliului), colul uterin se extinde spectaculos, diametrul canalului cervical ajungând la capăt la un diametru de zece centimetri, în primul stadiu al travaliului. Atunci când este dilatat la maxim, colul uterin formează partea superioară a canalului de naștere, vaginul formând partea inferioară.

După cum am spus, cavitatea uterină este căptușită cu un țesut care crește și se elimină ca răspuns la hormonii ovarieni, numit endometru. Aceste schimbări în căptușeala uterului, care fac parte din ciclul menstrual, pregătesc uterul pentru posibila apariție a unei sarcini. În prima jumătate a ciclului menstrual (faza foliculară sau de proliferare), căptușeala uterului crește și se dezvoltă treptat. În a doua parte a ciclului (faza luteală sau secretorie), endometrul se maturizează ca rezultat al acțiunii progesteronului produs de *corpus luteum* și este pregătit pentru implantarea unui ovul fertilizat. Ca parte a acestui proces, endometrul eliberează în cavitatea uterină secreții care hrănesc embrionul înainte ca acesta să se fixeze de peretele uterului. Dacă fertilizarea și implantarea nu au avut loc, atunci căptușeala maturizată a uterului se desprinde și rezultă sângerarea menstruală. Crampele pe care le au mai toate femeile în această perioadă sunt rezultatul contracțiilor mușchilor uterului, care ajută la expulzarea sângelui menstrual și a endometrului din cavitatea uterină. Aceleași tipuri de contracții din timpul travaliului duc la dilatarea colului uterin și la expulzarea copilului prin vagin.

Porțiunea externă a trompelor uterine este locul în care are loc în mod normal fertilizarea (interacțiunea între ovul și spermatozoid). Fimbria ajută la culegerea și transportarea ovulului în regiunea ampulară a trompei uterine, atunci când are loc ovulația (eliberarea ovulului din ovar). În același timp, dacă spermatozoidul a fost depozitat în partea superioară a vaginului, el va intra în mucusul din canalul cervical și va ajunge în partea superioară a trompei uterine. Deși sute de milioane de spermatozoizi sunt de obicei depozitați în vagin, în mod obișnuit doar câteva sute vor ajunge la locul fertilizării. Dacă fertilizarea este încununată de succes, proaspătul embrion va petrece aproximativ trei zile în zona superioară a trompei uterine, după care va fi transportat în cavitatea uterină. Acolo petrece alte trei zile plutind în cavitatea uterină, după care se atașează de peretele uterului.

Ovarele au două funcțiuni principale: producția de ovule și producția de hormoni feminini, ESTROGEN și progesteron. Hormonii feminini sunt necesari în primul rând pentru dezvoltarea unor caracteristici sexuale secundare normale (de pildă, dezvoltarea sânilor și creșterea și maturizarea organelor reproductive) și în al doilea rând pentru pregătirea endometrului uterin la fiecare ciclu menstrual pentru posibila atașare a unui ovul fertilizat. Dacă un ovul fertilizat se atașează cu bine de

peretele uterin, ovarele continuă să producă aceeași hormoni în cantități mari, pentru a susține prima parte a sarcinii, anume primele opt până la douăsprezece săptămâni.

Ovarele reacționează la hormonii GLANDEI PITUITARE, FSH (hormonul care stimulează foliculii) și LH (hormonul de luteinizare). Ciclul ovarian al unei femei este continuu și în general se consideră că el începe o dată cu debutul sângerării menstruale. În acel moment, producția de hormoni de către ovare este la cel mai redus nivel. Ca reacție a nivelului redus al hormonilor ovarieni, glanda pituitară eliberează FSH, care stimulează creșterea unui folicul — un sac umplut cu fluid, care conține un ovul imatur. Pe măsură ce foliculul crește și se dezvoltă, ovulul se maturizează și celulele din jurul lui încep să producă estrogen. Estrogenul astfel produs va duce la dezvoltarea mucoasei uterului, stimulează producția de mucus cervical favorabil, ceea ce duce la o scădere a cantității de FSH produse de glanda pituitară. Atunci când ovarul a produs o cantitate critică de estrogen timp de o anumită perioadă, glanda pituitară este programată să producă o cantitate mare de LH. Producerea de LH va iniția maturizarea finală a ovulului, preparându-l pentru eventuala fertilizare, va face ca foliculul să se rupă și să elibereze ovulul (ovulația) și în sfârșit va schimba ceea ce a fost foliculul într-un *corpus luteum*. Pe lângă faptul că va produce estrogen, *corpus luteum* va produce și progesteron, necesar pentru pregătirea mucoasei uterului pentru posibila implantare a ovulului fertilizat. Dacă survine sarcina, la începutul ei va fi produs hormonul hCG, care va determina *corpus luteum* să își mențină producția de estrogen și de progesteron și astfel să susțină tot începutul sarcinii. Dacă nu are loc implantarea (și deci nici secretarea de hCG), *corpus luteum* încheie spontan producția de hormoni. Aceasta duce la desprinderea și eliminarea endometrului uterului și la perioada menstruală, ciclul reluându-se.

**FERTILITATEA** Vezi CONTROLUL NAȘTERILOR; CONCEPȚIA; STERILITATEA; PLANIFICAREA NATURALĂ A FAMILIEI; VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ.

**FERTILIZAREA** Vezi INSEMINAREA ARTIFICIALĂ CU AJUTORUL UNUI DONATOR; CONCEPȚIA; ORGANELE SEXUALE FEMININE; FERTILIZAREA IN VITRO; STERILITATEA; SPERMATOZOIZII.

**SINDROAMELE DE ABUZ DE SUBSTANȚE ALE FĂTULUI ȘI NOU-NĂSCUTULUI**  
Un fetus sau un copil nou-născut pot fi afectați în diverse feluri de droguri, alcool sau alte substanțe toxice luate de mamă în timpul sarcinii. În momentul CONCEPȚIEI și în timpul primelor două sau trei luni de SARCINĂ formarea structurilor corporale poate fi afectată de droguri sau de alte substanțe toxice, rezultând de aici copii cu anomalii. Mai târziu, în cursul sarcinii, drogurile pot afecta creșterea, ceea ce va duce la un făt sau la un nou-născut care nu și-a atins întreg potențialul de creștere. În sfârșit,

drogurile pot să afecteze capacitatea noului-născut de a trece cu succes din stadiul de viață fetală în acela de viață în afara uterului (vezi și SARCINA ȘI MEDICAMENTELE ȘI SUBSTANȚELE COMUNE).

**Alcoolul.** Primul raport asupra anomaliilor cu care s-au născut copiii unor mame alcoolice a apărut în Franța abia în 1968, iar în Statele Unite, independent, în 1973. Anomaliile raportate includ o reducere semnificativă a inteligenței, până la un IQ mediu de 60-70, hiperactivitate, coordonare slabă și putere slabă a mușchilor, creștere redusă înainte și după naștere și o figură caracteristică, anormală. După unele estimări, cam 5% din defectele la naștere se pot atribui expunerii la alcool prin intermediul mamei, în timpul sarcinii. Efectele alcoolului sunt și mai pregnante dacă mama bea cantități tot mai mari, riscul de făt cu sindrom alcoolic apare la 30-50% dintre femeile alcoolice cronic. O cantitate de alcool egală cu doar două „băuturi standard” (30 de grame de alcool pur) pe zi a fost asociată cu o reducere a greutatei la naștere, fiind responsabilă parțial și pentru sindromul alcoolic la unii copii. Astfel, se vede că nu există un nivel „sigur” al consumului de alcool în timpul sarcinii, sub care efectele alcoolului asupra nou-născutului să nu se vadă.

**Narcoticele.** Abuzul de droguri în timpul sarcinii a fost asociat nu un număr de probleme grave ale fătului. Multe din aceste probleme sunt probabil legate mai degrabă de situația socială precară a multor utilizatori de droguri. Femeile (și bărbații) care abuzează de narcotice au o rată înaltă de infecții, în special în BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ. Drogurile obținute ilegal de cei care abuzează de ele sunt de obicei impure și conțin substanțe chimice care au propriile lor efecte asupra sarcinii. Indivizii care abuzează de narcotice abuzează foarte adesea și de alte substanțe, cum ar fi tutunul și alcoolul, care la rândul lor au un efect semnificativ asupra fătului.

Pe lângă alți factori care contribuie la problemele copiilor cu mame narcomane, un model deja răspândit printre femeile însărcinate care se droghează este riscul crescut de AVORT SPONTAN asociat cu utilizarea de heroină. Copiii narcomanelor sunt adesea născuți prematur și sunt mici, datorită duratei reduse a sarcinii. Cea mai semnificativă problemă legată de utilizarea narcoticelor în timpul sarcinii este efectul asupra copilului al renunțării bruște la droguri. Feții născuți după o renunțare la droguri sunt nervoși, tremură și plâng fără să poată fi liniștiți. Mănâncă puțin și prezintă vomă și diaree. În cazurile mai grave, sunt atât de neliniștiți, încât pot să-și provoace zgârieturi ori alte leziuni, iar la unii copii apar convulsiile. Aceste simptome sunt asociate în mod obișnuit cu renunțarea la heroină și la metadonă și apar deoarece fătul se obișnuise cu primirea acestor droguri de la mamă. Copiii afectați doar ușor pot fi tratați prin înfășare și prin mângâieri, dar cei afectați mai grav pot să necesite tratamente cu sedative sau tranchilizante.

Deși nu există un model definit al defectelor la naștere asociate cu abuzul matern de droguri, există probleme serioase pe termen lung la copiii mamelor toxicomane. Acestea includ dificultăți în

învățare și în alte abilități comportamentale, probleme de somn și o incidență mare a morții în leagăn (sindromul de moarte subită a sugarilor). Din nefericire, abuzul de droguri este asociat și cu multe alte probleme sociale, fiind adesea nevoie de ajutorul organizațiilor comunitare, al consilierilor în materie de droguri și al lucrătorilor sociali, dacă se dorește ca rezultatul să fie un copil normal. Deși este evident că renunțarea de către mamă la consumul de droguri va duce la evitarea complicațiilor legate de expunerea fătului la narcotice, decizia de retragere în timpul sarcinii ar trebui să fie cu mare atenția luată în seamă de mamă și de consilierul ei medical. Fătul poate să fie și el supus acestei renunțări, ceea ce poate cauza grave probleme în anumite cazuri.

**Cocaina.** Expunerea la cocaină în timpul sarcinii prezintă multe efecte serioase asupra fătului în creștere. Utilizarea cocainei este asociată cu o rată mare a nașterilor premature, adesea asociată cu o desprindere a placentei, din care rezultă mari probleme pentru făt și pentru noul-născut. Retardarea creșterii fătului, absența unor membre și serioase afectări cerebrale și ale rinichilor au fost atribuite utilizării cocainei în timpul sarcinii. Aceste efecte pot să se datoreze capacității cocainei de a întrerupe fluxul sanguin către uter. Deși mecanismul exact prin care acționează cocaina nu este cunoscut, trebuie ca în timpul sarcinii să se evite consumul de cocaină.

**Marijuana.** Consumul de marijuana în timpul sarcinii pare să ducă la copii mai neliniștiți și cu mai multe probleme de somn decât la copiii care nu au fost expuși acestei substanțe. Nu există un sindrom clar asociat renunțării bruște la acest drog și nu există nici modele de defecte la naștere asociate cu consumul de marijuana în timpul sarcinii. Unele studii relatează că nou-născuții unor fumătoare de marijuana au o greutate mai mică decât copiii femeilor care nu folosesc substanța, dar aceste rezultate nu au fost confirmate de toate studiile (vezi și DEFECTE LA NAȘTERE).

**FETIȘISMUL** În termeni sexuali, fetișismul este dotarea unui obiect fizic cu puteri sexuale, astfel încât persoana cu un fetiș are nevoie de acest obiect pentru a se excita sexual sau pentru a fi satisfăcută sexual. Obiectele obișnuite drept fetișuri includ părți ale corpului, cum ar fi sânii sau picioarele, sau obiecte fizice, cum ar fi lenjeria, pantofii sau obiecte de îmbrăcăminte cu elastic ale femeilor, dar practic orice obiect poate să devină un fetiș sexual.

Fetișiștii (oameni cu fetișuri) sunt de obicei bărbați și pot să obțină satisfacții sexuale fie din privirea fie din atingerea fetișurilor, masturbându-se de obicei în timp ce fac asta, de obicei ejaculând chiar pe obiect. Deși cauza exactă a fetișismului nu este cunoscută, acesta este legat de un tip de condiționare. Cu alte cuvinte, dacă un băiat se masturbează ținând în mână lenjeria intimă a mamei sau a sorei lui, aceasta se poate transforma într-un fetiș, în care el va avea nevoie întotdeauna de o piesă de lenjerie feminină pentru a deveni excitat sexual (spre deosebire de cineva care folosește din când în când de o piesă de lenjerie feminină ca ajutor pentru masturbare, dar care poate fi excitat și de o persoană). Obiectele pot să ofere anumite senzații, cum ar fi aceea de piele sau de miros al lenjeriei intime

feminine. S-a discutat mult ideea că fetișistul își transferă sentimentele față de obiect deoarece este indignat de propriile lui tendințe sexuale: fetișul devine atunci un obiect al păcatului.

Unii fetișiști pot să facă sex numai cu obiectul fetișului lor, în vreme ce la alții obiectul este folosit pentru ca ei să fie în stare să facă sex cu o altă persoană. Unii bărbați, care nu pot să-și convingă soțiile să fie de acord cu fetișul sau cărora le e rușine să recunoască faptul că au un fetiș, le vor cere unor prostituate să facă sex cu ei, folosindu-se și de fetiș, de exemplu un anumit articol de îmbrăcăminte. Travestiții, care își derivă plăcerea sexuală din îmbrăcarea hainelor sexului opus, sunt considerați exemple extreme de fetișism (vezi și HIPERSEXUALITATEA).

**FLIRTUL** Flirtul implică o anumită tentă sexuală, fără necesitatea imediată a întâlnirii sexuale. El înseamnă foarte mult pentru cei implicați în jocul sexual. El reprezintă „mutarea de deschidere” a relației dintre bărbat și femeie, indicând disponibilitatea și un interes într-o posibilă relație. Evident, oamenii flirtează cu alții chiar și atunci când nu sunt disponibili, atunci când soții sau partenerii sunt de față și nu au nici un alt interes decât să demonstreze că au capacitatea de a atrage și de a se bucura de stimularea de o seară. Dar flirtul este excitant și pentru că el declară că s-au deschis tot felul de posibilități — iar uneori duce la o relație chiar dacă bărbatul sau femeia (sau amândoi) nu credeau că sunt disponibili. Deși poate fi „un joc de-a curtea”, ceva „trecător” și „superficial”, flirtul este adesea mai mult decât atât. Este oarecum ca un dans care ar putea (sau ar putea să nu) ducă la o întâlnire sexuală reușită.

Cei mai mulți oameni par să fie capabili să flirteze în mod natural, fără să audă nici măcar un cuvânt din partea unui terapeut al sexului. Oricine care a observat fetele de liceu chicotind împreună, în vreme ce băieții se plimbă țănoși pe lângă ele a văzut flirtul la lucru, de o manieră în care riscul este minim.

Deoarece riscul este un element întâlnit în toate flirturile, băiatul de liceu care își arată mușchii trecând pe lângă fete sau bărbatul care întâlnește privirea unei femei într-o cameră aglomerată — toți sunt supuși riscului de a nu primi un răspuns sau măcar de a nu primi răspunsul pe care și-l doresc. Oamenii care au probleme de respect propriu sau care nu se consideră destul de atrăgători (și cine nu are asemenea probleme la un moment dat al vieții?) sunt adesea reticenți în a-și asuma riscul implicit de a deschide un flirt.

Din fericire, este adesea posibil să flirtezi fără să pari că o faci. Altfel spus, fetele care chicotesc și se uită cu admirație la băiatul care trece pe lângă ele, sau bărbatul care a surprins privirea femeii din camera foarte populată pot să se comporte ca și cum chicotelile și privirea nu au existat, că au fost adresate altcuiva, în cazul în care răspunsul este fie rece, fie ostil. Cel mai mult ne temem nu de respingere, ci de faptul că publicul va fi conștient că am fost respinși și de aceea de obicei ne vom

preface că nu am avut o tentativă de flirt. În orice societate există reguli sociale care guvernează flirtul; acestea oferă o ghidare și o anumită protecție, dar riscurile rămân în continuare.

Din toate aceste motive, oamenii, în special tinerii, sunt adesea neliniștiți atunci când încearcă să decidă dacă au curajul să facă sau nu prima mișcare. Dr. Ruth le-a spus pacienților ei că există o mică vietate, numită broasca țestoasă. Dacă broasca vrea să fie în siguranță și să nu pățească nimic, atunci nu se mișcă și nu i se întâmplă nimic, niciodată. Îndată ce vrea să se miște, trebuie să-și scoată capul afară. La fel și cu flirtul. Dacă cineva vrea o experiență nouă, el trebuie să-și scoată capul din cutie și să-și asume riscul de a fi respins. Dar chiar dacă este lovit, sigur nu este ceva mortal și va putea încerca din nou, în alte moduri. Uneori, flirtul poate fi încercat în cadrul unei conversații intelectuale; cu persoana sau persoanele potrivite, poate fi ceva foarte excitant din punct de vedere sexual. Am văzut minunate flirturi având loc între oameni care se prefăceau că se uită la picturile dintr-un muzeu. De fapt, posibilitățile sunt nelimitate (vezi și CURTEA).

**PRELUDIUL** Autorii de manuale populare ale căsătoriei din generațiile trecute acordau o foarte mare atenție „jocului dinainte”, preludiului. Prin acesta, ei înțelegeau toate purtările care stimulează sexual și care pregătesc femeia să se bucure de sex și să ajungă la ORGASM. Chiar și astăzi, oamenii folosesc acest termen în practic același sens. Totuși, există implicații sexiste și părtinitoare, care îl fac nepotrivit pentru abordarea modernă a comportamentului sexual.

Femeile nu sunt niște inocente caste, pasive, care așteaptă să fie trezite de soții lor, așa cum au fost prezentate în trecut. Ele au un LIBIDO la fel de puternic cu al bărbaților și pot să ajungă în pat la fel de doritoare de sex și de pregătite pe cât sunt bărbații. De asemenea, nu toate activitățile sexuale trebuie să aibă neapărat drept scop orgasmul. Activitatea sexuală care a fost denumită preludivu — SĂRUTUL, îmbrățișările, masajul, linsul, strângerile — ar trebui să fie privite mai corect drept surse de plăcere pentru partenerul unei persoane, fie că va începe un contact sexual și se va ajunge la orgasm, fie că nu. Multe dintre tehnicile de excitare sau cu efect plăcut pot fi folosite asupra propriei persoane, pentru a afla mai multe despre ZONELE EROGENE proprii, în scopul de a comunica mai bine cu un partener în sex sau în iubire. Astfel, folosirea VIBRATOARELOR și a altor dispozitive autoerotice poate să joace un rol important în producerea plăcerii proprii sau a partenerului, aducând elemente interesante și varietate în interacțiunile sexuale, cu sau fără a avea drept scop orgasmul.

**FRECVENȚA CONTACTULUI SEXUAL** Vezi FRECVENȚA COITALĂ.

**FREUD, SIGMUND** (1856-1939) Întemeietorul psihanalizei, care este un corp întins de teorii ce se ocupă de comportamentul normal și anormal, ca și de tehnicile speciale pentru tratarea persoanelor diagnosticate drept nevrozate. Născut în Moravia, Freud a crescut în Austria și și-a

completat studiile la facultatea de medicină a Universității din Viena, unde s-a concentrat asupra cercetărilor neuroanatomice. După ce a făcut un stagiu la Spitalul General din Viena, Freud a mers la Paris (1885-1886), pentru a studia cu neurologul francez Jean-Martin Charcot. După ce a observat cum se folosește hipnoza în tratarea unor manifestări isterice, el a început să fie interesat de factorii ascunși sau „inconștienți” din comportamentul normal și anormal. Freud nu a inventat și nici nu a descoperit inconștientul, dar l-a transformat în punctul central al noilor lui teorii despre comportamentul și motivațiile umane.

Freud s-a întors la Viena și a devenit un practician privat, specializat în boli nervoase. A fost deziluzionat de efectele temporare ale hipnozei în tratamentul nevrozelor și a inventat tehnica de bază a psihanalizei: asocierea liberă, în care pacientul se relaxează și îi relatează terapeutului tot ce-i trece prin minte. Aceste asociații libere, cu simbolurile lor presupus simbolice, erau considerate de Freud indicii ale procesului inconștient din mintea umană și o cale spre aflarea cauzelor și menținerii nevrozei pacientului.

Munca lui Freud cu pacienții a constituit baza teoriilor lui psihanalitice, bazate pe o rețea conceptualizată a minții: un model ipotetic care conținea elementele id, ego și superego, descris în cartea *Ego-ul și Id-ul* (1923). Aceste elemente nu sunt părți fizice ale creierului, ci categorii de procese și funcțiuni mentale. Id-ul e constituit din tendințele biologice, instinctive ale LIBIDO-ului (cuvântul latin pentru „poftă trupească”) și ale agresiunii. El este prezent încă de la naștere și operează pe „principiul plăcerii”, care îl face pe individ să vrea să își descarce tensiunile sexuale și agresive. Freud a descris ego-ul ca fiind depozitarul proceselor raționale bazate pe memorie, percepții și comunicare. Ego-ul ar fi sursa „principiului realității”, care controlează și reține id-ul de la a se manifesta de o manieră periculoasă pentru individ. Deși este parțial conștient, ego-ul funcționează de o manieră inconștientă adesea, pentru a proteja persoana prin folosirea unor „apărări”. Freud considera supe-ego-ul drept un fel de mediator între id și ego, furnizând susținerea morală (conștientul) pentru a ajuta la atenuarea id-ului și pentru a-i permite individului să facă alegeri morale ale comportamentului. Teoria lui spune că id-ul se află prezent la naștere, în vreme ce ego-ul se dezvoltă în primii ani ai copilăriei, urmat de superego, pe măsură ce copilul crește și învață normele morale ale societății.

Scrierile lui Freud, ca și munca multora dintre urmașii lui, au dus la formularea unor teorii și modele ale STADIILOR PSIHOSEXUALE ALE DEZVOLTĂRII; stadiul oral, stadiul anal și cel falic. În timpul stadiului falic, care survine la vârsta de patru sau cinci ani, sexualitatea copiilor se concentrează asupra zonelor genitale. În acest stadiu, băieții încep să devină atrași sexual de mamele lor (COMPLEXUL OEDIP), iar fetele atrase de tații lor (COMPLEXUL ELECTRA). La vârsta de șase ani, cei mai mulți copii au înțeles că nu pot avea părintele de sex opus drept partener erotic și se transferă în stadiul de latență, în timpul căruia copii nu au, teoretic, nici un fel de sentiment sau imbold sexual până la pubertate, atunci când acestea reapar, dar direcționate spre sexul opus (stadiul genital). În teoria

freudiană este centrală credința că multe nevroze ale adulților sunt rezultatul faptului că pacientul nu s-a transferat cu bine în fiecare dintre stadii și că imboldurile nu s-au rezolvat de o manieră normală pentru acel stadiu de dezvoltare.

Un aspect controversat al gândirii lui Freud este credința lui că femeile au două tipuri de ORGASM: vaginal și clitoridian. El credea că „orgasmul vaginal” este un indiciu că femeia a trecut cu succes în stadiul genital. Femeile care pot să aibă doar „orgasme clitoridiene” probabil că nu și-au rezolvat cu succes conflictele stadiului falic. Cercetătorii moderni (vezi MASTERS ȘI JOHNSON) susțin că nu există dovezi științifice pentru o asemenea diferențiere a orgasmelor feminine, ci e vorba pur și simplu de tehnici diferite de a aduce la orgasm femeile și variații în intensitatea reacțiilor orgasmice la diverse tehnici, în circumstanțe diferite. Mai mult, credința că orgasmul vaginal există și că el este mai matur sau superior celui clitoridian poate să creeze conflicte în conștiința femeilor care ar putea să aibă nevoie de o stimulare manuală pentru a ajunge la orgasm prin MASTURBARE, în timpul sau după contactul sexual. Altă idee a lui Freud care este criticată este aceea că toate femeile tinere trec printr-o perioadă, în timpul stadiului falic, în care „invidiază penisul”. El susținea că acest lucru are un impact asupra dezvoltării personalității femeii și duce la vârsta adultă la senzația de inferioritate față de bărbați.

Freud și-a extins teoriile pentru a include și artele, religia și chiar societatea însăși. În *Civilizația și nemulțumirile ei*, Freud discută opreliștile pe care societatea le pune în fața imboldurilor instinctive ale indivizilor și modul în care acestea pot să ducă la nevroze și conflicte. În *Moise și monoteismul*, el reinterpretează personalitatea personajului istoric Moise. Freud avea puternice sentimente antireligioase, pentru că în religie el vedea un dispozitiv social pentru împlinirea dorințelor infantile de a depăși moartea și neajutorarea existențială prin crearea și credința într-un tată atotputernic care își va salva copiii.

Opera lui Freud, în special scrierile legate de sexualitatea feminină, este puternic criticată, dar importanța ei a rămas neatinsă. Produs al epocii victoriene, în care exprimarea și discutarea sexualității erau suprimate și refuzate energic, Freud a scris și a arătat că sexul este o parte importantă a dezvoltării copilului și, poate și mai important, că sexul este un subiect legitim de analiză și cercetare științifică.

Fiind evreu, Freud a fost obligat să se exileze din Austria încorporată în Germania nazistă în 1938. El a plecat de la Viena la Londra, unde și-a continuat opera până când a murit în anul următor, de cancer. Opera lui a fost continuată la Londra de către un nucleu de colaboratori, între care și fiica lui, dr. Anna Freud (vezi și HOMOSEXUALITATEA; STADIILE PSIHOSEXUALE ALE DEZVOLTĂRII; TERAPIA SEXULUI).

**PATA-G (Pata Grafenberg)** Unii terapeuți ai sexului susțin că există un loc în corpul femeii, la cam cinci centimetri pe partea superioară a vaginului, între osul pubian și colul uterin, care, dacă este suficient stimulată cu un deget sau cu alte mijloace care produc frecarea, va aduce un orgasm foarte intens și o secreție echivalentă cu EJACULAREA din acel punct. Acest punct a fost identificat pentru prima oară de ginecologul german Ernest Grafenberg. În prezent, nu există nici o cercetare sau un consens care să susțină existența petei, dar unii autori au remarcat că diverse zone de pe vagin pot fi intens erotice la diferite femei și că secrețiile urinare, asimilate „ejaculării”, însoțesc ocazional reacțiile orgasmice la unele femei. În mod sigur, femeile nu ar trebui să se considere nepotrivite pentru că nu pot localiza acest punct în vaginul propriu.

\*\*\*

fig. P. 119

Uter

Vezică

Zona Grafenberg

Anus

*Existența petei Grafenberg (petei-G) nu a fost confirmată de către cercetători.*

\*\*\*

**VIAȚA HOMOSEXUALILOR ȘI LESBIENELOR** Înainte de 1969, viața homosexualilor și a lesbienele era ascunsă în mare parte de societate, iar activitățile acestor comunități erau secrete. Pe vremea aceea, homosexualii își ascundeau cu grijă homosexualitatea, iar cei mi mulți oameni susțineau că nu au cunoscut niciodată un homosexual. În multe cazuri, femeile și bărbații homosexuali duceau o viață ascunsă, secretă, încercând disperați să le pară heterosexuali colegilor, familiilor și prietenilor în timpul zilei, iar noaptea căutând iubire și relații sexuale cu persoane de același sex. În acest timp, homosexualii se adunau în locuri la adăpost de ochi indiscreți și de — se spera — capcanele puse la cale de poliție. Lesbienele erau și mai ascunse decât homosexualii bărbați. Ele se reuniau în grupuri de prietene, în care susțineau discuții și își căutau iubite. Ca cele mai multe femei din societatea noastră, ele își doresc și prețuiesc relațiile intime, dar cu alte femei. Bărbații homosexuali, pe de altă parte, erau mult mai motivați din punct de vedere sexual. Ei se întâlneau în baruri (și femeile lesbiene aveau baruri, dar mult mai puține), în băile publice, sau „făcând” străzile. Adesea ei nu aflau numele partenerilor lor sexuali — anonimatul era politica cea mai sigură împotriva deconspirării unui

homosexual, pentru că deconspirarea însemna să fii dat afară din slujbă, recuzat de familia proprie și de prieteni și chiar arestarea și încarcerarea.

Au existat homosexuali, și bărbați și femei, care sufereau atât de mult din cauza pierderii respectului de sine încât nu și-au permis niciodată să se angajeze în contacte sentimentale sau sexuale cu același sex. Ei duceau la lumină o viață heterosexuală, adesea se căsătoreau și aveau copii, în tot acest timp blestemându-se pentru dorințele lor homosexuale, pe care ei le considerau perverse și păcătoase. Mulți au suferit izbucniri de deprimare și unii s-au sinucis. Ura de sine cunoscută de unii homosexuali este cunoscută sub numele de homofobie.

În 1969, poliția a efectuat o razie la „The Stonewall”, un bar de homosexuali din New York. Pentru prima oară, homosexualii au rezistat activ și au demonstrat pe străzi, momentul marcând începutul mișcării moderne de eliberare a homosexualilor. Mișcarea homo a urmat pur și simplu exemplele mișcărilor negrilor și ale femeilor. Ea insista ca stilul de viață homosexual să fie tratat cu același respect de care se bucura cel heterosexual. Se susținea că bărbații și femeile cu stil de viață homosexual ar trebui să aibă aceleași drepturi cu oricare alți cetățeni, respingându-se legile îndreptate împotriva homosexualilor, legile care împiedică adunarea lor sau care pedepsesc sexul homosexual consimțit, chiar în condiții private, sau discriminarea la locul de muncă sau în cazare.

De la începerea mișcării de eliberare a homosexualilor au trecut puține decenii, dar viața acestor oameni s-a schimbat obiectiv în bine. Cele mai multe state și-au abrogat legile care incriminau sodomia, iar multe orașe au adoptat legi civile pentru protejarea de discriminări a homosexualilor. American Psychiatric Association nu mai consideră homosexualitatea o boală mentală; aceasta a încurajat tot mai mulți oameni să iasă din discreția anterioară, astfel încât acum în orice profesie există homosexuali declarați.

Tot mai mulți homosexuali, bărbați și femei, trăiesc deschis un stil de viață homo. Ei s-au dezvăluit familiilor, prietenilor și colegilor, iar această atitudine de respect propriu a adus și la îmbunătățirea imensă a atitudinii altora față de ei. Cuplurile lesbiene și homosexuale trăiesc împreună deschis, temându-se mult mai puțin de vecini și de proprietari decât înainte. Deși căsătoria între homosexuali nu este încă legală în nici unul din statele SUA, multe orașe permit contracte de „parteneriat domestic”, furnizând într-o oarecare măsură o recunoaștere legală angajaților din acele orașe. Chiar mai interesant este faptul că unele mari corporații au recunoscut cuplurile homosexuale și lesbiene, oferindu-le drepturi materiale maritale comune. Cuplurile homosexuale și lesbiene au schimbat chiar și natura familiei: mii de copii au fost adoptați de aceste cupluri; alți copii au fost născuți în cupluri lesbiene prin inseminare artificială; iar alți copii au apărut în cuplurile homosexuale sau lesbiene aduși din precedente căsnicii heterosexuale.

**Relațiile afective în cuplurile homosexuale și lesbiene.** Relațiile afective între bărbați sau între femei există, documentat, din vremea Greciei Antice. Poetesa greacă Sappho îi scria iubitei ei „ne

potrivim noi două ca două picături de apă”. Filosoful grec Socrate a menținut o relație cu Alcibiade până când a fost obligat să bea cupa de cucută pentru „coruperea tinerilor” (o acuzație împotriva ideilor lui ireverențioase, nu la adresa homosexualității lui). Alexandru Macedon a avut un iubit numit Hephaestion, care a luptat umăr la umăr cu el. Înregistrările istorice dispar după ce morala iudaică și cea creștină au condamnat aceste relații ca fiind „nenaturale”.

Există multe documente care vorbesc despre femei care trăiesc împreună în relații intime strânse, în secolele nouăsprezece și douăzeci. Nu era un lucru neobișnuit ca două femei nemăritate să trăiască împreună și chiar să doarmă în același pat, păstrând relația până la moarte. Istoricii au numit aceste relații „căsătorii tip Boston”, sugerând că erau relații lesbiene care puteau să fie sau să nu fie sexuale. Există și exemple de burlaci care trăiau împreună în armonie. Dar în toate aceste cazuri intimitățile de natură homosexuală se exprimau discret, departe de ochii severi ai familiei, prietenilor și mai ales ai poliției.

Astăzi, cupluri homosexuale și de lesbiene trăiesc în toate părțile țării, în orașe și în așezări rurale. Cuplurile homosexuale se bazează pe dragoste, relații care durează o viață și cu tot ROMANTISMUL și pasiunea care se pot găsi într-un cuplu heterosexual. Aceste cupluri sunt o importantă forță economică în multe părți ale țării. Ele cumpără în comun proprietăți, semnează contracte împreună și beneficiază de drepturi de moștenire. Ei pretind, dar încă nu au primit, egalitate economică deplină cu cuplurile heterosexuale căsătorite, cum ar fi asigurări medicale de familie și recunoașterea legală a uniunii lor. Cu toate acestea, în cele mai multe privințe, viețile cuplurilor de homosexuali și de lesbiene sunt foarte asemănătoare cu viețile altor oameni din comunitățile lor. Acolo unde în aer plutește competiția, dinamismul, cum ar fi în New York, cuplurile homosexuale intră în cursă în ritm alert. Acolo unde timpul se măsoară mult mai lent, cum ar fi în așezările noastre rurale, cuplurile homosexuale și lesbiene oglindesc ritmul vecinilor lor.

Relațiile de afecțiune între homosexuali și între lesbiene sunt acum foarte obișnuite, iar în multe cazuri cuplurile își recunosc deschis homosexualitatea. Cum sunt relațiile homosexuale? În unele privințe, ele sunt similare cu cele heterosexuale și totuși în alte privințe ele diferă. Toate cuplurile, homo sau obișnuite, doresc să aibă relații care să dureze o viață. Amanții homosexuali sau lesbiene vor să trăiască într-o casă sigură, protejați de discriminări și de hărțuieli legale. Ei vor să facă parte din societate, ca și alte cupluri. Vor posibilitatea de a crește copii, așa cum fac și cuplurile heterosexuale. Pe scurt, ei vor să fie integrați în societate ca orice altă familie.

Există însă și deosebiri. Nu toți bărbații și femeile sunt la fel, dar probleme potențiale din cadrul relațiilor afective între lesbiene sau între homosexuali bărbați se bazează pe următoarele generalizări. Lesbienele par să dorească mai mult INTIMITATEA decât homosexualii bărbați, fiind în același timp mai puțin solicitante din punct de vedere sexual. La bărbații angajați în relații homosexuale, este exact invers. Aceștia consideră că sexualitatea este deasupra altor griji. Mulți bărbați par să nu se simtă bine

atunci când sunt implicați în relații de dependență emoțională reciprocă cu o altă persoană și în special cu alt bărbat. Aceste caracteristici par să fie adevărate fie că vorbim despre homosexuali, fie despre heterosexuali și sunt probabil rezultatele unor deosebiri comportamentale între bărbați și femei. Relațiile lesbiene au uneori o problemă numită „contopire”. În această situație, cele două femei devin prea dependente una de alta. Pe de altă parte, bărbații homosexuali au tendința să aibă prea multă independență, în special independență sexuală.

Cuplurile homosexuale și lesbiene pot să aibă probleme și cu familiile lor, care ar putea să le susțină sau să le distrugă relația. Cei mai mulți părinți din zilele noastre au cel puțin respectul pentru alegerile afective ale copiilor lor, dar se cunosc și alții, care i-au atacat atât verbal cât și fizic, le-au retras sprijinul financiar (de pildă, plata taxelor la facultate) și au refuzat să permită fiilor sau fiicelor lor să le mai intre în casă. Este un alt exemplu de ceea ce se numește HOMOFOBIA socială.

**HOMOSEXUALII ȘI LESBIENELE CA PĂRINȚI.** Homosexualii și lesbienele au fost părinți de-a lungul întregii istorii, în special ai unor copii apăruiți în condițiile unor căsnicii heterosexuale. Deși ei simțeau pentru soții lor o afecțiune sinceră, ei au intrat în aceste cupluri în speranța de a-și ascunde sexualitatea și pentru a avea un context tradițional în care să poată să crească niște copii. Totuși, în ultima vreme a apărut un fenomen nou: homosexualii și lesbienele întemeiază familii și cresc copii în contextul unor cupluri de același sex sau ca părinți singuri. Acest fenomen a început la mijlocul anilor 1970, în comunitatea lesbiană, continuând să se răspândească în ceea ce a devenit cunoscut sub numele de „baby-boom-ul lesbian”. Lesbienele pot să adopte copii sau să îi nască, prin inseminare artificială. Unele recurg la BĂNCILE DE SPERMĂ, dar adesea aranjează ca un bărbat, rudă a partenerei lor, sau un homosexual să doneze sperma. Bărbații homosexuali au copii de obicei prin adopție, deși uneori intră în relații parentale distribuite cu lesbienele pentru care au fost donatori de spermă. Ocazional, ei vor intra într-un contract formal sau ne-formal cu o mamă-surogat. Acest nou tip de tați homosexuali s-a dezvoltat spectaculos spre sfârșitul anilor 1980, mulți bărbați homosexuali tineri manifestându-și interesul pentru creșterea copiilor.

Părinții homosexuali și lesbiene pun la încercare temerile și stereotipurile societății noastre în privința relațiilor între homosexuali și copii. Totuși, toată cercetarea științifică la zi ne sugerează că aceste stereotipuri nu sunt decât niște mituri. Studiile indică faptul că nu există deosebiri evidente între copiii lesbianelor și cei ai mamelor heterosexuale, în privința dezvoltării psihice generale, a identității de sex, a comportamentului sexual sau a orientării sexuale. Cercetările asupra taților homosexuali arată că ei nu abuzează sexual de copiii lor și nici nu produc un număr disproporționat de copii homosexuali. Mai mult, se pare că nu există deosebiri semnificative în modul de creștere a copiilor la tații homosexuali față de cei heterosexuali. Cu toate acestea, dată fiind provocarea punctelor de vedere tradiționale despre ceea ce înseamnă o familie sănătoasă, familiile de lesbiene și de homosexuali se vor întâlni adesea cu neînțelegerea și cu prejudecățile.

**POPULAȚIILE DE HOMOSEXUALI ȘI LESBIENE** Se estimează că în Statele Unite cam o persoană din douăzeci — 5% din populație — ar fi atrași în mod fundamental de un membru al propriului sex. Totuși, numărul de indivizi care se angajează într-un comportament homosexual este subiect de dezbatere, dat fiind că valabilitatea datelor furnizate de actualele studii întâmpină obiecții.

Statisticile asupra homosexualității nu s-au bazat întotdeauna pe grupuri alese la întâmplare și s-a ridicat problema cât de sigure sunt datele furnizate de aceste studii și cât de părtinitori au fost autorii lor. Altă problemă în privința căreia nu există un consens este definirea homosexualității. În anii 1940, Alfred Kinsey a propus o scală cu șapte trepte: un „0” pe scara Kinsey se atașa unei persoane care nega orice atracție fizică pentru un membru al aceluiași sex — deci un heterosexual „pur”. Kinsey a atașat un „1” subiecților care încercau o atracție, dar care nu avuseseră niciodată un contact sexual cu un membru al sexului lor. Subiecții de tip „2”, „3” și „4” ai lui Kinsey erau persoane care raportau o activitate bisexuală, dar cu o preponderență homosexuală în creștere, „3” fiind persoanele care sunt la fel de excitate și de interesate de ambele sexe. „5” a fost desemnat pentru persoane care ar putea să fi avut atracții heterosexuale, dar care nu au avut niciodată relații cu sexul opus, iar „6” a fost atașat persoanelor atrase exclusiv homosexual. O ultimă categorie, „X”, a fost folosită pentru a caracteriza persoanele care nu au o reacție erotică la stimuli, nici heterosexuali, nici homosexuali, și nu au avut relații fizice cu persoane, indiferent care ar fi fost sexul acestora. Deși puțini bărbați trecuți de pubertate pot fi introduși în categoria „X”, în rândul femeilor, aproape 20% rămân la vârsta adultă în această categorie.

Una dintre descoperirile lui Kinsey care a suscitat o mică dispută a fost aceea că vârsta la care are loc activitatea sexuală raportată este o variabilă-cheie în determinarea experiențelor homosexuale. De exemplu, cam jumătate dintre bărbații în vârstă (48%) și aproape două treimi (60%) dintre băieții preadolescenți intervievați au raportat o activitate homosexuală în anii preadolescenți. Deși exhibiționismul este cea mai comună activitate raportată, două treimi din bărbații cu o asemenea experiență homosexuală raportează și masturbări reciproce, iar 17% raportează și încercarea penetrării anale. Pe măsură ce bărbații se apropie de douăzeci de ani, frecvența contactelor homosexuale scade foarte mult, în special în rândul celor care se duc la facultate. Astfel, răspândirea depinde de vârstă și de alți factori sociali.

Primele studii ale lui Kinsey (din anii 1940) au fost criticate și considerate nereprezentative pentru întreaga populație: statisticile erau extrase în mare parte din rezidenți ai comunităților universitare și din grupuri de delincvenți și infractori din închisori. Totuși, oricât de nereprezentativi ar fi fost ei pentru populația întregii țări, numărul subiecților lui Kinsey (5.300 de bărbați și 5.940 de femei) era de patruzeci de ori mai mare decât studiile anterioare asupra sexualității umane, iar datele

au fost obținute de un personal cu o foarte înaltă pregătire, nepărtinitor, care probabil au cules informațiile de cea mai mare profunzime de până atunci.

Validitatea informațiilor obținute prin auto-raport, fie prin completarea unor formulare, fie prin interviuri personale, este considerată adesea suspectă, în lipsa unor probe „materiale” (cum ar fi cele serologice, de laborator) sau a unor confirmări prin coroborări discrete cu alte statistici. Și totuși, toate informațiile legate de sexualitatea umană (cu excepția studiilor asupra fiziologiei și performanțelor sexuale, cum sunt acelea efectuate de MASTERS ȘI JONHSON) se bazează pe auto-rapoarte. Cu toate acestea, validitatea datelor din auto-rapoarte poate fi verificată folosind un număr de metode, inclusiv colectarea acelorași informații la o dată ulterioară (metoda test-retest) și inserând întrebări aleatoare cu formulări diferite, pentru a verifica subiectele-cheie. În fapt, studiile cele mai de încredere arată că informațiile auto-raportate sunt de foarte mare încredere.

Date fiind considerațiile privind nivelele de homosexualitate și heterosexualitate, efectele vârstei și îndoielile asupra datelor auto-raportate, oare care sunt cele mai bune evaluări ale preponderenței sexului bărbat-cu-bărbat și femeie-cu-femeie? La bărbați, se pare că în jur de 20-30% din bărbații pre-adolescenți au experiențe homosexuale, multe până la punctul orgasmului, iar 6-10% pot să continue să aibă experiențe predominant homosexuale. Se cunosc mai puține despre bărbații activi bisexuali. Totuși, cercetătorii evaluează că s-ar putea să fie un număr aproape egal de bărbați care predominant sunt sexual activi cu femei, dar au și unele contacte homosexuale. Primele date ale lui Kinsey și cele mai recente studii din literatura științifică (Fay *et al.*, *Science*, 1989), care și-au tras concluziile pe baza unui studiu efectuat cu subiecți la întâmplare în 1970, datele fiind adunate prin chestionare completate de către subiecți, au ajuns la concluzii similare. Fay a raportat că cel puțin 20% din bărbați au avut o experiență sexuală cu un alt bărbat, culminând cu un orgasm, aproape 7% au avut o asemenea experiență după vârsta de nouăsprezece ani, iar 2% au avut-o în cei doi ani anteriori. Dar autorii cred că s-ar putea ca aceste procente raportate să fi fost atenuate.

Printre femeile de până la vârsta de patruzeci de ani din marile studii din anii 1940 ale lui Kinsey, 28% au raportat o excitare psihică drept reacție la altă femeie, 19% au raportat un oarecare contact fizic, iar 13% au raportat un orgasm cu altă femeie. Dar diverși autori argumentează că din cauză că eșantioanele feminine cuprindeau „un număr disproporționat de femei din colegii sau absolvente de colegii, în care incidența practicilor lesbiene pare să fie mai mare decât în școlile primare și în licee”, cifrele pentru acest eșantion din populație ar putea fi mai mari decât cele din ansamblul populației Statelor Unite. Pentru aproape jumătate din femeile care au raportat o activitate homosexuală, aceasta a fost limitată la doar un an sau mai puțin, iar cam aceeași proporție (51%) au raportat relații homosexuale avute cu o singură parteneră.

Datele lui Kinsey sugerează că femeile cu experiențe homosexuale de deosebesc de bărbați în ce privește numărul de parteneri raportați. Numai 20% dintre femei au raportat experiențe sexuale cu două

sau mai multe partenere, 29% cu trei, iar 4% cu mai mult de zece parteneri, în vreme ce la bărbații cu aceeași experiență sexuală, o mare proporție a raportat contacte cu mai multe persoane diferite, 22% având peste zece parteneri.

În concluzie, proporția de bărbați și de femei care au raportat reacții și activități homosexuale, din eșantioanele studiilor, a fost mai mare pentru bărbați decât pentru femei. Mai mult o proporție mult mai mică de femei decât de bărbați au rămas active homosexual cu înaintarea în vârstă. Cu toate acestea, multe persoane au reacții erotice homosexuale, se angajează în activitate sexuală și obțin orgasm cu un membru al sexului lor, și probabil că un american din douăzeci rămâne atras în principal și activ sexual cu membri ai propriului lui sex (vezi și BISEXUALITATEA).

**GENUL** Cele două căi fundamentale prin care indivizii sunt definiți ca bărbați sau femei sunt prin sexul biologic și prin seturile de roluri și comportamente pe care societatea le impune indivizilor strict ca urmare a sexului lor. Genul se referă atât la sexul biologic, cât și la desemnările sexuale care sunt făcute și impuse de societatea în care trăim. Desemnările de gen care există în diverse societăți sunt privite ca fiind „naturale”, oricât de mult ar varia ele de la cultură la cultură.

Astfel, genul feminin al unei persoane va include un întrec ciorchine de trăsături psihologice și de comportamente sociale considerate potrivite pentru o femeie, cum ar fi punerea mesei și dependența, în vreme ce o persoană de genul masculin va avea caracteristici cum ar fi voința și independența. Cele mai multe roluri sociale — în familie, la locul de muncă și în structura politică — sunt desemnate pe bază de gen. Femeile sunt încurajate să devină gospodine sau secretare, iar de la bărbați se așteaptă să fie cei care aduc banii, dintr-o activitate purtată în afara casei.

Rolurile legate de gen variază în diversele societăți și uneori în diversele clase ale aceleiași societăți. De exemplu, în multe societăți africane femeile trebuie să lucreze pământul, iar în unele societăți asiatice ele sunt patroanele unor mici magazine. În societatea americană, chiar și în epocile în care se considera că o femeie trebuie să stea acasă și să aibă grijă de copii, pentru femeile afro-americane era normal să lucreze în afara casei. Femeile din clasele superioare ale societăților patriarhale (cum ar fi India, Pakistan) și-au asumat înalte funcții politice. În ciuda aparentei dependențe firești de sexul lor biologic, rolurile de gen ale bărbaților și femeilor pot să se schimbe cu timpul, deoarece oamenii încep să trăiască în moduri diferite de cele convențional aprobate, din cauza obiecțiilor ridicate de mișcările sociale sau din cauza schimbărilor din legi (vezi și ROLURILE SEXUALE).

**DISFORIA DE GEN** Există foarte puține persoane care trăiesc o senzație intensă că au fost prinse în tipul de corp care nu li se potrivește — bărbați care tânjesc să fie femei și femei care își doresc foarte mult să fie fizic bărbați. Disforia de gen există atunci când o persoană menține o convingere

profundă, de-a lungul a mai mulți ani că genul ei, sau identitatea interioară, este nepotrivit cu anatomia sa sexuală. Acest lucru este diferit de travestism, care este o formă de rol asumat, în care o persoană îmbracă hainele genului opus dar se excită sexual ca membru al propriului sex.

Disforia de gen și TRANSSEXUALITATEA se suprapun, totuși, într-o anumită măsură. Un transsexual trăiește sentimentele profunde și neplăcute ale sexului nepotrivit până când va apela la consultația medicală și la procedurile de schimbare de sex. Transsexualul care acum este femeie deși s-a născut bărbat (sau viceversa) a fost supus unei terapii chirurgicale, hormonale și psihologice necesare pentru a deveni cu adevărat o persoană de sexul opus (vezi și ANDROGINIA).

## **ROLURILE DE GEN (Vezi ROLURILE SEXUALE).**

## **ANOMALIILE GENETICE Vezi DEFECTELE LA NAȘTERE.**

**HERPESUL GENITAL** Herpesul care apare la organele genitale externe, ca și în oricare altă parte a corpului, este cauzat de o infecție virală. Herpesul genital (numit și *Condyloma acuminata*, sau herpes veneric) rezultă dintr-o infecție cu subtipuri specifice ale HPV (virusul papilar uman). Acest virus își inserează propriul cod genetic (ADN) în codul genetic al gazdei umane. ADN-ul viral produce rapid replicarea particulelor virale și diviziunea celulară, producând mici vezicule care sunt adesea vizibile cu ochiul liber. Acestea sunt niște umflături roșiatice, moi, care pot să crească rapid. Ele proliferază într-un mediu umed și cald și se găsesc în mod obișnuit în zonele perineale, genitale și anale ale bărbaților și femeilor. Locuri obișnuite sunt prepuțul la bărbat și VULVA și COLUL UTERIN la femeie.

Herpesul genital este considerat boală venerică pentru că HPV este un virus cu transmitere sexuală. Estimările spun că un milion de infectări cu acest virus apar anual în Statele Unite. Importanța medicală a acestor infecții este considerabilă, întrucât s-a demonstrat că există o legătură între infecțiile cu HPV și displazia cervicală, fază precursoră pre-malignă a cancerului cervical.

Tratamentul bolii HPV este complicat de faptul că cele mai multe infecții cu HPV nu duc la formarea de leziuni vizibile. Detectarea infecției poate fi ajutată prin aplicarea de acid acetic diluat pe organul genital. Zonele afectate ale pielii vor deveni albe și se va putea face fie o biopsie fie aplicarea unui tratament.

Se știe că herpesul genital este foarte dificil de tratat. Recidivele și re-infectările sunt foarte obișnuite. În mod sigur, leziunile vizibile trebuie înlăturate. Herpesul poate fi extirpat chirurgical, înghețat cu azot lichid și apoi înlăturat, sau înlăturat cu un laser. Au fost folosiți cu succes și agenți medicamentoși. Femeile care fac des herpes genital ar trebui să meargă regulat la controale

ginecologice, să facă anual un test Papanicolau și să caute eventuale semne de cancer pe colul uterin. Deoarece infecția se transmite pe cale sexuală, se recomandă utilizarea PREZERVATIVELOR atunci când există sau se suspectează existența leziunilor, pentru a împiedica infectarea partenerilor sexuali.

**EXAMINAREA GENITO-UROLOGICĂ** Examinarea genito-urologică este de obicei făcută ca parte a unei examinări medicale generale sau separat de către un urolog, atunci când pare prudent să verifici dacă există anomalii sau boli care să îți afecteze sistemul genito-urinar. Urologii se specializează în general în examinarea genitală a bărbaților și în sistemele urinare și la bărbați și la femei, în vreme ce ginecologii sunt specializați în examinarea aparatului genital la femei, de obicei prin examene pelvine. Problemele reproductive sau de fertilitate sunt în general evaluate de urologi pentru bărbați și de ginecologi pentru femei, uneori împreună cu un endocrinolog (specialist în hormoni). Unii urologi și ginecologi sunt pregătiți pentru a aborda STERILITATEA din punct de vedere al cuplului.

Examinarea genito-urologică începe cu inspectarea abdomenului, în căutarea unor mase anormale și cu ajutorul stetoscopului, căutându-se sunete anormale în abdomen. Apoi doctorul își va plasa mâinile pe abdomen, pentru a examina organele interne. Sub porțiunea inferioară a cutiei toracice, rinichii pot fi examinați prin plasarea unei mâini pe spatele pacientului și deplasarea în față a rinichilor. Zona vezicii urinare este inspectată în mod similar și apoi palpată de către doctor. Apoi este verificată zona inghinală, căutându-se semne de hernie.

Examinarea bărbatului continuă cu examinarea vizuală a PENISULUI, căutându-se iritații ale pielii și palpându-se suprafața după umflături și neregularități. Scrotul este examinat pentru a detecta prezența și mărimea TESTICULELOR, ca și consistența lor. Examinarea testiculelor este importantă pentru detectarea unor zone tari sau a unor mase distincte, care ar putea sugera prezența unui cancer, a unei tumori testiculare. Zona din jurul testiculelor este de asemenea examinată, de pildă vasele deferente, prin care sperma este transportată de la testicule în zona ejaculatorie.

În acest punct, urologul examinator îi va spune de obicei pacientului să se ridice în picioare. La bărbați, se va plasa un deget pe funiculul spermatic care poartă vasele de sânge spre testicule, în regiunea în care se pot forma herniile. Pacientul va fi rugat de obicei să tușească sau să se aplece, pentru a se detecta prezența herniilor. Funiculul spermatic va fi și el examinat, pentru a se detecta prezența varicelelor (o umflare a venelor din interiorul scrotului) care ar putea afecta funcționarea testiculului și fertilitatea.

Examinarea urologică va include și o examinare a rectului, cu un deget înmănușat și uns. Aceasta îi va permite doctorului să capete informații importante despre mărimea și consistența PROSTATEI, ca și despre orice alte anomalii rectale, cum ar fi tumorile.

La femei, examinarea urologică include o examinare externă a vulvei. Medicul va separa labiile, pentru a examina porțiunea exterioară a uretrei (calea urinară). Apoi, doctorul va efectua în general o examinare pelviană internă (vezi și EXAMINAREA GINECOLOGICĂ; IMPOTENȚA; EXAMINAREA PELVIANĂ).

**GONADELE** Vezi OVARELE; TESTICULELE.

**GONOREEA ȘI CHLAMYDIA** La bărbați, cele mai întâlnite boli cu transmitere sexuală sunt infecțiile uretrei (uretritele) cauzate de microbii *Chlamydia trachomatis* și *Neisseria gonorrhoeae* (gonococul). Simptomele încep la câteva zile după expunerea sexuală la microbi, cu apariția unei urinări dureroase și cu o emisie de puroi din uretră. Aceste simptome pot fi minime sau chiar să lipsească la 10% din bărbații infectați. Rămas netratat, gonococul poate migra pe uretră, infectând funiculul spermatic și testiculele. În cazuri foarte rare, gonococul poate să intre și în fluxul sanguin și să infecteze cele mai multe organe și țesuturi, inclusiv articulațiile, pielea și sistemul nervos. Simptomele de invadare a sângelui cu gonococ pot include febră, artrită acută și apariția unor mici vezicule la extremități. Dacă nu este tratat la timp și adecvat, vindecarea va aduce cu ea țesuturi cu cicatrice, care pot bloca uretra și canalul spermatic. Acest lucru poate cauza adesea STERILITATE, ca și formarea unei deschideri uretrale anormale în PENIS (o fistulă) pentru trecerea urinei.

La femei, gonococul și chlamydia infectează celulele care învelesc intrarea în uter (endo-cervixul). De obicei, apar infecții asimptomatice, dacă acești microbi nu intră în UTER, urcând într-una sau în ambele TROMPE UTERINE. Acolo, microbii pot să cauzeze abcese, care pot să blocheze una sau ambele trompe uterine, cauzând o infecție acută (salpingită) și dureri abdominale. Dacă abcesul este la trompa uterină dreaptă, el nu va putea fi ușor deosebit de o apendicită acută. Fără tratament, se va forma un țesut cicatricial, care probabil va bloca una sau ambele trompe. Acest lucru poate cauza sterilitatea, sau va împiedica ovulul fertilizat să coboare în uter, rezultatul fiind o sarcină extrauterină tubară. Partenerii sexuali ai femeilor diagnosticate cu salpingită prezintă adesea infecții uretrale gonococice.

Un copil născut printr-un canal de naștere infectat are o șansă mare să aibă ochii infectați cu secreții materne, dezvoltând o infecție gonococică la ochi care îi va pune în pericol vederea (oftalmia gonococică a nou-născutului) în prima săptămână de viață, sau o infecție mai puțin gravă la ochi și o pneumonie, dacă este infectat cu chlamydia. Unguentele oftalmice cu tetraciclină sunt folosite în mod curent după naștere pentru a împiedica infecțiile oculare, dar pneumonia cu chlamydia poate încă să apară în primele trei luni de viață și necesită un tratament suplimentar cu antibiotice.

Deoarece 50% din bărbații și femeile cu gonoree sunt infectați și cu chlamydia, tratamentul obișnuit vizează pentru eliminarea ambelor tipuri de microbi. Deși penicilina a fost tratamentul preferat

pentru gonoree timp de mulți ani, un mare procent din tulpinile de gonococ au dezvoltat o rezistență la acest antibiotic, iar tratamentul preferat în Statele Unite constă în administrarea altor tipuri de antibiotice mai noi, cum ar fi ceftriaxone sau spectinomycină. Infecțiile gonococice ale faringelui care rezultă în urma SEXULUI ORAL (FELAȚIEI) sunt și ele tratate eficient cu o singură injecție de ceftriaxone. Pentru chlamydia, se recomandă un tratament de zece zile cu tetraciclină, dar nu și femeilor însărcinate, cărora li se administrează oral eritromicină, deoarece tetraciclina poate să afecteze ireversibil dentiția fătului.

**Limfogranulomatoza veneriană** Chlamydia transmisă sexual poate să cauzeze și alte boli venerice, cum ar fi limfogranulomatoza veneriană. Această boală implică țesuturile limfatice, ducând la tumefacții dureroase ale ganglionilor limfatici din zonele inghinală și pelviană, ulterior propagându-se spre rect și colon. Tumefacția nodulilor limfatici este însoțită de febră, iar boala poate să semene cu o hernie strangulată. Tratarea necesită administrarea de tetraciclină (vezi și SEXUL SIGUR; BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ).

**SEXUL ÎN GRUP** În ultimii ani, termenul de „sex în grup” este folosit pentru a denumi comportamentul sexual care implică patru sau mai multe persoane în același timp. Sexul în grup s-a diminuat considerabil o dată cu răspândirea HERPESULUI și a SIDA, dar el încă există, în special în „sex-cluburile” care se pot găsi în multe orașe mari. În ciuda tentativelor oficialităților sanitare din multe orașe de a închide asemenea cluburi, ele încă există, deși în ele s-ar putea insista asupra utilizării prezervativelor. Aceste cluburi furnizează de obicei cupluri, dar pot fi disponibile și prostituate, pentru a însoți bărbații veniți singuri. Activitățile sexuale din aceste cluburi pot să implice cincizeci de oameni sau mai mulți în același timp.

Sexul în grup se poate face și în cluburi care aranjează petreceri în casele membrilor sau în apartamente închiriate pentru o seară sau pentru week-end. Unii cercetători au relatat că petrecerile cu sex în grupuri mari tind să aibă un efect dezumanizator asupra participanților după un timp scurt, rezultatul fiind petreceri mult mai puțin formale, care generează formarea de grupuri sociale de trei până la cincisprezece cupluri. Deoarece acestea nu sunt organizate, nu există date certe despre numărul de multe cupluri din Statele Unite implicate în ele (vezi și SCHIMBAREA PARTENERILOR; RĂTĂCITORII).

**GUTTMACHER, DR. ALAN** Alan Guttmacher (1898-1974) a fost un distins ginecolog american care a început să susțină necesitatea controlului nașterilor încă din anii 1930. Fiu al unui rabin și al unei asistente sociale, el este unul dintre primii susținători ai STERILETULUI. A fost președinte al Asociației pentru Planificarea Familiei în anii 1960 și a înființat prima filială din Washington a acestei organizații, care curând a devenit un institut autonom, numit mai întâi Centrul

pentru Dezvoltarea Programelor de Planificare Familială. După moartea lui Guttmacher, în 1974, Centrul a luat numele de Institutul Alan Guttmacher. Acesta continuă să publice rapoarte anuale despre subiecte legate de planificarea familială, respectate în toată lumea.

**EXAMINAREA GINECOLOGICĂ** Cele mai multe femei sunt foarte energice când susțin că nu le place să li se facă o EXAMINARE PELVIANĂ. Vizita la ginecolog nu trebuie să fie traumatizantă, și există căi de a face această experiență mai puțin neplăcută. Dar este de înțeles de ce atât de multe femei nu ard de nerăbdare să se urce pe masa ginecologică.

Poziția de examinare însăși este penibilă. Pentru a fi examinată, femeia trebuie să stea întinsă pe spate, să-și desfacă picioarele și să-și sprijine picioarele pe niște suporturi metalice. În această poziție, femeile se simt adesea expuse și vulnerabile, în special la prima vizită, la un doctor nou. Este important ca femeia care se simte vulnerabilă să își amintească faptul că ea este cea care alege la ce doctor se va duce. O relație bună cu ginecologul este esențială. Dacă un doctor nu răspunde la întrebări sau face pacienta să se simtă jenată într-un fel, ea ar trebui să aleagă un altul. De fapt, o femeie ar trebui să viziteze până la trei ginecologi până să aleagă unul care îi place și în care să aibă încredere.

Altă cauză a neliniștii este examinarea pelviană internă însăși. Aceasta poate să fie neplăcută fizic. Relaxarea mușchilor este de mare ajutor. În general este o idee bună să te relaxezi cât poți mai mult. Poate să fie de ajutor și inspirația profundă de aer, ca și amintirea vreunei experiențe plăcute.

Multe femei se simt jenate de faptul că nu pot să vadă la ce se uită doctorul și chiar de faptul că el se uită acolo. Organele reproductive pot fi un mister total pentru femeie. Prin urmare, ea ar trebui să pună încontinuu întrebări. Fie că este pentru prima oară la un ginecolog, fie că e pentru a o suta oară, o femeie ar trebui să aibă întotdeauna o listă cu întrebări de pus. Ea ar trebui să-i spună doctorului tot de o supără și să-i ceară să-i explice ce se întâmplă sau dacă ar trebui să știe ceva. Dacă femeia este implicată într-o relație sexuală sau chiar dacă se gândește să înceapă una, ginecologul este persoana cu care trebuie discutate toate alternativele de mijloace contraceptive.

Altă sursă de îngrijorare ar putea fi problema confidențialității. Chiar dacă o femeie are mai puțin de optsprezece ani, relația ei cu ginecologul trebuie să fie pe de-a-ntregul confidențială. Pentru adolescente asta înseamnă să aleagă un ginecolog diferit de cel al mamei lor. O femeie care are același ginecolog cu cel al mamei ei trebuie să fie sigură că i se respectă intimitatea.

Cea mai bună abordare a unui examen ginecologic este să îți asumi răspunderea acestei experiențe. Alegerea doctorului potrivit, punerea întrebărilor potrivite și relaxarea vor face această experiență mult mai puțin neplăcută (vezi și EXAMINAREA GENITO-UROLOGICĂ; EXAMINAREA PELVIANĂ).

**PERSOANELE HANDICAPATE ȘI SEXUL** Până în epoca modernă, persoanele care erau handicapate de defecte din naștere, de accidente, diverse boli sau alte cauze erau privite ca „debile” — până într-atât încât nici numai aveau nevoie de activitate sexuală sau de intimitate. Mai recent, mulți lucrători în domeniul reabilitării, educatori sexuali și terapeuți ai sexului au devenit avocații drepturilor sexuale ale persoanelor handicapate. Persoanele cu handicapuri fizice nu numai că au necesități și nevoie de exprimare sexuală, ci și sunt adesea capabile să participe la sex, deși pot să existe limitări ale activităților lor sexuale, datorită naturii debilității lor.

Am devenit tot mai sensibili la ideea că scaunele de invalid ar trebui să poată intra ușor în clădirile publice, dar această sensibilitate nu se extinde încă până la a concepe o „accesibilitate în pat”. Au fost făcute filme în care se prezintă paraplegici făcând sex cu parteneri care nu sunt handicapați, dar educația și cunoștințele publicului nu merg mai departe de atât în această problemă. Unii cred că este suficient să înveți persoanele handicapate sau partenerii lor acte și poziții inovatoare în care s-ar putea angaja. Dar pentru persoanele handicapate fără partener dificultatea principală este de ordin social — inițierea contactelor care să ducă la implicarea sexuală. Există încă un mare grad de adversitate la adresa recunoașterii legitimității nevoilor sexuale ale handicapaților. Uneori, chiar și administratorii din centrele de reabilitare cred că a permite cuplurilor să facă sex în instituțiile lor poate duce la probleme cu cei care nu au parteneri, sau cred că ar putea fi ilegal sau imoral.

Dacă un cuplu în care unul sau ambii parteneri sunt handicapați fizic alege să aibă un copil prin mijloace naturale sau prin adopție, alegerea lor ar trebui respectată în aceeași măsură cu aceeași decizie luată de oricare cuplu adult și responsabil. Totuși, pentru persoanele care sunt handicapate intelectual sau emoțional, trebuie să intre în joc și diverse considerații etice. Dacă acestea nu sunt capabile emoțional să crească un copil sau capabile să înțeleagă intelectual răspunderile și consecințele creșterii unui copil, oare trebuie să li se permită să aibă copii? Sunt niște întrebări la care se răspunde cu dificultate, pentru că problemele implică multe alte persoane decât cuplurile însele. Evident este nevoie de multă consiliere sexuală și parentală pentru handicapații mintal, pentru că aceștia pot să prezinte sentimente și nevoi sexuale puternice, nu mai puțin decât cei cu handicap fizic sau de cei care au avut norocul să nu fie handicapați (vezi și **ARTRITA ȘI SEXUL**; **PARAPLEGICII ȘI SEXUL**).

**DUREREA DE CAP ȘI SEXUL** Vezi **SEXUL ȘI DUREREA DE CAP**.

**BOLILE DE INIMĂ ȘI SEXUL** Oamenii care au suferit de infarcturi miocardice sau care au angină pectorală ridică își pun adesea întrebări asupra activității sexuale, dată fiind starea lor de sănătate. Sunt permise activitățile sexuale? Când sunt ele permise? Există vreo restricție în privința acestor activități? Trebuie urmat un tratament special pentru a face sexul posibil sau mai puțin

periculos pentru ei ? Aceste întrebări sunt puse și de pacienții care au fost supuși unor proceduri cardiace invazive, cum ar fi operațiile de bypass coronarian sau angioplastia.

Adevărul este că disfuncții sexuale există la mulți pacienți cu boli cardiace. Dificultățile sunt cele mai comune la pacienți după atacurile de inimă sau având angină pectorală. Disfuncția se datorează uneia sau mai multora dintre cele trei probleme majore: psihologică — teama din partea pacientului sau a partenerului pacientului că activitățile sexuale ar putea duce la înrăutățirea situației generale a pacientului sau chiar la o moarte subită; disfuncția cardiacă — în special angina sau dispneea; și efectele secundare asupra funcției sexuale ale medicamentelor, în special din partea beta-blocatelor și a diureticelor.

Au existat multe studii privind problema activității sexuale după un atac de inimă: cel puțin jumătate din toți pacienții intervievați au raportat schimbări în activitățile lor sexuale. A avut loc o reducere semnificativă a frecvenței și duratei contactului sexual, adesea din cauza libidoului scăzut, depresiei, anxietății și rezervelor partenerului, fricii de revenire a simptomelor, anginei, și IMPOTENȚEI. Dificultățile de erecție apar la aproape jumătate din pacienți: impotența permanentă a fost descoperită la aproximativ 10%, deși dificultățile ejaculatorii sunt foarte rare. O descreștere similară a activității sexuale se întâlnește și la femei: ANORGASMIA este o plângere comună.

Acuzele de natură cardiacă, vezi angină, dificultăți respiratorii, palpitații, apar în toate cele patru stadii ale reacției sexuale (excitarea, platoul, orgasmul și rezoluția; vezi CICLUL REACȚIEI SEXUALE). Aceste simptome sunt semnificativ mai puternice în faza de rezoluție a acestor pacienți.

**Abordarea terapeutică.** Reluarea activităților sexuale, ca parte a efortului de reabilitare după un eveniment cardiac sau o intervenție cardiacă, trebuie să se bazeze pe patru factori:

- O stabilire medicală a stării în care se află pacientul, în special funcționarea inimii (funcția ventriculului stâng) și ischemia reziduală. Determinarea funcției ventriculare poate fi obținută prin ecocardiografie sau prin cartarea radioizotopică a inimii. Ischemia poate fi determinată printr-un test-exercițiu fizic, cu sau fără cartarea radioizotopică adiacentă, sau printr-o monitorizarea prelungită cu ajutorul ECG (electrocardiogramelor);
- Asigurarea pacientului de către doctorul de familie sau de către cardiolog, pe baza stării medicale a pacientului, cu furnizarea de recomandări detaliate asupra activităților posibile. Este important să fii conștient care poziții sunt recomandate pentru contactul sexual — de obicei, cea mai familiară pacientului, sau o poziție laterală;
- Reevaluarea medicației pacientului și, dacă este posibil, încercarea de a schimba orice medicație care ar putea împiedica asupra funcției sexuale. Lista medicamentelor asociate cu disfuncțiile sexuale este lungă, în capul ei fiind beta-blocantele și diureticele. Totuși, nici o medicație nu ar trebui schimbată sau oprită înainte de consultarea unui doctor;

- Dacă pașii de mai sus nu au reușit să îmbunătățească disfuncția sexuală a pacientului, atunci trebuie consultat un terapeut sau un consilier al sexului.

În concluzie, disfuncțiile sexuale în cazurile pacienților care suferă de boli coronariene nu sunt neobișnuite, în special la pacienții care au suferit un infarct miocardic. Foarte adesea, această situație neplăcută este cel puțin parțial reversibilă. Evaluarea medicală rezonabilă, tratamentul și optimismul joacă un rol critic în aspectele reabilitării.

**HEPATITA** Este o inflamare sau o infecție a ficatului. Hepatita infecțioasă este de obicei cauzată de un virus. Există câteva tipuri de hepatită virală acută, cele mai obișnuite fiind „tip A” și „tip B”. Simptomele incipiente includ pierderea poftei de mâncare, greață, vomă, oboseală cronică, dureri ale încheieturilor și mușchilor, dureri de cap, gât iritat, tuse și febră. În cazurile mai grave apare o colorație galbenă a tegumentelor, are loc o scădere în greutate și ficatul se mărește, rezultând o stare de disconfort abdominal. Nu există nici un medicament și nici un tratament care să vindece hepatita virală, dar, în cele mai multe cazuri, se vindecă spontan în câteva luni.

**Tipul A.** Virusul hepatitei A este în general mai puțin virulent. El este transmis de cele mai multe ori prin hrană sau prin apă sau lapte, contaminate cu materii fecale care conțin virusul. Acest tip apare cel mai adesea în comunitățile suprapopulate și cu facilități sanitare precare. Deși nu se transmite de obicei prin contact sexual, hepatita de tip A se poate căpăta prin contactul direct între gura unei persoane neinfectate și anusul unui partener infectat. O persoană infectată cu virusul hepatitei A poate să nu prezinte simptome clare și nici să nu știe că are boala. Aproape toți pacienții care nu suferă concomitent de alte afecțiuni se vor vindeca.

**Tipul B.** Virusul hepatitei de tip B este de obicei mai agresiv decât cel al tipului A și se transmite mai ușor pe cale sexuală. Virusul se găsește doar rareori în materiile fecale, chiar și la un individ infectat, dar se găsește în mod curent în spermă, salivă și secrețiile vaginale. Oricare dintre aceste fluide poate să transmită hepatita unei alte persoane în timpul contactelor de tip genital-genital, genital-oral, oral-oral și genital-anal.

Probabilitatea ca o persoană să transmită virusul hepatitei B unui partener sexual variază în funcție de vârstă, sexualitate, număr de contacte sexuale și de prezența altor BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ. Virusul apare la 5% din populația generală. Într-o populație de oameni tratați într-o clinică de boli cu transmitere sexuală, virusul a fost descoperit la 20% din heterosexuali care au avut mai mult de cincizeci de parteneri sexuali. În comunitatea bărbaților homosexuali, mai mult de 4% sunt infectați și capabili să transmită boala. Totuși, femeile homosexuale prezintă o incidență foarte redusă a infecției.

Hepatita B este o boală mult mai contagioasă decât SIDA. Virusul poate fi transmis chiar și fără un contact sexual direct. Aproximativ 1,2 milioane de americani sunt purtători ai virusului și pot infecta alți indivizi. În fiecare an, apar alți 30.000 de purtători.

Cele mai multe cazuri de hepatită de tip B se vindecă după trei sau patru luni, dar cam 10% sunt asociate cu mari distrugerii ale ficatului, iar boala poate fi fatală. În Statele Unite, în medie paisprezece oameni mor în fiecare zi ca urmare a suferințelor care apar frecvent în urma hepatitei de tip B, inclusiv ciroză și cancer al ficatului. În toată lumea, mai mult de cinci mii de oameni mor zilnic din cauza urmărilor hepatitei B, făcând din aceasta a noua cauză de deces.

Deoarece nu există nici un tratament curativ, de cea mai mare importanță este prevenirea ei. Trebuie evitat cu orice preț contactul sexual cu o persoană cunoscută ca purtătoare de hepatită virală activă. În cadrul populației generale, totuși, adesea oamenii nu știu că sunt purtători ai virusului. Folosirea prezervativului în timpul sexului ar putea oferi o protecție împotriva transmiterii hepatitei B, dar acest lucru nu a fost dovedit categoric. Dacă un partener a avut deja o infecție cu hepatită B, sângele lui poate să arate că este imun la o altă infectare.

Hepatita B este singura boală care se transmite și sexual și pentru care există un vaccin eficient. Persoanele cu un mare risc de a fi infectați sunt bărbații homosexuali, oricine are mai mulți parteneri sexuali, partenerii pasivi din timpul sexului anal și cei care au contact sexual cu un purtător de hepatită B. Alte persoane care prezintă un risc mărit sunt cei care oferă asistență medicală, polițiștii, pompierii și utilizatorii de droguri. Persoanele din grupele de risc sporit ar trebui să se vaccineze, dar pentru că vaccinul este eficient doar înainte de contactarea virusului este doar o măsură preventivă, nu un tratament pentru hepatita B.

**EREDITATEA** Reprezintă transmiterea trăsăturilor de la părinți la copii. Atunci când are loc reproducerea sexuată, ambii părinți contribuie la celulele noii ființe cu o copie a codului genetic care controlează dezvoltarea și trăsăturile moștenite. Fiecare nou individ seamănă cu părinții lui în unele privințe și se deosebește de ei în alte privințe.

SPERMATOZOIZII produși în TESTICULELE bărbatului și ovulele localizate în OVARELE femeii conțin „planurile” chimice pentru fiecare nouă viață. Această informație este conținută în cromozomi, care sunt formațiuni filiforme de material genetic compuse din acid dezoxiribonucleic (ADN). Caracteristicile ereditare, cum ar fi culoarea pielii, culoarea părului, forma corpului și înălțimea sunt determinate de combinațiile precise de ADN pe care le primim de la fiecare părinte și de influențele ulterioare din partea mediului.

Toate celulele umane conțin patruzeci și șase de cromozomi. Excepțiile fac celulele care se numesc spermatozoizi și ovule, deci celulele sexuale, care conțin câte douăzeci și trei de cromozomi fiecare. Atunci când un spermatozoid ajunge la un ovul în timpul fertilizării, cromozomii celor două

celule sexuale se combină pentru a forma un zigot cu patruzeci și șase de cromozomi — un set complet de instrucțiuni pentru formarea unui individ unic. Fiecare genă (un fragment de spirală ADN) răspunde de o singură trăsătură care este transmisă noului individ prin reproducere.

Toate ovulele produse de o femeie pot să se unească cu un spermatozoid, pentru a crea un copil de sex masculin sau feminin. Factorul care determină sexul copilului vine de la celula spermatozoidului. Toate ovulele poartă un cromozom sexual, numit cromozomul „X”. Atunci când celula spermatozoid care se unește cu un ovul conține un cromozom „X”, noul zigot are doi de „X” (XX) și viitorul individ va fi o fată. Dacă cromozomul sexual cu care contribuie spermatozoidul este de tip „Y”, rezultatul este un individ „XY”, sau un bărbat.

În unele privințe, toate ființele umane sunt la fel. Asta înseamnă că toți purtăm gene pentru anumite trăsături. Aceste trăsături, cum ar fi capacitatea de a vorbi, se numesc caracteristici de specie. Cele care deosebesc indivizii unii de alții sunt trăsăturile individuale (doar dacă nu e vorba de gemeni identici). Oamenii de știință dezbat de mult care din trăsăturile noastre rezultă din ereditate și care din efectul mediului, sau al forțelor exterioare care acționează asupra fiecărui individ (vezi și HETEROSEXUALITATEA).

**HERMAFRODITISMUL** Hermafroditismul este o situație patologică extrem de rară, în care un copil se naște cu organele genitale sau reproductive ale ambelor sexe. Un asemenea copil va avea trăsăturile caracteristice atât ale unui bărbat, cât și ale unei femei.

În mitologia greacă, Hermaphroditos a fost un tânăr foarte frumos care a respins iubirea unei nimfe. Nimfa, nedorind să accepte refuzul, l-a îmbrățișat pe Hermaphroditos atât de tare, încât trupul ei s-a topit în al lui. Bărbat și femeie au devenit una. Totuși, cauza hermafroditismului nu este mitologică, ci biologică.

Pe măsură ce copilul se formează în interiorul uterului matern, organele se formează și se dezvoltă până când ajung forma completă pe care o vedem la naștere. În cazurile de hermafroditism, în acest proces intervine ceva, iar copilul se va naște cu organele sexuale (și deci, cu sexul biologic), incomplet dezvoltate. Un hermafrodit „adevărat” se naște cu țesuturi atât testiculare, cât și vaginale. Un asemenea copil, care posedă (în formă rudimentară) atât un penis, cât și un vagin, va prezenta sigur la maturizare un puternic conflict de gen.

Din fericire, tratamentul hormonal și chirurgical pot ajuta un copil să-și „încheie” dezvoltarea sexuală. Părinții unui asemenea copil ar trebui să ceară ajutor din punct de vedere medical și psihologic, astfel încât, în timp, copilul să capete și să-și mențină o identitate sexuală clară (vezi și DISFORIA DE GEN).

**HERPESUL** Există o confuzie foarte răspândită în privința infecțiilor genitale cu herpes, datorită unui mare număr de prejudecăți apărute la începutul anilor 1980, când numărul tot mai mare de cazuri de herpes a început să atragă atenția publicului. Pentru public, „herpes” înseamnă apariția la bărbați sau femei a unor leziuni dureroase, în regiunea genitală, după un contact sexual cu un adult care știe că este purtător al unui asemenea virus. Publicul judeca atât victima, cât și purtătorul: prima pentru că se considera că a căpătat virusul printr-un comportament sexual iresponsabil; cel de-al doilea, pentru că și-a infectat în cunoștință de cauză partenerul. (Era larg răspândită credința că toți purtătorii care prezintă simptome de herpes știu că au virusul atunci când îl trec partenerului sexual.) „Herpesul este pentru toată viața” — adică virusul nu va putea fi eliminat niciodată din organism — iar bărbații și femeile infectați vor infecta toți partenerii sexuali viitori. Purtătorii au devenit un fel de leproși în societate, iar atunci când își mărturiseau problemele medicale, relațiile se rupeau brusc. Femeile aveau o problemă suplimentară de conștiință, pentru că se știa că virusul se poate transmite de la mamă la făt, în timpul travaliului și al nașterii, rezultând o infecție cu posibile rezultate grave pentru sistemul central nervos al copilului nou-născut.

Studii recente arată că toate acestea constituie niște puncte de vedere foarte înguste și adesea incorecte în privința răspândirii infecțiilor de herpes. Cei mai mulți adulți infectați cu virus de herpes nu au avut niciodată simptomele clinice ale bolii și, prin urmare, pot să-și infecteze involuntar partenerii și/sau copiii.

Există doi virusi de herpes separați și distincți — herpes simplex 1 (HSV-1) și herpes simplex 2 (HSV-2). Deosebiri între frecvențele infecțiilor cu HSV-1 și HSV-2 sunt arătate de diversele locuri în care apare infecția. Există două locuri în care infecția apare cel mai des: gura (herpesul bucal) și regiunea genitală (herpesul genital). Aproximativ 85% din infecțiile herpetice bucale sunt cauzate de HSV-1, iar restul de HSV-2, în timp ce peste 85% din herpesurile genitale sunt cauzate de HSV-2 și restul de HSV-1. HSV-1 nu se transmite întotdeauna pe cale sexuală (deși ar putea fi răspândit și pe calea sărutului și a sexului oral), dar HSV-2 se transmite de obicei sexual.

Manifestările clinice ale infecțiilor cu HSV-1 și cu HSV-2 sunt diverse. Cei mai mulți adulți cu infecții orale sau genitale cu HSV-1 și HSV-2 nu știu că au respectiva infecție. De exemplu, 90% din adulții cu anticorpi HSV-2 nu au avut semne de herpes genital. Ei fie nu prezintă simptome, fie simptomele sunt atât de slabe, încât nu au cerut o consultație medicală. Prin contrast, unii pacienți au izbucniri de herpes repetate, de obicei în aceleași locuri ale gurii sau ale zonei genitale. Adulții cu leziuni orale au adesea izbucniri ale herpesului după expunerea la soare.

Mulți pacienți au semne de erupție care urmează un model: o mâncărime sau o arsură simțită la locul infecției, urmată de apariția unor mici leziuni pline cu un fluid limpede (vezicule), care se rup și se vindecă, de obicei în cinci până la opt zile. Cea mai gravă formă de boală datorată virusului de herpes apare la pacienții care au sistemul imunitar compromis, în special la aceia care sunt infectați cu HIV: la

asemenea persoane pot să apară infecții ale sistemului nervos care le amenință viața. O dată căpătat, virusul de herpes rămâne în organism, dar este ținut la respect de mecanismele de apărare imunitară. Atunci când la un purtător de virus herpetic sistemul imunitar este slăbit sau compromis, apar forme mult mai virulente de erupție.

Dat fiind că în ultima vreme oamenii sunt mult mai conștienți de răspândirea și natura infecțiilor cu HSV-1 și HSV-2, a apărut o nouă abordare în diagnosticul bolii. Înainte, precizia diagnosticului depindea de verificarea unor culturi de virus herpetic recoltat de la pacienții cu erupții genitale repetate. Astăzi, o cultură pozitivă este considerată un semn clar că simptomele și leziunile sunt cauzate de herpes. Totuși, o cultură negativă nu înseamnă că herpesul nu există. Studii recente au arătat că multe femei cu ușoare simptome și mici leziuni genitale nu posedă o cultură pozitivă. Din această cauză, accentul se pune acum pe detectarea anticorpilor de HSV-2 în sânge.

Detectarea sistematică a anticorpilor ar putea avea aplicații pe scară largă în viitor. Multe cupluri care plănuiesc să aibă o relație pe termen lung se gândesc acum la detectarea virusului HIV (pentru SIDA) înainte să devină intimi din punct de vedere sexual. O determinare similară a anticorpilor HSV-2 va limita posibilitatea unei viitoare infecții cu herpes căpătată de la un partener sexual asimptomatic dar care este, totuși, infectat și poate să răspândească virusul. Dacă este însărcinată, o femeie cu test negativ pentru anticorpi poate fi sfătuită fie să se abțină de la contacte sexuale, fie să îi pretindă partenerului să folosească un prezervativ, dacă este HSV-2 pozitiv.

Deși virusul de herpes nu poate fi eliminat din organism, există tratamente. Evident, strategia principală este prevenirea. Bărbații și femeile cu herpes oral sau genital cunoscut ar trebui să-și informeze partenerii, să recunoască simptomele erupțiilor și să evite contactul intim în asemenea situații. Acest lucru este valabil în special pentru femeile însărcinate, pentru că leziunile genitale active la momentul nașterii necesită o operație CEZARIANĂ pentru a reduce riscul de transmitere a infecției cu herpes la copil. Pentru o femeie însărcinată, o primă infecție a tractului genital prezintă un factor de risc mult mai mare pentru copil decât o infecție recurentă.

Pe lângă aceste măsuri preventive, au apărut agenți antivirali pentru infecțiile sistemului nervos central la o persoană cu sistem imunitar compromis. Există un număr de situații în care medicamentul numit acyclovir poate fi un important tratament. Pentru pacienții cu infecție herpetică a tractului genital, folosirea din timp a acyclovirului reduce durata și gravitatea simptomelor. Pacienții cu infecții repetate al tractului genital care le împiedică orice șansă de a avea o viață normală, pot lua acyclovir zilnic, timp de șase luni până la doi ani, după care frecvența erupțiilor va scădea semnificativ. Probabil că acyclovirul se va folosi în viitor în prevenirea infecției și tratarea nou-născuților expuși virusului de herpes, dar încă nu există studii care să stabilească modalități clare de tratare (vezi și SEXUL SIGUR).

**HETEROSEXUALITATEA** Oamenii sunt o specie heterosexuată, adică se înmulțesc prin împerecherea masculilor și femelelor speciei. Nimeni nu știe cu exactitate cum au apărut cele două sexe separate, dar în urmă cu milioane de ani au apărut indivizi cu două tipuri complementare de organisme, urmate de apariția celor două sexe distincte — unul purtător de ouă, celălalt de spermatozoizi. Aceștia au fost strămoșii noștri sexuali, precursorii heterosexualității umane.

În vreme ce alte specii posedă metode alternative de reproducere, oamenii au reușit să se înmulțească printr-un complex sistem de legături bărbat-femeie. În termeni strict biologici, reproducerea heterosexuată prezintă un număr de avantaje, principalul fiind acela că permite o mai mare variabilitate a speciei. Reproducerea asexuată produce foarte adesea progenituri care sunt identice cu părintele, în vreme ce reproducerea sexuată produce indivizi care reflectă trăsăturile a doi părinți distincți. De-a lungul generațiilor, această constantă mixare și re-mixare a zestrei genetice produce o specie de o adaptabilitate fantastică. Deci oamenii sunt bărbați sau femei și trebuie să-și amestece genele, altfel specia se va stinge.

Necesitatea împreunării sexuale pentru reproducere a dat naștere unui sistem uimitor de complex al împerecherii. O femeie și un bărbat trebuie să-și trimită semnale sexuale unul altuia, trebuie să simtă atracția și să fie atrăgători. Pe lângă aceasta, ei trebuie să simtă emoții sexuale hotărâtoare, ca motive nu numai pentru a investi timp în sex, ci și în legături de pereche mai stabile. Perechile stabile sunt o trăsătură definitorie a animalului uman, o strategie inteligentă pentru creșterea tinerilor lipsiți de apărare. Este un principiu de bază al culturii heterosexuale. Atunci când un bărbat și o femeie se îndrăgostesc unul de altul, în mod normal ei vor forma un cuplu. Este modul de viață uman, guvernat de cultură, dar determinat și de biologia noastră heterosexuală ca o cale de a perpetua specia.

La toate animalele heterosexuale, jocul reproductiv începe cu atracția sexuală. Oamenii nu fac excepție. Corespunzător, bărbații și femeile au căpătat anatomii, instincte și comportamente foarte distincte. Forma corpului, statura, părul, mirosurile și buzele înroșite senzual funcționează ca niște semne de gen, proiectate să atragă un partener posibil. Charles Darwin era conștient de faptul că selecția sexuală nu poate să țină cont de toate caracteristicile sexuale, dar considera că eterna luptă a heterosexualității — să decidă cine și cu cine se va împerechea — este cea mai probabilă explicație a părților celor mai seducătoare și mai ispititoare.

De exemplu, sânii femeilor sunt unici în regnul animal și mărimea lor este absolut inutilă dacă ar fi să luăm în seamă numai scopul alăptării. Etnologul Desmond Morris a emis ipoteza că scopul lor principal ar fi acela de momeală sexuală. Alte aspecte ale sexualității umane au apărut pe măsură ce strămoșii noștri se luptau pentru perechile cele mai dorite. Pe măsură ce apăreau aceste aspecte, se iveau și comportamente care să ne sporească abilitatea de a atrage. De ce, de pildă, femeile, nu bărbații, își dau cu ruj de buze? De ce bărbații își umflă pieptul atunci când sunt atrași de o femeie? De ce încă există regula generală că o femeie își va pune în valoare aspectul, în vreme ce un bărbat — banii

și situația socială? Există mulți bărbați și femei care nu urmează acest model, dar mare parte din comportamentul nostru de curtare ar putea fi guvernat de instincte de care nu suntem conștienți.

Unul dintre cei mai mari determinanți ai interacțiunii heterosexuale umane este starea de permanentă receptivitate sexuală a femeii. La masculii și femelele aproape tuturor celorlalte specii animale existente, sexul nu este o prezență permanentă. Femelele celor mai multe specii au o perioadă de călduri, iar atunci când nu sunt în călduri în general refuză să accepte masculul. Dar femelele umane pot, dacă doresc, să copuleze în orice moment. În practică, acest imperativ biologic a dus la un întreg sistem al flirtului, cu obiceiuri, reguli și protocoale complexe, pe care le cunosc și le utilizează și bărbații și femeile. Zâmbete, priviri aruncate, capul dat pe spate, o încruntare a sprâncenei, toate aceste acțiuni sunt gramatica unui limbaj foarte bogat, un vocabular care ne definește ca ființe sexuale.

Poate cea mai umană calitate a sexualității este capacitatea noastră de a ne îndrăgosti. Oamenii de știință au arătat că și acest lucru își are originile în biologic; emoțiile care ne încurajează sau chiar ne împing să ne legăm de cineva și să ne îndrăgostim au o comandă fiziologică într-o majoritate cu adevărat surprinzătoare. Ce sunt aceste emoții care ne îndreaptă spre un cuplu? În iubire, oamenii experimentează un întreg spectru de sentimente. Dar locomotivele gemene ale perechilor umane sunt mai întâi pasiunea oarbă și apoi atașamentul emoțional.

Există dovezi că pasiunea sexuală este declanșată chimic de sistemul neuro-vegetativ din creierul uman. Sistemul neuro-vegetativ ne guvernează emoțiile cele mai primitive, fundamentale: frica, furia, bucuria, iubirea și ura. Este aproape sigur că furtuna pasiunii este în mod similar declanșată de această parte a creierului. Euforia extraordinară și energia extraordinară a atracției sunt cauzate efectiv de o baie cu amfetamine naturale a centrilor emoționali ai creierului. De aici s-ar putea să decurgă dorința noastră intensă pentru o iubire romantică; de aceea riscăm să intrăm în vârtejul emoțional al îndrăgostirii.

Pasiunea sexuală pare să fie o întâmplare foarte firească a vieții oricui, iar existența ei permite apariția altei emoții — atașamentul. Acesta este, probabil, cel mai elegant dintre toate sentimentele umane, acel sens al mulțumirii, al împărtășirii, senzația că ești una cu altă ființă umană. În starea de atașament a iubirii, creierul începe să stimuleze producția de endorfine, opiaceele minții. O relație aflată în faza atașamentului nu mai este turbulentă; este o relație stabilă. Bărbatul și femeia care au fost reuniți de atracția sexuală și iubirea romantică stau împreună din cauza legăturilor lor puternice afective și amoroase.

Oamenii sunt o specie care se reproduce heterosexual, proiectați fiind, ca toate organismele vii, să se reproducă. Unirea sexuală le dă mijloacele să obțină o mare varietate, iar chimia sexuală a speciei lor poate să furnizeze stimulentele (vezi și BISEXUALITATEA; IUBIREA; CONTACTUL SEXUAL).

## **HIPERTENSIUNE SANGUINĂ** Vezi SARCINA CU RISC SPORIT; FLIRTUL; BOLI LEGATE DE SARCINĂ.

**SARCINA CU RISC SPORIT** În timpul SARCINII, multe probleme pot fi evitate prin evaluare femeilor din punctul de vedere al anumitor factori de risc și prin tratarea acestora îndată ce a fost diagnosticată starea de sarcină. O cale eficientă de a acorda mai multă atenție unei femei care are nevoie de o îngrijire specială în timpul sarcinii este clasificarea sarcinilor în sarcini cu risc sporit și sarcini cu risc redus. Această clasificare poate să fie făcută fie înainte ca femeia să rămână gravidă, la începutul sarcinii, sau în orice moment din timpul sarcinii. Unele femei prezintă încă dinainte de graviditate diverse probleme de sănătate, care le vor încadra în grupa de risc sporit. Este important ca aceste femei să fie evaluate și tratate cu mult înainte de începerea sarcinii, pentru ca graviditatea lor să ducă la cel mai bun rezultat. Alte femei pot să își înceapă sarcina ca paciente cu risc redus, pentru ca apoi să fie diagnosticate în grupa cu risc sporit. Factorii care sporesc riscul pot să apară fie lent fie brusc în timpul sarcinii. Este extrem de important ca ei să fie identificați îndată ce apar.

Femeile care știu dinainte că vor avea o sarcină cu risc sporit ar trebui să intre în graviditate în condiții optime, pentru a asigura cel mai bun rezultat pentru ele și pentru copiii lor. Cel mai bine pentru ele este să se prezinte la examinare la un doctor pregătit în sarcinile cu grad mare de risc înainte să rămână însărcinate și să discute posibilele complicații și măsurile preventive. De exemplu, femeile cu diabet ar trebui să-și controleze nivelul glucozei din sânge în lunile care preced sarcina. Acest lucru diminuează puternic riscul major ca fătul să prezinte anomalii la naștere.

Femeile care trebuie să urmeze tratamente medicale ar trebui să-și consulte doctorii înainte de a rămâne gravide. Multe medicamente se pot folosi în siguranță în timpul sarcinii, dar există unele care pot să prezinte probleme potențiale pentru făt și pentru mamă. Uneori, s-ar putea să fie mai bine pentru mamă și pentru fătul în dezvoltare să se treacă pe o medicație mai sigură. Totuși, nici un tratament medicamentos nu ar trebui să fie oprit brusc din cauza sarcinii, fără a se consulta un doctor. Încetarea bruscă a medicației fără consultarea doctorului poate să ducă la probleme neașteptate și grave.

Cele mai multe femei nu sunt conștiente de faptul că riscă să ajungă la probleme mari în timpul sarcinii. Totuși, există câteva stări ale sănătății care arată că o femeie ar putea să fie în categoria de risc sporit. O evoluție nefavorabilă a unei sarcini anterioare plasează femeia în grupa de risc sporit pentru următoarele sarcini. Dacă, de exemplu, sarcina anterioară s-a terminat cu un AVORT SPONTAN, cu un copil născut mort sau cu o NAȘTERE PREMATURĂ, există o probabilitate sporită ca acest lucru să se repete. Dacă un copil născut anterior a fost fie prea mic fie prea mare, dacă sarcina a durat semnificativ mai mult decât perioada normală, dacă s-a diagnosticat o problemă medicală cum ar fi diabetul, hipertensiunea sau hemoragii, sau dacă femeia a nu a putut naște din cauza unui pelvis mic, a avut

anterior o operație CEZARIANĂ, sau a dat naștere unui copil cu malformații congenitale, atunci ea se va afla de obicei în grupa de risc sporit pentru o altă situație neplăcută.

**Factorii de risc sporit în timpul sarcinii.** Dacă în timpul sarcinii au loc hemoragii sau pătări ale lenjeriei, atunci avem un semn că pacienta prezintă un risc sporit. Ori de câte ori femeia are sângerări în timpul sarcinii, ea trebuie să se prezinte imediat la doctorul ei. Primul sfat dat unei femei care are hemoragii vaginale este de obicei să renunțe la contacte vaginale, pentru a împiedica o potențială problemă să se înrăutățească.

Aproximativ 20% dintre toate femeile au parte de mici hemoragii în timpul primelor luni de sarcină. Cele mai multe vor avea copii normali, dar hemoragia vaginală ar putea indica totuși o problemă. Cauzele hemoragiilor vaginale din timpul sarcinii se clasifică de obicei în funcție de momentul apariției lor în perioada de sarcină: fie apar spontan, fie după sex, fie că sunt asociate cu dureri, fie sângele este roșu aprins sau roșu închis. Sarcina se divide în trei trimestre: primele trei luni (primul trimestru), cele trei luni mediane (al doilea trimestru) și ultimele trei luni (al treilea trimestru). Hemoragiile sunt clasificate în hemoragii de primul, de al doilea trimestru și de al treilea trimestru. Hemoragia sau pătarea vaginală din primele două trimestre de sarcină se numesc iminență de avort spontan sau disgravidie. Hemoragiile din ultimul trimestru se numesc pur și simplu hemoragii de al treilea trimestru.

Atunci când o femeie care este însărcinată se plânge de hemoragie vaginală, primul lucru pe care îl face de obicei doctorul este să afle dacă hemoragia își are originea în afara UTERULUI, în VAGIN sau în COLUL UTERIN, sau dacă vine din interiorul uterului. Sarcina este verificată pentru a se vedea dacă este viabilă și dacă fătul este încă în viață și crește normal. Dacă hemoragia vaginală este însoțită de dureri, în timpul primelor luni de sarcină, doctorul va verifica dacă sarcina se află la locul ei potrivit în uter. O sarcină în afara uterului este localizată de obicei în TROMPELE UTERINE și se numește SARCINĂ EXTRAUTERINĂ. Sarcina extrauterină este foarte gravă. Dacă nu este diagnosticată la timp, ea poate duce la hemoragii interne care pun în pericol viața femeii.

Hemoragiile vaginale din timpul sau la scurt timp după contactul sexual din timpul sarcinii pot reprezenta semnul unei situații grave. Aceasta se poate datora unei infecții vaginale sau cervicale, unei tumori la colul uterin, sau unei poziții anormale a PLACENTEI.

Infecțiile vaginale sunt adesea prezente atunci când vaginul sau colul uterin sunt congestionate și par inflamate, sau atunci când există niște scurgeri vaginale anormale. Analiza la microscop a acestor scurgeri ajută la identificarea microorganismelor eventual responsabile pentru infecție. Tratamentul cu antibiotice sau alte medicamente specifice este obișnuit. De obicei, trebuie tratat și partenerul sexual. (În timpul tratamentului, partenerul ar trebui să folosească un prezervativ, pentru a evita reinfectarea.) Infecțiile vaginale netratate au fost implicate în cazuri de naștere prematură, infecții

ale copiilor nou-născuți și infecții ale uterului după naștere. Sexul vaginal poate fi reluat în timpul sarcinii după ce infecția vaginală a fost tratată cu succes, iar ambii parteneri s-au vindecat.

O tumoare a colului uterin (neoplazie cervicală) este rareori cauza unei hemoragii vaginale în timpul sarcinii, dar poate fi foarte gravă dacă nu este diagnosticată la timp. Dacă o femeie își face cu regularitate TESTUL PAPANICOLAU, neoplazia cervicală este diagnosticată de obicei de timpuriu și tratată înainte de apariția hemoragiilor. Diagnosticul neoplaziei cervicale este de obicei efectuat prin prelevarea de mucoasă, prin cercetarea vizuală directă a colului uterin sau cu ajutorul unui instrument numit colposcop, sau prin efectuarea unei biopsii, caz în care este prelevată o mică porțiune de țesut al colului uterin. Diagnosticul și tratamentul timpurii ale acestor anomalii ale colului uterin duc de obicei la o rată de succes de aproape 100%.

Plasarea anormală a placentei (*placenta praevia*) poate fi o altă cauză a unor hemoragii vaginale asociate cu sexul. Acestea survin de obicei în ultima parte a sarcinii. În mod normal, placenta este localizată în partea superioară a uterului. În cazurile de *placenta praevia*, placenta este localizată anormal, în partea inferioară a uterului, deasupra colului uterin, între făt și vagin. De obicei, hemoragiile cauzate de *placenta praevia* sunt fără dureri, cu sânge de culoare roșu aprins. Diagnosticarea acestei stări se face de obicei prin ecocardiografie. Dacă apare starea respectivă, sexul vaginal este interzis pe tot restul sarcinii, pentru că el ar putea duce la hemoragii care amenință viața pacientei.

Altă cauză a hemoragiilor din ultimul trimestru poate fi iminența de avort. Pacientele aflate în această stare ar trebui să-și informeze imediat doctorul. Dacă apare o hemoragie vaginală, poate fi prezent și un travaliu prematur, cu contracții premature ale uterului. Din nefericire, multe femei nu simt aceste contracții și pot să continue o vreme înainte să observe hemoragiile vaginale. Pătarea sau hemoragia vaginală poate fi primul indiciu al unui travaliu prematur. De obicei, doctorii internează în spital pacientele cu risc de sarcină prematură și le administrează medicamente (tocolitice) pentru oprirea travaliului.

Uneori, colul uterin al unei femei se deschide chiar fără contracții și dureri, ceea ce duce la sângerări vaginale și la posibila pierdere a sarcinii. Această situație este numită „col uterin incompetent” și de obicei apare în luna a patra sau a cincea de sarcină. Dacă problema este diagnosticată destul de rapid, sau dacă femeia a mai avut-o la o sarcină anterioară, în a patra lună de sarcină se face în colul uterin o ligatură (numită uneori cerclaj). Diagnosticarea de col incompetent plasează femeia în grupa de risc înalt de pierdere a sarcinii.

CONTACTUL SEXUAL poate să ducă la declanșarea contracțiilor uterine, deoarece sperma conține hormoni (prostaglandinele) care pot să inducă contracții. În plus, în cazul unui col uterin deja deschis, sexul vaginal poate să slăbească membranele femeii, fiind posibilă chiar și o rupere a acestor membrane. Pacientele care au mai avut travaliu prematur ar trebui să fie consiliate cu mare grijă în

privința actului sexual. Folosirea unui prezervativ poate să împiedice sperma să intre în vagin, prevenind astfel și stimularea contracțiilor uterine.

Altă cauză serioasă a hemoragiilor vaginale este desprinderea placentei de uter. Această situație se numește *abruptio placentae*. Femeile cu această stare se plâng de obicei de dureri în partea inferioară a abdomenului, asociate cu eliminarea vaginală a unui sânge de un roșu închis. *Abruptio placentae* poate amenința viața femeii. De obicei, pentru salvarea atât a mamei cât și a fătului, se recomandă internarea imediată și supravegherea fătului.

În cazul unei sarcini, și diabetul plasează pe o poziție de risc sporit atât mama cât și fătul. Această situație poate fi diagnosticată cu ajutorul unor teste de sânge speciale. Un copil mare născut anterior sau diabetul în timpul altei sarcini anterioare pot indica un risc crescut. Sarcina în sine agravează diabetul, dar diagnosticul și tratamentul timpuriu printr-un regim adecvat sau prin administrarea de injecții cu insulină asigură un deznodământ fericit la cele mai multe paciente.

Tensiunea arterială crescută în timpul sarcinii constituie unul dintre cele mai frecvente indicii de plasare a femeii în grupa de risc înalt în timpul sarcinii. Tensiunea arterială mare poate fi sau de lungă durată (hipertensiune cronică) sau poate să apară brusc, în timpul sarcinii (toxemia sau preeclampsia). Toxemia este o stare care apare de obicei la femeile aflate la prima sarcină. Ea survine în partea ultimă a sarcinii. Diagnosticarea acestei stări este de obicei făcută la descoperirea unei tensiuni arteriale crescute (de obicei peste 140/90 mm Hg), apariția de proteine în urină și o creștere bruscă în greutate. Femeile cu toxemie sunt de obicei internate în spital, unde se vor odihni la orizontală. Posibile complicații includ atacuri (eclampsia) și detașarea placentei (*abruptio placentae*). Cel mai bun tratament în asemenea cazuri este considerată nașterea copilului, mai ales atunci când situația apare în preajma datei la care se așteaptă nașterea (vezi și SARCINA ȘI MEDICAMENTELE ȘI SUBSTANȚELE COMUNE).

**HIRSCHFELD, DR. MAGNUS** (1868-1935) Medic german specializat în „afecțiuni sexuale psihice”. În cercetările lui, el a tras concluzia că persecuția legală, apoi doar socială a homosexualilor este nedreaptă, irațională și inumană, luând atitudine împotriva legilor anti-homosexualitate din Germania. El a fondat în 1897 un comitet de cercetare științifică a HOMOSEXUALITĂȚII și a co-editat un jurnal care s-a ocupat de această cauză, continuând în același timp alte cercetări legate de sexualitatea umană.

În 1921, Hirschfeld a organizat Congresul Internațional pentru Reformă Sexuală la Berlin; acesta avea să se transforme ulterior în Liga Mondială pentru Reforma Sexuală. Membrii Ligii îi includeau pe Havelock Ellis, August Forel și Bertrand Russell. În lunga listă a publicațiilor lui, cele mai importante sunt *Travestiții* (termen a fost inventat de el), *Homosexualitatea la bărbați și femei*, *Patologie sexuală* (în trei volume) și *Cunoașterea sexuală* (în cinci volume).

În 1933, când Adolf Hitler a ajuns la putere, naziștii au comis un raid la institutul lui, i-au distrus dosarele și i-au ars cărțile. Hirschfield era plecat din țară și nu s-a mai putut întoarce. El a murit doi ani mai târziu, în Franța. Naziștii au continuat să persecute cu violență homosexualii, omorând mulți în lagărele de concentrare. Deși aceste persecuții au luat sfârșit o dată cu înfrângerea lui Hitler, abia spre sfârșitul anilor 1960 au fost abrogate, în sfârșit, legile împotriva homosexualilor din Germania.

**HIV** Vezi SIDA.

**NAȘTEREA ACASĂ** Copleșitoarea majoritate a oamenilor care trăiesc astăzi s-au născut acasă, în ciuda adoptării aproape universale a NAȘTERII LA MATERNITATE în societățile occidentale. Și totuși, chiar și în Statele Unite, nașterea la maternitate este o practică relativ recentă; la începutul secolului douăzeci, doar americancele sărace dădeau naștere la spital. La vremea aceea, femeile ale căror familii își puteau permite o îngrijire satisfăcătoare în casă și care aveau acces la doctori sau la MOAȘE preferau să nască acasă.

Trecerea de la nașterea în casă la aceea din spital a fost spectaculoasă și practic universală în toată lumea occidentală, în anii 1960 și 1970. Dar nici măcar în Statele Unite nașterea acasă nu a fost abandonată. Chiar și când nașterea la spital a devenit universală, un grup mic dar semnificativ de femei au început să privească din nou la casele lor ca la un loc alternativ de naștere. În principal din clasele de mijloc, aceste femei sunt de obicei bine informate și foarte motivate. Unele provin dintr-un mediu feminist, iar altele au convingeri ideologice sau religioase care susțin ideea de naștere acasă. Toate împărtășesc dorința de a evita sau de a minimiza intervențiile medicale obișnuite actualmente la o naștere, vor să nu fie separate de copiii lor nou-născuți, vor să aibă controlul decizional asupra procesului nașterii și să li se respecte toate aspectele familiale, private și spirituale ale nașterii. În ultimii douăzeci de ani, mișcarea pentru nașterea acasă a crescut, incluzând femei și bărbați din toate păturile societății.

Elementele esențiale ale nașterii în casă sunt o îngrijire prenatală atotcuprinzătoare, care să releve orice factor de risc și alegerea unei persoane calificate și îndemânate pentru a asista la naștere. Persoana care asistă nașterea trebuie să fie pregătită, să poată recunoaște dacă SARCINA sau NAȘTEREA au loc în cadrul parametrilor normali. Starea mamei și a copilului sunt în general supravegheate în timpul travaliului — inima fătului este verificată intermitent, se notează culoarea fluidului amniotic, se măsoară tensiunea arterială a mamei. Trebuie să fie la îndemână echipament pentru tratarea urgențelor, în caz că apar, iar persoana asistentă trebuie să fie destul de competentă ca să înțeleagă atunci când e cazul că este necesar un transfer la spital și să fie pregătită să îl efectueze fără întârziere. Decizia de a da naștere acasă nu este regula în Statele Unite sau în cele mai industrializate țări, deși pentru mulți părinți responsabili poate fi o alegere sigură și pertinentă. Persoane în măsură să

asiste o naștere există în toate cele cincizeci de state SUA, deși în unele comunități s-ar putea să fie nevoie să cauți mai mult o persoană adecvată și bine pregătită.

**HOMOFOBIA** Homofobia este definită drept teama de homosexuali, uneori într-o măsură extremă, care poate să devină patologică. Ca multe alte forme de discriminare, cum ar fi antisemitismul sau rasismul, homofobia este adesea exprimată de oameni care sunt furioși pe propria lor soartă și în loc să dea vina pe cei aflați într-o situație oarecare de putere, aleg drept țapi ispășitori pe alții pe care îi urăsc și care nu pot să riposteze.

Ca toate fobiile, homofobia este legată adesea de necunoscut, deci este probabil să fie simțită de persoane care nu cunosc cu adevărat nici un homosexual. O parte a fricii lor manifeste este aceea că homosexualii încearcă să seducă heterosexualii, deși asta nu va pune în pericol nici o persoană care este cu adevărat heterosexuală. Totuși, de vreme ce homofobia poate fi legată și de o frică interioară de propriile tendințe homosexuale, pe care homofobul se teme să o recunoască chiar și față de sine însuși, amenințarea unei asemenea seduceri are potențialul de a institui o teroare în homofob. Adesea, persoana homofobă va exagera în declarațiile sale de ură împotriva homosexualilor, temându-se efectiv că dacă ar acționa cu bunăvoință față de aceștia, restul lumii o va considera homosexuală. Atunci când diferite evenimente din viața lor îi vor împinge la extreme, homofobii vor încerca să inducă rău fizic la adresa homosexualilor.

Epidemia de SIDA care a lovit comunitatea homosexualilor a dat naștere unui val de homofobie, în parte datorată fricii individului de SIDA în sine, iar în parte datorită homofobiei proprii latente. SIDA se poate transfera prin contactul sexual cu orice persoană infectată, dar atingerile obișnuite nu pot transmite boala, așa că această scuză pentru înclinările homofobice nu este justificată.

## **HOMOSEXUALITATEA**

**Cauze și teorii.** Cauzele homosexualității masculine și feminine se tot dezbat de cel puțin două mii de ani. Deși întrebarea ce îi face pe oameni să fie homosexuali pare să fie simplă la prima vedere, răspunsul ei este învăluit în controverse. De pildă, nu a fost încă tranșată disputa între „esențialiști” și „construcționiști”. Esențialiștii spun că o identitate homosexuală (în contrast cu comportamentul homosexual) a existat dintotdeauna, deci ei stabilesc o origine biologică. Pe de altă parte, construcționiștii cred că ideea de a fi homosexual, cineva diferit de alți oameni, este relativ nouă, apărând doar în ultimele câteva sute de ani. Nici una dintre cele două teorii nu neagă că a existat dintotdeauna un comportament homosexual și că există înregistrări și desene ale comportamentului homosexual vechi de mii de ani. Chestiunea care se ridică este dacă în acele timpuri vechi acești oameni se considerau pe ei înșiși ca fiind deosebiți de alți contemporani — așa cum gândim în zilele noastre despre a fi „homosexual”.

Cea mai veche teorie biologică a fost propusă de Aristotel, care a scris că bărbații cărora le place să fie sodomiți au un nerv suplimentar de-a lungul măduvei spinării și care se termină în rect. Stimularea rectului duce la plăcere în timpul CONTACTULUI ANAL. Este interesant de remarcat că Aristotel nu a găsit necesar să explice comportamentul părții active. Cea mai veche teorie psihologică a fost formulată de doctorii perși, care au sugerat că preferința unui bărbat pentru băieți, mai degrabă decât pentru femei, depinde de modul în care acesta a învățat să se masturbeze. Bărbații care își țin strâns penisurile ajung să le placă băieții, iar cei care le țin mai puțin strâns vor prefera femeile.

Oricât de încântătoare par să fie aceste teorii, ele sunt incorecte. Dar în ultima sută de ani au fost expuse și alte teorii biologice și sociale despre cauzele homosexualității. În timpul ultimei jumătăți a secolului nouăsprezece, a dominat explicația biologică. Homosexualitatea, atât la bărbați, cât și la femei, a fost considerată o formă de degenerare care în cele din urmă va duce la nebunie. În secolul nostru, în special după al doilea război mondial, popularitatea explicațiilor biologice s-a diminuat, ele fiind înlocuite de o serie de explicații psihanalitice. Dar explicațiile biologice au căpătat de curând un nou avânt.

Sigmund Freud, părintele psihanalizei, credea că homosexualitatea la un bărbat se dezvoltă atunci când, băiat fiind, el se identifică mai degrabă cu mama lui decât cu tatăl, asta în jurul vârstei de cinci-șase ani. În anii 1940, alți psihanalisti au sugerat că o anumită constelație familială va produce homosexuali. Ei au spus că bărbații homosexuali sunt împotriva femeilor datorită mamelor lor, care îi copleșeau emoțional, în timp ce tații lor le erau ostili. Nu există nici o dovadă că vreuna dintre aceste teorii psihanalitice ar fi corectă. Dimpotrivă, există dovezi destul de serioase care arată că sunt incorecte. Cu toate acestea, există încă oameni care cred în ele.

Cea mai mare parte a cercetărilor din ultimii douăzeci și cinci de ani s-au concentrat asupra originilor biologice ale comportamentului homosexual și includ studii asupra hormonilor, genelor și anatomiei. Cercetările hormonale au studiat deosebirea între androgenii (hormonii masculini) și estrogenii (hormonii feminini) de la homosexuali și heterosexuali. Deși rezultatele nu au arătat nici o deosebire între cele două grupuri, adesea clinicienii le-au administrat injecții cu androgeni homosexualilor bărbați, în credința că un plus de masculinitate îi va aduce de la starea homo la normal (adică la heterosexuale). Metoda nu a reușit.

Studiile genetice s-au concentrat asupra ratei de concordanță în orientarea sexuală la gemeni, atât la cei monoziagoți (formați din același ovul), cât și la cei dizigoți (formați din două ovule distincte). De vreme ce gemenii monoziagoți (identici) au exact aceeași zestre genetică, dacă orientarea sexuală este moștenită, atunci acești gemeni vor avea exact aceeași orientare sexuală (o rată de concordanță de 100%). Pe de altă parte, gemenii dizigoți ar trebui să aibă o rată de concordanță mai mică. Rezultatele acestor studii au arătat o rată de concordanță a homosexualității de 50 până la 55% la gemenii monozigotici, cam 20% la gemenii dizigoți și numai aproximativ 8% între frați și surori. Prin urmare,

s-a stabilit că există un puternic factor genetic, dar acesta nu este răspunzător pentru toate cazurile. Trebuie să existe și altceva decât ereditatea.

Studiile anatomice au urmărit structurile din creier, la homosexuali și la heterosexuali. În unele cazuri, sau descoperit deosebiri, dar originea acestor deosebiri este necunoscută. Este posibil ca ele să fi început în stare prenatală. Un cercetător a sugerat că deosebirile de structură a creierului între homosexuali și heterosexuali încep la aproximativ patru sau cinci luni de gestație, iar o dată stabilite ele nu se mai schimbă. În acest moment, acest tip de cercetare se bazează însă pe foarte multe speculații.

Mulți bărbați se simt foarte bine știind de aceste studii, dar multe lesbiene sunt deranjate. Unele lesbiene consideră că homosexualitatea lor este o alegere, nu o condiționare anterioară și în mod sigur nu un impuls biologic. Unele susțin că au ales lesbianismul din motive politice, drept o metodă de a contracara societatea patriarhală (vezi și BISEXUALITATEA; VIAȚA HOMOSEXUALILOR ȘI LESBIENELOR).

**Atitudini culturale.** Atitudinile individuale privitoare la homosexualitate se nasc din credințele culturale ale societății în ansamblu, își au rădăcinile în etnicitate, în tradiție, religie și clasele sociale. În societate sau la nivel de grup cultural poate să existe o variație considerabilă a acceptării sau tolerării homosexualității, totuși istoricii au notat schimbări substanțiale în atitudinile de grup, în timp.

În unele țări există acum o acceptare ca și completă a homosexualității. De exemplu, spre sfârșitul anilor 1980, în Danemarca a fost adoptată o lege care permitea cuplurilor homosexuale să se căsătorească legal. Deși nu recunosc legal căsătoria, în Olanda, Norvegia și Suedia relațiile homosexuale sunt în general respectate și sunt încorporate în structura socială. Cu toate acestea, chiar și în aceste țări mulți homosexuali încă simt nevoia să își ascundă adevăratele înclinații, în vreme ce în alte țări comportamentul homosexual este pedepsit aspru.

În Statele Unite, atitudinile legale față de homosexualitate variază de la stat la stat. Două state (Massachusetts și Minnesota) și multe orașe au adoptat norme de interzicere a discriminării contra homosexualilor, în vreme ce în alte zone de jurisdicție (de exemplu, Georgia) contactele homosexuale sunt pedepsite prin lege. totuși, legile împotriva comportamentului homosexual sunt rareori aplicate, iar când există cazuri trimise spre judecată, se descoperă că legile nu se pot aplica.

Atitudinile religioase variază după religie, după condițiile locale și perioada istorică. De pildă, Biserica Episcopaliană și-a exprimat de curând susținerea pentru preoții bărbați și femei care se declară deschis homosexuali, iar multe parohii au angajat asemenea preoți. În vreme ce majoritatea grupurilor baptiste consideră homosexualitatea un păcat, o biserică baptistă a angajat recent un pastor homosexual declarat. La ora aceasta, Biserica Catolică tratează homosexualitatea ca pe un păcat; totuși, în Evul Mediu timpuriu romano-catolicii nu vedeau nici un rău grav în comportamentul homosexual (Vezi cartea lui Boswell *Christianity, Homosexuality, and Social Tolerance*). Cum se vede,

tabu-urile despre care unele religii stabilite spun că decurg din Biblie nu au fost considerate niște păcate în interpretări anterioare ale scrierilor biblice.

Deși literatura de specialitate de început considera sentimentele și comportamentul homosexual drept anormale și un semn de dezvoltare psihică incompletă, în anii 1970 mulți psihiatri și-au schimbat atitudinea. În loc să considere homosexualitatea o boală, ei au ajuns să o considere o varietate normală (dar minoritară) a comportamentului sexual uman. Această decizie a rezultat dintr-o abordare științifică nouă, care a tratat cu rezervă părțirile din „studiile” mai vechi asupra homosexualilor (efectuate în principal de psihiatri care au studiat homosexuali evident tulburați de situația lor în societate) și din tot mai multe date antropologice și biologice asupra varietății sexuale în societăți și în multe specii de mamifere. Totuși, reclasificarea aceasta rămâne în continuare contestată de o minoritate de psihiatri. În ciuda schimbării de atitudine, mulți homosexuali sunt obsedați de sentimentele și dorințele, sau de comportamentul lor; dată fiind marea răspândire a atitudinilor anti-homosexuale din cadrul societății, ei pot fi diagnosticați ca suferind de „homosexualitate ego-distonantă).

Antropologii (de pildă *Coming of Age in Samoa* a lui Mead) și istoricii (*Christianity, Sociology, and Homosexuality* a lui Boswell) au scris că în alte societăți contactele homosexuale sunt normale și firești. În Grecia Antică, homosexualitatea era o practică obișnuită; totuși, relațiile bărbat-bărbat presupuneau în general un adult mai în vârstă care iniția și menținea relații active cu bărbați mai tineri. Rolul pasiv al bărbaților mai în vârstă era condamnat și descurajat.

În măsura în care societatea și cultura în ansamblu își vor păstra atitudinile negative la adresa lor, persoanele homosexuale vor fi mai puțin dornice și dispuse să se releve (vezi REVELAȚIA) și pot să rămână „la cutie”. Atitudinile negative acute în privința homosexualilor pot să le limiteze grav capacitatea de a își recunoaște, de a accepta și de a își exprima sentimentele interioare, creând astfel confuzie sau chiar auto-blamare. Dacă atitudinile negative ale societății sunt puternic interiorizate, homosexualii pot să ajungă fie la depresie psihică, fie la sinucidere. Preponderența mare a acestor două fenomene a fost bine documentată între bărbații homosexuali din zona Golfului San Francisco. Această preponderență este mai degrabă un efect al HOMOFOBIEI (teama sau atitudinea negativă a societății în privința homosexualilor) decât al homosexualității în sine. (Totuși, aceste descoperiri pot fi și rezultatul unei atitudini părtinitoare introduse în eșantioanele pentru respectivele studii.)

Comportamentul suicidar este și mai comun în rândul adolescenților homosexuali, ceea ce a dus la apeluri pentru o mai bună educație în rândul tinerilor în privința naturii homosexualității și a varietății obiectivelor sexului uman. În sfârșit, există de mult dovezi asupra unei ostilități și violențe îndreptate împotriva homosexualilor: atacurile fizice la adresa homosexualilor și a lesbienei au crescut de la declanșarea epidemiei de SIDA.

Deoarece schimbarea atitudinii populare este posibilă prin educație, comportament responsabil al conducătorilor și prin lege și deoarece studiile arată că mulți bărbați și femei vor fi atrași

sexual de propriul lor sex, se pare că este în interesul societății să dezvolte atitudini mai sănătoase în privința homosexualității. Asemenea atitudini vor duce la diminuarea violenței față de persoanele din minoritățile sexuale, vor fi încurajate relațiile sănătoase și pe termen lung, va scădea numărul de parteneri sexuali și transmiterea bolilor pe cale sexuală, va diminua nevoia lor de a-și ascunde sentimentele și relațiile. În sfârșit, se va micșora numărul de cazuri de depresie și de sinucidere care pot rezulta din confuzia asupra identității sexuale, lipsa de respect propriu și senzația de izolare. Atitudinile negative ale societății nu afectează numai homosexualii, ci și întreaga societate.

**Tehnicile sexului bărbat-bărbat.** Practicile sexuale bărbat-bărbat includ un evantai larg de activități. Unele sunt absolut sigure din punctul de vedere al BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ, inclusiv în ce privește virusul uman al imunodeficienței dobândite, HIV, sau în ce privește rănirea fizică; altele, în special în lipsa protecției unui prezervativ, sunt fie riscante, fie de-a dreptul periculoase.

Spectrul practicilor homosexuale la bărbați începe cu partea sigură, cu VOYEURISMUL – privirea altora în timp ce fac sex. Pentru mulți bărbați homosexuali, această activitate sexuală indirectă este producătoare de plăceri extreme și poate deveni unicul lor scop sexual, sau poate fi însoțită de propria lor MASTURBARE, posibil până la ORGASM. Deși în cea mai mare parte a societății voyeurismul este considerat în general ca o brutală invadare a intimității cuiva, mulți bărbați homosexuali sunt doritori să fie văzuți, iar unii chiar sunt excitați de ideea că sunt observați în timp ce fac sex.

Altă activitate frecvent practică de bărbații homosexuali este masturbarea în grupuri de doi sau mai mulți. Aceasta poate fi o masturbare proprie, în prezența altora, sau o masturbare reciprocă, inclusiv în „cicluri”, când un bărbat îl masturbează pe următorul și așa mai departe. În epoca SIDA, în cele mai multe orașe mari din SUA și din Europa s-au înființat cluburi care oferă un mediu în care bărbații homosexuali se pot masturba împreună. Cele mai multe cluburi au reguli stricte: penisurile pot fi atinse doar cu mâna, fără a fi introduse în gură sau în anus.

SĂRUTUL este pentru mulți bărbați homosexuali la fel de erotic ca pentru heterosexuali. Totuși, pentru unii homosexuali sărutul este respingător, deși sunt doritori să se angajeze în sex oral-penian sau oral-anal. Pentru alți homosexuali, sărutul poate fi principalul lor scop sexual.

Frecarea corpului este o altă tehnică sexuală. Aceasta este considerată în general o activitate sexuală sigură, în care doi bărbați, adesea în asocieră cu sărutul, se strâng în brațe și își freacă trupurile și în special penisurile unul de altul, adesea până la orgasm.

Poate cel mai comun tip de sex între bărbați este FELAȚIA – sexul oral-penian. Ca cele mai multe comportamente sexuale, aceasta poate fi scopul sexual principal sau poate fi preludiul altor forme de activitate sexuală. O formă particulară de felație este „POZIȚIA ȘAIZECI ȘI NOUĂ”, deoarece această poziție (două corpuri cu capetele la pubis) arată ca numerele „6” și „9”. În această poziție, două persoane pot să își lingă, să sărute sau să sugă organele genitale ale partenerului pentru a provoca

plăcere până la punctul orgasmului. În general, se crede că ejacularea în gura partenerului face mai probabilă transmiterea de boli sexuale, inclusiv a virusului HIV. De aceea, în ultimii ani partenerii au început să evite această tehnică.

Gura, buzele și limba pot fi de asemenea aplicate pe alte părți ale corpului bărbatului, inclusiv testiculele, anusul, sfârcurile, urechile, buricul, picioarele și mâinile. Asemenea activități sexuale sunt relativ lipsite de riscuri, cu excepția contactului oral-anal, care are potențialul de a răspândi boli cum ar fi hepatita A și dizenteria amoebiană.

Din formele cele mai comune ale sexului homosexual la bărbați, poate cea mai riscantă pentru transmiterea HIV este sexul penian-anal. Acesta are loc atunci când penisul unui bărbat este inserat în anusul partenerului și apoi stimulat cu o serie de mișcări de împingere, menite să ducă la orgasm. Aceasta produce plăcere nu numai penetratorului: cei mai mulți dintre receptori simt o plăcere intensă să fie penetrați și să aibă PROSTATA și rectul stimulate pe această cale. Se crede că pericolul de STD și de HIV în această activitate provine atât din materialul ejaculat, cât și din sensibilitatea mucoasei rectale, care fi foarte ușor zgâriată sau iritată, permițând un acces ușor la fluxul sanguin. Deși mulți încearcă să ejaculeze în afara corpului, dorința de a rămâne în anusul partenerului poate fi foarte puternică, plus că există posibilitatea ca mici cantități de fluid emise înainte de ejaculare să fie capabile să răspândească infecția. Folosirea prezervativului pentru a bloca transmiterea de HIV și de alte infecții este foarte recomandabilă.

O proporție relativ redusă dintre bărbații homosexuali se angajează în ceea ce până și homosexualii numesc perversiuni: „sporturi acvatice”, în care unul din parteneri urinează pe celălalt; „pumnul”, în care unul introduce mâna (pumnul) în rectul celuilalt; fetișuri; „S&M (SADO-MASOCHISM) și/sau legare”, incluzând loviri, folosirea unor biciuri, eșarfe, cătușe etc. (vezi și TEHNICI SEXUALE LESBIENE).

**HOMOSEXUALITATEA ȘI TERAPIA SEXUALĂ** Foarte puțini terapeuți ai sexului sau psihoterapeuți cred în continuare că homosexualitatea poate fi „tratată”, obiectivul fiind schimbarea orientării sexuale a clientului către heterosexualitate. Puținii terapeuți care cred acest lucru sunt de obicei asociați unor organizații religioase fundamentaliste și abordarea lor este în general ajutarea homosexualilor care, pe considerente religioase, vor să înceteze activitatea homosexuală și să intre în schimb într-o relație heterosexuală. Criticii acestui tip de terapie argumentează că acești terapeuți pur și simplu își ajută clienții să își reprime adevărata orientare, cea homosexuală, și să acționeze „ca și cum” ar fi heterosexuali.

Cei mai mulți terapeuți din curentul principal acceptă orientarea sexuală a clienților lor și tratează problemele emoționale și sexuale ale homosexualilor în exact același mod cu cele ale heterosexualilor. Astfel, atunci când un cuplu sau un individ homosexual intră în biroul unui terapeut cu

o problemă de relație sau cu o disfuncție sexuală, ei sunt tratați cu aceleași tehnici de tratament ca și heterosexuali. În loc să încerce să influențeze comportamentul homosexual, cei mai mulți terapeuți sexuali renumiți tratează problemele care li se pun.

**TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ** Hormonii sunt substanțe chimice produse de glandele corpului. Unii reglează metabolismul, iar alții, hormonii feminini, reglează ciclul menstrual. La femei, cei doi hormoni principali, specifici funcțiilor feminine, sunt ESTROGENUL și PROGESTERONUL. Estrogenul joacă și un rol-cheie în menținerea sănătății inimii, sângelui și oaselor femeii.

MENOPAUA este momentul din viața unei femei mature în care OVARELE încetează să producă estrogen și progesteron și în care ea încetează să mai aibă perioade menstruale. (Totuși, unele femei ajung la o menopauză „artificială”, dacă ovarele lor sunt înlăturate chirurgical sau făcute inactive, tot chirurgical). Estrogenul este produs și de celulele din țesuturile grase ale organismului, astfel încât chiar și la menopauză nivelul de estrogen nu ajunge niciodată la zero. Cu toate acestea, e vorba de un nivel foarte redus, insuficient pentru a proteja femeia de osteoporoză sau de boli de inimă.

Atunci când nivelul de estrogen scade, aproape toate femeile vor avea simptome corespunzătoare. Cele mai obișnuite dintre acestea sunt BUFEURILE. Acestea sunt o senzație bruscă de căldură, care se răspândește în tot corpul, iar pielea se va înroși și va transpira. Aceste senzații durează rareori mai mult de douăzeci de minute, și pot să survină de mai multe ori într-o perioadă de douăzeci și patru de ore. Adesea, bufeurile apar noaptea, întrerupând somnul.

Țesutul care învelește vaginul, mucoasa vaginală, reacționează de asemenea la niveluri scăzute ale estrogenului. Celulele produc mai puțini agenți de LUBRIFIERE, țesutul devine mai subțire, iar la contactul sexual pot să apară mâncărimi, arsuri sau dureri.

Osteoporoza (scăderea accelerată a densității oaselor) este altă consecință a scăderii nivelului estrogenului. După menopauză, unele femei prezintă risc crescut de fractură de șold, de încheietură a mâinii sau la coloana vertebrală. Aceasta se datorează unei pierderi mari de calciu din oase, care le face să se rupă mai ușor. Cele mai expuse pericolului a face osteoporoză sunt femeile albe slabe, dar orice femeie aflată după menopauză este supusă riscului. Fumatul și lipsa de exercițiu fizic agravează procesul, ca și alimentația neadecvată.

Femeile au rareori atacuri de cord înainte de menopauză. Estrogenul are un efect protector asupra arterelor, inimii și restului aparatului circulator. Estrogenul ajută la menținerea nivelului colesterolului „bun”, HDL și la reducerea nivelului de colesterol „rău”, LDL. După menopauză și fără o înlocuire a estrogenului sub formă de pilule, atacurile de cord sunt mult mai obișnuite.

De obicei, menopauza este precedată de perioade menstruale neregulate. O femeie poate să treacă peste menstră o lună sau două, sau sângerarea poate să se oprească brusc, sau cantitatea poate

să fluctueze. Terapia hormonală începe la menopauză sau mai devreme dacă o femeie prezintă simptomele premergătoare menopauzei. Dacă unei femei i-au fost extirpate ovarele pe cale chirurgicală, ea va începe imediat terapia hormonală.

Terapia cu estrogen singură poate stimula învelișul uterului (endometru), dar în același timp crește incidența cancerului la acest înveliș. Pentru a anula acest efect, la regimul de terapie hormonală se adaugă și estrogen.

Există o largă paletă de metode folosite pentru înlocuirea hormonilor. Una poate consta într-un ciclu de douăzeci și cinci de zile de estrogen, adăugând și progesteron în ultimele zece zile ale perioadei, iar apoi urmând o perioadă de cinci-șase zile fără administrare de hormoni. Cele mai multe femei vor avea o perioadă menstruală cât timp nu li se administrează hormonii. Această sângerare este regulată și de obicei ușoară. Altă metodă este aceea a administrării zilnice de estrogen și progesteron, fără un interval lipsit de hormoni. Folosind această metodă, unele femei au mici hemoragii, iar altele vor avea nici un fel de hemoragie. Există pilule cu estrogen și progesteron, ca și forme de aplicare direct pe piele, care conțin estrogen. Hormonii pot fi administrați și prin injectare.

Ori de câte ori o femeie are după menopauză hemoragii neregulate, trebuie efectuată o biopsie endometrială. Astfel se va vedea dacă hemoragia este sau nu datorată unor celule anormale sau unui cancer uterin.

Cu puține excepții, aproape toate femeile pot beneficia de tratamentul de substituție hormonală în anii de menopauză. Terapia de înlocuire a estrogenului după menopauză elimină bufeurile, ajută la întârzierea dezvoltării osteoporozei, reduce riscul de boli cardiovasculare, corectează subțierea țesutului vaginal și ajută femeia să trăiască după menopauză niște ani frumoși și plăcuți.

Există rapoarte care spun că femeile care folosesc terapia de înlocuire hormonală au o probabilitate puțin mai mare de cancer mamar. Totuși, relația nu a fost demonstrată destul de convingător și orice femeie îngrijorată de acest risc ar trebui să își consulte doctorul (vezi și AMENOREEA; MENSTRUATIA).

**HORMONII** Mesagerii chimici ai corpului, numiți hormoni, sunt secretați de glandele endocrine. Glandele endocrine principale includ pancreasul, care secretă insulina, hormonul care reglează utilizarea zahărului de către celulele corpului nostru; gonadele, care secretă hormonii sexuali, care reglează reproducerea; și tiroida, care secretă tiroxina, hormonul care reglează metabolismul. Reglarea creșterii corporale, a reproducerii și multe funcții metabolice, cum ar fi utilizarea energiei, sunt realizate de secrețiile hormonale. Hormonii sunt eliberați de sistemul endocrin într-un ritm lent și constant și fiecare dintre ei ajunge la țintă prin sânge. Acest mecanism este diferit de cel al celui alt sistem regulator, sistemul nervos, care transmite semnale electronice din celulă în celulă, în fracțiuni de

secundă. Mesajele chimice au nevoie de câteva minute sau chiar de ore ca să fie receptate și să își facă efectul, iar efectele lor sunt de obicei de lungă durată.

Glandele endocrine însele sunt reglate printr-un mecanism complex numit „feedback”, sau reacție inversă. Atunci când activitatea țesutului ca reacție la hormon ajunge la un nivel critic, informația este trimisă înapoi la glanda endocrină reglatoare, care își reduce activitatea. Glandele endocrine pot să reacționeze la creșteri ale activității țesutului-țintă prin descreșterea propriei activități sau reacționează la descreșterea activității țesutului-țintă printr-o creștere a activității proprii.

Există multe clase de structuri chimice care sunt definite ca hormoni. Cei mai comuni hormoni sunt fie mici peptide, molecule steroide sau proteine complexe. În termeni evoluționiști, steroizii sunt probabil cei mai vechi hormoni folosiți de corp. Ei există în mai toată lumea vertebratelor, funcționând și la pești, ca și la mamifere. Structura steroidului este simplă și ușor de recunoscut de către celula care va reacționa la hormon.

Hormonii interacționează cu celulele corpului prin structuri celulare numite receptori. Receptorii sunt astfel alcătuiți încât numai un hormon specific se va cupla la un receptor specific, precum o broască cu o cheie. Dacă o celulă nu are un receptor hormonal specific, ea nu va reacționa la un hormon. Receptorii se află atât în membrana celulei, cât și în interiorul acesteia. Receptorii din membrană se cuplează la hormonii care nu intră în celulă. O dată legat hormonul de receptor, receptorul își schimbă forma, deci este activat. Receptorul activat transferă stimulul din afara peretelui celular în interiorul celulei și produce o reacție. Adesea, reacția va fi o creștere a producției proteinice sau producția unui metabolit anume. Răspunsul poate să afecteze și cantitatea de enzime aflate într-o anumită reacție din celulă, mărin­d rata de reacție. Produsul final poate fi o proteină care va crește sau va descrește metabolismul, sau ar putea fi chiar un alt hormon.

Controlul hormonal se află la multe niveluri ale funcției reproductive. Hormonii stimulează dezvoltarea gonadelor, producția de spermatozoizi și de ovocite (ovule), ca și caracteristicile sexuale secundare. Tot ei joacă și un rol în reglarea comportamentului sexual și a LIBIDULUI (vezi și AMENOREEA; ESTROGENUL; TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ; IMPOTENȚA; GLANDA PITUITARĂ ȘI SECREȚIA HORMONALĂ; PLACENTA; PROGESTERONUL; TESTICULELE; TESTOSTERONUL; VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ).

**NAȘTEREA LA SPITAL** La începutul secolului 20, majoritatea copiilor se nășteau în casă, cu MOAȘELE pe post de asistente la naștere. Doar o mică parte a copiilor erau născuți cu asistența unui doctor. Dar în 1935 în Statele Unite 35% din copii se nășteau în spitale. Proporția de nașteri în spital a crescut la 88% în 1950 și a ajuns la un maxim de 99% la începutul anilor 1970. Astăzi, cele mai multe femei aduc copii pe lume în mod tradițional într-un spital, în care există unități pentru travaliu și pentru naștere. Totuși, în ultimii ani au apărut versiuni alternative pentru naștere, în privința unității, a

asistenței la naștere și a gradului în care se folosește tehnologia. În unitățile tradiționale, femeile sunt în camerele de travaliu atunci când sunt în travaliu și apoi se deplasează ca să nască în sala de nașteri, care seamănă foarte mult cu o sală de operație. Alternativele includ camere de naștere în spital, cunoscute și drept camere de travaliu/naștere (LDR) Aceste camere sunt de obicei localizate în unitatea tradițională de travaliu, dar constituie un compromis între instalația spitalicească tradițională și un centru de nașteri din afara spitalelor. Camerele LDR sunt de obicei mobilate și au un aspect de cameră de locuit. Atunci când se apropie nașterea, ele pot schimbate, pentru a semăna cu tradiționalele camere de naștere. Dacă nașterea va fi normală, mamele nasc în aceeași cameră în care a avut loc travaliul, iar copiii stau după aceea, de obicei, cu mamele lor. Mamele și copii sunt apoi transferați la unitățile post-naștere. Mai recent, au apărut unități în care travaliul, nașterea și odihna post-naștere au loc în aceeași cameră, mama stând cu copilul peste noapte, plecând împreună. Alte opțiuni pentru naștere includ centre de nașteri care depind de spital, dar care sunt separate, ca și maternități separate, care nu sunt legate în nici un fel de un spital general. Doar puține femei aleg să nască acasă (vezi NAȘTEREA ACASĂ).

Avantajul principal al nașterii copilului la spital, în comparație cu nașterea acasă, este că acolo este la îndemână echipament care asigură cel mai bun rezultat pentru mamă și copil. Acesta include aparatură pentru monitorizarea fătului și echipament pentru operații cezariene. Dacă mama va suferi complicații, profesioniști antrenați vor putea să o ajute. Dacă este nevoie de o OPERAȚIE CEZARIANĂ, o sală de operații este foarte aproape și nu se va pierde timp prețios cu transportul. În plus, dacă nou-născutul are o problemă, alți doctori, inclusiv pediatri, pot fi chemați să se ocupe de ea.

**BUFEURILE** Sunt un simptom acut și obișnuit al menopauzei. Cunoscute și sub numele de îmbujorări, ele sunt caracterizate printr-o senzație bruscă de căldură intensă, urmată de o înroșire a părții superioare a corpului, transpirație abundentă și adesea și palpitații cardiace. O senzație de presiune în cap poate să marcheze începutul unui bufeu. Senzația efectivă de căldură sau chiar de arsură este centrată pe față, gât și trunchiul superior; uneori este însoțită de înroșiri ale unor zone ale pielii și îndată după aceea și de izbucniri ale unor transpirații intense. Atât senzația de căldură, cât și transpirația se propagă mai apoi pe tot corpul. Amețeli, o pierdere a realității, oboseală, greață și durere de cap sunt unele dintre simptomele mai puțin frecvente care însoțesc bufeurile. Bufeul se încheie în mod tipic cu un frison rece.

Bufeurile tulbură și deranjează; senzația de căldură forțează femeile să își facă vânt, să dea la o parte pătura, să se dezbrace, să deschidă fereastra. Deoarece bufeurile survin mai ales noaptea, ele sunt numite și „nădușeli de noapte”. De obicei, femeile se trezesc din cauza senzației neplăcute și prin urmare vor suferi de insomnie, somnolență, lipsă de concentrare.

Lungimea medie a unui bufeu este de aproximativ patru minute, dar ea poate să varieze de la câteva secunde la zece minute. Unele femei pot avea bufeuri o dată sau de două ori pe oră, în vreme ce altele pot să aibă o dată sau de două ori pe săptămână. În timpul anului care urmează după ultimul ciclu, 75% dintre femei vor avea bufeuri. Între acestea, 82% vor avea simptomele pe o perioadă mai lungă de un an, iar 25 până la 85% vor continua să aibă episoade repetate de bufeuri timp de peste cinci ani. Puține femei se mai plâng de acest fenomen la zece ani după menopauză.

Senzația subiectivă de căldură intensă este asociată cu schimbări fiziologice, cum ar fi o creștere a temperaturii pielii și o scădere a temperaturii interne a corpului. Aceste schimbări au loc chiar înainte de apariția bufeului în sine și dispar câteva minute după acesta.

Deoarece atât femeile aflate la menopauza naturală cât și cele cărora li s-au extirpat ovarele (menopauză chirurgicală) suferă de bufeuri, oamenii de știință cred că apariția lor se datorează nivelului redus de hormoni sexuali feminini. Temperatura corporală este controlată de centri regulatori din creier care acționează ca niște termostate cu o anumită temperatură prestabilită. Atât menopauza naturală cât și cea chirurgicală duc la o reducere a nivelului de estrogen, care va declanșa o scădere drastică a punctului de termoreglare. Mecanismele care induc pierderea de căldură, cum ar fi transpirația și încălzirea, aduc temperatura interioară a corpului la noul nivel stabilit.

Deoarece este cel mai probabil ca bufeurile să fie rezultatul dispariției estrogenului, tratamentul cel mai comun și mai eficient este înlocuirea estrogenului. Acesta reduce bufeurile și în general îmbunătățește somnul. Totuși, deși estrogenul furnizează o ușurare temporară, el nu constituie o vindecare, iar simptomele vor continua în lipsa unui tratament continuu.

Au fost folosite și alte medicamente pentru a înlătura simptomele bufeurilor. Progestativele, cum ar fi acetatul de pomedroxyprogesteron (DEPO-PROVERA), sunt prescrise pacientelor care nu pot să ia estrogen. Medicamentul numit Clonidine sau Catapres, folosit împotriva hipertensiunii, este relativ eficient în ușurarea simptomelor. El este adesea folosit la femeile hipertensive, pentru că acestea au o mai bună toleranță la efectele lui secundare. Au fost încercați și alți agenți, cum ar fi tranchilizantele, sedativele și antidepresivele, ca și vitaminele E și K, alcaloizii de beladonă și suplimentele minerale; eficiența lor încă nu este cunoscută bine. Datorită potențialului lor de dependență și efectelor secundare, acestea nu sunt de obicei prescrise pentru tratarea bufeurilor (vezi și TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ).

Prezenta *Enciclopedia a sexului* a fost actualizată, pentru a include și elementele revoluționare numite Uprima și Viagra. Lucrând împreună cu o echipă formată din șaizeci de experți cu largă recunoaștere internațională — psihiatri, psihologi, sexologi, avocați, educatori — extraordinara dr. Ruth reușește să asambleze toate cunoștințele necesare unui om pentru a se putea numi alfabetizat în domeniul sexului. *Enciclopedia sexului* abordează toate aspectele sexualității, de la informația fundamentală, biologică, la toate problemele psihologice, culturale, legale și religioase ridicate. Limbajul este clar și ușor de înțeles, potrivit pentru cititori de la vârsta adolescenței în sus, fiind un element de referință ideal. Oricine a auzit de dr. Ruth știe că ea aduce o atitudine deosebită în subiectul întotdeauna controversat al sexului. Dorința ei de a educa și de a demistifica este evidentă în toate aspectele acestei *Enciclopedii a sexului*.

Renumita scriitoare Dr. Ruth K. Westheimer este autoarea multor cărți, între care *Heavenly Sex: Sexuality in the Jewish Tradition*, pe care Library Journal o consideră „foarte utilă, atât pentru evrei, cât și pentru ne-evrei”.

Dr. Westheimer, care trăiește în New York, este în permanentă activitate, având apariții la TV și la radio, pe lângă conferințele pe care le ține în Statele Unite și în străinătate.

p. 145

## **VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI DOBÂNDITE — Vezi SIDA.**

**HIMENUL** — O membrană situată la deschiderea vaginului femeii. Forma lui este extrem de variabilă; poate să lipsească aproape în întregime, să lase o deschidere care permite intrarea unuia sau a două degete în vagin, sau uneori formează o barieră a deschiderii vaginale. În ciuda acestei variații, prezența unui himen intact (numită adesea „capul fecioriei” în literatura din trecut, sau „cireasă” în argou) a fost considerată dovada virginității femeii în multe culturi tradiționale care prețuiesc acest lucru. Într-adevăr, „dovada” unui himen intact — uneori așternutul de pat pătat cu sânge de pasăre — este în continuare cerută fetelor și femeilor în unele culturi tradiționale, atunci când se căsătoresc.

În America și în alte țări occidentale mai toată lumea acceptă că o femeie poate fi lipsită de himen la primul contact sexual din viața ei; himenul poate să fie întins sau rupt ca rezultat al practicării sporturilor intense, sau ca urmare a inserării degetelor în vagin, sau pentru că — rareori — a fost tăiat chirurgical. Atunci când o femeie are himenul intact la primul ei contact, acesta va fi de obicei întins sau sfâșiat la penetrarea penisului bărbatului în vagin, cauzând posibile dureri și mici hemoragii. Dacă femeie este îngrijorată de această posibilitate, ea poate de obicei să întindă himenul cu degetele sau să ceară unui chirurg să taie membrana.

În rare cazuri, himenul poate să blocheze deschiderea vaginală, fie complet fie aproape complet. Atunci când fetele cu asemenea vagin încep să aibă menstruație, scurgerea sângelui din vagin va fi împiedicată, determinând dureri pelviene progresive. Problema se rezolvă de obicei printr-o incizie (vezi și ORGANELE SEXUALE FEMININE; VIRGINITATEA).

**HIPERSEXUALITATEA** Termenul de „hipersexualitate” este folosit pentru a descrie întregul spectru de situații descrise mai familiar prin cuvintele PROMISCUITATE, SATIRIASIS, NIMFOMANIE, obsesie sexuală și erotomanie. Astăzi, expresia definitorie este tot mai des aceea de comportament sexual compulsiv (CSB, Compulsive Sexual Behaviour).

*Forța motrice a comportamentului sexual compulsiv este nevoia persoanei de a-și reduce anxietatea; comportamentul sexual implicat este mai puțin important. El poate fi considerat parafilic (dependent de practicile sexuale neobișnuite) sau non-parafilic. Deși comportamentul non-parafilic este în mod general acceptat drept comportament sexual „normal”, indivizii care suferă de hipersexualitate vor aduce acest comportament la extreme patologice. Un exemplu ar putea fi MASTURBAREA, acceptată în general drept un comportament normal, dacă nu este continuată non-stop și după ce s-a ajuns la orgasm, sau până se ajunge la răni și dureri.*

Totuși, unele forme de comportament non-parafilic, chiar duse la extrem, ar putea fi considerate normale atunci când survin în cadrul unor evoluții psihosexuale adecvate. De exemplu, adolescenții pot fi preocupați obsesiv de probleme sexuale multe luni la rând, iar o asemenea comportare poate să se repete episodic mai târziu în cursul vieții. Aici, factorul distinctiv este acela că în cele din urmă individul se va întoarce la un model comportamental sexual normal, deci comportamentul hipersexual există pentru un timp limitat.

Cele mai cunoscute exemple de CSB sunt acele stări patologice care se potrivesc cu grupul comportamental al parafileicilor. Aceste comportamente au și elemente conștiente, și inconștiente. Ele sunt caracterizate prin fantezii sexuale intense, constituie o pacoste pentru persoana în cauză și sunt copleșitor de constrângătoare prin intensitatea lor. Aceste comportamente sunt complet lipsite de sentimentul iubirii; singurul lor obiectiv este eliminarea unei anxietăți.

Comportamentele parafileice includ:

**EXHIBIȚIONISMUL:** expunerea organelor genitale în fața unor necunoscuți care nu bănuiesc nimic.

**FETIȘISMUL:** fantezii sexuale implicând obiecte materiale, cum ar fi pantofii unei femei;

**PEDOFILIA:** activități sexuale care implică un adult (pedofilul) și un copil;

**SADISMUL SEXUAL:** obținerea excitației sexuale impunând altora lucruri care vor duce la suferințe fizice sau psihice;

**MASOCHISMUL SEXUAL:** primirea de insulte, pedepse, torturi sau insulte, pentru a obține excitarea sexuală;

**VOYEURISMUL:** urmărirea pe ascuns a unor persoane care nu bănuiesc nimic în timp ce se dezbracă sau sunt angajate în activități sexuale;

**ZOOFILIA:** folosirea animalelor pentru sex.

Hipersexualitatea este o reacție la anxietatea cauzată de o boală psihică. Este o tentativă a minții de a se apăra împotriva unor neplăceri emoționale groaznice, care ar putea fi ușurate temporar printr-o activitate sexuală. Hipersexualitatea este o formă de boală obsesiv-compulsivă; nu este rezultatul vreunui dezechilibru hormonal, iar acești indivizi nu posedă o dorință sexuală de nivel înalt.

Tratamentele hipersexualității încă sunt în faza de testare. Deocamdată, nu există terapii precise sau preferate. Tratamentele folosite la ora aceasta pot să includă terapie comportamentală, terapii individuale sau de grup și/sau diverse medicații. Cea mai nouă clasă de antidepressive pare să fie promițătoare, deoarece acestea au efecte de diminuare a intensității impulsurilor sexuale. Antiandrogenii — medicamente care micșorează nivelul de hormoni sexuali masculini — au avut un succes limitat în tratarea acestor stări (vezi și EXHIBIȚIONISMUL; FETIȘISMUL; SADISMUL/MASOCHISMUL; VOYEURISMUL; ZOOFILIA).

**HISTERECTOMIA** Operația efectuată pentru a înlătura UTERUL femeii. Uterul este alcătuit din două părți: corpul (corpus) și COLUL UTERIN (gâtul). O histerectomie totală implică înlăturarea întregului uter (și corpul și colul). O histerectomie subtotală este o operație în care se înlătură numai corpul uterului, dar colul uterin rămâne pe loc. Uneori, în timpul histerectomiei se înlătură și TROMPELE UTERINE și OVARELE femeii. În aceste cazuri, procedura are denumirea medicală de „histerectomie cu salpingo-ovarectomie bilaterală”, ceea ce înseamnă îndepărtarea trompelor uterine și a ovarelor de pe ambele laturi.

Salpingo-ovarectomia (înlăturarea trompelor uterine și a ovarelor) poate fi efectuată și la histerectomia totală, și la cea sub-totală. În limbajul comun, această nomenclatură este confuză și de aceea se folosește termenul de histerectomie totală în mod eronat pentru a desemna o histerectomie totală și o salpingo-ovarectomie bilaterală, în timp ce termenul de histerectomie parțială ar fi o histerectomie totală fără înlăturarea trompelor uterine și a ovarelor. Această utilizare a termenilor este imprecisă și confuză.

O histerectomie radicală este procedura efectuată la unele tipuri de CANCER UTERIN. Această operație implică nu numai o histerectomie totală, ci și înlăturarea ligamentelor și a țesuturilor conjunctive care înconjoară uterul, ca și a vaselor limfatice care drenează uterul și a nodulilor limfatici în care se varsă acestea. De obicei, la o histerectomie radicală sunt înlăturate ambele trompe uterine și ovarele. Scopul histerectomiei radicale este acela de a trata cancerul care se limitează la pelvis. Atunci când celulele canceroase pornesc de la colul uterin, ele se propagă în țesuturile adiacente și, prin vasele limfatice, în ganglionii limfatici, prima linie a apărării corpului. În teorie, o histerectomie radicală are intenția de a înlătura tumoarea împreună cu zona primară de propagare, astfel încât să fie eliminate toate celulele canceroase.

Există câteva metode de a efectua histerectomia. Histerectomiile vaginale pot fi efectuate cu utilizarea simultană a unei proceduri laparoscopice, care ajută la înlăturarea țesuturilor ce nu sunt accesibile direct prin vagin. În plus, histerectomia sub-totală se poate efectua și ea prin proceduri laparoscopice, fără a fi nevoie de o incizie vaginală. O histerectomie abdominală este efectuată printr-o incizie chirurgicală în partea inferioară a abdomenului. Această incizie poate fi fie verticală fie transversală. Există multe motive pentru efectuarea histerectomiei abdominale, inclusiv eliminarea tumorilor mari și, dacă este posibil să existe un cancer, capacitatea de a evalua și a examina întregul abdomen pentru a se vedea răspândirea cancerului. La pacientele a căror situație a fost complicată de factori care au făcut uterul să fie cicatrizat sau aderent la alte structuri din abdomen, cum ar fi colonul sau intestinul subțire, abordarea transabdominală este necesară, pentru a permite chirurgului să efectueze o operație mai delicată. Avantajul major al abordării abdominale este acela că îi oferă chirurgului un câmp de vedere mare și un mai bun acces la structurile din interiorul abdomenului. Avantajul evident este că lasă o cicatrice vizibilă pe abdomenul inferior. Perioada de recuperare este ușor mai lungă după operația abdominală decât după cea vaginală.

Dacă uterul nu este aderent la alte structuri din abdomen și dacă nu este prea mare pentru a fi înlăturat în siguranță prin vagin, se poate efectua o histerectomie vaginală. În cadrul acestei operații se face o incizie în jurul colului uterin, separându-l pe acesta de vagin și de țesuturile adiacente. Apoi operația se extinde în abdomen prin vagin și se extrage uterul. Avantajul histerectomiei vaginale este că în general apar mai puține complicații, nu rămân cicatrice vizibile pe abdomen și perioada de recuperare este mai scurtă.

Histerectomiile se efectuează și pentru a se salva viața femeii sau pentru a corecta probleme serioase, care împiedică asupra activităților normale ale femeii și deci se urmărește îmbunătățirea calității vieții ei. Un exemplu al potențialului histerectomiei de a salva vieți este în cazurile de hemoragii uterine grave, care nu pot fi oprite prin medicație sau prin proceduri chirurgicale mai simple; hemoragiile vor fi rezolvate prin histerectomie. Un alt motiv ar fi eliminarea unor dureri pelviene care handicapează femeia și care pot fi datorate unor infecții grave, unei ENDOMETRIOZE simptomatice, sau unor dureri provocate de o fibromatoză uterină. Calitatea vieții unei femei poate fi îmbunătățită vizibil printr-o histerectomie menită să înlătore un uter deplasat, care și-a pierdut susținerea în cavitatea abdominală și atârână, astfel încât colul uterin poate să iasă în vagin.

Poate cea mai comună cauză a recurgerii la histerectomie este tratamentul tumorilor benigne ale uterului, numite fibromatoze. Fibromatoza poate deveni suficient de voluminoasă ca să interfereze cu funcția altor structuri din abdomen și să producă neplăceri și presiuni asupra vezicii urinare și a rectului. Ocazional, fibromatoza poate să producă dureri destul de intense pentru a necesita înlăturarea lor. Fibromatoza este asociată adesea și cu hemoragii abundente, care sunt un semn că ar putea fi nevoie de o histerectomie.

Endometrioza este o boală necanceroasă în care învelișul interior al uterului se dezvoltă în zone din afara cavității uterului. Acest lucru poate duce la dureri care pot ocazional să necesite o histerectomie. Alte cauze ale durerilor pelviene pot să includă infecții cronice ale ovarelor și ale trompelor uterine. Aceste infecții pot să cauzeze cicatrici sau aderențe care țin împreună structuri care în mod normal nu sunt conectate. Acest fapt poate produce neplăceri grave și ar putea să necesite o histerectomie pe post de tratament definitiv.

Dacă femeia nu a ajuns încă la MENOPAUZĂ și i s-au înlăturat ovarele, rezultatul va fi o menopauză chirurgicală. Aceasta poate să producă simptome neplăcute, cum ar fi BUFEURILE, transpirație, oboseală

cronică și uscăciune vaginală. TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ poate fi necesară pentru a reduce riscul de osteoporoză (subțierea oaselor) și de boli cardiovasculare.

Operațiile majore sunt în mod clar niște evenimente traumatizante; multe paciente trăiesc o depresie psihică câteva săptămâni după ele. O histerectomie indică limpede o renunțare definitivă la capacitatea de a face copii. Deoarece pentru multe femei nașterea unor copii, existența uterului și perioadele menstruale sunt indicații ale unei vieți feminine normale, înlăturarea uterului poate să fie asociată cu un fel de defeminizare.

Histerectomia poate să afecteze plăcerea femeii de a face sex, dar dacă o va scăpa de durerile puternice chiar o va ajuta să-și îmbunătățească viața sexuală.

**IMPOTENȚA** este un termen general folosit de pacienți, de mass-media și de comunitatea medicală pentru a descrie o varietate de probleme legate de **Disfuncțiile Sexuale Masculine (MSD)**. Atunci când cineva discută despre impotență, fie că discuția se poartă între prieteni, fie în cabinetul unui doctor, s-ar putea să treacă un timp până subiectul va deveni limpede. Adesea folosim termenul de „impotență” pentru a descrie probleme de libido (dorință sexuală scăzută), de erecție (alungirea și rigidizarea penisului), sau de orgasm (senzația de apogeu în actul sexual). Această confuzie contemporană, care cu un singur termen desemnează mai multe probleme, provine din antichitate: *impotentia erigendi* se referă la incapacitatea de a avea o erecție a penisului, *impotentia coenundi* se referă la incapacitatea unui bărbat de a duce la sfârșit un act sexual, iar *impotentia generandi* se referă la incapacitatea unui bărbat de a procrea. În 1992, United States National Institute of Health a sponsorizat prima conferință pe teme de impotență. Între participanți s-au numărat mulți profesioniști ai medicinei, care s-au ocupat cu toții fie de evaluarea, fie de tratarea, fie de studierea bărbaților impotenți: urologi, endocrinologi, epidemiologi, geriatri, psihiatri și psihologi. Ei au recomandat folosirea unui termen mai precis, anume de Disfuncție Erectilă (DE). Disfuncția Erectilă (DE) înseamnă incapacitatea de a obține sau de a menține o erecție suficientă pentru o comportare sexuală satisfăcătoare. Acest termen este foarte specific.

*DE este în mod normal asociată cu îmbătrânirea. Cu toții concepem că DE poate să crească o dată cu înaintarea bărbatului în vârstă, dar că nu este neapărat inevitabilă. Aceasta înseamnă că DE se poate trata și că poate fi prevenită. DE este asociată cu anume factori de risc. Factorii de risc sunt boli sau stări care măresc probabilitatea ca bărbatul să ajungă la DE; arterioscleroză (întărirea pereților arterelor), diabetul zaharat (hiperglicemia, problemele cronice ale glucozei din sânge), hipertensiunea (tensiunea arterială crescută), fumatul, insuficiența renală (boli ale rinichiului). Din nefericire, unele dintre medicamentele folosite pentru a trata acești factori de risc pot să cauzeze și DE și de aceea doctorii care încearcă să trateze o problemă pot să dea naștere alteia. Alte stări asociate cu DE sunt: traumatismele peniene și pelvine, operații pentru cancerului pelvian (operații la vezică, prostată, sau rect), tratamente cu radiații la pelvis și afectarea nervilor prin rănirea coloanei vertebrale sau prin boli cum ar fi scleroza multiplă.*

**Disfuncția erectilă: prevalența.** Estimări recente plasează numărul bărbaților din Statele Unite care suferă de disfuncție erectilă între 10 și 20 de milioane. Dacă includem și disfuncția erectilă parțială, estimarea trece de 30 de milioane. Prevalența este un termen statistic care descrie procentajul din populație care este afectat

de o anumită boală. Răspândirea DE complete poate să atingă cota de 5% la vârsta de 40 de ani și 15% la 70 de ani. Nivelul răspândirii DE la orice vârstă este considerabil sporit de oricare dintre factorii de risc DE. De exemplu, diabeticii prezintă un risc de trei ori mai mare decât non-diabeticii. Informații recente despre prevalența DE în Statele Unite vin de la Massachusetts Male Aging Study și de la National Health and Social Life Survey. Mulți pot fi surprinși de faptul că disfuncția sexuală la bărbați (MSD) este estimată la 31%, iar prevalența disfuncției sexuale la femei (FSD) este estimată la 43%.

**Fiziologia și anatomia erecției.** Erecția este un eveniment fiziologic complex, care implică un aflux, controlat nervos, de sânge care pătrunde în penis. Stimularea sexuală a creierului începe cu o atingere, o viziune, un miros, un gând sau o amintire pe care bărbatul ar putea-o considera excitantă. Deși adesea bărbații sunt acuzați că gândesc cu „capul cel mic”, adevărul este că creierul este un organ sexual foarte important. Imboldul sexual își are la bărbat centrul în creier. Zona corespunzătoare din creier se numește aria preoptică mediană (MPOA) a diencefalului. MPOA pare să fie centrul pentru impulsul sexual la toate mamiferele. Rețelele nervoase care pornesc de la MPOA sunt diferențiate sexual, altfel spus la animale căile nervoase sunt clar diferite la bărbați față de femei. Unele dintre aceste deosebiri neuronale sunt evidente de la naștere, dar altele pot să fie modificate de timpuriu în viață, prin supraexpunerea la hormoni sexuali. Această zonă receptează și trimite semnale nervoase de la mulți transmițători nervoși (neurotransmițători: substanțe chimice eliberate de terminațiile nervoase, cu rol în transmiterea impulsurilor nervoase) inclusiv dopamina, serotonina și adrenalina. Tot aici este zona din care provin și semnalele de la glanda numită pituitară. Hormonii pituitari, la rândul lor, reglează producția de TESTOSTERON în testiculele bărbatului. Testosteronul este hormonul care răspunde de reglarea libidoului (impulsului sexual). Un nivel redus de testosteron este o cauză rară dar ușor de tratat și reversibilă a ED.

Căile complexe ale neuronilor din creier și din măduva spinării traduc mesajele dorinței sexuale și ale excitării în semnale chimice, pe calea neurotransmițătorilor. Sosirea acestor mesaje la penis declanșează descreșterea nivelului adrenalinei și creșterea nivelului de oxid azotic (NO) și de acetilcolină. Se crede că cea mai importantă este creșterea nivelului NO.

Penisul este format din două corpuri erectile, corpii cavernoși (corpora cavernosa) și un corp urinar (corpus spongiosum). Fiecare dintre corpii cavernoși are o arteră centrală și fascicule de mușchi care formează mici camere cunoscute sub numele de sinusoid. Mușchiul penisului este un mușchi de tip neted, deosebit de mușchii striati, cum sunt cei scheletici sau mușchiul cardiac. Arterele cavernoase și sinusoidale reacționează prin relaxare la creșterea nivelului de oxid azotic. Arterele se dilată (se deschid) și inundă camerele sinusoidale cu sânge; penisul se umflă, plin de sânge. Rezultatul este o erecție rigidă, dar numai atunci când venele din corpii cavernoși sunt comprimate și se închid, proces cunoscut sub numele de veno-ocluzie. Erecția rigidă ar trebui să fie un fenomen temporar, în cadrul căruia sângele este prins ca într-o capcană și apoi eliberat după ejaculare. La bărbați, punctul culminant al sexului duce la creșterea nivelului de neurotransmițători ce stimulează contractilitatea, în special adrenalină. Consecința directă a neurotransmițătorilor de tipul adrenalinei este contractarea mușchilor netezi ai penisului. Atunci când musculatura netedă a sinusoidelor se contractă, presiunea asupra venelor corpilor cavernoși scade brusc și permite ca sângele să scape din penis. Atunci când acest proces natural nu are loc, erecția devine dureroasă; o erecție care se prelungește timp de patru sau mai multe ore este cunoscută sub numele de priapism. Priapismul este o erecție prelungită dureroasă, care nu este stopată de procesul

natural al ejaculării. Pe lângă că este dureros, priapismul provoacă și leziuni. Priapismul este o stare urologică gravă, care necesită un tratament imediat. Priapismul poate distruge arhitectura mușchiului neted al penisului, împiedicând alimentarea cu sânge proaspăt. Fără sângele proaspăt, care conține oxigen, mușchiul neted devine fibros. Priapismul poate să apară spontan la o erecție naturală, dar este foarte rar. El se întâlnește uneori la băieții și bărbații cu anemie falciformă. Anemia falciformă este o boală în cadrul căreia celulele roșii anormale (în formă de seceră) transportă mai puțin oxigen decât celulele roșii normale și au tendința de a se grupa în micile spații vasculare cum ar fi sinusoidale și în micile vase sanguine ale corpilor cavernoși. Priapismul apare și la bărbații care nu au astfel de boli, dar în aceste cazuri priapismul rezultă de obicei din supradoze cu medicamente injectabile care cauzează o activitate vasculară în penis. În ambele cazuri, priapismul cauzat de sângele rămas în penis este dureros. În cele din urmă, corpul va reuși să reabsoarbă sângele coagulat din penis, într-o manieră foarte asemănătoare cu absorbția vânătașilor de sub piele, dar procesul necesită o perioadă considerabilă, timp în care penisul va avea un aspect normal, dar va fi complet lipsit de reacții la stimularea sexuală, rămânând flasc ca o frânghie.

**Tratamente pentru DE.** Tratamentul ideal pentru DE ar trebui să fie foarte eficient, ușor de administrat și disponibil oricând se cere; ar trebui să aibă puține efecte secundare și ar trebui să se încheie în mod natural cu orgasmul. Primul lucru la care te gândești este o pilulă ca fiind tratamentul ideal. Au trecut aproape două decenii de la descoperirea medicamentelor injectabile până la apariția primelor pilule. Producția de noi medicamente pentru DE este rezultatul direct al mai bune înțelegeri a fiziologiei erecției, atât în penis, cât și în creier.

Primul tratament pentru DE ar trebui să fie o tentativă de a modifica (de a elimina) factorii de risc. La unii pacienți, încetarea fumatului va duce la eforturi fizice posibile mai mari și la o îmbunătățire a funcției sexuale. În mod similar, controlarea hiperglicemiei poate să îmbunătățească funcția erectilă. Ca o regulă generală, tot ce este bun pentru inimă (inclusiv scăderea nivelului de colesterol și de trigliceride prin regim alimentar și exerciții fizice) este bun și pentru viața sexuală a unui bărbat, cu excepția posibilă a ciclismului. Ciclismul pe distanțe mari pare să fie un factor de risc special. Unii cicliști maratonisti se plâng de parestezie peniană și de DE.

O schimbare radicală în tratamentul problemelor de erecție a avut loc spre sfârșitul anilor 1960 și începutul anilor 1970, o dată cu apariția protezelor de penis și a implanturilor peniene. Ideea umplerii corpilor cavernoși cu un material semirigid a fost pentru prima oară înaintată în 1936; în acest scop s-a folosit cartilaj osos. Implanturile moderne de penis sunt produse din material sintetic sigur. Implanturile de penis sunt fie niște vergele semirigide, fie niște cilindri gonflabili. Aceștia au o rată de complicații medicale mică sau oricum acceptabilă. Pe lângă faptul că necesită o operație, alt neajuns este că implanturile semirigide lasă penisul într-o stare permanentă de erecție. Ele pot fi îndoite în jos și ținute așa în lenjerie atunci când nu se face sex.

Implanturile gonflabile produc un penis cu o aparență mult mai naturală atât în starea flască, cât și în cea rigidă. Acest implant are trei componente: cilindrii plasați în fiecare dintre corpurile cavernoase, o pompă plasată în scrot, lângă testicule, și un rezervor plasat în spatele peretelui abdominal, care de obicei se află deasupra vezicii pacientului. Erecția este inițiată la cerere prin folosirea pompei, care transferă apa sărată din rezervor în cilindrii din penis. Erecția se păstrează până când este comprimată valva de eliberare a pompei, iar fluidul din camerele penisului se poate trimite prin comprimare înapoi în rezervor. O asemenea proteză implantată cum se cuvine nu va afecta în nici un fel senzațiile din penis și nici capacitatea de a ajunge la senzația maximă și de a ejacula.

Proteza peniană gonflabilă are o rată foarte înaltă de satisfacere a pacientului, iar dispozitivele curente sunt foarte bune. Diverse probleme de infecție, eroziune sau defecțiuni mecanice vor necesita o re-operare și internări mai lungi în spital.

Altă opțiune mecanică pentru pacienții cu DE este pompa cu vid, sau dispozitivul cu constricție în vid. Dispozitivul trebuie să fie aplicat pe penis la fiecare erecție. Penisul este plasat în interiorul unui cilindru mare de plastic. O pompă manuală creează vid, care aduce sângele în penis. Un inel de strângere este pus de cilindrul vidat pe baza penisului, pentru a prinde sângele și a menține erecția. În timpul contactului sexual, inelul de latex va rămâne pe loc. Dispozitivul este oarecum greoi de manipulat dar relativ sigur. Uneori, el va determina apariția unor pete de sânge sub piele. O erecție sub vid este rece: atunci când bărbatul are orgasm, ejacularea lui este oprită de banda de constricție, ceea ce poate să ducă la dureri. Au fost raportate chiar răniri în zona benzii, la bărbații cu nervii afectați, care nu pot simți cât de tare este strânsă banda și o lasă prea mult. Banda ar trebui înlăturată după 30 de minute.

**Istoria terapiei cu medicamente a DE.** În 1982, în timpul unei operații de bypass, un chirurg a descoperit accidental că un medicament injectabil (papaverina) poate să determine apariția unei erecții. Închipuiți-vă surpriza tuturor celor de față când cele câteva picături de papaverină din pelvis au determinat ridicarea unui penis în erecție de sub așternuturile chirurgicale! În ciuda multor ani de experiență clinică cu o întreagă varietate de medicamente vasoactive injectabile penian, din 1982 până în anii 1990, abia în 1995 Food and Drug Administration a aprobat o substanță injectabilă penian, care conținea prostaglandină E1 (PGE1), aptă de a fi folosită în Statele Unite. Medicamentul se numea Caverject (alprostadil, Pharmacia and Upjohn). Tot întâmplarea pură a jucat un rol în descoperirea primei pilule cu activitate penian-activă. Spre sfârșitul anilor 1980, Viagra (sildenafil citrate, Pfizer Inc.) era în încercări clinice în calitate de vasodilatator pentru tratamentul anginei (durerea în piept). Norocul a făcut ca sildenafilul să nu facă o treabă prea bună în controlarea anginei pectorale, dar voluntarii se trezeau cu erecții de dimineață. Viagra a fost aprobată pentru terapia DE în cele mai multe țări, după încercări extensive în 1998 și 1999.

Aflat actualmente în teste clinice și foarte posibil să fie deja disponibil la publicarea actualei ediții se află un nou agent sublingual cu un mecanism unic de acțiune, UPRIMA [apomorfina HCl (tablete cu administrare sublinguală — sub limbă), TAP Pharmaceuticals Inc.]. În loc să fie vasoactiv (să stimuleze vasele sanguine să se dilate), apomorfină acționează asupra centrului sexual din creier pentru ca acesta să inițieze și să amplifice semnalele cerebrale care duc la erecție. UPRIMA va fi primul medicament de acest tip. La încercările clinice, el nu mărește libidoul, dar facilitează apariția erecției după o stimulare sexuală (atingere, viziune, miros, un gând, o amintire pe care bărbatul o consideră excitantă).

**Terapia cu auto-injecții peniene.** Injecțiile peniene cu medicamente vasoactive (agenți care stimulează vasele și mușchii netezi din penis) pot produce o erecție fără excitarea sexuală. Injecțiile peniene de medicamente vasoactive au aceleași efecte cu neurotransmițătorii eliberați de stimularea sexuală, dar bărbatul va putea avea o erecție fără o excitare sexuală. O largă varietate de medicamente au fost folosite singure sau în „coctailuri” combinate, pentru tratamentul cu injecții peniene: papaverină, fentolamină și prostaglandină E1 (PGE1). Din punct de vedere practic, stimularea sexuală nu va îmbunătăți reacția erectilă la injecție. Până la 87% dintre bărbați vor îmbunătăți calitatea erecțiilor lor la stimularea sexuală, iar stimularea va reduce cantitatea de

medicament necesară. Într-un studiu, aproape toți pacienții aveau DE de tip neurogen și peste 65% din bărbații cu DE vascular au reacționat pozitiv la tratamentele cu autoinjectii peniene. Pacienții trebuie să învețe tehnica în cabinetul unui urolog, unde se va determina doza corectă de medicament. PGE1 este singurul medicament injectabil aprobat de Food and Drug Administration pentru impotență; este disponibil în două forme prescriptibile: Caverject și Edex (alprostadil, Schwarz Pharma). Pot să survină erecții prelungite și priapism, iar 11 până la 37% din bărbați vor avea neplăceri la penis, de la o durere surdă la una acută.

**Terapia intrauretrală pentru DE.** Medicamentele vasoactive inserate la vârful penisului se dizolvă în uretră (canalul care transportă urina de la vezica urinară) și difuzează până în corpii spongioși și apoi în camerele erectile. În urma testelor clinice, Food and Drug Administration a aprobat în 1996 un supozitor intrauretral cu PGW1, numit MUS (alprostadil, Vivus, Inc.). În practica clinică, peste 60% din bărbații cu DE vasculară pot avea contacte sexuale folosind MUSE. Rigiditatea erecției cu MUSE și succesul contactului sexual pot fi îmbunătățite cu ajutorul unei benzi de cauciuc ajustabile, Actis (Vivus, Inc.), care va ajuta la păstrarea sângelui în penis (veno-ocluzie). Principalul efect secundar al acestui tratament cu PGE1 este o durere în penis (32%). Dozarea adecvată trebuie să fie făcută la cabinetul doctorului.

**Terapia topică (locală) pentru DE.** În teorie, aceleași medicamente vasoactive care produc o erecție după o injecție peniană ar trebui să producă o erecție și dacă sunt aplicate pe pielea penisului. S-a încercat acest lucru cu o pastă cu nitroglicerină (care în mod obișnuit se pune pe piept în timpul unui atac de angină pectorală, pentru relaxarea arterelor coronare). Din nefericire, rezultatele după aplicarea de nitroglicerină pe penis sunt umflături fără rigiditate, dureri de cap și scăderea tensiunii sanguine — nici unul din aceste efecte nefiind de dorit pentru un bărbat care vrea să facă sex. Recent, PGE1 combinată cu un permeabilizator al pielii, Topiglan (alprostadil, Machrochem), pare să stimuleze apariția și calitatea erecției la bărbații cărora li se prezintă o înregistrare video erotică. Topiglan este în continuare în teste clinice.

**Terapia orală pentru DE.** Relaxarea mușchilor din camerele erectile este stimulată de neurotransmițătorul NO. Stimularea sexuală declanșează eliberarea de NO, care apoi dilată arterele cavernelor și relaxează sinusoidalele pentru ca sângele să fie reținut în penis. Efectele NO în corp sunt neutralizate de un tip de enzime (substanțe chimice) cunoscute sub numele de fosfodiesteraze. De aceea arterele bărbatului nu sunt mereu dilatate și ei nu se plimbă peste tot cu penisul în erecție permanentă. Viagra blochează fosfodiesterazele, îmbunătățind efectul NO și calitatea erecției. Pentru ca efectele Viagrei să se vadă, bărbatul trebuie să fie stimulat sexual. Îmbunătățirea erecțiilor (inițierea sau menținerea lor) are loc la 43% până la 84% la pacienții studiați în testele clinice. Pe global, 63% din bărbații care iau o doză de 25 mg de Viagra au raportat o îmbunătățire a erecției; rata de succes este puțin mai mare pentru bărbații cu DE de natură psihogenică (din anxietate) și mai mică pentru bărbații cu diabet zaharat sau care au avut prostatectomie (operație radicală de înlăturare a unei prostate canceroase). Efectele secundare comune după Viagra sunt dureri de cap (16%), înroșirea feței (10%), tulburări gastrice (7%), congestie a mucoasei nazale (4%) și o modificare temporară a câmpului vizual, cu o tentă ușoară de albastru la dozele recomandate: 25 mg, 50 mg și 100 mg. Viagra este contraindicată bărbaților care iau orice formă de nitrați. În plus, American Heart Association (Asociația Americană a Inimii) recomandă bărbaților cu presiune sanguină scăzută, cu insuficiență cardiacă congestivă și pacienților supuși unor terapii complicate împotriva hipertensiunii să fie prudenți.

UPRIMA este primul medicament din clasa celor care promovează erecția prin acționarea asupra creierului. UPRIMA acționează asupra centrului sexual din creier, pentru a iniția și a amplifica semnalele care duc la erecție. UPRIMA nu este un produs opiaceu (nu este un drog); este o substanță înrudită cu dopamina, un neurotransmițător natural. Deși mărește semnalele „proerectile” din creier, facilitează apariția erecției în urma unei stimulări sexuale (atingere, viziune, un gând sau o amintire pe care bărbatul o consideră excitantă). La testele clinice, bărbații cărora li s-au prezentat casete cu filme erotice și care luaseră UPRIMA au avut o erecție chiar în 10 minute, media situându-se între 15 și 25 de minute. UPRIMA este un medicament cu administrare sublinguală. După aproximativ 20 de minute, pilula poate fi înghițită, medicamentul fiind rapid absorbit. La testele clinice, UPRIMA s-a dovedit eficient la bărbați cu diverși factori de risc pentru DE (arterioscleroză, hipertensiune, diabet) ; peste 50% din bărbații care au luat UPRIMA (4 mg) au avut erecții destul de ferme pentru un contact sexual. Efectele secundare raportate cel mai mult au fost greața, amețeala și durerile de cap, care s-au ameliorat la o utilizare repetată. Efectele secundare sunt minimizate dacă se pornește de la o doză mai mică și apoi se mărește (2 mg, 3 mg, 4 mg). Cel mai semnificativ efect secundar a fost sincopa (leșinul), întâlnit la mai puțin de 1% dintre bărbați. Testele clinice cu UPRIMA au fost supuse spre aprobare la Food and Drug Administration și s-ar putea ca la publicarea ediției americane a prezentei cărți medicamentul să se afle deja disponibil în Statele Unite.

**FERTILIZAREA IN VITRO** Primul copil născut fără să fi fost conceput în interiorul corpului mamei a fost o fetiță care a apărut pe lume la Louise Brown, în Marea Britanie. În zilele noastre, în Statele Unite, aproximativ un cuplu din șase nu poate avea copii atunci când își dorește. Cea mai întâlnită cauză a incapacității unei femei de rămâne însărcinată o reprezintă afecțiunile trompelor uterine. Fără o funcționare normală a TROMPELOR UTERINE, ovulul și spermatozoizii nu se pot întâlni normal și nu va avea loc SARCINA. Tratamentele convenționale pentru STERILITATE, cum ar fi microchirurgia și chirurgia cu laser, au adesea rate de reușită foarte mici, atunci când se încearcă repararea trompelor uterine distruse sau blocate.

În încercarea de a trata mai bine această formă de sterilitate, s-a inventat procesul fecundării *in vitro* — adică „în sticlă”, în laborator. Pe scurt, fertilizarea *in vitro* înseamnă prelevarea din corpul femeii a unui sau a mai multor ovule, adăugarea, la suprafața unui vas de laborator, a spermei soțului ei și observarea în laborator, timp de o zi-două, pentru a se constata dacă fertilizarea ovulelor de către spermă a decurs normal. Ovulele fertilizate și care au suferit deja diviziuni, care acum se numesc embrioni, sunt plasați în uterul soției, ocolindu-se astfel cu totul trompele uterine. Deoarece unele dintre primele experimente de mixare a ovulelor cu sperma au avut loc în eprubete, procesul de fertilizare *in vitro* se mai numește și procedeul „copii făcuți în eprubetă”.

Deși inițial a fost inventată pentru cupluri în care femeia are o boală incurabilă a trompelor uterine, fertilizarea *in vitro*, împreună cu metodele înrudite, s-a extins și la tratarea unor boli ca ENDOMETRIOZA, sau la situații în care spermatozoizii au o densitate sau o mobilitate reduse, sau în cazuri în care nu se cunoaște cauza sterilității.

\*\*\*

Fig. Sus

Sus: Tehnică de micro-manipulare: ovulul este ținut în loc cu un dispozitiv de sucțiune (dreapta) și este perforat cu un ac minuscul (stânga), rezultând un orificiu în *zona pellucida*. Astfel, sperma săracă în spermatozoizi poate pătrunde, fertilizând ovulul.

Dreapta: Stare inițială a fecundării in vitro (dreapta). Un ac mic este inserat în ovar, iar ovulul este extras pentru fecundarea în afara corpului femeii.

Piele

Sondă

Ac

Uter

Ovar

\*\*\*

Actuala practică a fertilizării in vitro presupune câteva etape. Deoarece rata de succes a gravidității este mai mare o dată cu creșterea numărului de embrioni plasați în uter, prima oară se încearcă mărirea numărului de ovule care se dezvoltă simultan în ovarele femeii. Într-un ciclu menstrual normal, un ovul se dezvoltă în cadrul unui folicul ovarian. În mod normal, o femeie care se supune metodelor de fertilizare in vitro va urma un tratament cu medicamente administrate în mod normal femeilor lipsite de ovulație. Atunci când o femeie normală primește un asemenea medicament, ovarele vor avea o reacție exacerbată, dezvoltând numeroși foliculi, fiecare conținând un ovul. Reacția femeii la aceste medicamente este monitorizată prin măsurarea nivelului de ESTROGEN produs de foliculii în curs de dezvoltare și prin imagini ultrasonice ale ovarelor, în care se urmărește mărimea, numărul și rata de creștere a foliculilor. Pentru o femeie supusă la tratamentul de fertilizare in vitro, nu este neobișnuită apariția simultană a zece, douăzeci sau chiar mai mulți foliculi. Atunci când s-a determinat că foliculii sunt complet dezvoltați, femeii i se face o injecție cu hCG, un hormon care declanșează maturizarea ovulelor în foliculi, pentru a putea fi fertilizate după recoltare.

La aproximativ treizeci și patru de ore după injecția cu hCG, ovulele sunt scoase din corpul femeii. Astăzi, acest lucru se efectuează printr-un procedeu de aspirare ghidat prin ultrasunete, efectuat cel mai obișnuit prin vagin. După ce administrează medicamente pentru relaxare și împotriva durerilor, doctorul plasează sonda ultrasonică în vagin, pentru a localiza foliculii ovarieni. Sondei ultrasonice i se atașează un ac, care trece din vârful vaginului direct în foliculii ovarieni, ocolind trompele uterine. Conținutul foliculilor, inclusiv ovulele, este apoi scos prin absorbire și examinat într-un laborator alăturat. Ovulele recoltate sunt evaluate, introduse într-un mediu de cultură (un fluid hrănitor) și plasate într-un incubator. Apoi soțul prelevă proba de spermă. Sperma este spălată, introdusă în suspensie într-un mediu de cultură și apoi se alătură ovulului. În dimineața următoare, ovulele sunt examinate, căutându-se semne de fertilizare și, dacă sunt fecundate normal, sunt din nou introduse într-un incubator. A doua zi, dimineața, ovulele se vor fi divizat o dată sau de mai multe ori, fiind de obicei în stadiul de două sau patru celule. În această situație, ele se numesc embrioni. Embrionii sunt introduși în uterul

femeii prin intermediul unui cateter trecut prin col. Dacă rezultă o sarcină, ea va continua ca orice sarcină normală.

În prezent, rata de succes pentru fecundarea in vitro este de aproximativ 15%. Cu alte cuvinte, una din șapte femei care încearcă va deveni gravidă. Procedeu este scump, un singur ciclu de tratament costând 6-8.000 de dolari.

Procesul de fertilizare in vitro a condus și la dezvoltarea unor tehnici colaterale. Un exemplu ar fi GIFT - Gamete Intra-Fallopian Transfer, transferul gameților prin trompele uterine. Procedura începe de o manieră identică cu cea a fertilizării in vitro. Dar recoltarea ovulelor se face nu prin aspirație ghidată prin ultrasunete, ci prin LAPAROSCOPIE. Laparoscopia este o procedură chirurgicală în care în abdomenul femeii este introdusă o lentilă cu lumină, pentru a permite vizualizarea directă a trompelor uterine și a ovarelor. După ce ovulele sunt recoltate din ovare, ele sunt amestecate imediat cu sperma. Amestecul ovule-spermă este imediat introdus în trompele uterine ale femeii, în loc ca fertilizarea să se facă în laborator acest procedeu este bun pentru cuplurile în care femeia are trompe uterine normale în la care există o altă explicație pentru sterilitatea cuplului.

Un procedeu similar este ZIFT — transferul în trompele uterine al zigotului. Aceasta este o combinație între fertilizarea in vitro și GIFT, în care fertilizarea este efectuată în laborator, dar la o zi după inseminare embrionul incipient este plasat în trompa uterină a femeii. Și în acest caz, este obligatoriu ca femeia să aibă trompe uterine normale.

Fertilizarea in vitro, împreună cu folosirea de ovule donate de voluntare, se poate folosi pentru graviditatea la o femeie născută fără ovare sau care și-a pierdut anterior funcționalitatea ovarelor. În sfârșit, procedee de micromanipulare, cum ar fi disecția membranei ovulului sau microinjectarea de spermă se pot folosi acolo unde densitatea de spermatozoizi este mică, sau spermatozoizii au o mobilitate redusă. Aceste procedee implică o acțiune directă asupra ovulelor însele, facilitând intrarea spermatozoizilor și fertilizarea (a se vedea și articolele CONCEPȚIE și STERILITATE).

**INCEST** Incestul este de obicei definit ca orice activitate sexuală între persoane înrudite prin „sânge”, adică genetic, de exemplu, tată cu fiică, unchi cu nepoată, sau frate și soră. Termenul se poate extinde și la relații de înrudire prin alianță, cum ar fi tată vitreg cu fiică vitregă. Conceptul devine mai puțin limpede și variază în legislațiile diverselor state în privința relațiilor dintre verii primari și secundari și a altor relații de înrudire prin alianță, cum ar fi acelea între cumnați. În timp ce mulți susțin că în definirea incestului este implicat ACTUL SEXUAL, acest lucru nu este valabil în cazul copiilor. În asemenea cazuri, incestul include nu numai penetrarea, ci și joaca cu organele genitale ale copiilor — sau joaca unui copil cu organele genitale ale unui adult, sau SEXUL ORAL.

Incestul, în special sexul părinte-copil, a fost interzis în aproape toate culturile din decursul istoriei. Au fost acceptate excepții, cum ar fi incestul frate-soră, în unele culturi — de exemplu, în Egiptul Antic, în care faraonii erau obligați să practice acest obicei.

În Statele Unite, la un moment dat, frecvența incestului a ajuns chiar la 30% din populație. Într-un recent studiu la nivel național, efectuat de doctorii Sam și Cynthia Janus, 14,9% din femei și 4,7% din bărbații studiați au declarat că au fost agresați sexual în copilărie de către o rudă. Studiul arată și că este mai probabil că femeile, mai

degrabă decât bărbații, văd în incest o problemă importantă a societății americane contemporane, probabil pentru că femeile sunt victime mai probabile ale incestului în copilărie sau la începutul adolescenței. Studiile altor cercetători arată că în cazurile raportate de incest, 92% implică femeile ca victime.

Cea mai frecventă formă de incest raportată este aceea frate-soră, aproape de 5 ori mai frecventă decât forma tată-fiică. Un studiu arată că 13% din studenții de colegiu au spus că au experimentat o formă de activitate sexuală cu fratele sau sora. Se spune că cele mai comune activități sunt privirea și atingerea organelor genitale, în timp ce 4% ar implica chiar actul sexual. Incestul între mamă și fiică apare să fie cea mai puțin comună formă de incest. El apar în mai puțin de 1% din familii. Femeile care au avut în copilărie tați vitregi au fost agresate sexual cu o probabilitate de 8 ori mai mare decât în cazul celor care au crescut alături de tații lor naturali. S-au relatat foarte puține cazuri de incest homosexual, dar unii cercetători care studiază AGRESAREA SEXUALĂ A COPIILOR au arătat că și aceasta ar putea fi o problemă foarte serioasă.

Deși toată lumea consideră că incestul tată-fiică este detestabil, există puține probe care să arate că adulții aflați într-o asemenea poziție ar fi atât de tulburați emoțional încât să nu fie capabili să se abțină. Chiar și cercetătorii care consideră că dimpotrivă, majoritatea sunt bolnavi mintal, consideră că aceștia ar trebui deferiți justiției. Dar statisticile ne arată că adulții acuzați de incest sunt rareori judecați dacă nu au comis și o agresiune fizică simultană.

Relatări de tip anecdotic legate de incestul tată-fiică arată că o situație foarte comună este un tată frustrat de relația sexuală cu mama. Cercetătorii arată cu multe mame au întrucâtva cunoștință de relațiile incestuoase, dar aleg — din pasivitate, dependență, teama de expunerea în fața publicului sau alte motive — să le nege atunci când sunt întrebate. Adesea, mama va da vina pe fetiță pentru situația creată, creând o dereglare psihică și mai mare după încetarea relației. În cele mai multe cazuri, copilul este obligat să intre în relația incestuoasă prin amenințări sau chiar prin forță, comițându-se astfel una dintre variantele de viol în familie. Mulți scriitori din acest domeniu au căzut de acord că incestul părinte-copil nu apare în familii stabile, în care părinții se iubesc.

Incestul nu este în general un act sexual singular. El are tendința de a continua pe parcursul a mai mulți ani. Durata medie a unei relații incestuoase părinte-copil este de aproximativ cinci ani. Este foarte limpede că incestul induce, cu mare probabilitate, un impact traumatic emoțional profund asupra copilului, pe care mulți îl vor duce cu ei în relațiile emoționale și sexuale de la vârsta adultă. (vezi și articolele AGRESAREA SEXUALĂ A COPIILOR; LEGILE CONTRA AGRESĂRII SEXUALE A COPIILOR; VIOL

**TRAVALIUL INDUS** Inițierea travaliului prin mijloace medicale, în contrast cu apariția lui pe cale naturală, spontană. Pentru stimularea travaliului, există mai multe alternative care pot fi alese. Cea mai obișnuită metodă este infuzarea unei soluții diluate de ocitocină, un hormon produs de glanda pituitară, într-o venă a mamei, determinând astfel contracții uterine. Un stimulent pentru eliberarea de ocitocină este stimularea mecanică a sânelui. De pildă, contracții uterine pot să apară în urma suptului sau a strângerii sfârcurilor.

O a doua metodă de inducere a travaliului este ruperea membranelor fătului. Acest lucru se poate efectua cu ajutorul unui ac sau al unui mic instrument tăietor, conceput special în acest scop. Colul uterin trebuie să fie parțial dilatat, iar partea vizibilă a fătului (partea din corp care va ieși prima la naștere) să fie bine ieșită în pelvis,

astfel încât la ruperea membranelor cordonul ombilical să nu coboare în vagin, împreună cu lichidul amniotic. La paciențele cu col uterin subțire sau dilatat, ruptura de membrane este o metodă eficientă de inducere a travaliului și nu mai este nevoie de folosirea ocitocinei.

O a treia metodă de a induce travaliul este administrarea de prostaglandină, un puternic contractor uterin, fie în colul uterin, fie în vagin, pentru a determina contracții uterine. Acțiunea prostaglandinei este mult mai dificil de controlat decât injectarea intravenoasă de ocitocină și prin urmare este mai puțin răspândită, dar uneori este utilă în dilatarea colului uterin. (vezi și NAȘTEREA).

### **SĂNĂTATEA COPILULUI** Vezi SARCINĂ ȘI ALIMENTAȚIE; ÎNGRIJIREA PRENATALĂ.

**STERILITATEA** Incapacitatea de a ajunge la CONCEPȚIE după un an de acte sexuale fără protecție, sau incapacitatea de a păstra o SARCINĂ până la termenul de naștere a unui copil viu. Din aproximativ 28 de milioane de cupluri aflate la vârsta reproducerii, cel puțin 15% au experimentat un aspect oarecare al sterilității. Aproximativ 4 milioane de cupluri care își doresc copii sunt frustrate emoțional atunci când planurile lor nu se îndeplinesc.

Cauza sau cauzele sterilității pot fi uneori dificil de diagnosticat, pentru că se pot datora unor factori legați de unul sau de ambii parteneri. Problemele legate de femeie sunt cauza sterilității în 30-40% din cazuri. Alte 30-40 de procente se datorează unor probleme legate de bărbat. Aproximativ 25% se datorează unei combinații de factori legați de factori legați de ambii parteneri, iar aproximativ 5% dintre cazuri nu au cauze explicate.

Pe vremuri, constatarea sterilității era verdictul final și nici nu era vorbă de vreun tratament. Astăzi există multe tratamente și, deși nu toate cazurile de sterilitate sunt rezolvate, unele cauze au o rată de succes de până la 50%. Un cuplu care are probleme în conceperea unui copil se prezintă la un doctor specializat în sterilitate. Acești doctori cunosc adesea mult mai bine problemele cuplului decât cei doi parteneri și sunt și experți în tratamente specifice pentru diferite tipuri de probleme. În ce îl privește, cuplul trebuie să fie dispus să discute liber despre problemele și sentimentele lor și trebuie să înțeleagă că sterilitatea este o problemă pe care o trăiesc amândoi și că nu este vina unuia sau a celuilalt.

Cele mai obișnuite cauze ale sterilității feminine sunt endometrioza, trompele uterine blocate, lipsa ovulației, susținerea precară a ovulației de către sistemul endocrin și bolile polichistice ovariene. Cauze mai puțin comune ar fi malformații ale ovarelor și ale trompelor uterine. ENDOMETRIOZA este cea mai obișnuită cauză a sterilității feminine. Endometrioza poate fi și foarte dureroasă. Problemele de ovulație, cum ar fi anovulația, bolile polichistice ovariene, sau insuficiența hormonală pot fi detectate la testele hormonale, pentru că nivelurile hormonale vor indica dacă a avut loc ovulația și dacă ea este bine susținută. În multe cazuri, dacă hormonii produși de ovar nu sunt adecvați unei reproduceri reușite, ei pot fi suplimentați. Femeilor cu ciclu și ovulație neregulate li se pot administra hormoni care să simuleze procesele naturale și să susțină astfel ovulația. Pentru rezolvarea endometriozei sau pentru deblocarea trompelor uterine poate fi necesară o operație chirurgicală, înainte de a putea fi încercate alte tratamente.

Cele mai obișnuite cauze ale sterilității masculine sunt densitatea mică de spermatozoizi, mobilitatea redusă a spermatozoidelor, o structură fizică anormală, un volum redus al fluidului seminal, sau spermatozoizi care nu funcționează normal. Cauze mai puțin întâlnite sunt azoospermia (lipsa oricărei producții de spermă),

absența ductelor deferente, lipsa unei stimulări hormonale, sau incapacitatea de a reacționa la stimularea hormonală. Deși prezența spermei poate indica o posibilă fertilitate, este greu de determinat dacă sperma este capabilă de fertilizare.

Capacitatea spermei de a fertiliza un ovul și a embrionului de a se fixa pe uter și să continue să se dezvolte sunt testele finale ale fertilității. Tratamentul hormonal pentru sterilitatea masculină are un succes limitat. Cel mai obișnuit tratament este pregătirea spermei pentru inseminarea artificială direct în uterul femeii. Această procedură aduce sperma mai aproape de locul fertilizării.

Pentru ca fertilizarea să poată avea loc, spermatozoizii trebuie să traverseze tractul reproductiv feminin și să penetreze ovulul. În plus, tractul reproductiv feminin trebuie să fie în măsură să susțină transportul spermatozoizilor, iar un ovul trebuie să fie în zona adecvată a trompei uterine, pregătit pentru fertilizare. După ce s-a produs fertilizarea, ovulul fertilizat, numit și zigot, este transportat în uter. Țesutul intrauterin trebuie să fie pregătit pentru implantarea zigotului. Controlul hormonal este extrem de important, pentru că hormonii determină dacă ovulul și uterul sunt pregătite, ca și pregătirea spermatozoidului pentru transport. Orice disfuncție a vreuneia din componentele acestui proces complex poate duce la sterilitate.

FERTILIZAREA IN VITRO (IVF) și transferul în trompa uterină a gameților (GIFT) sunt tehnici noi și dificile, folosite atunci când alte tratamente au dat greș. Ovulul poate fi prelevat din ovar, incubat împreună cu sperma, în afara corpului femeii, iar apoi ovulul fertilizat poate fi plasat în apoi în uterul mamei, sau în uterul unei femei care nu este mama genetică, dar care dorește să poarte embrionul și fătul până la nașterea pe cale naturală. O femeie cu trompe uterine blocate sau un bărbat cu densitate mică de spermatozoizi sunt buni candidați pentru FIV sau GIFT. Ultrasunetele și microchirurgia au făcut ca aceste metode să fie mai puțin invazive.

Sterilitatea poate însemna pentru cuplu o perioadă de mari încercări. Adesea, ea înseamnă criza cuplului și reducerea comunicării. Diagnosticul poate să ceară un orar strict al actelor sexuale și tratamentul poate necesita ca bărbatul să recolteze o probă de spermă chiar în cabinetul doctorului. Sterilitatea poate să creeze o atmosferă tensionată într-un cuplu, care poate să bulverseze stilul de viață curent al celor doi. Relațiile sexuale normale devin frustrante, dată fiind lipsa de spontaneitate și respectarea unui orar, pentru întâlnirea optimă între spermatozoizi și ovul. Adesea, cuplurile ezită să discute aceste probleme cu doctorul, lucru care poate spori frustrarea și neliniștea. Există grupuri de suport și cei mai mulți doctori care se ocupă de sterilitate sunt deschiși pentru orice fel de discuții. Multe din aceste tensiuni pot fi atenuate prin alegerea atentă a doctorului potrivit și prin abordarea cu curaj a tuturor aspectelor ale problemelor legate de sterilitate. (vezi și CONTRACEPȚIE; ENDOMETRIOZĂ).

ACT SEXUAL, FRECVENȚA Vezi VÂRSTĂ ȘI SEX; FRECVENȚĂ COITALĂ, PROSTATĂ

**INTIMITATE** Multe persoane folosesc în discuții cuvinte ca „intim” sau „intimitate” referindu-se strict la actul sexual, cum ar fi în întrebări de tipul „Ați fost intimi aseară?” Întrebarea corectă ar fi dacă au fost „intimi sexual”, pentru că noțiunea de intimitate presupune o apropiere interpersonală foarte mare, dar nu neapărat apropiere fizică sau act sexual. Un dicționar definește intimitatea ca fiind „nu numai marcată de o cunoaștere îndeaproape sau familiaritatea cu altă persoană, ci implică și o cunoaștere a aspectelor celor mai ascunse ale celui alt”. Prin urmare, atunci când doi oameni sunt intimi, aceasta nu implică obligatoriu o activitatea sexuală.

Ar trebui, mai degrabă, ca ei să fie în măsură să-și exprime unul altuia cele mai ascunse gânduri, experiențe și sentimente. Alte caracteristici ale intimității sunt grija pentru binele celuilalt și capacitatea de a comunica deschis, fără teama de a fi judecat și fără teama de riposte. Intimitatea ar trebui să fie prezentă nu numai între doi oameni care se iubesc, ci și între prieteni, între părinți și copii. Intimitatea este ceva ce se dezvoltă în timp în aceste relații.

Poate cea mai mare valoare a intimității constă în sentimentul că aparții unui întreg, în sentimentul de securitate pe care ți-l aduce persoana cu care te afli într-o relație de intimitate. Adesea, actele de intimitate îi dau celui care le receptează senzația că este respectat și iubit. Pe unii, intimitatea îi ajută să treacă peste diverse neliniști din viață, știind că la vreme de nevoie susținerea va veni în mod sigur. (Vezi și FIDELITATEA; IUBIREA).

**STERILETELE (IUD)** Cunoscute cel mai mult sub forma prescurtată de IUD, aparatele intrauterine numite sterilete sunt o metodă reversibilă de CONTROL AL NAȘTERILOR. Ele sunt mici corpuri de plastic care conțin cupru sau un hormon și sunt inserate în uterul femeii. Ele funcționează în general prin împiedicarea fertilizării ovulului, dar ele pot împiedica și implantarea ovulului fertilizat.

Inserarea unui IUD este de obicei efectuată de către un medic, în perioada de menstruație, pentru a avea siguranța că femeia nu este gravidă. Inserția este însoțită într-o oarecare măsură de durere, dar de obicei aceasta nu este mai intensă decât crampele menstruale. IUD sunt foarte eficiente: doar 3 femei din 100 care le folosesc vor rămâne însărcinate în timp de un an. Dispozitivele au o eficiență de un an întreg.

Ele nu previn BOLILE CU TRANSMISIE SEXUALĂ și de aceea cel mai bine este ca femeia să aibă un partener unic sau parteneri dispuși să folosească prezervativul. Există un fir atașat steriletului, vizibil prin colul uterin, permițând femeii să verifice dacă dispozitivul se află la locul lui. Dacă femeia ajunge însărcinată, ea poate oricând să-i ceară medicului să îndepărteze IUD-ul.

IUD-urile din cupru sunt unul dintre cele mai eficiente mijloace de control al nașterilor disponibile și este cel mai popular dintre mijloacele folosite în toată lumea. Cele mai multe femei se adaptează fără mari probleme, dar efectele secundare pot include crampe, o scurtă perioadă după inserție. Există destule situații în care ciclul femeii este mai abundent și durează mai mult (mai multe decât în cazul IUD-urilor care conțin hormoni). În cazuri foarte rare, IUD-urile cauzează complicații care pot chiar să amenințe viața femeii, iar o anumită marcă de IUD a trebuit retrasă de pe piață din cauza unor îmbolnăviri foarte grave. Din această cauză, clinicianul este obligat înaintea inserării dispozitivului să ceară femeii un consimțământ scris, în care ea declară că este conștientă de pericolele potențiale.

Uterul poate să respingă IUD-ul. Acest lucru se întâmplă cel mai probabil în primele luni de după inserție și este mai întâlnit la femeile care încă nu au născut. Sarcina poate interveni într-o asemenea situație și de aceea este necesar să se verifice din când în când firul de siguranță.

Deoarece IUD-ul trebuie inserat de către un specialist, costurile sunt între 150 și 300 de dolari la medicii cu practică privată din Statele Unite. Pentru acest preț, femeia este protejată de sarcină timp de un an, deși s-ar putea să fie necesare măsuri suplimentare de protecție, cum ar fi prezervativele, dacă are mai mulți parteneri.

Uneori este posibilă o sarcină chiar și atunci când IUD-ul nu s-a deplasat de la locul lui. Dacă unei femei care folosește un IUD nu îi vine ciclul, ea trebuie să se prezinte imediat la doctor. O sarcină cu IUD-ul la locul lui

prezintă complicații foarte serioase, de la infecții până la implantarea sarcinii în afara uterului, pe trompele uterine. (Vezi și SARCINA EXTRAUTERINĂ)

\* J-K

**GELOZIA** Conform dicționarului, gelozia își are rădăcinile atât în teama cuiva de a pierde ceva — în general, IUBIREA sau afecțiunea — în favoarea altcuiva, cât și în resentimentele la adresa succeselor sau avantajelor rivalului. Ambele au în comun incapacitatea individului de a controla situațiile care implică alți indivizi. Gelozia poate să apară într-o situație imaginară sau reală, sau dintr-o speranță cu slabe șanse de realizare. Cei mai mulți oameni care au trăit gelozia știu cum s-au simțit, dar în general nu sunt în măsură să înțeleagă sau să explice emoțiile simțite. Ei nu pot să explice decât ce situații amplifică acest sentiment. Gelozia este în mod clar un sentiment foarte intens, cu reacții fiziologice însoțitoare: senzația de strângere a stomacului, uneori o depresie profundă după o experiență sau gând privitoare la partenerul sexual sau amoros și o altă persoană.

În cultura noastră, există în general o susținere socială a geloziei, atunci când un soț/soție sau iubit/iubită afișează un comportament nepotrivit cu o altă persoană. Totuși, nu toți oamenii prezintă sentimentul geloziei, nici chiar în situații extreme. Acest lucru a atras atenția unui mare număr de cercetători în anii '60 și '70, producând dovezi asupra rolului important și adesea distructiv al geloziei în relațiile din cupluri. Aceste cercetări s-au concentrat adesea nu asupra cauzei geloziei, ci mai degrabă asupra lipsei geloziei în situații care în mod normal ar suscita o reacție de tipul geloziei.

O concluzie care se extrage cu consecvență din aceste studii este că gelozia sexuală apare cel mai adesea la persoane care simt că nu controlează toate împrejurările în care se află partenerul sau o altă persoană. Iată opinia unuia dintre cercetători, din cartea *The Sex Researchers*:

*Ceea ce contează este sentimentul că ai controlul asupra a ceva, nu controlul ca atare. (Pentru a te feri de reacții de tipul geloziei) este suficient ca cineva să aibă senzația că este la cârma situației, chiar dacă nu este. Pe de altă parte, nu este suficient să controleze situația cu adevărat, ca să nu fie gelos.*

Unele caracteristici comune ale oamenilor care trăiesc sentimentul de gelozie sunt raportate în mai multe studii: senzația că nu ești potrivit ca partener sexual sau afectiv, idei puternice despre exclusivitatea relațiilor sexuale cu cineva și mai ales lipsa respectului propriu.

Unii cercetători au remarcat că din punct de vedere istoric și în unele culturi tradiționale gelozia s-ar putea să fi jucat un rol foarte important în reducerea infidelităților. În unele grupuri, gelozia este privită ca un semn de mare iubire, iar soțul/soția ar putea să pună la îndoială intensitatea sentimentelor partenerului, dacă într-o situație adecvată acesta nu se va arăta gelos. Unii oameni se simt flatați atunci când partenerul este gelos, dar în ultimele câteva decenii aceste puncte de vedere au fost înlocuite de acela conform căruia gelozia, dacă nu este ținută în frâu, poate să distrugă o relație.

Majoritatea oamenilor trăiesc sentimentul de gelozie într-un moment sau altul al relațiilor lor sexuale, maritale sau afective. Unii scriitori pun la îndoială faptul că gelozia ar putea fi evitată dacă un cuplu cade de acord

asupra unor limite de comportament, de afecțiune sau de afișare în public. Astfel, chiar dacă aceste limite sunt respectate, comunicarea unor fapte aflate în interiorul acestor limite poate să ducă spontan la o gelozie distructivă.

**KAMASUTRA** Hinduismul a dat naștere practicilor ascetice și oamenilor sfinți, dar pe de altă parte el celebrează și plăcerea sexuală în ceea ce este probabil cel mai faimos manual de sex din istorie: *Kamasutra*, care s-ar traduce prin („Preceptele iubirii”). Cartea a fost scrisă în secolul 2 î.e.n. de un înțelept indian foarte respectat, numit Vatsyayana. În *Kamasutra*, Vatsyayana consideră actul sexual drept un mijloc de îmbogățire spirituală, dar și ca pe o artă care trebuie studiată, dacă dorești ca ea să-ți aducă o bucurie profundă. *Kamasutra* sfătuiește atât bărbații cât și pentru femeile să dea cea mai înaltă prioritate plăcerilor simțurilor și prezintă în detalii grafice o uimitoare varietate de tehnici sexuale.

**KAPLAN, DR. HELEN SINGER** Născută la Viena, în 1929, Helen Singer Kaplan a emigrat în 1940 în Statele Unite. A studiat la Universitatea Syracuse, la Columbia University și la New York Medical College. Ca psihiatru, s-a specializat în sexualitatea umană, devenind terapeut, profesor și instructor de terapeuți în acest domeniu. Printre elevii ei de la cursurile de terapie psihosexuală s-a numărat și profesoara de mai târziu din domeniul asistenței sociale, dr. Ruth Westheimer.

Dr. Kaplan, medic cu doctoratul în psihologie, a fost unul din pionierii aplicării metodelor de laborator ale lui MASTERS ȘI JOHNSON, fondatorii TERAPIEI SEXULUI, la necesitățile oamenilor foarte ocupați, care nu pot să-și ia două săptămâni de vacanță pentru a urma un tratament la Saint Louis. Menținând cerințele de înaltă calitate ale acestui tratament, dr. Kaplan a adaptat tehnicile terapiei sexuale, astfel încât oamenii să o poată vizita la cabinet pentru instrucțiuni și consultații curente, fiind în măsură între timp să execute acasă temele și exercițiile prescrise, în propriile dormitoare.

Clienții de astăzi pot fi într-o relație sau singuri și pot să fie oameni cu dare de mână, funcționari înalți sau săraci dependenți de securitatea socială. Terapia nu este doar pentru persoanele bogate, ci pentru oricine are nevoie de ea. Faptul că terapia sexului este la îndemâna oricui se datorează în mare parte doamnei doctor Kaplan și Grupului Helen S. Kaplan pentru Evaluare și Tratament al Problemelor Sexuale, aflat în New York.

Terapia sexului nu este o afacere seacă, mecanică, un set de proceduri stipulate într-un manual rigid și aplicate unor clienți care le urmează ca niște roboți, fiecare având nevoie strict de aceleași sfaturi și instrucțiuni. Este în aceeași măsură o artă și o știință. Munca proprie efectuată de dr. Kaplan a îmbogățit acest domeniu, iar cursurile predate de ea altor terapeuți sunt inspirate și inspiratoare.

**EXERCITIILE KEGEL** La începutul anilor '50, dr. Arnold H. Kegel, ginecolog, a inventat o serie de exerciții pentru a mări controlul vezicii la femeile care sufereau de incontinență urinară. Controlul este îmbunătățit prin exerciții ale mușchiului pubococcigian (numit și „mușchiul PC”). Terapeuții sexului au descoperit curând că aceleași exerciții pot să permită multor femei să se simtă mai active în timpul procesului coital, permițându-le să strângă mușchiul pubococcigian în timpul actului sexual. Ele au relatat că a existat o

creștere a stimulării sexuale nu numai în zonele vaginale, ci și în penisul partenerului lor. Multe femei care au efectuat exercițiile Kegel au relatat că au mai multe orgasme în timpul actului sexual.

O metodă rapidă pentru femei, pentru identificarea și antrenarea mușchiului pubococcigian, este să urineze, să oprească jetul de urină și apoi să urineze din nou. După câteva repetări, cele mai multe femei sunt în măsură să își contracteze mușchiul fără implicarea urinării. O altă metodă pentru a învăța exercițiile Kegel este introducerea de către femeie a unui deget în vagin pe o adâncime de aproximativ 5 centimetri. Mușchii din zona vaginală sunt contractați ca și cum ar fi vrut să oprească un jet de urină, iar ea va simți cum mușchiul pubococcigial se va strânge în jurul degetului. Va continua să contracte puternic mușchiul timp de câteva secunde, relaxându-l apoi și repetând de mai multe ori această secvență în timpul unei sesiuni de exerciții și de oricâte ori este posibil în timpul unei zile. Deoarece este un exercițiu simplu și poate fi efectuat fără degete, o dată identificat mușchiul pubococcigian, el constituie un ajutor foarte prețios în cadrul TERAPIEI SEXULUI. Tonifierea mușchiului pubococcigial se poate realiza foarte repede, permițând femeii să aibă încredere că va putea să îl controleze și în timpul intromisiunii penisului.

Au fost create și dispozitive numite „aparate pentru exerciții Kegel”. Acestea par să nu fie altceva decât niște FALUSURI ARTIFICIALE mai evolute. Dar nu există nici o dovadă că un dispozitiv care produce o rezistență, sau chiar un deget, ar produce rezultate mai bune decât simpla strângere a mușchiului pubococcigial, fără introducerea vreunui obiect, îndată ce s-a învățat bine contractarea musculară.

**KINSEY ȘI INSTITUTUL PENTRU CERCETAREA SEXULUI** Pentru cei mai mulți cercetători, terapeuți sau educatori ai sexului, începuturile actualei științe a comportamentului sexual al omului se găsește în lucrările lui Alfred C. Kinsey și în organizația formată de acesta: Institutul pentru Cercetarea Sexului, de la Universitatea Indiana, Bloomington, Indiana. Kinsey s-a născut în 1894 la Hoboken, New Jersey, într-o familie din clasa de mijloc, cu intense sentimente religioase. A studiat ingineria mecanică între 1912 și 1914, iar apoi s-a transferat la Colegiul Bowdoin din Maine, ca să studieze biologia. În 1916, el a început cursurile la Universitatea Harvard, concentrându-se asupra entomologiei, studiul insectelor; a devenit doctor în biologie în 1920.

Kinsey nu părea deloc o persoană menită să devină cel mai faimos cercetător al sexului din generația lui. El a început prin a fi instructor de biologie la Universitatea Indiana, în 1920, construindu-și o remarcabilă carieră academică în domeniul clasificării speciilor de insecte, în special a viespile. El a devenit autoritatea mondială supremă în ce privește viespile din familia Cynipidae. Viața lui s-a schimbat radical în 1937. La acea vreme era un respectat familist, cu patru copii și avea o reputație imensă de biolog și de persoană de un conservatorism ireproșabil. Atunci i s-a cerut să scrie și să predea un curs despre sex și căsătorie. În timp ce pregătea acest curs, și-a dat seama cu rapiditate că cercetarea în domeniul sexualității umane era foarte slabă și că mare parte din credințele acceptate ale epocii pe această temă se bazau pe cunoștințe demodate și pe speculații, nu pe studii științifice. A început să își strângă propriile date prin urmărirea comportamentului sexual la studenții lui și a lărgit treptat baza la publicul general.

În scurt timp, a atras la Universitatea Indiana un grup de oameni de știință din domeniul social foarte talentați. Împreună cu aceștia, a început interviuarea pe scară largă a populației (peste 11.000 de persoane) pentru proiectele lor principale de cercetare. În 1947, Kinsey și colaboratorii lui au înființat Institutul pentru

Cercetarea Sexului al Universității Indiana. Institutul a fost finanțat inițial de către Fundația Rockefeller, dar apoi publicațiile Institutului au devenit foarte cerute și finanțarea a fost furnizată de veniturile aduse de aceste publicații.

În anii în care Kinsey a condus Institutul, au fost intervievați peste 17.000 de subiecți. Printre subiectele tratate se numără: activitatea sexuală în copilărie (vezi **SEXUALITATEA COPIILOR; ADOLESCENȚII ȘI SEXUL**); **MASTURBAREA**; jocurile sexuale; începuturile diverselor tipuri de activitate sexuală; frecvența sexuală înainte, în timpul și după **CĂSNICIE**; **HOMOSEXUALITATEA** (vezi și **RĂSPÂNDIREA HOMOSEXUALILOR ȘI A LESBIENELOR**); poluțiile nocturne; **SEXUL EXTRAMARITAL**; sexul la bătrâni (vezi **ÎMBĂTRÂNIREA ȘI SEXUL**). Cele două opere principale produse la Institut de Kinsey și colegii lui au furnizat date fundamentale pentru activitatea sexuală umană și sunt elemente de comparație pentru toate studiile în acest domeniu care le-au urmat. Aceste două studii se intitulau: *Comportamentul sexual al masculului uman*, bazat pe statistica făcută pe 5.300 de bărbați, și *Comportamentul sexual al femelei umane*, lucrare scrisă după studierea a 5.940 de femei. La apariția lor, aceste două cărți groase de 800 de pagini au fost considerate de către editor și Institut ca având interes limitat la domeniul medical și profesional. Totuși, lipsa de informație pe tema comportamentului sexual și dorința de informare a publicului pe această temă, practic tabu, a făcut ca ambele cărți să devină mari succese la nivel național și să genereze o pleiadă de comentarii secundare din partea altor autori de știință și medicină.

Activitatea principală a Institutului și publicațiile lui au apărut într-o epocă în care Statele Unite erau o țară foarte conservatoare din punct de vedere politic și social. Grupurile de extremă dreaptă conduse de senatorul Joseph R. McCarthy de Wisconsin considerau că deteriorarea **MORALITĂȚII SEXUALE** era exacerbată de convingerile comuniste și că Institutul lui Kinsey dădea, fără intenție, apă la moară complotului comunist. Prin urmare, în câteva orașe cărțile au fost confiscate și distruse. Justificarea a fost dată de legile statale și federale cunoscute sub numele de Legile Comstock, datând din anii 1870. Aceste legi stipulau că trimiterea prin poștă de „material erotic” și cu conotații sexuale constituie o infracțiune. (După aproape un secol, în anii 1960, aceste legi au fost considerate ca intrând în contradicție cu Primul Amendament al Constituției.) În epoca lui McCarthy, s-au exercitat presiuni pentru retragerea finanțării, iar Fundația Rockefeller a cedat, dar, în 1957, după discreditarea senatorului McCarthy și a „McCarthy-ismului”, atacurile la adresa Institutului au diminuat puternic și finanțarea a început să crească. De atunci, Institutul a rămas un important centru de cercetări.

Kinsey a murit în 1956, la vârsta de șaiszeci și doi de ani. Deși unii savanți au obiectat în privința metodelor de eșantionare folosite de Kinsey în studiile lui, nu există nici o îndoială că procedurile meticuloase folosite de Kinsey erau cele mai bune la epoca respectivă și că studiile rămân în continuare cele mai bune informații culese vreodată despre comportamentul sexual al bărbatului și femeii. Toate studiile asupra comportamentului sexual care apar în zilele noastre se raportează invariabil la datele lui Kinsey, pentru a compara schimbările în comportamentul sexual din ultimii 50 de ani.

**SĂRUTUL** Sărutul este o activitate orală universală — în aproape toate culturile și în toate epocile istorice. Sărutul este folosit adesea pentru salutul între prieteni, dar aici îl vom examina în context sexual.

Ca definiție de dicționar, sărutul înseamnă atingerea sau mângâierea cu buzele. Dar această definiție nu reușește să transmită multele și variatele fațete ale plăcerii sărutului. Sărutul comunică atât iubire cât și dorință sexuală și adesea este considerat un preambul al actului sexual. Dar sărutul poate să constituie și o plăcere în sine. Se știe că unele cupluri care se iubesc își petrec multe ore sărutându-se. Cuplurile care sunt împreună de mai mult timp ar trebui să își amintească faptul că sărutul este un minunat act de intimitate și că ar trebui să rămână o parte importantă a repertoriului lor sexual.

Buzele sunt o zonă erogenă foarte sensibilă la stimuli sexuali. Deși în unele culturi nu se folosește sărutul pe buze, în cele mai multe societăți sărutul este parte integrantă a practicilor și tehnicilor sexuale, iar unii indivizi l-au ridicat la rangul de artă. Dar sărutul nu se limitează neapărat la două perechi de buze. Pot fi sărutați și ochii, gâtul, lobul urechii, sânii, testiculele, subsoarele și degetele. Explorarea corpului partenerului cu ajutorul buzelor poate fi extraordinar de excitant, ca și sărutul profund, care constă în atingerea pasională a limbilor în timpul atingerii buzelor.

În graba societății moderne, în care se dorește ajungerea rapidă la scopul sexual propriu-zis, sărutul a devenit o artă neglijată. Dar un amant desăvârșit va fi întotdeauna un artist al sărutului — și dintr-un motiv foarte simplu. Buzele omului au fost făcute pentru sărut. În timpul excitării erotice, ele devin foarte sensibile și invită, colorându-se și mărimdu-și volumul, devenind cu atât mai atrăgătoare.

\* L

**LABIILE** Vezi **ORGANELE SEXUALE FEMININE**; **VULVA**.

**TRAVALIUL** Vezi **NAȘTEREA**; **NAȘTEREA NATURALĂ**; **UTERUL**

**LIPSA INTERESULUI SEXUAL** Scrisorile sosite pe adresa emisiunii radiofonice și de televiziune „Dr. Ruth” și la rubricile specializate din ziare arată că lipsa dorinței sexuale este una dintre cele mai frecvente plângeri din partea celor care afirmă că au disfuncții sexuale. Aproape un sfert (24%) dintre toți oamenii care raportează o problemă sexuală menționează lipsa dorinței sexuale — iar acest lucru se împarte egal între bărbați și femei.

În trecut, profesioniștii medicinei au presupus adesea (greșit) că toți bărbații au un **LIBIDO** puternic în mod natural, o dorință de a face sex, în vreme ce femeile trebuie să fie excitate în cadrul unui **PRELUDIU** erotic. Lipsa de dorință sexuală la femei era considerată rezultatul unor acte sexuale incompetente din partea partenerilor bărbați, în special în faza de preludiu.

Studiile moderne au descoperit că dorința sexuală este exprimarea firească a interesului sexual al unui om. Dorința sexuală, ca și interesul, poate să preceadă orice tip de excitare fizică sau psihică. În argou, există diverși termeni colorați care desemnează persoanele cu o dorință sexuală intensă și de durată. Există o stare sexuală interesantă care nu are nevoie de stimularea erotică și pe care se clădește excitarea sexuală ulterioară. Dorința sexuală poate fi „lucrată” și influențată prin numai prin stimulare senzuală și un comportament erotic.

Dar dacă cineva nu are sau nu își recunoaște imboldul sexual interior, acea persoană poate fi stimulată fizic până la acel punct, iar uneori poate fi stimulată mental sau printr-o predispoziție romantică.

Manualele de sex din anii trecuți erau bine intenționate și de orientare romantică, dar nu conțineau prea multe cunoștințe despre mecanismul dorinței sexuale. Cercetările lui MASTERS ȘI JOHNSON și ale lui Helen Singer Kaplan au revoluționat gândirea noastră despre sex. Acum știm că prea mulți bărbați și femei se lipsesc de plăcerile unei relații sexuale pline de iubire, chiar și în timpul căsniciei, pentru că „pur și simplu nu sunt interesați” de sex. Aceasta înseamnă că preferă să nu facă nimic legat de sex, nici măcar să se gândească la el.

Ce se înțelege prin „lipsa de dorință sexuală”? Unii consideră că ea descrie o femeie sau un bărbat care nu mai simt nici un ORGASM, eventual nici măcar excitarea după ce au fost stimulați de partener și nici prin MASTURBARE. Dar nu acesta este înțelesul, pentru că lipsa de dorință poate fi starea fundamentală a multor oameni, înainte de interacțiunea sexuală și de excitare.

A nu se confunda lipsa reacției orgasmice cu lipsa dorinței sexuale. Atunci când nu ești interesat deloc de sex, nu te pui într-o postură în care să te comporți sexual. Dacă o persoană prezintă un oarecare interes, dar foarte puțină dorință, ea poate să aștepte ca partenerul să vină cu inițiative.

Unii cercetători sugerează că cel puțin la femei lipsa de dorință este rezultatul modului în care sunt excitate. Ele au fost învățate să își suprimă orice senzații sexuale dacă nu sunt „stimulate” de un bărbat. Paradoxul este că unele femei se plâng de o lipsă de dorință sexuală dar ajung ușor la orgasm, în vreme ce alte femei, cu un imens interes sexual și o dorință pe măsură, nu ajung la orgasm.

Terapeuții sexului întâlnesc frecvent cazuri în care femeile s-au măritat pentru că le venise timpul sau pentru că bărbatul cu care se întâlneau părea un potențial soț și tată bun. Ele știau că vor avea parte de acte sexuale și că, deși nu aveau nici o dorință de sex, vor crea conflicte dacă nu își vor îndeplini această parte a contractului lor marital. De aceea, ele trec prin toate mișcărilor sexuale, fără să se bucure de ele. Aceasta nu înseamnă că ele nu țin la soții lor, sau că nu îi iubesc, ci doar că elementul pasiune lipsește. Ele nu vor să riște căsnicia înfruntându-și senzațiile.

În unele cazuri, lipsa de dorință este „conjuncturală”. Această situație se întâlnește mai adesea la cei care spun că nu au nici o dorință sexuală, dar care reacționează sexual și au chiar și orgasm. Dacă partenerul inițiază sexul, o asemenea persoană va răspunde, dar dacă nu se va iniția actul sexual, va rămâne la fel de mulțumită. Cazurile se numesc „conjuncturale” pentru că un factor exterior oarecare interacționează cu dorința naturală de sex. Dacă această situație este modificată, iar factorul perturbator este înlăturat, pacientul va percepe mai ușor faptul că are într-adevăr o dorință sexuală, poate chiar una foarte puternică. O cauză destul de obișnuită este o supărare nerecunoscută pe care persoana în chestiune o are la adresa partenerului, supărare pe care o duce și în pat. Totuși, în unele cazuri, dorința sexuală a unei femei poate fluctua în funcție de influențele hormonale din timpul fazelor menstruației.

Există multe alte situații care pot să ducă la un LIBIDO, la dorință sau la performanțe sexuale scăzute sau chiar inexistente. Unele din aceste cauze sunt: stresul ocupațional, stresul familial, stresul financiar; teama de sarcină; probleme cu aspectul și cu comportamentul sexual al partenerului; folosirea de alcool și de droguri; agresarea sexuală în copilărie sau la o vârstă adultă; o părere proastă despre sine, sau o teamă generală de sex și de organele sexuale.

Dorința sexuală nu este prezentă sau absentă. Adevărata problemă este *în ce măsură* este ea prezentă. Să o privim pe o scară de măsură de la unu la zece. Nu ai cum să spui dacă cineva este la nivelul opt sau la nivelul unu. Este doar un indicator relativ, prin care încercăm să măsurăm cât de des sau de intens se gândește cineva la sex și acționează conform cu aceste gânduri. Oare cineva poate să își modifice acest „coeficient” al dorinței sexuale de la trei la șapte? Cei mai mulți terapeuți ai sexului consideră că acest deziderat se poate atinge prin folosirea unei atitudini mai erotice, împreună cu un sănătos respect de sine (vezi și PLECTIS, SEXUAL; TERAPIA SEXULUI; DISFUNCTII SEXUALE LA FEMEIE; DISFUNCTII SEXUALE LA BĂRBAT).

### **LACTAȚIE** (Vezi și ALĂPTAREA)

**METODA LAMAZE** Una dintre metodele pentru nașterile „pregătite”. Teoriile fundamentale din spatele nașterilor pregătite sunt acelea ale auto-controlului, ale înaltei cunoașteri de sine prin exerciții programate și reducerea durerii prin educarea înțelegerii proceselor travaliului și nașterii propriu-zise. Metoda Lamaze pregătește mamele și persoanele care le ajută ca să abordeze în mod activ contracțiile travaliului și aspectele emoționale, intelectuale și fizice ale nașterii. Un scop principal este ca o mamă sănătoasă și care se cunoaște bine să dea naștere unui copil sănătos. Lamaze oferă tehnici sau unelte psihologice, care vor fi folosite în timpul travaliului pentru a îl transforma într-o experiență împărtășită, mai plăcută și cu semnificații mai adânci.

Metoda Lamaze își are bazele în Rusia, țară în care femeile erau condiționate să răspundă la contracții cu relaxare. În anii '50, Fernand Lamaze, doctor francez, a adaptat tehnicile rusești și a introdus metoda nașterii pregătite în clinica unei uzine metalurgice, la care lucra pe atunci. Răspunsul condiționat, sau automat, este în continuare baza metodei, dar Lamaze a mai adăugat la modelul rusesc și tehnici speciale de respirație. În Statele Unite, metoda a fost extinsă, tatăl (sau alte persoane) având rol de antrenor. Astfel, cuplurile pot să își împartă activ nașterea copilului. În zilele noastre, metoda Lamaze este o tehnică foarte populară pentru abordarea durerilor din timpul travaliului.

**LAPAROSCOPIA** Procedură medicală folosită pentru a inspecta cavitatea abdominală cu ajutorul unui instrument telescopic numit laparoscop. Procedura se mai numește și pelviscopie. Operațiunea este folosită adesea pentru pacienți care nu sunt internați, pentru că perioada de recuperare este mult mai scurtă decât în cazul deschiderii cavității abdominale, care este considerată o intervenție chirurgicală majoră. Laparoscopul este introdus în cavitatea abdominală printr-o mică incizie efectuată mai jos de ombilic. Pentru ca vizualizarea să fie mai ușoară și pentru a micșora șansele de distrugere a țesuturilor, înainte de introducerea laparoscopului, cavitatea abdominală este destinsă prin umplere cu un gaz, de obicei dioxid de carbon, cu ajutorul unui ac. După ce laparoscopul a ajuns în poziția finală, se mai fac și alte incizii suplimentare, pentru alte instrumente, care vor efectua prelevări, manipulări, sau chiar operații chirurgicale. Laparoscopul permite o inspectare completă a abdomenului: toate organele din interiorul cavității abdominale pot fi vizualizate direct.

Pentru efectuarea laparoscopiei, există două motive principale: diagnosticarea și terapia. Motivele diagnostice includ evaluarea durerilor pelviene ale pacientei sau cauzele sterilității. UTERUL poate fi văzut cu ajutorul laparoscopului și, folosind un instrument introdus prin VAGIN pentru a manipula uterul, acesta poate fi

ridicat, astfel încât să se poată vedea și lateral, și din spate. Neregularități ale uterului, cum ar fi modificările fibroase uterine, pot fi văzute direct. TROMPELE UTERINE, care transportă ovulele de la ovar la uter, pot fi și ele vizualizate direct și evaluate din punct de vedere al inflamațiilor și al blocajelor. Prin COLUL UTERIN se poate introduce un colorant. Dacă trompele uterine sunt deschise, se poate vedea ieșirea colorantului prin deschizăturile superioare și intrarea în cavitatea abdominală. Astfel, laparoscopia poate fi utilizată pentru a se determina dacă trompele sunt sau nu permeabile. Pot fi observate direct și ovarele, ca și prezența de chisturi, semnele de ovulație precum și alte structuri din abdomen.

Operația laparoscopică cea mai obișnuită în terapie este blocarea trompelor, pentru a împiedica graviditatea. În regim de vizualizare directă, trompele uterine se pot bloca prin cauterizarea unui segment din fiecare cu ajutorul unui curent electric sau cu un laser, sau pot fi obstrucționate prin plasarea de bandă în jurul lor, pe la mijloc. Prin laparoscop, aderențele (zone anormale de țesut conjunctiv care țin împreună țesuturi care în mod normal nu sunt legate între ele) pot fi tăiate sau cauterizate. În mod similar, zonele cu ENDOMETRIOZĂ pot fi distruse chirurgical, iar chisturile mici pot fi aspirate (conținutul lor poate fi aspirat) folosindu-se un laparoscop. În unele situații, trompele uterine pot fi reparate folosindu-se acest instrument. Altă utilizare obișnuită a chirurgiei laparoscopice este îndepărtarea SARCINII EXTRAUTERINE. Se pot înlătura trompa uterină sau sarcina, folosindu-se numai instrumente laparoscopice. Unele chisturi ovariene pot fi înlăturate cu ajutorul laparoscopului, iar uneori pot fi extirpate și ovarele. Cu ajutorul laparoscopului, trompele uterine și ovarele pot fi eliberate de țesuturile care le țin legate de restul organelor, fiind astfel posibilă histerectomia vaginală (vezi HISTERECTOMIA), în situații în care altfel ar fi fost nevoie de operații chirurgicale abdominale majore. Chirurgia generală a început să folosească laparoscopul și pentru a extirpa vezicula biliară.

În ultimii ani, utilizarea laparoscopiei s-a extins, astfel încât este tot mai mult folosită pentru efectuarea unor procedee chirurgicale majore. Aceasta micșorează perioada de spitalizare și de recuperare. Laparoscopia poate da naștere și unor complicații minore, care includ infecția la locul puncției abdominale sau echimoze (vânătăi). Dar pot să apară și complicații grave, inclusiv răniri ale intestinelor sau ale vaselor sanguine importante din abdomen. Aceste complicații pot să necesite o operație chirurgicală majoră imediată. Ca la toate operațiile, există și posibilitatea unor complicații provenite din anestezie.

**TEHNICI SEXUALE LESBIENE** O lesbiană este definită în general ca o femeie al cărei interes sexual principal este orientat în direcția altor femei și care, drept urmare, se angajează în principal în acte homosexuale cu femei. Forma specifică a acestor acte sexuale prezintă o mare varietate, ca și în activitatea heterosexuală. Sexul de tip lesbian este prin definiție tot ce fac două femei împreună și, prin urmare, este dificil de generalizat. Există, totuși, practici și subiecte sexuale care sunt comune întregii comunități lesbiene.

Poate cea mai caracteristică trăsătură a sexului lesbian este că nu implică organele genitale masculine și prin urmare nu este centrat în jurul ACUPLĂRII SEXUALE. Activități care la multe perechi heterosexuale sunt privite ca PRELUDIU, la sexul lesbian au o mult mai mare importanță și pot fi practicate o perioadă de timp mai lungă decât se obișnuiește între bărbați și femei. Atingerea, SĂRUTUL, linsul și suptul sunt tehnici primordiale pentru excitarea sexuală, lesbienele concepând corpul întreg ca un teren senzual de joacă. SÂNIILE sunt o zonă erogenă foarte importantă și lesbienele au o mare plăcere să se joace una cu sfărcurile celeilalte — le strâng între

degete, le mângâie, le sărută, le sug, închipuie cercuri cu limba în jurul lor. Deoarece ambele partenere au sâni, lesbienele extrag plăcere și din senzația împingerii sânilor în cei ai partenerei, stimulându-și propriile sfârcuri o dată cu cei ai iubitei.

O tehnică sexuală frecventă la sexul lesbian este frecarea corpurilor unul de altul. Zona genitală a unei partenere este apăsată puternic și frecată de gamba sau de coapsa celeilalte. O variație obișnuită este „tribadismul”, în care cele două femei stau față în față, una deasupra celeilalte. Zonele genitale sunt apăsate strâns împreună, în timp ce partenerile efectuează mișcări ritmice de frecare. Unele își freacă CLITORISUL de osul pubian al partenerei. În secolul nouăsprezece, lesbienele erau numite „tribade”, mulți ani romanele porno franțuzești descriind această tehnică drept principala în activitatea sexuală lesbiană. Un avantaj al tribadismului este acela că lasă libere mâinile și gura, care pot să stimuleze alte zone ale corpului.

Atingerea și frecarea clitorisului și a altor organe genitale produce plăcere majorității lesbienelor. Pentru stimularea organelor genitale ale partenerei, se pot folosi și VIBRATOARE. Sexul oral, sau folosirea gurii în contact cu organele genitale ale partenerei, este o altă formă de joc sexual clitoridian. În timpul sexului oral, limba, dinții și buzele pot fi folosiți pentru a mușca, a linge, a manipula sau a explora clitorisul, labiile sau VAGINUL. Partenerile pot să aleagă varianta unui sex oral simultan, prin așezarea în poziția față—organe genitale. Acest lucru se face în mod obișnuit prin poziții laterale, sau cu una dintre femei deasupra și cealaltă sub ea. Multe femei consideră că sexul oral simultan distrage prea mult și, în locul lui, se stimulează reciproc, pe rând.

Multe lesbiene extrag plăcere din penetrarea vaginală de către limba sau degetele partenerei. De asemenea, se obișnuiește și introducerea de corpuri străine, dar în cazul FALUSURILOR ARTIFICIALE, este discutabil, mai ales dacă acestea au formă explicită de PENIS. Unele lesbiene folosesc falusuri artificiale, dar altele sunt împotriva lor, considerând că au o acuplare sexuală cu un organ masculin simulat. Comunitatea lesbiană se mândrește cu faptul că sexul lesbian nu este un sex convențional și că femeile lesbiene nu sunt limitate și nici legate de semnificațiile tradiționale ale regulilor și rolurilor în sex. De aceea, unele lesbiene resping ideea însăși de sex cu falusuri artificiale, pe care le concep ca fiind prea masculine. Acest lucru explică de ce multe lesbiene refuză să judece aspru vreo formă de sex lesbian, alegând în schimb ideea că orice femeie are dreptul să își definească și să își determine propriul comportament sexual, indiferent de ce obiceiuri, fantezii sau practici ar implica acesta.

Așa cum cultura heterosexuală are tendința să definească sexul ca fiind penetrarea, lesbienele pot să cadă și ele în capcana definirii sexului ca o interacțiune deget-vagin, sau limbă-clitoris, având drept scop final ORGASMUL. Dar comunitatea lesbiană în globalitatea ei consideră că toate jocurile sexuale sunt valabile și intră în definiția sexului. Scopul final al sexului este plăcerea, fie că duce la orgasm, fie că nu. Totuși, unele studii efectuate în anii '80 au arătat că frecvența orgasmului la partenerile lesbiene este mai mare decât la femeile heterosexuale. Cercetătorii au venit cu ipoteza că în cuplurile sexuale partenerile se excită reciproc mai lent și discută deliberat mai mult în timpul actului, adesea comunicându-și explicit când și cum au plăcerea. Dar ce este plăcerea sexuală este o problemă la fel de vastă pe cât este și comunitatea lesbiană însăși.

Ocazional, lesbienele pot să stimuleze pentru plăcere sexuală și ANUSUL. Anusul poate fi înconjurat cu limba pe margini, poate fi bătut ușor cu degetele, sau penetrat cu degetele sau un falus artificial. Unele lesbiene extrag plăcerea din jocuri care implică legarea sau introduc în jocul lor sexual fantezii sado-masochiste (vezi

SADISM/MASOCHISM). Altele consideră foarte excitantă posibilitatea de a fi „prinse”. Poate fi foarte excitant să faci ceva ceea ce alții ar considera scandalos, în caz că ar afla. Adesea, lesbienele se ating pe furiș, în locuri publice, sau fac sex în pădure sau în toalete publice.

Lesbienele pot chiar să facă sex cu un bărbat, deși acest lucru este blamat de comunitatea lesbiană. Unele au relații sexuale ocazionale cu bărbați, sau relații anonime, pentru variație. Altele au întâlniri foarte regulate cu un anumit bărbat. Pentru unele lesbiene, sexul cu bărbații este un supliment foarte plăcut la relațiile sexuale principale cu femei, lucru care nu le împiedică să se considere în continuare a fi lesbiene. Pentru ele, lesbianismul este starea mentală din punct de vedere sexual. Este o identitate care merge mult mai departe decât actele sexuale individuale.

Spectrul activităților sexuale lesbiene este foarte larg și depinde de gusturile individuale. Unele lesbiene își asumă roluri specifice, de femeie sau bărbat. Așa-numitele „lesbiene rujate” sunt atrăgătoare din punct de vedere convențional, dar multe altele fug de asemenea modele tradiționale, având atât plăcerea cât și mândria să fie ceea ce ele numesc exploratoare complete ale sexualității lor (vezi și BISEXUALITATEA; VIAȚA HOMOSEXUALĂ ȘI LESBIANĂ; RELAȚIILE HOMOSEXUALE ȘI LESBIENE; RĂSPÂNDIREA HOMOSEXUALILOR ȘI LESBIENELOR; HOMOSEXUALITATEA).

**LIBIDO** Atracția sexuală sau apetitul sexual se numește în mod obișnuit „libido”. Acesta este prima componentă din sistemul sexual trifazic al lui Helen Singer Kaplan — dorință, excitare, orgasm (vezi și CICLUL REACȚIEI SEXUALE) — și constituie un foarte complex echilibru între factori fizici și sociali. Cercetători ca Alfred Kinsey și Masters și Johnson au sugerat că libidoul trece prin perioade de creștere și descreștere de-a lungul vieții unui individ. Cea mai frecventă plângere legată de libido este că este mult scăzut în comparație cu ceea ce individul simte că ar fi nivelul normal.

Factorii fizici care afectează libidoul pot include durerea din timpul acuplării sexuale (dispareunia), bolile organice, cele funcționale și disfuncțiile erectile. De exemplu, dispareunia poate fi cauzată de atrofierea sau subțierea țesutului vaginal după MENOPAUZĂ (datorită scăderii producției de estrogen), de infecții sau de o recentă naștere pe cale vaginală. Bolile endocrine, cum ar fi diabetul, sau leziunile coloanei vertebrale, ca și anumite medicamente, pot să afecteze capacitatea unui bărbat de a avea și de a menține o ERECȚIE și astfel pot să influențeze și libidoul.

Relația dintre libido și performanțele sexuale este complexă și, după cum am scris mai sus, este influențată nu numai de starea fizică a individului, ci și de starea lui emoțională. Disfuncțiile sexuale, atât la bărbați, cât și la femei, sunt foarte răspândite. În timpul vieții, jumătate din indivizi vor traversa o oarecare disfuncție sexuală, adesea trecătoare și circumstanțială, fără a indica drept cauză o boală organică sau o problemă de patologie psihică. Dacă alterarea libidoului sau a performanțelor sexuale persistă, trebuie luată în considerație o evaluare adecvată de către un medic (vezi și PLICTIS, SEXUAL; MENOPAUZĂ; DISFUNCȚIE SEXUALĂ LA BĂRBAT; TESTOSTERON).

**IUBIREA** Despre iubire s-a scris probabil mai mult decât despre orice subiect din experiența și istoria umană. Subiectul a atras atenția filosofilor și a savanților în științelor sociale, a poezilor și dramaturgilor, a

psihoterapeuților și a teologilor, dar oricât de ar fi fost de analizat subiectul, nu s-a ajuns la un consens asupra definiției exacte a iubirii, a originilor și semnificațiilor ei. După toate probabilitățile, nu va exista niciodată o asemenea definiție, pur și simplu pentru că iubirea prezintă prea multe fațete: iubire senzuală, iubire romantică, iubire de familie, iubirea față de Dumnezeu, iubirea naturii, iubirea față de omenire, iubirea față de artă, iubirea animalelor, a prietenilor, iubirea de sine și așa la infinit.

Printre teoriile moderne ale iubirii care au fost luate în seamă de savanți se numără cele avansate de Sigmund Freud, Erich Fromm, Abraham Maslow și Robert Sternberg. Freud concepea iubirea ca pe o expresie necesară a energiei dorinței sexuale care, în viziunea lui, motivează toate ființele umane. Freud afirma că iubirea este întotdeauna o manifestare a tensiunii sexuale, fie că e îndreptată către părinți, către prieteni sau către iubit/iubită.

Deși antrenat în tehnicile psihanalitice, Erich Fromm se delimitează întrucâtva de conceptualizarea îngustă a iubirii de către Freud. Fromm specifică cinci tipuri de iubire: de frate, de părinte, erotică, iubirea de sine și iubirea față de Dumnezeu. După el, o persoană complet dezvoltată este capabilă de toate cele cinci tipuri de iubire. Tot el a subliniat și că diferitele tipuri de iubire sunt interconectate. De exemplu, indivizii care nu sunt capabili să se iubească pe ei înșiși probabil nu vor fi în măsură să-i iubească nici pe alții. Tot din teoria lui Fromm rezultă și că dacă înveți să iubești într-unul din aceste domenii-cheie, atunci vei învăța mai ușor să iubești în oricare din cele cinci tipuri de iubire.

Fromm credea că iubirea este mai degrabă activă decât pasivă: nu există o „stare de iubire”. Mai degrabă, iubirea este un fel de comportament care îi ajută pe ceilalți să își îmbunătățească potențialul de creștere emoțională și socială. Cine iubește este mai degrabă o persoană care dăruiește decât una care primește. Prin urmare, după Fromm, iubirea implică „grijă”, „responsabilitate”, „respect” și faptul că persoana iubită știe de această iubire.

Psihologul Abraham Maslow a deosebit două tipuri de iubire: unul bazat pe nevoia egoistă și pe primire (numită de el iubire-D, adică iubire deficitară) și una bazată pe lipsa egoismului și pe dăruire (pe care Maslow a denumit-o iubire-B, iubire autentică). El a remarcat că persoanele care prezintă o iubire-B caută și se îndrăgostesc de persoane care le satisfac necesitățile de securitate, respect propriu, recunoaștere socială și recompensare sexuală. În același timp, ei pot să împlinească (neintenționat) necesitățile de iubire-D ale propriilor lor părinți. Dacă necesitățile sunt complementare, membrii cuplului se pot considera fericiți, iar relația poate să dureze mult. Nu este surprinzător că Maslow consideră că cele mai mature relații, care conduc la creșteri sinergetice ale ambilor parteneri, sunt uniunile între două persoane care prezintă iubire-B.

În studiul lui din 1998, *The Triangle of Love*, psihologul Robert Sternberg a izolat trei componente majore — INTIMITATEA, pasiunea și fidelitatea, care, combinate, vor oferi toate tipurile de iubire cunoscute. El a prezentat aceste componente ca pe laturile unui triunghi. Atunci când este prezentă doar pasiunea, fără intimitate sau fidelitate, atunci este infatuare. Dacă există doar fidelitate, este o iubire goală, ca în cazul cuplurilor căsătorite care rămân împreună din motive religioase, dar nu împărtășesc nici intimitate și nici pasiune. Intimitatea singură, fără pasiune sau fidelitate, constituie o prietenie. Sternberg spune că unele cupluri au o iubire de tip camaraderesc, conținând și fidelitate și intimitate, dar fără pasiune, în timp ce altele sunt angajate într-o iubire romantică, în care există intimitate și pasiune, dar nu și fidelitate (această situație se regăsește în special

între tineri și între persoanele implicate în AVENTURI EXTRACONJUGALE). Iubirea la prima vedere, urmată de o căsătorie fulgerătoare, care combină pasiunea și fidelitatea, dar fără intimitate, este descrisă de Sternberg drept „iubire imbecilă”. În sfârșit, există și iubirea ideală, desăvârșită, în care pasiunea, intimitatea și fidelitatea există în proporții egale.

Sternberg subliniază că nici una dintre aceste relații nu este bătută în cuie. În orice moment dat, fie la alegere, fie pe nesimțite, un cuplu poate să treacă de la un tip la altul — sau la o stare de ne-iubire, în care nu este prezentă nici una dintre componentele discutate mai sus.

Din teoria lui Sternberg rezultă implicit că relațiile de iubire nu pot fi considerate ca un dat și nici justificate prin simplul fapt că cei doi se „simt bine” împreună. Ca mai toți gânditorii contemporani din acest domeniu, el crede că o relație de iubire satisfăcătoare nu este ceva ce se „întâmplă” unui cuplu; este un lucru pe care cei doi îl *fac* să se întâmple (vezi și CURTE; FLIRT; RELAȚII DE IUBIRE DE TIP HOMOSEXUAL ȘI LESBIAN; INTIMITATE; SĂRUT; CĂSĂTORIE; RELAȚIE ROMANTICĂ; ACUPLAREA SEXUALĂ).

**IMPULSUL SEXUAL REDUS** Vezi PLECTISEALĂ SEXUALĂ; LIPSA DE INTERES SEXUAL; DISFUNCȚII SEXUALE, LA FEMEIE; DISFUNCȚII SEXUALE LA BĂRBAT.

**LUBRIFIEREA** Lubrifierea VAGINULUI apare ca reacție la excitarea sexuală. Lubrifierea femeii nu este produsă de vreo glandă, ci apare atunci când în vagin se filtrează prin vasele de sânge din jurul acestuia anumite fluide. Îngustarea venelor din jurul vaginului în timpul excitației sexuale duce la creșterea presiunii, care, la rândul ei, determină împingerea fluidului din serul sanguin în țesutul peretelui vaginal.

Lubrifierea funcționează ca un fenomen de umezire a membranei mucoase a vaginului și micșorează frecările în timpul acuplării sexuale. Atunci când lubrifierea este inadecvată, acuplarea poate fi foarte neplăcută, chiar dureroasă. După MENOPAUZĂ, când țesutul vaginal nu mai este stimulat de ESTROGEN și imediat după naștere, apar două perioade în care lubrifierea redusă poate crea probleme la acuplare. Infecțiile vaginale locale pot și ele să afecteze procesul normal de lubrifiere.

Deoarece excitarea sexuală depinde în aceeași măsură de factorii psihici și de cei fizici, libidoul și dispoziția (loc, timp etc.) pot să influențeze de asemenea lubrifierea. Dacă lipsa unei suficiente lubrifieri devine o problemă persistentă, se poate diagnostica o cauză specifică. De exemplu, dacă se datorează unei deficiențe de estrogen în anii de menopauză, se poate folosi un înlocuitor local sau chiar oral (vezi și TERAPIA DE ÎNLOCUIRE DE HORMONI). Dacă lipsa lubrifierii se datorează unei vaginite sau unei infecții, pot fi de ajutor antibioticele. Chiar dacă problema nu poate fi diagnosticată, ea poate fi abordată simptomatic. Se pot utiliza creme pe bază de gelatină, care vor restabili umiditatea țesutului vaginal. Diverse produse bazate pe uleiuri se află în vânzare și, de fapt, multe sunt însoțite de o mare diversitate de arome, gusturi, texturi și chiar proprietăți termale, care pot să ajute acuplarea, funcționând mult peste acțiunea unui simplu lubrifiant.

Trebuie avută mare grijă la folosirea acestor produse în combinație cu un prezervativ. Produsele bazate pe derivați ai petrolului pot să modifice proprietățile elastice ale latexului folosit la PREZERVATIVE, ducând la distrugerea acestora. În sfârșit, orice lubrifiant poate produce o reacție alergică sau de iritare. Dacă acest lucru se întâmplă, trebuie să se renunțe imediat la folosirea respectivului lubrifiant.

## **PILULA ANTICONCEPȚIONALĂ MASCULINĂ** Vezi VASECTOMIA ȘI PILULA ANTICONCEPȚIONALĂ MASCULINĂ.

### **GLANDELE MAMARE** Vezi SÂNII

**MAMOGRAFIE** The American Cancer Society (ACS) a arătat că în 1994 au fost diagnosticate 182.000 de cazuri de cancer la sân și că aproximativ 46.000 de femei au murit din cauza acestei boli. (Aceași organizație a arătat că doar 1.000 de bărbați au fost diagnosticați cu aceeași boală.) Aceste cifre sunt alarmante, mai ales că se știe că semnele caracteristice ale cancerului la sân — umflături, îngroșare, noduli, modificări ale pielii — reprezintă de fapt stadii evoluate ale acestei boli. În plus, la actualul stadiu al științei medicale, cancerul la sân nu poate fi preîntâmpinat.

Care ar fi factorii de risc? Din nefericire, 80 de procente din femeile cu cancer la sân nu prezintă nici unul din factorii de risc cunoscuți: vârstă peste cincizeci de ani, o istorie de cazuri de cancer la sân în familie, lipsă de copii, nașterea primului copil la peste treizeci de ani. Este evident că cea mai bună protecție este detectarea precoce. În zilele noastre, cele mai multe speranțe vin din partea mamografiei.

Mamografia este o metodă eficientă de detectare a cancerului la sân în stadii precoce, care sunt vindecabile cu o mare probabilitate. Tumora mamară crește foarte lent timp de șase-opt ani, până să ajungă să fie detectată prin examinarea directă a sânelor. În această fază preclinică, tumoarea poate fi văzută și localizată precis cu ajutorul mamografiei.

Mamograful este un dispozitiv special cu raze X, pentru analiza ambilor sâni. El a fost conceput acum peste patruzeci de ani, iar deceniile care au trecut au apărut multe îmbunătățiri, atât sub aspectul siguranței echipamentului, cât și al calității imaginii produse de aparat. La aparatura modernă nu mai există riscul expunerii excesive la radiație. De fapt, cantitatea de radiație asociată cu echipamentul folosit în mod curent este echivalentă cu doza primită la altitudini mari, de exemplu, ca și cum ai urca la altitudinea de la Denver, după ce ai locuit la Boston sau New York. Această examinare nu ar trebui să fie niciodată refuzată, pe motiv de pericol de iradiere.

*\*fig pag. 170 Echipament pentru mamografie*

Mamografia a redus rata de mortalitate din cauză de cancer la sân (dar din cauza mediei de viață generale mai ridicate a populației, numărul femeilor care au contractat boala a crescut). Acum peste treizeci de ani, un studiu american a demonstrat că printre femeile de peste cincizeci de ani a scăzut spectaculos rata de mortalitate din cauză de cancer la sân la acelea care au fost supuse examinării mamografice de o manieră regulată. Aceste cifre s-au repetat în studiile mai recente din Statele Unite și din alte țări și există tot mai multe dovezi că rata mortalității din cancer la sân poate fi redusă la femeile care încep la vârsta de patruzeci de ani să facă regulat teste mamografice.

În ciuda acestor dovezi, cele mai multe femei din America nu profită de acest program de detectare. Un studiu recent arată că doar 30% din femei urmează recomandările de folosire a mamografiei începând cu vârsta de

patruzeci de ani. Este o creștere de doar 10 procente față de acum câțiva ani. Peste două treimi din femeile americane încă nu profită de acest important test de diagnostic. Din păcate, aproape jumătate din femeile care nu au făcut testul spun că doctorii lor nu l-au recomandat.

Despre mamografie se pot face următoarele afirmații:

- singura metodă despre care s-a dovedit că reduce rata mortalității din cancerul la sân este supunerea periodică la analiza mamografică;
- mamografia este singura metodă de diagnosticare a tumorilor maligne la sân atunci când acestea sunt prea mici pentru a fi detectate prin pipăit de un doctor;
- rata de vindecare a unei tumori detectate în stadiu precoce este de peste 90 de procente;
- mamografia este sigură.

Reperetele acceptate pentru folosirea mamografiei includ următoarele:

- mamografiile trebuie să fie obținute prompt începând de la vârsta de patruzeci de ani. Ele ar trebui să fie efectuate la fiecare doi ani, dar mai frecvent dacă există bănuieli din partea pacientei sau ca urmare a unei examinări medicale;
- începând cu vârsta de cincizeci de ani, mamografia ar trebui efectuată anual;
- pacientele care au în familie o lungă istorie de cancer la sân (mai ales mamă și soră), în special dacă tumorile s-au dezvoltat după menopauză, ar trebui să facă prima mamografie la vârsta de treizeci și cinci de ani, iar după aceea anual.

\* fig. 171 *Mamografia unui sân de femeie*

Mamografiile se pot obține într-un spital, într-o clinică specializată în tratarea sânilor, sau într-un cabinet particular. Dacă în privința eficienței unui mamograf folosit adecvat sunt prea puține dubii, calitatea examinării și interpretării trebuie să fie urmărită cu mare atenție. Majoritatea instalațiilor care furnizează la această oră mamografii sunt acreditate de către Colegiul American pentru Radiologie, iar dacă un mamograf este într-adevăr autorizat se poate afla fie de la American Cancer Society sau de la societatea medicală locală.

Filmele sunt efectuate într-o cameră specială, cu pacienta în poziție fie șezând, fie în picioare. O imagine oferă o vedere laterală a sânelor iar alta privindu-l de sus: ambele imagini sunt necesare. Uneori, metoda produce ușoare neplăceri, pentru că sânii trebuie să fie comprimați, pentru a se avea o imagine clară a țesutului mamar. Pentru cele mai multe paciente, este o situație ușor tolerabilă și ele nu obiectează. Filmele sunt dezvoltate și interpretate de un radiolog specializat în mamografie. Ocazional se pot remarca anormalități, cum ar fi densități variate, sau mici zone cu calciu. Recomandările includ repetarea mamografiei mamare după patru-șase luni sau chiar o biopsie.

Evident, informația că o mamografie prezintă anormalități o va neliniști pe pacientă. Totuși, trebuie remarcat că 80 de procente din afecțiunile relevate de o mamografie nu sunt canceroase. Dacă mamografia este

considerată anormală, atunci trebuie să se treacă la o consultație medicală. Dacă este recomandată reluarea procedurii, vor apare alte filme și acțiunile ulterioare vor depinde de aceste noi rezultate. Dacă este recomandată o biopsie, atunci trebuie abordat un doctor specializat în acest tip de analiză (vezi și CANCERUL LA SÂN).

Deoarece zonele anormale ale sânului nu pot fi simțite nici de pacientă și nici de doctor, biopsia necesită o tehnică specială. Mamografia este revăzută și în zona suspectă se introduce un ac, de obicei după o anestezie locală. Doctorul va împinge acul până la zona anormală. Este extras și analizat țesut din zona respectivă. În cele mai multe cazuri, anomaliile sunt legate de modificări fibrochistice și nu este nevoie de un tratament suplimentar, dar dacă se descoperă o tumoră malignă, atunci este foarte probabil că va urma o intervenție chirurgicală (vezi și AUTOEXAMINAREA SÂNULUI).

**VIOLUL MARITAL** Vezi CONSIMȚĂMÂNTUL; SINDROMUL DE STRES POST-TRAUMATIC; VIOLUL

**TERAPIA MARITALĂ** Terapia maritală va aborda întreg spectrul de relații și de probleme care pot să apară cu o anumită probabilitate între partenerii unui cuplu căsătorit. În America zilelor noastre, termenul de „terapie de relație” poate fi mai adecvat, pentru că tehnicile și scopurile terapiei maritale se aplică la fel de bine și heterosexualelor necăsătorite și cuplurilor homosexuale care au o relație stabilă. Terapia maritală nu este totuna cu TERAPIA SEXULUI, pentru că se referă la zone mult mai largi ale relațiilor din cuplu. Ea acoperă probleme de natură interpersonală, creșterea copiilor, relațiile cu familiile originare (părinții și frații, atât ai soțului, cât și ai soției) și cu familia extinsă. Terapia maritală abordează și probleme de confort de viață, bănești, scopuri ale relației și satisfacția sau nemulțumirea în cadrul unei căsnicii. Nu este cazul întotdeauna, dar multe cupluri care prezintă una sau mai multe din aceste probleme vor descoperi că acestea au un impact asupra calității vieții sexuale din cadrul relației lor. De aceea, mulți terapeuți ai sexului colaborează îndeaproape cu un terapeut marital, pentru a ajuta cuplurile atunci când apar probleme legate de disfuncții sexuale care sunt posibil legate de problemele maritale interpersonale.

Terapia maritală, cum ar fi psihoterapia, este abordată de numeroase școli de gândire și teorii despre cum se poate trata mai bine un cuplu. Ea poate să folosească terapia de grup ca metodă suplimentară sau ca metodă principală, eventual unică. Adesea, terapia maritală oferă o soluție pe termen scurt, concentrându-se asupra problemelor imediate în relațiile specifice, nu asupra personalităților individuale și a posibilelor schimbări în acestea.

**CĂSNICIA** Uniunea recunoscută de societate, de comunitate a doi indivizi aflați într-o relație permanentă sexuală și familială, în calitate de soț și soție. Emoțiile și atențiile lor sunt concentrate asupra celuilalt, dar rolurile și relațiile sunt extinse dacă și când apar copii. Antropologii și sociologii consideră că în întreaga istorie și în aproape toate culturile principala funcție a familiei a fost aceea de a crește și a educa progenitura, pentru a asigura continuitatea instituțiilor sociale de la o generație la alta. În vremurile primitive, familia era și principala răspunzătoare pentru protejarea fizică și pentru instruirea tinerilor, ca și pentru transmiterea valorilor religioase, printre altele; într-o mare măsură, acestea au fost preluate astăzi de instituții ca

școala, poliția și religia instituționalizată. Între timp, o funcție tot mai importantă a căsniciei este aceea a înțelegerii, iubirii și împlinirii sexuale care ar trebui să existe în mod ideal între soț și soție.

Multe culturi, de-a lungul întregii istorii și în foarte multe părți ale lumii — au permis sau au preferat poligamia (bărbații au două sau mai multe soții în același timp), iar unele societăți au permis poliandria (femeile pot să aibă doi sau mai mulți soți). Societățile moderne, în special acelea influențate de sistemele de valori iudaice sau creștine, limitează aproape în întregime căsătoria la monogamie — uniunea între un bărbat și o femeie. (Există, totuși, unele mișcări în Statele Unite și în unele părți ale Europei care militează pentru acceptarea căsătoriilor homosexuale.) În cultura occidentală, conceptul de monogamie se extinde și la activitatea sexuală a fiecărui partener, limitând sexul în afara căsniciei. (DISCREPANȚA SEXUALĂ dintre comportamentele bărbaților și femeilor a dus la o toleranță mai mare față de comportamentul bărbaților, în contrast cu cea față de libertatea sexuală a femeii.)

În ultimele decenii, atât în Europa, cât și în Statele Unite, un segment mic dar semnificativ al populației a exprimat punctul de vedere conform căruia exclusivitatea sexuală tradițională ar putea fi o frână în calea satisfacerii maxime a soțului sau soției. Unii autori consideră că această mișcare își are originile în ideea post-freudiană că fericirea individuală trebuie să fie un scop major la viață și că, în mare măsură, căsătoria ar trebui să se concentreze asupra împlinirii sexuale și emoționale a cuplului.

În ciuda ratei mari a DIVORȚURILOR în Statele Unite, un recent studiu la nivel național, efectuat de doctorii Sam și Cynthia Janus, arată că majoritatea covârșitoare a americanilor (90% din bărbați și 92% din femei) sunt de acord sau consideră cu tărie că familia este cea mai importantă instituție a societății. Pe de altă parte, ei au remarcat că numai 20% din bărbați și 13% din femei consideră că „pentru a fi cu adevărat împlinit, trebuie să fii căsătorit”. Această atitudine are o oarecare legătură cu faptul că în ultimele decenii a devenit încetățenită practica vieții în comun, uneori pentru zeci de ani, fără căsătorie. În aceste cazuri, căsătoria survine fie când cuplul s-a decis să aibă un copil, fie când un copil este „pe drum”.

În ultimul secol, ratele căsătoriilor din Statele Unite au cunoscut creșteri și scăderi periodice. Cea mai scăzută rată (aproximativ 8 căsătorii la 1.000 de persoane pe an) a survenit în jurul lui 1900, în 1930 și în 1960. Ratele înalte (de aproximativ 12 căsătorii la mia de locuitori pe an) au fost în anii 1920, 1940, 1990. Vârsta primei căsătorii a unui om a crescut permanent, de la 15-19 ani la începutul secolului, la douăzeci și șase de ani la bărbați și douăzeci și patru, la femei, în 1990. Într-un raport recent, Centrul Național pentru Statistica de Sănătate a prezis că aproximativ 70 de procente din bărbați și femei se vor căsători cel puțin o dată în viață — o estimare considerabil mai mică decât aceea din anii 1970, când se estima că 87% din femei și 96% din bărbați se vor căsători. Au fost avansate mai multe cauze ale declinului: o presiune socială mai redusă asupra persoanelor care nu sunt emoțional înclinate spre intimitatea și responsabilitățile căsniciei; creșterea numărului de bărbați homosexuali și femei lesbiene, care se păstrasera „la cutie” în deceniile anterioare și care s-ar fi căsătorit fie pentru a își nega HOMOSEXUALITATEA, fie pentru a o ascunde; independența economică tot mai mare a femeilor; și acceptarea socială tot mai mare a femeilor care aleg să facă și să își crească singure copii.

Pe măsură ce înaintăm în secolul 21, se pare că definirea căsniciei ca fiind o relație exclusiv monogamă și heterosexuală va fi supusă unei analize și probabil unei modificări. Departele de a fi un motiv de îngrijorare, această tendință este o sănătoasă reflectare a necesității ca familia să fie o instituție care să funcționeze în armonie

cu o lume într-o schimbare tot mai accelerată. (Vezi și ADULTER; AVENTURI; FIDELITATE; ÎNTÂLNIRI; RELAȚII DE IUBIRE HOMOSEXUALE ȘI LESBIENE; IUBIREA; TERAPIA MARITALĂ)

**APARATE DE MASAJ** Vezi VIBRATOARE.

**MASTECTOMIE** Vezi CANCERUL LA SÂN

**MASTERS ȘI JOHNSON** Dr. William H. Masters, ginecolog, și dr. Virginia E. Johnson, psiholog, au fost principalii cercetători ai sexului în perioada care a urmat doctorului Alfred Kinsey. În ultimii patruzeci de ani, ei au acumulat mai multe cunoștințe în privința reacțiilor sexuale decât se cunoscuseră în toate perioadele precedente. Tot ei au creat și tehnicile de bază ale terapiei sexului, care nu existau înainte ca opera lor să fie dată publicității.

Începând cu anii '50, ei au proiectat, în laboratorul lor din Saint Louis, Missouri, instrumente necesare pentru a înregistra reacțiile fizice ale subiecților, bărbați și femei, în timpul stimulării sexuale. Apoi, observându-și subiecții sistematic, au acumulat informații despre sexualitatea umană care au schimbat premisele fundamentale ale modului în care funcționează aceasta. Au definit patru faze distincte (Vezi CICLUL REACȚIILOR SEXUALE). Ei au arătat că reacția femeii la stimulare este aceeași, indiferent de mijlocul de stimulare, fie frecarea cu un penis, fie cu instrumentele de înregistrare din laborator, fie cu degetele, fie prin coit, fie prin MASTURBARE. Aceste descoperiri au tulburat puternic concepțiile despre sexualitatea femeii datând din timpul lui Sigmund Freud sau mai dinainte.

După aceea, această remarcabilă pereche de colegi (s-au căsătorit în 1971, dar apoi au divorțat) a identificat câteva tipuri distincte de disfuncții sexuale. Până la ei, tratamentul psihanalitic, care adesea dura ani întregi, tratamentul medicamentos și cel chirurgical se bazaseră pe noțiuni vagi de „impotență” la bărbați și de „frigidity” la femei. Aceste tratamente echivalau cu tratarea unei boli generale pe baza diagnosticului de „bolnav”. Ei au identificat disfuncții specifice, cum ar fi dificultățile erectile, ejacularea precoce, ejacularea întârziată, lipsa stimulării la femei, vaginismul (incapacitatea de a relaxa mușchii din jurul deschiderii vaginului, pentru a permite intrarea penisului). Apoi, după ce au identificat disfuncțiile specifice, ei au inventat și tratamentele pentru rezolvarea lor. În fine, Masters și Johnson i-au învățat și pe alții practica TERAPIEI SEXULUI, antrenând mii de terapeuți.

**MASTURBAREA** Dorința de a avea plăceri sexuale este extrem de puternică. Aproape oricine își stimulează organele sexuale din când în când, probabil mult mai des decât este dispus să recunoască. Expresie firească a sexualității umane, masturbarea poate să înceapă în copilărie și să continue până la vârste înaintate, sau poate să fie abandonată complet. Există credința populară că masturbarea este un fenomen în principal al vârstei adolescenței, dar, deși se poate spune că hormonii dezlănțuiți la adolescență duc la o masturbare susținută, obiceiul există la toate vârstele, la oameni căsătoriți sau necăsătoriți, chiar și la persoanele în vârstă.

Atitudinea socială și medicală față de masturbare s-a schimbat considerabil în ultimii 50 de ani. Ea a pornit de la un punct de vedere negativ, conform căruia este vorba de un abuz asupra propriei persoane, cu

consecințe potențial grave asupra fizicului și psihicului individului. În zilele noastre, profesorii de educație sexuală și terapeuții sexului sunt de acord că masturbarea este normală în dezvoltarea sexuală a tânărului, că este folosită ca element ajutător în interacțiunea sexuală dintre două persoane care se iubesc și un mijloc de eliberare a tensiunii sexuale atunci când cineva este lipsit de un partener.

Miturile trecutului recent, privitoare la pericolele puse de masturbare, par să își aibă rădăcinile în sentințele medicinei despre efectele ei negative și în credința religioasă că masturbarea este imorală. Se credea că un exces de masturbare putea cauza orbirea și nebunia, că la femei masturbarea ar duce la creșterea de păr pe față, iar bărbaților, din cauza masturbării, le crește păr pe palme. Aceste mituri au fost întărite și de credința populară că un bărbat are o cantitate dată și finită de spermă; dacă pierde prea mult prin masturbare, el riscă să sufere o degradare fizică. Oricât de absurde ar fi aceste mituri, multe din ele au fost predate până în anii '40 la cursurile de educație fizică.

Persoanele care își bazează atitudinile pe credințele religioase citează adesea din povestea biblică a lui Onan și a păcătoasei lui de „vărsări a seminței”, de unde și termenul de „onanism” sau „onanie”, echivalent cu masturbarea. Totuși, după majoritatea oamenilor de știință, povestea păcatului lui Onan se referea probabil la *coitus interruptus*, nu la masturbare. Onan se retrăgea înainte de ejaculare și se sustrăgea astfel datoriei sociale și religioase de a o lăsa gravidă pe văduva fratelui lui.

Astăzi, cei mai mulți oameni a căror profesie este medicina sau sexualitatea umană resping aceste sentințe non-științifice, sau pseudo-științifice despre pericolele puse de masturbare. Experții contemporani avertizează părinții asupra pericolului unei prea mari rigidități în a împiedica un copil, chiar foarte mic, să se masturbeze. Ei arată că dacă te implici în masturbarea infantilă — altfel decât eticheta elementară, adică să nu se facă în public — atunci te implici în tendința naturală și foarte imperativă a copilului de a își explora propria sexualitate. Un cercetător al sexului a emis teoria că probabil masturbarea este o parte firească a procesului de creștere. Prin ea, copiii învață să reacționeze fiziologic, conform naturii lor, pregătindu-se pentru viața de adulți activi sexual. Masturbarea poate să îi ajute să dezvolte mecanismele necesare mai târziu pentru reacțiile reușite și performanțele în ciclul lor reproductiv.

Studiile de astăzi arată că aproape toți bărbații și majoritatea femeilor s-au masturbat într-un anumit moment al vieții lor și mulți se masturbează de-a lungul întregii vieți. *The Janus Report*, un studiu la nivel național publicat în Statele Unite în 1993, arată că 55% din bărbații adulți și 38% din femeile adulte au spus că se masturbează de o manieră „regulată”, care se întinde de la zilnic la lunar. Mai mult, 66 de procente din bărbați și 67% din femei au spus că sunt de acord sau susțin cu tărie afirmația că „masturbarea este o parte firească a vieții și continuă și în timpul căsniciei”. Acest punct de vedere este susținut de 63% din catolicii și 73% din evreii care au răspuns studiului.

Importante cercetări în domeniul sexului au arătat că există într-adevăr diferențe între sexe în privința raportării masturbării. Rezultatele studiului publicat de Alfred Kinsey în anii '50 au arătat că 92% din subiecții bărbați au spus că s-au masturbat până la orgasm cel puțin o dată în viață, în comparație cu doar 58% din femei. Studiul Hunt, efectuat la mijlocul anilor 1970, a raportat că 63 procente din femei s-au masturbat până la orgasm cel puțin o dată, un procentaj nu mult mai mare decât cel al lui Kinsey, în ciuda creșterii toleranței față de subiectul sex în cei douăzeci de ani trecuți între cele două studii. Ambele studii au arătat că femeile sunt probabil

mai reticente în a recunoaște că s-au angajat în asemenea comportament sexual, dar probabil mai important, că masturbarea la femei pare să înceapă mai târziu decât la bărbați. Cei mai mulți din subiecții care au răspuns studiului lui Kinsey au spus că au început masturbarea între treisprezece și cincisprezece ani, dar multe dintre femeile din anchetă au declarat că au început după vârsta de douăzeci și cinci.

Într-un studiu de comportament sexual sponsorizat de Uniunea Consumatorilor în anii 1980, 33% din femeile de șaptezeci de ani și peste au spus că se masturbează curent, ca și 43% din bărbați. Dintre aceste femei, 74% au raportat că experimentează un orgasm de fiecare sau aproape de fiecare dată. Între bărbați, 73% au spus că ajung la orgasm aproape de fiecare dată. Se pare că masturbarea este o activitate care durează toată viața în cultura noastră (vezi și ANORGASMIE; AUTOEROTISM; FALUS ARTIFICIAL; ORGASM; VIBRATOARE).

**Masturbarea în pruncie, copilărie și adolescență.** Punerea mâinii la organele genitale este obișnuită și normală în pruncie și copilărie. Pentru copii este plăcută, ca parte a curiozității naturale și a explorării propriului corp, similar cu modul în care își explorează degetele de la mâini și picioare. Auto-stimularea genitală este de asemenea foarte comună și la vârste între doi și cinci ani, când copiii descoperă deosebirile fizice dintre băieți și fete. Dorința de a se atinge pe sine și poate și pe alți copii în „jocuri sexuale” reflectă parțial curiozitatea naturală legată de aceste deosebiri. Copiii nu trebuie făcuți să se rușineze de comportamentul lor sau să simtă că aceste părți ale corpului sunt „rele” în vreun fel. Evident, nu există nici urmă de adevăr în miturile care spun că masturbarea poate să cauzeze HOMOSEXUALITATE, orbire, deformații fizice, retard mentală, păr pe palme sau orice altă boală fizică sau mentală. Părinții ar trebui să le sugereze copiilor că este vorba de un lucru care, ca și toaleta zilnică, trebuie făcut în intimitate.

Adolescenții au o dorință imperioasă de a se masturba, ca rezultat al schimbărilor hormonale de la pubertate. Studiile arată că aproape toți băieții au obținut un orgasm prin masturbare până la vârsta de optsprezece ani. Masturbarea la băieți constă de obicei în frecarea PENISULUI cu mâna sau de o saltea, într-o mișcare sus-jos, până când survine ejacularea. Cantitatea de spermă și distanța la care poate ea fi ejectată din penis pot să varieze. Se crede că 25% din bărbații heterosexuali și 60% din bărbații homosexuali trecuți de vârsta de paisprezece ani s-au angajat în masturbări reciproce, ponderea crescând la 90% din bărbații homosexuali după vârsta de nouăsprezece ani.

De obicei, fetele se masturbează prin frecarea CLITORISULUI și labiilor VULVEI și pot să se excite și prin atingerea ZONELOR EROGENE cum ar fi SÂNI. Deși fetele nu ejaculează, ca băieții, atunci când o fată este excitată, în vagin este secretat un lichid lubrifiant clar. Pentru fete, masturbarea poate fi o cale de a amâna ACUPLAREA SEXUALĂ. Masturbarea pare să fie mult mai întâlnită la femeile din grupurile socio-economice inferioare, care participă și mult mai frecvent la coitul premarital.

În anumite situații, masturbarea copilului sau a adolescentului poate să apară excesivă sau obligatorie, sau poate să apară în public. Aceasta pare să indice o tensiune sau o grijă din partea copilului sau a adolescentului. Dacă există alte indicii că adolescentul sau copilul este neliniștit sau preocupat de ceva, dacă el sau ea pare să fie singuratic, sau are prea puțini prieteni și prea puține preocupări, s-ar putea să fie mai prudent să se apeleze la un profesionist în sănătatea mintală (vezi și SEXUALITATEA COPIILOR; EDUCAȚIA SEXUALĂ).

**Masturbarea în terapia sexului.** Masturbarea și alte forme de auto-erotism sunt esențiale pentru tratamentul disfuncțiilor sexuale masculine și feminine prin terapia sexului. Din cauza atitudinii tradiționale a creștinilor și evreilor față de masturbare, ca și din cauza credințelor vechi și greșite care leagă masturbarea „excesivă” de bolile mentale, terapia disfuncțiilor sexuale nu ar fi ajuns la nivelul de profesiune dacă nu ar fi avut loc o schimbare radicală de atitudine față de autoerotism. Schimbările în atitudinile publicului și ale medicinei față de masturbare își au rădăcinile în lucrările lui Alfred Kinsey, MASTERS ȘI JOHNSON și ale lui Helen Singer Kaplan. Marea contribuție a lui Kinsey a constatat în descoperirea faptului că marea majoritate a oamenilor s-au masturbat — fără consecințele îngrozitoare care, credeau unii, ar fi trebuit să apară. Masters și Johnson au raportat importanța masturbării la femei, faptul că prin manipularea zonei clitoridiene sau prin folosirea VIBRATOARELOR ele pot ajunge la orgasm mult mai sigur decât prin coit. Kaplan a dezvoltat tehnici pline de inventivitate pentru a învăța femeile să se folosească de auto-stimulare pentru a depăși disfuncțiile sexuale.

Deoarece principalul motiv pentru care femeile caută sfatul terapeuților sexului este disfuncția orgasmică, metodele prin care femeile sunt învățate să se masturbeze și să se bucure de plăcerile corporale sunt absolut esențiale pentru ca ele să accepte plăcerea sexuală și stimularea din partea altei persoane. Cei mai mulți terapeuți ai sexului cred că este necesar ca femeile cu disfuncții orgasmice să învețe să își asume responsabilitatea pentru propriile orgasme înainte de a se bucura de orgasme provocate de stimulările partenerilor, fie ele provocate manual, oral sau prin coitul penian. Ca rezultat al lucrărilor lui Masters și Johnson, terapeuții sexului recomandă adesea folosirea vibratoarelor, ca fiind mijlocul cel mai eficient pentru ca femeile să ajungă să aibă orgasm. Aceasta nu înseamnă că ele vor fi nevoite să continue sau să depindă de aceste mijloace, pentru că succesul cu vibratorul se transmite ușor auto-stimulării și apoi stimulării de către partener. Pentru unele femei, s-ar putea să fie de ajutor discutarea într-un grup de terapie feminin a dificultăților lor în a avea orgasm. Terapeuții au relatat că alte femei, în cadrul grupurilor de susținere, care discută probleme pe care femeile nu le discută în mod normal, pot constitui un ajutor important în terapie.

Masturbarea este rareori folosită pentru învățarea bărbaților să ajungă la orgasm sau să ejaculeze. Totuși, ea este folosită în tratarea disfuncțiilor masculine des întâlnite ale ejaculării premature și emoțiilor anticipatoare (vezi și KAPLAN, HELEN SINGER; KINSEY, ALFRED; DISFUNCȚII SEXUALE LA FEMEIE; DISFUNCȚII SEXUALE LA BĂRBAT).

**SĂNĂTATEA MAMEI** vezi GRAVIDITATE ȘI ALIMENTAȚIE; ÎNGRIJIREA PRENATALĂ.

**MEDICAMENTELE ȘI GRAVIDITATE** vezi GRAVIDITATEA ȘI MEDICAȚIA OBIȘNUITĂ.

**PRIMA PERIOADĂ MENSTRUALĂ** vezi ADOLESCENȚA; SEXUALITATEA LA COPII; MENSTRUAȚIA; PUBERTATEA.

**MENOPAUAZA** Este perioada din viața femeii în care încetează ciclurile menstruale. Femeia nu mai produce un ovul pe lună și prin urmare mucoasa uterină nu mai este eliminată în timpul sângerării menstruale.

Media de vârstă a ultimei MENSTRUATĂII este la femeile americane de cincizeci și unu de ani. Prin urmare, o femeie trăiește după menopauză o treime din viață.

Momentul la care are loc menopauza este cunoscut și sub numele de „climax”. El începe atunci când ovarele scad producția de HORMONI feminini, de ESTROGEN și PROGESTERON. Acest lucru poate să aibă loc cu cam doi ani înainte de încetarea menstruației. Primele semne ale menopauzei sunt o schimbare (uneori o neregularitate) în ciclul menstrual. Menstrele pot deveni mai puțin abundente, unele pot fi sărite, perioada de hemoragie poate fi mai mică sau mai mare.

Alt simptom clasic al menopauzei este BUFEUL. Acesta constă într-o senzație bruscă de căldură în tot corpul, adesea însoțită de îmbujorare și de transpirație. Puseurile pot să aibă loc la orice oră a zilei sau a nopții. Atunci când apar noaptea, de obicei ele întrerup somnul femeii. Numărul, frecvența și durata bufeurilor diferă la femei. Unele femei nu au niciodată bufeuri, dar 25% din femei, dacă nu se tratează, le vor avea timp de peste doi ani. O femeie nu are nici un control asupra acestor simptome și adesea ele apar în momente nepotrivite, producând stânjeneală.

\*\*

fig. 177 stânga

## MENOPAUZĂ

Pre-menopauză Peri Post

Estrogen Progesteron

*Schimbările survenite la hormonii ovulație, estrogenul și progesteronul, în timpul menopauzei.*

\*\*

\*\*\*\*\*

Fig 177 Dreapta

Conținutul în minerale al osului

Începerea tratamentului cu estrogen

Terminarea tratamentului cu estrogen

*Terapia de înlocuire hormonală oprește pierderea calciului din oase din timpul menopauzei.*

\*\*\*\*\*

O descreștere a nivelului de estrogen poate să cauzeze schimbări în vagin și în vezică. Mucoasa vaginului devine subțire sau se atrofiază în absența estrogenului, cauzând uscarea vaginului, o lubrifiere redusă și acte sexuale dureroase. Vaginul în post-menopauză, fără TERAPIA DE ÎNLOCUIRE A HORMONILOR, nu furnizează întotdeauna o suficientă lubrifiere în timpul actului sexual. Acest fapt poate să ducă la neplăceri fizice și poate duce la pierderea interesului sexual. Mucoasa vezicii urinare se poate atrofia și ea (sau se subțiază), ducând la simptome cum ar fi polakiuria (urinarea frecventă), micțiunile imperioase (dificultatea de a te „reține”) și urinarea dureroasă (usturimi).

Multe femei trecute de menopauză se plâng și de tulburări fiziologice. Unele dintre acestea includ depresiune, anxietate, nervozitate și insomnie. Unele femei prezintă și disfuncții sexuale. Aceste disfuncții sexuale pot fi rezultatul uscării vaginului, descrisă mai sus, sau se poate datora unei scăderi a LIBIDOULUI (impulsului sexual). Nervozitatea, neliniștea și insomnia sunt agravate de puseurile de căldură, în special atunci când acestea survin noaptea. Multe femei devin emoțional vulnerabile și izbucnesc în episoade frecvente de plâns. Totuși, relația directă dintre aceste simptome fiziologice și deficiența de estrogen este destul de neclară. Ele sunt mai degrabă reflectarea situației femeii în acea perioadă a vieții.

Schimbările fizice care au loc o dată cu menopauza au un impact important asupra sănătății ei pe viitor. Estrogenul ajută la menținerea conținutului de calciu din oase, care conferă oaselor rezistență. O dată cu pierderea estrogenului, calciul este eliminat din os, iar oasele se pot fractura mai ușor. Încheietura mâinii, șoldul și coloana vertebrală sunt în mod special vulnerabile. Fracturile de șold sunt afecțiuni care pot să amenințe viața pacientelor în vârstă, având serioase complicații: infecții, cheaguri de sânge, atacuri de cord, pneumonie. O femeie este protejată de unele boli de inimă și vasculare (ale vaselor de sânge) prin existența estrogenului. Estrogenul ajută la împiedicarea acumulării de depuneri de colesterol. După menopauză, nivelul estrogenului scade, scăzând și efectul lui protector, iar probabilitatea apariției bolilor cardiovasculare ajunge la femei aproape de cea pentru bărbați.

Bufeurile, modificările vaginale, osteoporoza și riscurile de boli cardiace pot fi toate abordate cu ajutorul terapiei de administrare a estrogenului. Deși anumite femei cu probleme de sănătate specifice, cum ar fi cancerul la sân, tulburări de coagulare a sângelui, hemoragii genitale anormale nu ar trebui să primească tratamente cu hormoni, terapia de înlocuire a hormonilor este foarte importantă în menținerea sănătății celor mai multe femei.

Relațiile sexuale pot să devină chiar mai plăcute după menopauză. Nu mai există teama de o sarcină neașteptată; multe cupluri trăiesc singure, copiii fiind la casele lor, și prin urmare se bucură de mai multă intimitate. La vârste mai înaintate, femeia și bărbatul sunt mai experimentați în a își aduce plăcere reciprocă. Estrogenul ajută la evitarea uscării vaginului, iar relațiile sexuale regulate ajută la menținerea lubrifierii și a elasticității vaginului. Uneori, interesul sexual al femeilor (libidoul) scade după menopauză. Ocazional, femeile pot beneficia de tratament hormonal de înlocuire atât cu hormoni feminini, cât și cu hormoni masculini, atunci când acest libido dispare.

O femeie are nevoie în continuare de vizite regulate la ginecolog și după menopauză. TESTUL PAPANICOLAU ar trebui efectuat anual, ca și o examinare anuală prin palpare a sânilor, însoțită de o mamografie, după vârsta de patruzeci de ani. O femeie ar trebuie să facă lunar de una singură o examinare a

sânilor. De asemenea, ar trebui efectuate și o analiză anuală a nivelului de colesterol, ca și un test pentru cancerul de colon. Dacă la un moment dat femeia are după menopauză hemoragii vaginale inexplicabile, o evaluare rapidă a situației este obligatorie. Ea nu ar trebui să aștepte perioada examinării de rutină.

„Menopauza timpurie” apare la femei sub patruzeci de ani. Ea poate să se datoreze înlăturării chirurgicale a ovarelor, tratamentului cu radiații, chimioterapiei, sau, rareori, disfuncției premature a ovarelor. Femeia care suportă o menopauză timpurie este supusă unui risc sporit de dezvoltare a unei osteoporoze și a unor boli cardiovasculare, pentru că ea va avea un deficit de estrogen pe o perioadă mai lungă de timp. Prin urmare, este foarte important ca în cazul menopauzelor timpurii să se treacă la tratamentul de înlocuire a estrogenului.

Femeile trecute de momentul menopauzei pot să ducă o viață activă și plăcută. O alimentație adecvată și exercițiile fizice sunt foarte importante. Pe măsură ce femeia înaintează în vârstă, metabolismul ei se încetinește și are nevoie de mai puține calorii, dar ea are nevoie de suficient calciu pentru a preveni apariția osteoporozei. Exercițiile regulate vor întârzia apariția osteoporozei și vor conferi femeii o senzație de bine. Administrarea de calciu și exercițiile fizice pentru împiedicarea apariției osteoporozei sunt mult mai eficiente dacă au început cu câțiva ani înainte de menopauză.

Speranța de viață a femeilor a crescut și prin urmare numărul de femei în anii post-menopauză este și el în creștere. Schimbările fizice pe care le suferă o femeie ca rezultat al menopauzei nu o împiedică să se bucure de niște ani plăcuți, mulțumitori, productivi și activi din punct de vedere sexual. Perioada poate fi una plină de optimism, de șanse, de împliniri (vezi și ÎMBĂTRÂNIREA ȘI SEXUL; AMENSTRUAȚIA; SINDROMUL CUIBULUI PĂRĂSIT; TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ; PUSEURI; MAMOGRAFIE; TESTUL PAPANICOLAOU).

**MENSTRUATIE** Ciclurile menstruale ale unei femei sunt rezultatul unui foarte complex proces de comunicație între hipotalamus (o zonă a creierului), glanda pituitară, OVARE și UTER. Mesagerii acestei comunicații sunt HORMONII, substanțe chimice produse de glandele endocrine și transportate cu ajutorul sângelui pentru a își exercita influența în locurile țintă din organism. Deși aceste procese sunt în mod evident interdependente, ciclurile hormonale ale femeilor sunt considerate a se grupa după trei criterii:

- comunicații hormonale între hipotalamus, glanda pituitară și ovare (ciclul hormonal);
- dezvoltarea foliculilor ovarieni care conțin ovulele și *corpus luteum* (corpul galben), care este partea din folicul rămasă după ce ovulul a fost eliberat (ciclul ovarian);
- ciclul endometrial, sau uterin.

Ciclurile femeilor vor fi discutate din aceste trei perspective, dar este necesar să nu uităm că ele sunt părți integrante ale întregului ciclu reproductiv al femeii.

**Ciclul hormonal.** Hipotalamusul produce un hormon numit „hormonul de eliberare a gonadotropinei” (GnRH), care stimulează glanda pituitară să secrete doi hormoni: hormonul de foliculino-stimulator (FSH) și

hormonul de luteinizare (LH), care influențează activitatea ovarelor femeii. În timpul perioadei menstruale (sau chiar scurt timp înainte de ea), nivelul de FSH începe să crească și face ca ovarele să înceapă dezvoltarea unui sau a mai multor foliculi — un fel de chisturi umplute cu fluid, în care se dezvoltă ovulul. Peretele foliculului este construit din celule care, ca răspuns la stimulul FSH, produc ESTROGEN, hormonul feminin asociat cu excitarea sexuală și cu trăsăturile sexuale secundare. Ca răspuns la nivelul crescut de FSH, un folicul devine dominant, creșterea lui depășind-o pe a tuturor celorlalte. Acest folicul va produce cantități sporite de estrogen, iar nivelul sporit de estrogen va determina glanda pituitară să scadă producția de FSH.

\*\*\*\*\*

Fig. p. 179

Zile Endometru (mucoasa vaginală) Ovar Hormoni

Menstruație

Pregătirea ovulației

Pregătirea implantării

Foliculul crește

Foliculul este străpuns

Forme caracteristice pentru corpul galben

Menstruație

Zile fertile

Ovulație

Caption: *Cele trei faze ale ciclului menstrual: Legenda: FSH: Hormonul foliculino-stimulator; E: estrogen; LH: hormon luteinizant; P: progesteron.*

*Remarcați faptul că nivelul progesteronului scade considerabil în intervalul de 24 de ore care urmează ovulației.*

\*\*\*\*\*

Atunci când s-a atins un anumit nivel al estrogenului, menținut de-a lungul unei perioade critice de timp, glanda pituitară va fi obligată să genereze o cantitate mare de LH (așa-numita inundație LH). La rândul ei, aceasta cauzează maturizarea finală a ovulului și pregătirea pentru fertilizare și inițiază lanțul de evenimente care duc la ovulație (ruptura foliculului și eliberarea ovulului) în aproximativ treizeci de minute. Inundația LH mai are și

efectul transformării a ceea ce a mai rămas din folicul în ceea ce se numește *corp galben*. În vreme ce produsul hormonal principal al foliculului este estrogenul, *corpul galben* produce o cantitate mare de PROGESTERON, pe lângă estrogen.

*Corpul galben* are un timp de viață limitat, dacă femeia nu rămâne gravidă. Dacă rămâne însărcinată, atunci *corpul galben* continuă să producă estrogen și progesteron. Altfel, producția acestor hormoni încetează, iar nivelul de FSH crește și se inițiază un nou ciclu.

**Ciclul ovarian.** O fetiță se naște cu toate ovulele pe care le va avea vreodată. Aceste ovule sunt înconjurate de un strat de celule, împreună cu care alcătuiesc foliculii. Foliculii rămân într-o stare latentă până când sunt selectați să se dezvolte, zece, douăzeci, treizeci, patruzeci sau chiar cincizeci de ani mai târziu. S-a estimat că la vârsta la care o fată începe să prezinte dezvoltarea sexuală secundară (pubertatea), ea are aproximativ patru sute de mii de foliculi dezvoltați — fiecare conținând un „ovocit”, sau un ovul primitiv. În fiecare lună, încep dezvoltarea aproximativ o mie de asemenea foliculi. Acest lucru se întâmplă indiferent dacă ea are o perioadă menstruală, dacă ia pilule anticoncepționale, dacă vrea să rămână însărcinată sau dacă alăptează un copil. Stadiile inițiale de dezvoltare a acestor foliculi pare să aibă loc fără vreo stimulare hormonală externă. O dată ce foliculii ajung la o anumită fază de dezvoltare, în celula granulară se creează o cavitate care se umple cu un lichid. În aproximativ această etapă, foliculul necesită niveluri crescute de FSH, pentru a continua creșterea și dezvoltarea. Foliculul care este într-o stare de dezvoltare perfectă atunci când începe să crească nivelul de FSH va fi în măsură să devină dominant, creșterea și dezvoltarea lui depășindu-le pe ale tuturor celorlalți foliculi. Acest folicul va produce cantități crescute de estrogen, iar ovocitul din interiorul lui este destinat ovulației. Ceilalți 999 de foliculi sunt destinați atrofierii sau morții, fără ca ovulul lor să fie vreodată eliberat.

\*\*\* fig. p. 180

Legenda:

Uter

Vagin

A. Endometrul

B. Dopul cervical

C. Endometrul desprins este eliminat

D. Zona de desprindere

1) Mucoasa uterină începe să crească după menstruație. 2) Acum este pregătită pentru implantarea unui ovul. 3) Dacă nu are loc nici o implantare, endometrul se distruge.

După cum am remarcat, atunci când foliculul dominant ajunge la o anumită stare de dezvoltare, el produce o anumită cantitate de estrogen, pe o perioadă critică de timp, determinând glanda pituitară să elibereze o cantitate mare de LH. LH duce la maturizarea ovulului, care poate fi fertilizat; de asemenea, declanșează ruperea foliculului și eliberarea ovulului, foliculul devenind un *corpus luteum*, corpul galben. *Corpus luteum* are o perioadă limitată de viață, de aproximativ douăsprezece zile, timp în care produce estrogen și progesteron. Dacă nu survine sarcina, *corpus luteum* încetează să producă hormoni și se atrofiază. Dacă rezultă o sarcină, la începutul acesteia se produce hCG, alt hormon, care stimulează *corpus luteum* să continue să fabrice cantități importante de estrogen și progesteron, necesare pentru întreținerea inițială. În această situație, *corpus luteum* continuă să fie pe deplin funcțional în timpul primului trimestru de sarcină. Prima fază a ciclului ovarian, în timpul căreia foliculii sunt dezvoltați până la ovulație se numește faza foliculară (care se referă la ceea ce se întâmplă în ovar) sau faza proliferativă (se referă la schimbările din mucoasa uterului). Cea de-a doua fază a ciclului, de la ovulație până la sângerarea menstruală, se numește faza luteală. A treia fază, din timpul ciclului menstrual, se numește faza menstruală.

**Ciclul uterin.** Cavitatarea uterină este căptușită cu un țesut numit endometru, gros de aproximativ cinci milimetri. Membrana uterină suferă o serie de schimbări dramatice în timpul ciclului menstrual.

În timpul etapei proliferative, ca reacție la estrogen, membrana crește și se îngroașă. O dată cu ovulația și mai precis cu inițierea producției de progesteron, membrana câștigă mai puțin în grosime, dar suferă o dramatică dezvoltare, pregătindu-se pentru o posibilă implantare a unui ovul fecundat. Printre aceste schimbări este secreția de fluid din glandele mucoasei, pentru hrănirea embrionului în timpul celor trei zile în care plutește liber în uter, înainte de a se atașa de endometru. În absența unei implantări reușite, producția de estrogen și progesteron încetează la cam douăsprezece zile după ovulație și, fără o susținere hormonală continuă, începe perioada menstruală. Perioada menstruală implică zdrențuirea părții superficiale a endometrului uterului. Cu inițierea producției de hormoni a următoarei „recolte” de foliculi, începe dezvoltarea endometrului pentru un nou ciclu.

Pe scurt, hormonii produși de hipotalamus, glanda pituitară și ovare orchestrează dezvoltarea inter-condiționată a foliculilor ovarieni care conțin un ou în curs de maturizare și a membranei uterului în care se va implanta ovulul, dacă va fi fertilizat. Dacă nu apare sarcina, ciclul feminin se repetă la intervale de aproximativ douăzeci și opt de zile (vezi și AMENOREEA; CURĂȚENIA ȘI MIROSURILE SEXUALE; MENOPAUZA; SINDROMUL PREMENSTRUAL (PMS); TAMPOANE, UMPLUTURI ȘI BUREȚI; ȘOCUL TOXIC).

**Aspectele culturale și psihologice ale menstruației.** În vremurile de demult, atitudinea în privința menstruației a oscilat între repulsie și adulare. Unele culturi au sărbătorit acest eveniment lunar ca fiind de natură magică și legat intim de reînnoirea vieții. Dar cea mai întâlnită atitudine a fost aceea de a privi menstruația cu dezgust. În multe locuri, femeile aflate în menstruație erau ținute departe de bărbați, uneori chiar în colibe destinate acestui scop. În vechiul Sumer, femeile purtau un ștergar specific, un „bandaj pentru sânge”, în timpul zilelor în care aveau menstruație. În acest timp, li se interzicea să atingă plantele sau recoltele și erau privite ca o sursă de rău și de boală.

De-a lungul istoriei, mulți au crezut că sângele menstrual este impur și că un bărbat care intră în contact cu el, cum ar fi în timpul actului sexual, va fi otrăvit de acest sânge. Din acest motiv — greșit — unele societăți au interzis sexul cu femeile aflate în perioada lunară. Evident, credința că în menstruație este ceva impur, nesănătos, este pură superstiție. Menstruația este un proces biologic perfect normal. Și totuși, ecouri ale acestor mituri ancestrale încă apar în credințele care interzic femeilor să înoate, să urce sau să facă oricare alt act obișnuit, inclusiv cel sexual, în timpul menstruației.

În fapt, menstruația nu debilitază corpul. Exercițiile fizice, inclusiv înotul, sunt chiar foarte benefice în timpul ciclului; în general, femeile sportive se plâng mai puțin de crampe decât cele sedentare. Prin stimularea sistemului circulator, activitatea fizică ajută la atenuarea tensiunilor musculare și la desconggestionarea vaselor de sânge. În privința sexului, deși multe femei prezintă o lipsă de interes în timpul ciclului, altele se bucură foarte mult de el. Orgasmul poate să ușureze temporar crampele slabe, prin accelerarea fluxului menstrual și eliberarea tensiunilor.

Altă atitudine greșită, dar persistentă, legată de menstruație este că ea debilitază intelectual și fizic femeile. Superstițiile susțin că în timpul menstruației, tot sângele părăsește creierul femeii. Lumea nu mai crede astăzi în asemenea bazaconii, dar încă există credința că femeile sunt mai puțin raționale în timpul perioadelor menstruale. O asemenea credință ar putea fi, de fapt, o profeție care se împlinește singură: atitudinile mentale negative pot afecta experiențele din timpul menstreii, făcându-le mai neplăcute, atât psihic, cât și fizic.

Deoarece este foarte importantă o atitudine sănătoasă, optimistă, în privința perioadei menstruale, adolescenții trebuie să fie învățați despre procesul natural pe care îl trăiesc, cel care într-o zi le va permite să aleagă să aibă copii. Fetele ar trebui să primească o îndrumare specifică despre schimbările corporale și practicile igienice. Este de cea mai mare importanță ca părinții să demonstreze că sunt mândri de trecerea fetelor lor de la copilărie la maturitatea sexuală. Poate că nu este rău să se sărbătorească cumva prima menstruație.

## **HANDICAPUL MENTAL ȘI SEXUL** vezi **PERSOANELE HANDICAPATE ȘI SEXUL**

**MOAȘELE** Moașa este o expertă în sarcina și nașterea normală. Ajutorul oferit de ea constă în susținerea NAȘTERII ca un proces fiziologic normal. Adesea, moașele oferă o susținere socială, emoțională, fiziologică și nutrițională în timpul anului de purtare a copilului, pe lângă supravegherea schimbărilor fizice și creșterea fătului. Moașele le dirijează pe mame în timpul procesului de naștere și au fost definite ca „femei care ajută alte femei să se ajute în timpul nașterii”. De fapt sensul germanic al cuvântului moașă (midwife în engleză) este de „cu femeile”.

În timp ce majoritatea nașterilor din America au sunt supravegheate de medici, în lume majoritatea covârșitoare a nașterilor sunt ajutate de moașe. Iar acest lucru este valabil și în țările în curs de dezvoltare, și în cele dezvoltate. În Statele Unite, la aproximativ 4% din nașterile din 1992 au participat moașe, față de Europa, în care 75% dintre noii născuți trec prin mâinile moașei. Surorile-moașe sunt surori medicale calificate care au făcut un curs suplimentar de moașă. Cele mai multe programe de instruire au loc în instituții medicale, deși există acum și programe susținute de comunități. Moașele-îngrijitoare se consideră pe ele însele „echipă de obstetrică”, chiar

lucrând împreună cu un obstetrician. Covârșitoarea majoritate a moașelor-îngrijitoare asistă nașterile în cadrul unui mediu spitalicesc, în vreme ce celelalte lucrează în centre de naștere sau asistă nașterile la domiciliu. În America, moașele-îngrijitoare au dreptul legal de a practica meseria în toate cele cincizeci de state, deși regulamentele și anvergura atribuțiunilor lor variază de la stat la stat.

Există și o categorie de moașe care nu sunt surori medicale, provenind dintr-o mare varietate de medii educaționale. Unele sunt pregătite în școli de moașe din Statele Unite și din străinătate, în vreme ce altele au învățat în cadrul unei ucenicii. Cele mai multe au experiență în nașterea acasă, foarte puține lucrând în maternități. Este puțin probabil ca acestea să lucreze direct cu un obstetrician, deși ele pot să facă trimeri către doctori sau spitale. Statutul lor legal variază de la stat la stat. În unsprezece state există o activitate de certificare și înregistrare a lor, meserie lor fiind recunoscută ca legală în alte nouăsprezece state.

**AVORT SPONTAN** Pierdere timpurie spontană a sarcinii — avortul spontan — este cea mai comună complicație a SARCINII. Ea are loc în aproximativ 15% din sarcinile confirmate clinic, dar pierderea de sarcină foarte timpurie și adesea nerecunoscută este de două sau trei ori mai mare. Rata de apariție crește o dată cu vârsta potențialei mame.

Cele mai multe avorturi spontane au loc datorită defectelor embrionului în dezvoltare, cum ar fi celule sau cromozomi anormali, implantare deficitară în uter și poate și alte cauze, necunoscute încă. Proporția mare de țesuturi anormale găsite la embrionii avortați este o indicație a unui proces de selecție naturală care împiedică dezvoltarea până la naștere a până la 95% din embrionii cu defecte (Vezi și DEFECTE LA NAȘTERE).

Sarcinile pierdute spontan se clasifică de obicei pentru a determina tratamentul medical adecvat. Doctorii folosesc de mult termenul medical de „AVORT” pentru a descrie pierderea spontană a sarcinii în faza ei incipientă, dar expresia „pierdere de sarcină” pare să fie preferată de paciente, înlocuind treptat termenul de avort. Totuși, clasificarea medicală a pierderii sarcinii continuă să se bazeze pe cuvântul „avort”.

**Amenințarea de avort.** Posibilitatea unei pierderi spontane a sarcinii este de obicei indicată de o emisie vaginală de sânge, care precede de obicei crampele uterine sau durerile la coloana vertebrală inferioară. La o EXAMINARE PELVIANĂ, colul uterin este închis. Până la 25% din femeile însărcinate sângerează într-o anume măsură, dar cam jumătate dintre ele vor continua să poarte sarcina până la naștere. Bătăile inimii fătului, care acum sunt detectabile cu ultrasunete din primele șase săptămâni de sarcină, au făcut mai precisă prezicerea posibilei iminențe a unui avort spontan. Peste 95% din sarcini vor continua, dacă se demonstrează prin această tehnică existența vieții fătului. Prognosticul este mai rău dacă sângerările și crampele se extind, nivelele hormonului hCG (gonadotropinele corionice umane) scad, sau uterul nu crește în dimensiuni. Nu există nici o dovadă concludentă că vreun tratament, cum ar fi repausul la pat, evitarea acuplării sexuale sau medicația ar schimba cursul unei sarcini amenințate cu avortul spontan, dar o atitudine binevoitoare din partea doctorului este foarte importantă. Inițial, este foarte indicat ca femeia să rămână acasă, lângă un telefon, până când se va determina dacă simptomele persistă sau încetează. Dacă evaluarea clinică indică faptul că embrionul nu mai este în viață, atunci se efectuează evacuarea uterului prin dilatarea colului uterin și chiuretarea mucoasei interioare a uterului. Ocazional, unele femei așteaptă o pierdere spontană de sarcină.

**Avort inevitabil și incomplet.** Pierderea sarcinii nu este un eveniment, ci mai degrabă un proces. Ea este considerată iminentă atunci când hemoragia sau ruptura membranelor este însoțită de durere și dilatarea colului uterin. Avortul spontan este incomplet atunci când produsele concepției au trecut doar parțial din cavitatea uterină prin col, sau sunt în vagin, însoțite de crampe și hemoragii persistente (care pot fi inclusiv supraabundente). O examinare atentă a vaginului poate să ducă la un diagnostic. Deoarece la pierderile de sarcină inevitabile sau incomplete nu este posibilă supraviețuirea fătului, tratamentul va urmări evacuarea uterului, pentru a împiedica apariția ulterioară a altor hemoragii sau infecții.

**Avort complet.** Pacientele supravegheate pentru iminență de avort sunt instruite să păstreze spre examinare toate țesuturile trecute prin col. La un avort spontan complet, durerea și sângerarea încetează curând după ce toți produșii concepției au fost evacuați. Dacă diagnosticul este sigur, nu mai este nevoie de o terapie suplimentară. Totuși, în anumite circumstanțe, este necesar un chiuretaj, pentru a se asigura că uterul este complet evacuat.

**Avort ratat.** În cazul unui avort ratat, expulzarea țesuturilor nu se produce timp de o perioadă lungă după moartea embrionului. Simptomele de sarcină regresează și nu se mai detectează bătăile inimii fătului. Deși cele mai multe paciente vor avorta în cele din urmă spontan, așteptarea acestui eveniment poate stârni multe încercări emoționale, iar multe femei vor prefera ca țesuturile să fie înlăturate pe cale chirurgicală.

**Avortul septic.** Avortul cu infecție (septic), pe vremuri principala cauză a morții mamelor la naștere, din cauza condițiilor clinice inadecvate în care se efectuau multe avorturi ilegale, este mult mai puțin frecvent în ultimii ani, pentru că legile liberale ale avortului au permis ca doctorii să efectueze legal avorturi femeilor cu sarcini nedorite. Femeile cu avort septic prezintă simptome ca febră, dureri abdominale și uterine; în cazurile mai grave pot să ajungă la infecție generalizată (septicemie) și șoc. Terapia constă într-un tratament agresiv cu antibiotice și prin evacuarea conținutului uterului, de obicei într-o secție de terapie intensivă.

**Avortul spontan repetitiv.** Avortul spontan repetitiv se definește ca pierderea spontană a trei sau mai multe sarcini consecutive în primul lor trimestru. Asemenea avorturi spontane au primit foarte multă atenție din partea mass-media și în literatura medicală în ultimii câțiva ani. Diagnosticul și tratamentul femeii care suferă de avorturi spontane repetitive este încă unul dintre cele mai dificile, în medicina reproducerii. Este necesară o cercetare a cromozomilor anormali, a anomaliilor uterine, a deficiențelor hormonale și a factorilor imunologici pentru a determina factorii cauzali la mamă sau tată.

O cauză majoră a pierderii sarcinii în al doilea trimestru (lunile patru-șase) este o dilatare prematură a colului uterin, cunoscută în medicină sub numele de cervix incompetent sau col uterin incompetent. Acest lucru se manifestă printr-o dilatare nedureroasă a colului uterin, ruperea membranelor și apariția pe lume a unui făt atât de imatur încât aproape niciodată nu va supraviețui. Colul uterin incompetent poate fi abordat printr-o procedură chirurgicală numită cerclaj, care constă într-o sutură pentru întărirea colului uterin.

Avortul spontan este o problemă frustrantă atât pentru paciente cât și pentru doctori. Adesea nu este suficient să i se afle cauzele, deoarece tratamentul nu este întotdeauna încununat de succes. În cele mai multe

cazuri, avortul spontan nu înseamnă că la următoarea sarcină va avea loc un altul. Cu toate acestea, stabilirea unui raport de încredere și aprecierea suferinței încercate de aceste cupluri permite o discuție completă între doctor și cuplu în privința tratamentului avortului și a viitoarelor sarcini (vezi și SARCINA; ÎNGRIJIREA PRENATALĂ).

**POZIȚIA MISIONARULUI** Vezi POZIȚII SEXUALE.

**AMANTA** Vezi AVENTURILE.

**MOMENTUL DE INEVITABILITATE** Chiar înainte ca bărbatul să ejaculeze, există o senzație premonitoare care marchează un punct de la care nu mai există întoarcere, atunci când EJACULAREA devine inevitabilă. Unii terapeuți au numit aceasta „momentul de inevitabilitate”. O dată trecut acest prag, este prea târziu să se mai întârzie ejacularea; aceasta va avea loc fără ca bărbatul să o mai poată controla. Mulți bărbați par să fie deranjați de ceea ce pare a fi pierderea controlului atunci când au loc ORGASMUL și ejacularea. Recunoașterea senzației care precede ejacularea este o parte critică a terapiei sexului la bărbații care suferă de EJACULARE PRECOCE. Este necesar ca bărbatul să învețe să recunoască senzațiile care apar înainte de momentul de inevitabilitate, pentru a putea învăța cum să controleze timpii ejaculării.

Evident, există și un moment de inevitabilitate pentru femei, deși acesta apare mult mai aproape de momentul orgasmului decât la bărbați. Totuși, de vreme ce orgasmul feminin nu constituie o plângere curentă — într-adevăr, niciodată, practic, nu a fost definit ca plângere — există câteva referințe la el în literatura medicală sau de popularizare.

O tehnică obișnuită, recomandată de terapeuții sexului, este ca bărbatul să se masturbeze lent de câteva ori, concentrându-se asupra senzațiilor imediat premergătoare ejaculării, pentru a recunoaște senzațiile premonitoare care îi spun că începe orgasmul, dar ejacularea încă nu este inevitabilă. În acel moment, el ar trebui să se oprească și să își depărteze mâna de penis. Probabil că își va pierde parțial sau total erecția fermă. Apoi se va putea stimula din nou, oprindu-se în aceleași condiții. A treia oară va putea să se conducă până la momentul ejaculării. După câteva asemenea sesiuni de exerciții, el poate să-i ceară partenerei să-l ajute să ajungă la momentul de inevitabilitate, instruind-o cum să oprească stimularea. Atunci când învață să îl recunoască la timp și să oprească imediat stimularea sexuală, de foarte multe ori ejacularea nu va mai avea loc.

Unii terapeuți spun că este de înțeles că mulți bărbați par să nu fie conștienți de trecerea dintre începutul orgasmului și punctul lui culminant din timpul ejaculării. Ei argumentează că pentru cei mai mulți bărbați orgasmul este scopul activității sexuale și deci ei sunt inconștienți de senzațiile continue pe care le trăiesc și de semnificațiile lor fizice. Deoarece cei mai mulți bărbați nu au fost educați în privința diverselor senzații, ei nu sunt conștienți că există timp disponibil pentru controlarea procesului. În consecință, ejacularea prematură (precoce) este una dintre cele mai des întâlnite disfuncții la bărbați (vezi și DISFUNCȚIILE SEXUALE LA BĂRBAȚI; TERAPIA SEXUALĂ).

**MONS PUBIS** Vezi ORGANELE SEXUALE FEMININE; VULVA.

**NARCOTICELE** Vezi AFRODISIACELE; SINDROMURILE DE ABUZ DE SUBSTANȚE LA FETUȘI ȘI COPIII NOU-NĂSCUȚI.

**NAȘTEREA NATURALĂ** Ce poate fi mai firesc decât nașterea unui copil? Dacă fătul s-a dezvoltat în ritmul lui natural în timpul SARCINII, procesul natural al NAȘTERII se desfășoară firesc și independent de factorii externi. Trăvialul își stabilește propriul lui ritm și copilul pe cale să fie născut se mișcă din mediul uterin în lumea de afară. Deși o femeie poate să determine locul în care vrea să nască și persoanele care vor fi prezente, ea nu poate controla modul în care se va desfășura nașterea.

Ce este nașterea naturală? Unii înțeleg prin ea nașterea unui copil fără ajutorul medicamentelor sau nașterea fără vreo intervenție de nici un fel. Alții includ în categorie orice naștere care are loc pe calea vaginală, în care femeia urmează un anumit set de reguli sau linii directe care o ajută să treacă de trăvial.

Cele mai multe metode de pregătire a nașterii se concentrează pe două direcții: tehnici fără medicamente pentru minimizarea durerii și educația în privința procesului nașterii. Prima asemenea metodă a fost introdusă de dr. Grandly Dick-Read în 1933. Acesta era adeptul folosirii relaxării și a inspirației profunde, fiind convins că durerea este rezultatul fricii și al tensiunilor. Apoi a venit dr. Fernand Lamaze, cu un regim cu totul diferit de exerciții de respirație folosite de femei pentru a putea face față durerii la naștere și a o aduce la minim. O a treia metodă a fost discutată de dr. Robert Bradley, fondatorul „soțului-antrenor”. Acesta a recurs la o inspirație mai lentă, de data aceasta tatăl fiind „antrenorul”. Scriitorul și chirurgul Michel Odent a pus accent pe intimitate și înțineric care să faciliteze procesul natural și a susținut utilizarea bazinelor cu apă pe timpul trăvialului.

Astăzi, cele mai multe spitale oferă propriile lor cursuri în materie de naștere. În plus, există mulți profesori independenți, care pot fi recomandați de o moașă sau de un doctor. Asemenea cursuri independente pot să ofere câteva avantaje: clase cu mai puțini elevi, care se bucură de atenția profesorului, o orientare în direcția îngrijirii în maternitate, capacitatea de a privi cu un ochi critic rutina dintr-un spital și o informație mult mai actuală drept ghid pentru a înțelege știința înăscută a corpului care duce la naștere.

Nici una dintre metodele de uz curent nu oferă „nașterea fără durere”. Dar, de să se evite folosirea medicamentelor, când ele pot să elimine durerea din timpul nașterii? Medicamentele au tendința să interfereze cu procesele naturale ale corpului. De exemplu, anestezia și sedativele pot încetini contracțiile sau să le facă mai puțin eficiente; multe femei vor avea nevoie de un aport artificial de hormoni pentru a mări amplitudinea trăvialului. În timpul fazei de împingere, medicamentele care ușurează durerea pot să interfereze cu capacitatea femeii de a continua, măbind rata de utilizare a forcepsului, de extracție prin aspirație și de OPERAȚIE CEZARIANĂ. Mai mult, multe femei au senzația că medicamentele le jefuiesc de experiența plenară a nașterii (vezi și NAȘTEREA; ANESTEZIA EPIDURALĂ ÎN TIMPUL NAȘTERII).

În ultimă analiză, nașterea este mai mult decât o metodă. Esența „nașterii naturale” este respectul pentru înțelepciunea procesului nașterii, încrederea în ceea ce face natura, ca fiind cel mai eficient mod pentru orice mamă și orice copil. Atunci când o femeie este învățată să depășească durerea și frica, ea va putea să lucreze în armonie cu trăvialul, reducând sau eliminând nevoia de intervenție exterioară. Ea poate fi mobilă de-a lungul

travaliului, alegându-și pozițiile care permit forței de gravitație să faciliteze procesul nașterii, femeia fiind în tot acest timp pe deplin conștientă și putând să primească copilul în brațele ei nerăbdătoare (vezi și METODA LAMAZE; MOAȘELE).

**PLANIFICAREA NATURALĂ A FAMILIEI** Metoda de CONTROL AL NAȘTERILOR bazată pe ABSTINENȚĂ în timpul în care se presupune că femeia este fertilă este cunoscută sub numele de „planning familial”. Există mai multe metode prin care se stabilește intervalul de timp, dar nici una dintre ele nu este infailibilă și de aceea planificarea de acest tip are o rată de eșec de 20% la utilizarea tipică, ceea ce înseamnă că într-un an 20 de femei dintr-o sută care folosesc această metodă vor rămâne gravide. (Ratele sunt mult mai mici pentru utilizarea perfectă, ajungând la 9 pentru metoda calendarului folosită singură și la 3 pentru metoda termometrică descrisă mai jos.) Pe de altă parte, aceleași metode pot fi folosite și pentru a ajuta planificarea unei sarcini în cazul în care o femeie are greutăți în a concepe sau în situația în care este important momentul apariției pe lume a copilului.

Prima dintre aceste metode este cea a calendarului, sau a „ritmului”. Femeia trebuie să înregistreze timp de mai multe luni datele de apariție a ciclului, pentru a aprecia regularitatea acestuia. Manualele spun că o femeie ovulează la paisprezece zile după încheierea ciclului, dar nu este o regulă absolută. Unele femei au un ciclu regulat, în vreme ce la altele acesta variază puternic. Pentru a fi „sigură”, o femeie trebuie să afle care este cel mai lung și care este cel mai scurt ciclu și apoi să facă puțină matematică, ținând cont că spermatozoidul poate să trăiască în sistemul ei reproductiv timp de câteva zile, ca și ovulul, care poate supraviețui douăzeci și patru de ore sau mai mult, astfel încât trebuie să existe o limită de siguranță de cel puțin opt zile. Pentru cele mai multe cupluri, asta înseamnă că nu trebuie să se angajeze în nici un CONTACT SEXUAL neprotejat timp de aproximativ zece zile din jurul mijlocului ciclului feminin.

Altă cale de a calcula perioada sigură este folosirea metodei temperaturii bazale a corpului. Temperatura corporală bazală este temperatura de dimineață a corpului, dinainte de scularea din pat. Dacă o femeie este la ovulație, temperatura bazală a corpului ei va fi cu 0,4-0,8 grade mai înaltă decât temperatura corporală normală. Pentru a calcula bine, femeia trebuie să țină o evidență a temperaturilor de dimineață, astfel încât să poată face o comparație, iar metoda aceasta trebuie folosită în conjuncție cu metoda calendarului, pentru a avea o idee cam când să aștepte ovulația, pentru că orice spermatozoid aflat deja în drum spre ovul poate să o lase gravidă. Există și alți factori care pot să mărească temperatura bazală a femeii, cum ar fi o infecție sau o răceală banală. De aceea, femeia trebuie să-și păstreze sănătatea corporală generală atunci când folosește această metodă.

\*\*\*

grafic p. 186

## **Ovulație**

Ciclu Ciclu

*În timpul ovulației, temperatura corporală a femeii crește ușor.*

\*\*\*

Metoda mucusului cervical cere ca femeia să observe schimbările mucusului colului uterin. În mod normal, mucusul este opac și vâscos, dar cu câteva zile înainte de ovulație va deveni clar și lunecos, întinzându-se între degete ca un albuș de ou. Atunci când se întâmplă acest lucru, femeia trebuie să se abțină de la contacte sexuale sau să folosească o metodă de barieră. Dintre cele trei metode, aceasta este cea mai puțin eficientă, cu o rată de graviditate de 40% pe an.

O combinație a acestor trei metode, numită metoda simpto-termală, este, evident, mai eficientă decât oricare altă metodă de planning familial luată de una singură. Ultima metodă, numită metoda post-ovulației, cere ca femeia să se abțină de la contacte sexuale sau să folosească o metodă de barieră de la începutul ciclului până în dimineața celei de-a patru zile după ovulația prezisă, adică mai mult de jumătate din timpul ciclului ei menstrual.

Metodele de planning familial sunt lipsite de riscuri, nu au nici un fel de efect secundar, nu costă foarte mult să fie implementate și sunt acceptate de cele mai multe grupuri religioase. Cu cât vor studia mai mult utilizarea planificării familiale naturale, femeile vor deveni tot mai experte în folosirea acestor tehnici. Pentru oricine dorește să utilizeze aceste metode, este recomandabilă urmarea unui curs. Totuși, planificarea naturală a familiei este departe de a fi sigură, chiar dacă este practică perfect. Există factori suplimentari care pot reduce serios eficiența acestui tip de control al nașterilor, cum ar fi infecțiile, insomniile, efectul de fus orar după o călătorie cu avionul, care modifică și temperatura bazală a corpului, sau secrețiile vaginale care afectează mucoasa colului uterin. În sfârșit, planificarea naturală a familiei nu oferă nici o protecție împotriva BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ.

**COPILII NOU-NĂSCUȚI** Îndată după naștere, nou-născutul este încă atașat de PLACENTĂ prin intermediul cordonului ombilical. De obicei, cordonul ombilical este prins cu ajutorul a două cleme de plastic sau de metal, plasate la cam zece centimetri distanță una de alta și la cam douăzeci și cinci de centimetri de punctul de intrare a cordonului în abdomenul copilului. Porțiunea dintre cleme este apoi tăiată, cam la treizeci de secunde de la nașterea copilului.

Acum mulți ani, copiii erau ținuti de picioare de către OBSTETRICIAN și li se dădea o palmă la fund. Această practică a fost abandonată, deoarece ținerea copilului de picioare poate să dea naștere unor probleme la șold. În schimb, acum copilul este plasat cu fața în sus într-un pătuț încălzit și examinat imediat după naștere. Dacă nou-născutul nu prezintă probleme, el poate fi plasat pe abdomenul mamei, de obicei cu burtica în jos.

Îndată după naștere, pielea copilului este încă acoperită cu un înveliș lunecos, cenușiu, numit „vernix caseosa”. De asemenea, poate să fie acoperit și cu mucus și sânge. Capul copilului poate să nu prezinte forma lui normală, rotundă, fiind alungit și ascuțit. După naștere, pielea copilului poate fi uscată și acoperită cu materiale termoizolante, pentru a se evita pierderea de căldură și scăderea temperaturii corporale.

Îndată după naștere, este verificată starea de sănătate a copilului, pentru a se identifica problemele imediate. Acest lucru se face între un minut și cinci minute după naștere. Copilul primește o notă în cadrul a ceea ce se numește sistemul de notare Apgar, numit așa după dr. Virginia Apgar, doctorul care l-a imaginat. În cadrul

notării Apgar, există cinci semne vitale separate, fiecare având trei valori posibile: 0, 1 și 2. Zero este cea mai rea și doi cea mai bună notă. La sfârșitul evaluării, se face suma celor cinci note. Cele cinci caracteristici analizate sunt:

- ritmul cardiac al copilului
- respirația copilului
- tonusul muscular al copilului
- reflexele copilului
- culoarea copilului

O notă Apgar între 8 și 10 indică faptul că nu este nevoie de un ajutor suplimentar, în timp de un copil cu nota 4 are nevoie de mai multă îngrijire intensivă.

Doar un mic număr de nou-născuți (mai puțin de unu din o sută) necesită o îngrijire intensivă. Aceasta poartă numele de „resuscitarea nou-născutului” și urmează o procedură strictă, numită ABC:

**A** eliberarea căilor respiratorii (Airway)

**B** începerea respirației (Breath)

**C** menținerea circulației (Circulation)

Dacă nou-născutul are probleme respiratorii, i se aspiră fluidele și secrețiile din gură, nas și alte căi aeriene, cu ajutorul unei mici pompe în formă de pară, sau al unui cateter de plastic legat la un dispozitiv de aspirație. Apoi pe nasul și gura copilului este plasată o mască și i se pompează prin presiune oxigen în plămâni, folosindu-se un sac pneumatic legat de mască. În rarele cazuri în care copilul tot nu va reuși să respire singur, i se va plasa un tub de plastic în trahee, pentru a alimenta plămânii cu oxigen.

Cei mai mulți copii sunt sănătoși și sunt trimiși în salonul de nou-născuți. Totuși, dacă un copil a avut probleme sau dacă este prea mic, el poate fi dus în secția de îngrijire intensivă neonatală, pentru continuarea tratării lui. Copiii aduși aici sunt din grupa celor care sunt prea mici fie pentru că sunt prematuri, fie pentru că nu s-au dezvoltat suficient în interiorul uterului, copiii cu infecții și cei cu malformații congenitale (vezi și SIDA; DEFECTE LA NAȘTERE; SINDROMURILE DE ABUZ DE SUBSTANȚE LA FĂT ȘI LA NOU-NĂSCUT; GRIJA PRENATALĂ; BOALA RH).

**POLUȚIILE NOCTURNE** Curând după începerea pubertății, atât băieții, cât și fetele încep să aibă vise erotice în timpul somnului. La băieți, aceste sunt adesea însoțite de ORGASM și EJACULARE, situații cunoscute sub numele de emisii sau poluții nocturne, sau „vise umede”. Fetele adolescente pot să aibă vise erotice în care să survină o creștere a secrețiilor vaginale și orgasm.

Încă nu se știe dacă visul erotic precede excitarea sexuală și emisia nocturnă în timpul somnului sau dacă emisia nocturnă din timpul stării de somn numite REM (Rapid Eye Movements - mișcări oculare rapide) este cea care generează visul erotic. Cauzele orgasmelor și poluțiilor nocturne nu sunt nici ele complet cunoscute, dar cercetătorii au emis ipoteza că ele se pot datora stimulării genitale prin frecarea de lenjeria de noapte strânsă pe corp; activității sexuale fără eliberarea de tensiuni; dorințelor sexuale pe care persoana nu poate sau nu vrea să le îndeplinească în timpul orelor de veghe; sau se datorează nevoii persoanei de a urina.

Conform lui Alfred Kinsey, cei mai mulți bărbați au avut poluții nocturne la un moment dat al vieții (unii timp de mai mulți ani) și cel puțin o treime din totalul femeilor au mărturisit că au trăit vise erotice care au dus la orgasm. Conținutul viselor erotice, ca al oricărui vis, poate să reflecte imagini care în timpul stării de veghe nu sunt luate în calcul, cum ar fi sexul cu parteneri interziși sau acte sexuale bizare. Visele erotice și orgasmele pot să apară în orice moment al vieții, dar ele sunt cel mai mult întâlnite de la adolescență până la peste douăzeci de ani la bărbați și în jur de patruzeci de ani la femei (vezi și IMPOTENȚA; PUBERTATEA).

**SEXUL NON-MARITAL** Termenul de sex premarital a fost utilizat pentru a descrie spectrul de relații sexuale interpersonale în care se angajează persoanele tinere până la data căsătoriei. Dar cuvântul „premarital” este nepotrivit și adesea incorect față de realitățile sfârșitului de mileniu. El implică ideea că toată lumea se va căsători când va și că tot sexul premarital nu este decât un simplu preludiu la cel marital. De exemplu, se poate aplica acest termen unui bărbat de cincizeci și nouă de ani, care a ales să nu se căsătorească, dar care a avut dintotdeauna o viață activă heterosexuală? Oare el se angajează în sex *premarital*? Sau o femeie divorțată de patruzeci și doi de ani, care continuă să fie activă heterosexual: activitatea ei sexuală trebuie să se numească *premaritală*, sau *postmaritală*? Problemă similară o ridică și activitatea homosexuală, deoarece, cu puține excepții, homosexualii nu au dreptul să se căsătorească între ei. Un termen mai precis ar fi acela de sex non-marital, altfel spus acte sexuale de orice tip între două persoane care consimt și care nu sunt căsătorite una cu alta la timpul respectiv. Dacă unul dintre parteneri sau amândoi sunt căsătoriți în acea perioadă, atunci se poate folosi și termenul de sex extramarital (vezi și ADULTERUL; AVENTURILE; DISCRIMINAREA SEXUALĂ).

**NORPLANT** O metodă foarte eficientă și reversibilă de CONTROL AL NAȘTERILOR. Din 10.000 de femei care folosesc Norplant timp de un an, doar 4 vor rămâne gravide. Cauza acestei foarte înalte rate a eficienței este faptul că, o dată implantat, nu mai poate fi folosit eronat. Ca și CONTRACEPTIVELE ORALE, el împiedică sarcina prin folosirea hormonilor, dar în loc să se ia o pilulă zilnic (ceea ce unele femei uită din când în când), șase implanturi subțiri, asemănătoare cu chibriturile de carton, sunt inserate sub pielea părții de sus a brațului femeii, eliberând încontinuu hormoni. Hormonul folosit se numește levonorgestrel. El este similar PROGESTERONULUI, care este un hormon natural secretat de ovare, și împiedică ovarele să elibereze ovule. De asemenea, îngroașă mucusul femeii, împiedicând spermatozoizii să ajungă la eventualul ovul scăpat. În același timp, un eventual ovul fertilizat este împiedicat să se atașeze de uter. Norplant este eficient timp de cinci ani.

Costul inițial al Norplantului — la ora aceasta în jur de 500 de dolari — este înalt, dar este o metodă economică de control al nașterilor, pentru că durează cinci ani.

Există unele efecte secundare posibile. Cel mai obișnuit este o hemoragie menstruală neregulată. După nouă luni, de obicei perioada menstruală se normalizează, dar unele femei vor avea menstre neregulate de-a lungul tuturor celor cinci ani. De obicei, femeile au hemoragii menstruale mai puțin abundente atunci când folosesc Norplant decât înainte de introducerea implantului. Alte posibile efecte secundare includ dureri de cap, modificări de greutate, apariția sau pierderea părului facial, ovare și trompe uterine mărite. Ca și în cazul pilulei,

combinația dintre Norplant și fumat mărește riscul de atacuri de cord și de apoplexie la femeile de peste treizeci și cinci de ani.

La cele mai multe femei, implanturile sunt invizibile, deși ar putea fi remarcate la cele foarte musculoase sau la cele foarte slabe. Orice cicatrice lăsată de implant ar trebui să fie aproape invizibilă. Totuși, implantul se poate simți la pipăit, iar unele femei au făcut observația că dacă un bărbat simte implantul, atunci ar putea să creadă că femeia s-a implicat în relații sexuale cu el doar pentru că ea nu poate deveni însărcinată. Este un argument la care femeia ar trebui să aibă deja un răspuns.

Ca și în cazul pilulelor de control al nașterilor, Norplant nu poate preveni BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ. Femeile cu mai mulți parteneri ar trebui să apeleze la prezervative.

## **ALIMENTARE ȘI SARCINĂ** Vezi SARCINA ȘI ALIMENTAȚIA; ÎNGRIJIREA PRENATALĂ.

**NIMFOMANIA** Este un termen folosit înainte pentru a descrie comportamentul unor femei cu un apetit sexual patologic. Cuvântul „nimfomană” a fost folosit în general cu sensul de femeie cu un LIBIDO „anormal”, care o îndeamnă să caute în mod constant parteneri sexuali. Comunitatea terapeutică nu mai recunoaște nimfomania drept o boală, deși unii bărbați se bucură să fantazeze pe tema unor femei „nimfo”.

Din punct de vedere istoric, termenul reprezintă o prejudecată — aceea că o femeie care își dorește multe întâlniri sexuale este deviantă sau „supra-sexuată”. În realitate, dacă activitățile sexuale ale unei persoane sunt autentic satisfăcătoare și nu au consecințe negative, o tendință sexuală accentuată nu este nici rea și nici nesănătoasă.

Totuși, impulsul sexual poate deveni o problemă atunci când interferă serios cu munca, sănătatea sau sistemul de relații ale unei persoane, sau dacă îndeamnă persoana să caute în mod constant situații sexuale riscante, dintre care nici una nu este cu adevărat satisfăcătoare. Dar cauza primordială a unei asemenea comportări imperative nu este așa-numita nimfomanie. O femeie poate să încerce să se folosească de întâlnirile sexuale pentru a își împlini necesitățile ei emoționale. Dacă o persoană simte că obiceiurile ei sexuale au devenit prea imperative, sfatul unui psiholog ar putea fi de ajutor (vezi și HIPERSEXUALITATEA; SATIRIAZA).

**OBSCENITATEA** Definiția obscenității este strictă: orice limbaj, material sau comportament care este considerat din punct de vedere social sau legal obscen — adică desfrânat, dezgustător, sau care incită intenționat la excitarea sexuală, de o manieră jignitoare. Dar termenul de obscenitate nu este întotdeauna folosit în context sexual. În fapt, mulți consideră că violența excesivă de la televizor este mai obscenă decât materialele explicit sexuale. Pentru scopurile prezentei enciclopedii, vom considera obscenitatea numai sub aspectul ei sexual.

**PORNOGRAFIA** constă în literatura și arta considerate obscene. Dar termenii nu sunt în întregime sinonimi. Obscenitatea se poate referi — și chiar o face — la limbajul vorbit, la gesturi, mișcări și acțiuni, ca și la literatură și artă. Problema etichetării drept obscen a unui lucru este subiectivismul aprecierii. Ceea ce o persoană poate să considere obscen poate fi pentru altcineva perfect acceptabil și aducător de plăcere. Indivizii din aceeași comunitate pot să aibă gusturi și senzații complet diferite despre ceea ce este indecent și dezgustător.

Mulți oameni au o mare plăcere în a folosi un limbaj sau materiale vizuale obscene. În cadrul multor cupluri, excitarea sexuală este crescută atunci când cei doi își vorbesc „murdar” unul altuia sau când privesc filme porno. O problemă survine dacă cei doi au păreri diferite despre ce este acceptabil. Nimeni nu ar trebui să încerce vreodată să îi impună unui partener reticent să participe la ceva care îl dezgustă. Între adulți care consimt, în liniștea dormitorului, dacă nimeni nu este afectat și ambii parteneri receptează plăcere, orice „îți trece prin minte” este perfect acceptabil.

**OBSTETRICIAN** Un obstetrician este un medic care s-a pregătit special să aibă grijă de femeile gravide în timpul SARCINII și apoi în timpul travaliului și al nașterii. Pregătirea unui obstetrician include o perioadă de rezidențiat de câțiva ani, după absolvirea facultății de medicină. Doctorul obstetrician este pregătit și ca ginecolog (specialist în sănătatea aparatului reproductiv al femeilor).

Femeile se duc la obstetrician fie pentru că plănuiesc să rămână gravide, fie pentru că sunt deja gravide. De obicei, se recomandă consultarea unui obstetrician atunci când se planifică graviditatea, pentru că dacă există probleme de sănătate, ele trebuie să fie rezolvate mult înainte ca femeia să rămână gravidă.

**COMPLEXUL OEDIP** Una dintre pietrele de temelie ale teoriei psihanalitice este complexul lui Oedip, numit astfel de către Sigmund Freud. Este vorba de unul din stadiile-cheie ale STADIILOR DEZVOLTĂRII PSIHOSEXUALE la băieți. După Freud, stadiul oedipian al dezvoltării este caracterizat de un atașament intens față de mamă și de rivalitatea cu tatăl. Acestea sunt însoțite de sentimente de vinovăție pentru aceste dorințe incestuoase și o teamă de castrare drept o pedeapsă la îndemâna tatălui. Freud a formulat și complexul dezvoltării fetelor, mult mai complicat, numit al Electrei, în care iubirea față de mamă, obiectul inițial al afecțiunii fetelor, se schimbă dramatic în iubirea față de tată. La fete, complexul Electra este însoțit de asemenea de sentimente de vinovăție și de teama de pedeapsă.

Numele de Oedip se referă la legenda Greciei Antice, în care Laios, regele Tebei, a fost avertizat că un fiul al lui, nenăscut încă, îl va omorî. Iocasta, regina, a dat naștere unui fiu, iar regele a poruncit ca pruncul să fie lăsat să moară pe versantul unui munte. Dar copilul a fost găsit și adoptat de regele Polibius, care l-a crescut ca pe propriul copil. După ce a crescut, Oedip l-a întâlnit pe Laios, s-a certat cu el și l-a omorât. Călătorind, Oedip a întâlnit Sfînxul, care l-a obligat să-i răspundă la „ghicitoarea vieții”. Drept recompensă pentru rezolvarea enigmei, Oedip a fost făcut rege al Tebei și s-a căsătorit cu propria mamă, Iocasta. Dar zeii l-au pedepsit pentru relația incestuoasă; sfârșitul tragic este că Iocasta se spânzură, iar Oedip își scoate ochii cu broșa folosită de regină pentru a susține rochiile (vezi și FREUD, SIGMUND).

## **PERSOANELE ÎN VÂRSTĂ ȘI SEXUL (Vezi ÎMBĂTRÂNIREA ȘI SEXUL).**

**CONTRACEPTIVELE ORALE** Numite adesea sub termenul generic „Pilula”, contraceptivele orale sunt o metodă de CONTROL AL NAȘTERILOR în care femeia ia o doză zilnică de HORMONI, care împiedică ovarele să producă ovule. Metodă convenabilă și sigură de control al nașterilor, contraceptivele orale pot fi considerate una din cauzele principale ale REVOLUȚIEI SEXUALE care a început în anii 1960, pentru că rata

lor înaltă de eficiență a eliberat femeile de spectrul unor sarcini nedorite. La o utilizare tipică, pilula are o rată de eșec de doar 3 la o sută de femei pe an la utilizarea medie, iar la o utilizare perfectă această rată scade la o fracțiune de procent.

Există două tipuri de contraceptive orale — pilulele combinatorii, care conțin doi hormoni, ESTROGEN și progesteron, și mini-pilulele, care conțin numai progesteron. Pilula lucrează prin împiedicarea ovarelor femeii să elibereze ovule. Mini-pilulele pot împiedica și ele ovulația, dar au și efectul de îngroșare a mucusului cervical, împiedicând sperma să ajungă la un eventual ovul. Mini-pilulele mai împiedică și eventualul ovul fertilizat să se implanteze pe peretele uterului.

Primele pilule conțineau doze destul de mari de hormoni și s-a ridicat problema dacă nu cumva ele prezintă efecte secundare, inclusiv un risc crescut de cancer și un libido redus. Deoarece dozele hormonale au scăzut, aceste riscuri au fost puternic reduse, deși pilula nu este recomandată femeilor fumătoare de peste treizeci și cinci de ani. S-a descoperit că pilula reduce riscul unor tipuri de cancer, cum ar fi CANCERUL OVARIAN sau CANCERUL UTERIN. Datorită pericolelor asociate cu complicațiile unei sarcini, cele mai multe femei preferă să ia pilula, care este o metodă eficientă de control al nașterilor, decât să nu o ia.

Există și unele efecte secundare minore pe care femeile le suportă, inclusiv sângerări între cicluri, pierdere sau câștig în greutate, o anumită înmuiere a sânilor, greață și vomă. Aceste dificultăți dispar adesea după primele trei luni de utilizare.

Adevăratul pericol important, care trebuie menționat, este acela că pilula nu previne BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ, iar dacă femeia nu are o relație stabilă, monogamă, trebuie folosit un prezervativ, ca măsură profilactică. Cealaltă măsură de precauție pe care trebuie să o ia femeile care utilizează pilula este că nu trebuie să uite să o ia zilnic. Chiar dacă femeia nu se angajează în CONTACTE SEXUALE foarte des, dacă omite să ia pilula într-o zi și după aceea reia administrarea, s-ar putea să nu mai fie eficientă.

Contraceptivele orale trebuie să fie prescrise de un doctor după o examinare care costă între 35 și 125 de dolari la un cabinet privat din Statele Unite (la o clinică este mai ieftin). O doză lunară de pilule de control al nașterilor costă între 15 și 25 de dolari, dar, repet, la o clinică ne putem aștepta la costuri mai mici.

**SEXUL ORAL** Un termen comun, care se referă la contactele între gură și organele genitale. Atunci când bărbatul se folosește de gură și de limbă pentru a stimula CLITORISUL sau labiile partenerei, sexul oral poartă numele de CUNILINGUS. Stimularea orală a PENISULUI bărbatului de către gura și/sau limba partenerei este cunoscută sub numele de FELAȚIE. Plăcerea simultană a ambilor parteneri prin sex oral este cunoscută colocvial sub numele de POZIȚIA ȘAIZECI ȘI NOUĂ. Aceste acte sexuale ale femeilor și bărbaților pot fi atât între parteneri heterosexuali, cât și între parteneri homosexuali. Deși până recent sexul oral a fost blamat frecvent în cadrul civilizației occidentale, există dovezi din opere artistice și artefacte că în antichitate el a fost mult mai acceptat. Reprezentări artistice din Asia și alte părți ale globului tind să susțină părerea că sexul oral nu este un act sexual neobișnuit. Statuile și basoreliefurile din India, dintr-un context religios și reprezentările din KAMASUTRA au descris sexul oral alături de multe alte variante ale activității sexuale.

Primele manuale sexuale tratau sexul oral drept o parte esențială a PRELUDIULUI, înainte de penetrarea care duce la orgasm și de EJACULARE. Astăzi, se pare că există un interes sporit în utilizarea sexului

oral ca o metodă mai sigură decât coitul prin care bărbatul să aducă femeia la ORGASM. Pentru multe cupluri, sexul oral reprezintă o metodă ca oricare alta de producere a plăcerii sexuale, iar actul poate să culmineze cu orgasmul și ejacularea fără ca bărbatul să se miște ca să penetreze femeia.

În absența unor programe adecvate de educație sexuală, cei mai mulți oameni din trecut au fost nevoiți să învețe despre sexul oral de la alții, care puteau să fie la fel de neștiutori. Urologii au raportat că unele femei, probabil influențate de unii termeni din limbajul străzii pentru sexul oral (de pildă, „a cânta la flaut”) și-au rănit partenerii suflând aer în uretră.

Recent, expresiile argotice de tipul „a da m...” par să capete popularitate în vorbirea curentă în dauna expresiei mai culte de „sex oral”. Limitările acestor termeni la contactul oral-genital par să reflecte punctul de vedere istoric că sexul ar trebui să se concentreze asupra organelor genitale, în vreme de alte forme de stimulare sexuală care implică limba sau gura și alte părți decât cele genitale nu sunt considerate variante ale sexului oral (de exemplu, stimularea zonei anale ori a sânilor).

Multe persoane își folosesc limba și gura pentru a săruta ori linge părți non-genitale ale corpului partenerului. Câtă vreme nu există un termen consacrat pentru această formă de sex oral, se folosește o expresie veche pentru SARUTUL și linsul corpului, inclusiv organele genitale: „călătoria în jurul lumii”. Sexul oral este un bun exemplu despre insuficienta dezvoltare a unei terminologii adecvate pentru descrierea tuturor aspectelor comportamentului uman (vezi și HOMOSEXUALITATEA; TEHNICILE SEXUALE LESBIENE; SEXUL SIGUR).

**ORGASMELE MULTIPLE** William H. Masters și Virginia Johnson, pionierii americani ai cercetării sexuale (vezi MASTERS ȘI JOHNSON) au scris în *Reacțiile sexuale umane* (1966) că cele mai multe femei care au participat la studiu considerau că o auto-manipulare a zonei Muntelui lui Venus cu ajutorul unui vibrator produce nu numai o excitare de un tip care duce la cel mai rapide și mai intense orgasme, ci duce și la orgasme multiple în timpul unui singur episod sexual. Masters și Johnson i-au scris unui coleg:

*Femeia medie, la o excitare optimă, va fi în mod normal satisfăcută cu trei până la cinci orgasme induse manual; în vreme ce stimularea mecanică, precum și cea cu un vibrator electric, este mai puțin obositoare și îi permite sesiuni de stimulare mai lungi, de o oră sau mai mult, timp în care ea ar putea avea douăzeci până la cincizeci de orgasme consecutive.*

Cam în aceeași vreme, Mary Sherfey, psihanalistă, a scris într-un articol din *Journal of American Psychoanalytic Association* (pe care l-a reluat în cartea ei *The Nature and Evolution of Female Sexuality*), din care cităm:

*În practica clinică, mi-au atras atenția un număr de femei căsătorite și necăsătorite care folosesc vibratoare electrice pentru a obține până la cincizeci de orgasme într-o singură ședință. Din punctul de vedere al funcționării fiziologice normale, aceste femei prezintă o sexualitate sănătoasă, neinhibată — iar numărul de orgasme la care se ajunge este măsura potențialității sexuale a femeii.*

Orgasmele multiple în timpul unui singur act sexual, altfel spus, înainte de a se instala pierderea excitației sexuale, pare să fie o caracteristică aproape exclusiv feminină. Deși s-au raportat orgasme multiple și la

bărbați, sunt multe discuții dacă sunt orgasme complete sau doar o reluare a unui orgasm întrerupt chiar înainte de MOMENTUL DE INEVITABILITATE.

Principala cauză a discrepanței între bărbați și femei este că deși și unii și alții trec prin FAZA DE REZOLUȚIE, timp în care corpul se întoarce în starea de pre-excitare, numai bărbații trec printr-o perioadă refractară automată, atunci când ei au ejacularea care însoțește orgasmul. În această perioadă, bărbații își pierd repede excitarea sexuală și au nevoie de o stimulare reînnoită pentru a recăpăta dorința sexuală, înainte de apariția altui orgasm și a altei ejaculări. La bărbați, acest lucru durează între câteva minute și câteva zile, în funcție de vârstă, de condiția fizică și puterea libidoului. Femeile, în schimb nu trec prin perioada refractară imediat după atingerea orgasmului. Ele rămân la un nivel înalt de excitare sexuală, care scade lent (la unele femei, *foarte* lent). În acest timp, dacă femeia este adecvat stimulată, ea poate obține orgasm după orgasm, iar și iar.

Unele femei au relatat că în orgasmele lor pot să crească în intensitate în timpul acestor sesiuni de orgasme multiple, până la un nivel în care par să leșine de plăcere. Chiar printre bărbații care susțin că au avut orgasme multiple, nici unul nu se apropie de numărul de orgasme relatate de femei.

Comparat cu intensitatea excitației sexuale produse la femei prin CUNILINGUS, stimularea manuală și utilizarea VIBRATOARELOR, există foarte puține rapoarte de orgasme multiple obținute doar prin coitus. Deși multe femei își doresc orgasme multiple îndată ce devin conștiente că pot să le aibă, altele se mulțumesc cu un orgasm, iar altele consideră că o stimulare continuată după orgasm este neplăcută sau chiar dureroasă. Orgasmele multiple nu ar trebui să fie un scop pe care să și-l impună o femeie, iar incapacitatea de a obține orgasme multiple nu constituie o disfuncție sexuală.

## **OSTEOPOROZA** Vezi TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ; MENOPAUZA.

**CANCERUL OVARIAN** Carcinomul ovarian este cel de-al treilea cancer genital ca frecvență (după CANCERUL DE SÂN și CANCERUL UTERIN), dar este principala cauză de deces din cancer al căilor genitale. Cancerul ovarian este o boală a îmbătrânirii: incidența lui crește mult după vârsta de șaptezeci și șapte de ani. În ciuda numeroaselor cercetări, cauza precisă a cancerului ovarian nu a fost încă descoperită, dar se crede că este legată de ovulația frecventă. Prin urmare, este de remarcat protecția oferită de mai multe sarcini sau de folosirea CONTRACEPTIVELOR ORALE. Pe de altă parte, femeile care au o MENOPAUZĂ la o vârstă prea mare sau care nasc la vârste înaintate sunt supuse unui risc sporit. Cancerul ovarian a fost asociat și cu alimentația bogată în grăsimi animale și este mai întâlnită la femeile în ale căror familii au fost cazuri de cancer, în special ovarian sau la sâni.

**Căutarea sistematică și diagnosticarea precoce.** Nu există metode satisfăcătoare de cercetare sistematică a cancerului ovarian. Cu toate acestea, trebuie făcute eforturi pentru detectarea cât mai rapidă a lui. Simptomele stadiilor inițiale ale cancerului, cum ar fi o dilatare abdominală, dureri sau disconfort, sunt foarte importante, deși de obicei ele arată un cancer extins deja. Mărirea ovarelor la peste 6,5 centimetri este considerată anormală. De obicei, o formațiune ovariană la o femeie aflată în plină menstră este un chist funcțional, care va dispărea spontan. La vârste de peste patruzeci de ani, riscul malignității crește și masa ovariană trebuie evaluată cu

grijă. O examinare ultrasonică va ajuta la evaluarea dimensiunilor masei ovariene și la diferențierea dintre chisturile ovariene și tumori.

**Tratamentul.** Dacă s-a pus diagnosticul de cancer ovarian, chirurgul va înlătura ambele OVARE, ca și UTERUL, TROMPELE UTERINE și orice altă extensie canceroasă din cavitatea abdominală. Atunci când cancerul a apucat să se propage, cum este cazul celor mai multe paciente, va fi nevoie și de chimioterapie. Este important să se discute și să se înțeleagă consecințele unui asemenea tratament. După operație, femeia nu va mai putea deveni însărcinată și va avea o MENOPAUZĂ artificială.

Nu toate tumorile ovariene sunt maligne. Această afirmație este valabilă mai ales la femeile tinere, aflate în plină perioadă reproductivă. Un patolog experimentat poate să determine exact patologia tumorii și va fi suficient un tratament de conservare. Astfel, femeile tinere, aflate în anii reproductivi, vor fi în măsură să-și conserve potențialul de fertilitate.

**OVARELE** Organe interne feminine, localizate de ambele părți ale UTERULUI. Ele răspund pentru eliminarea lunară de ovocite (ovule) și de producerea HORMONILOR sexuali feminini, ESTROGENUL și PROGESTERONUL. Ovariele sunt organe de dimensiuni reduse, cam de mărimea unei alune mari, dar ele determină o mare parte a fiziologiei femeii. La pubertate, hormonii din ovare stimulează creșterea caracteristicilor sexuale secundare, a părului corporal și distribuția țesutului adipos. Cel mai important, ovarele îi conferă femeii capacitatea de a procrea.

Ovariele reacționează la stimularea din partea „gonadotropinelor” — hormonul luteinizant (LH) și hormonul foliculinostimulator (FSH) — secretate de glanda pituitară. Gonadotropinele stimulează celulele ovarului să producă hormoni sexuali, controlează maturizarea foliculilor care conțin ovulul în formare și stimulează ovulația. Acești hormoni pituitari cauzează și începerea ciclului menstrual feminin, pregătind în fiecare lună uterul pentru a primi un ovul fertilizat.

Ovariele constau din două componente de bază: stroma, sau celulele corpului de bază al ovarului, și foliculii. Stroma conține vase de sânge și nervi și ajută la susținerea și încapsularea ovarului. Foliculii sunt structurile care se dezvoltă în jurul ovocitelor (ovulelor), furnizându-le hrană și susținându-le. Celulele foliculare secretă și hormonii sexuali feminini.

Numărul de ovocite pe fiecare ovar este determinat în timpul dezvoltării intrauterine și nu se schimbă în cursul vieții femeii. La naștere, fiecare fetiță va avea câte 200.000 de ovule în fiecare ovar.

Schimbările hormonale din timpul pubertății stimulează foliculii care conțin fiecare ovul să înceapă să se dezvolte. Ovulul în sine nu va suferi nici o modificare în timpul dezvoltării foliculului, dar foliculul care înconjoară ovulul se va schimba atât în mărime, cât și în ce privește funcționarea (vezi și CONCEPȚIA; ORGANELE SEXUALE FEMININE; HISTEROCTOMIA; MENSTRUATIA).

**OVULAȚIA** Vezi CONCEPȚIA; MENSTRUATIA, SINDROMUL PREMENSTRUAL (PMS).

\*\*\*

Corpus Luteum incipient  
Ovul  
Folicul maturizat  
Foliculi în curs de maturizare  
Foliculi incipienți  
Vase de sânge  
Corpus Albicans  
Corpus Luteum maturizat

*Anatomia unui ovar, prezentând câteva stadii ale dezvoltării foliculilor care conțin ovulele și ruperea corpului galben după ovulație.*

**TESTUL PAPANICOLAU** Este o procedură simplă, dar importantă, de detectare a celulelor anormale din colul uterin — o stare pe care doctorii o numesc displazie cervicală intraepitelială (CIN) — care poate indica prezența sau posibila apariție a **CANCERULUI COLULUI UTERIN**.

Testul Papanicolau se efectuează de obicei o dată pe an — dar poate fi făcut mai des sau mai rar, în funcție de sfatul doctorului. Testul este numit după doctorul George Papanicolau, care a dezvoltat tehnica de prelevare de fluid prin raclarea colului uterin și a zonelor înconjurătoare pentru colectarea de celule care apoi sunt puse pe o lamelă și fixate cu o soluție fixativă, pentru preservare. Procedura se face de obicei după o examinare pelviană de rutină („internă”), la cabinetul ginecologului. Este aproape întotdeauna nedureros și nu prezintă efecte secundare. Celulele prelevate vor fi trimise apoi unui patolog, doctor specializat în analizarea structurii celulare. Femeia nu trebuie să facă spălături vaginale cel puțin douăzeci și patru de ore înainte de test, pentru că spălăturile reduc numărul de celule disponibile pentru analiză.

Dacă toate celulele par să fie normale, țesutul colului uterin este considerat sănătos și rezultatul poartă denumirea de „negativ”. Apariția unor celule anormale în mostra de laborator poate semnală necesitatea unor teste suplimentare pentru determinarea cauzei apariției.

Pe lângă utilitatea lui în detectarea stadiului primar în cancerul colului uterin, testul Papanicolau este folosit și în diagnosticarea infecțiilor și în determinarea nivelului estrogenului al femeii. Acesta este important pentru a se determina dacă femeia care se află la menopauză are sau nu nevoie de un tratament de înlocuire a estrogenului.

**PARAPLEGICII ȘI SEXUL** Funcțiunile măduvei spinării sunt similare cu cele ale unui circuit telefonic: ea leagă creierul de celelalte organe ale corpului. Atunci când coloana vertebrală este afectată, pot rezulta multe handicapuri, inclusiv disfuncții sexuale. Atunci când măduva spinării este lezată, poate să rezulte

tetraplegia (paralizia tuturor celor patru extremități); dacă este întreruptă partea inferioară, atunci este paralizată jumătatea inferioară a corpului (paraplegie).

La femeile cu paraplegie sau cu tetraplegie, poate să apară o AMENOREE temporară (lipsa perioadelor menstruale) care va dura aproximativ șase luni de la rănirea măduvei spinării. Capacitatea lor de a rămâne gravide este restaurată o dată reparația menstruației. Deși femeile care au măduva spinării compromisă complet nu sunt în stare să aibă senzații în zona genitală, ele pot avea orgasme dacă sunt stimulate alte zone sensibile din restul corpului, de deasupra nivelului distrugerii neurologice — urechile, gâtul, sfârcurile etc. Totuși, spasticitatea (spasmele involuntare ale mușchilor) la picioare și secrețiile vaginale reduse pot să creeze probleme în timpul contactului sexual. În asemenea situații, înainte de trecerea la intimitatea este de folos utilizarea de medicație spasmolitică, în paralel cu un ușor masaj al mușchilor picioarelor și lubrifierea zonei genitale. În timpul sarcinii, femeile cu răni la măduva spinării sunt predispuse la infecții ale tractului urinar. În timpul travaliului, femeile cu tetraplegie sau cu paraplegie vor avea diverse simptome, cum ar fi dureri de cap, transpirație abundentă, tensiune arterială ridicată schimbări ale pulsului. Apariția acestor simptome ar trebui să fie urmărită îndeaproape până la nașterea copilului. După naștere, femeile din această categorie sunt considerate ca prezentând un mare risc de tromboflebită (formarea de cheaguri de sânge în vene) în pelvis sau la membrele inferioare.

Bărbații cu tetraplegie sau cu paraplegie prezintă erecții spastice ale penisului. Din păcate aceste erecții sunt adesea de scurtă durată și nu țin suficient de mult pentru a se angaja într-un contact mulțumitor cu o parteneră. Pacienții bărbați care au suferit distrugeri în partea inferioară a măduvei spinării sau la mănunchiurile de nervi cu care se termină aceasta pot să ajungă la IMPOTENȚĂ. Totuși, pacienții bărbați cărora le lipsește o erecție adecvată pot să fie asistați prin folosirea unui dispozitiv extern, cum ar fi o pompă de vid cu inel penian. De asemenea, erecția poate fi indusă și prin injecții intrapeniene cu papaverină (care este un vasodilatator). În anumite cazuri, pot fi implantate chirurgicale proteze peniene, existente pe piață (vezi și IMPOTENȚA).

Datorită excitației din timpul activității sexuale, bărbații cu răni la măduva spinării pot să cadă din pat din cauza unei activități spasmodice puternice. Din nefericire, majoritatea bărbaților tetraplegici sau paraplegici nu vor avea nici orgasm, nici ejaculare. Pentru a ajuta ejacularea atunci când se dorește realizarea unei sarcini, în trecut s-a încercat injectarea de prostigmină (stimulator al mușchilor) în lichidul cerebrospinal. Totuși, dacă se folosește prostigmina, trebuie avută mare atenție, pentru că aceasta poate fi însoțită de efecte secundare foarte serioase, cum ar fi tensiune arterială mare și chiar hemoragie cerebrală. În zilele noastre, cele mai des folosite metode pentru obținerea ejaculării sunt stimularea electrică intrarectală și electrovibrația penisului, care dau rezultate destul de bune. Există, totuși și posibilitatea de a se ajunge la un hiperreflex automat în timpul stimulării electrice pentru ejaculare. Sunt necesare cercetări avansate pentru a îmbunătăți calitatea spermatozoidelor bărbaților tetraplegici și paraplegici, pentru a face posibilă o fertilizare reușită (a se vedea și PERSOANELE HANDICAPATE ȘI SEXUL).

**PEDOFILIA** Vezi MOLESTAREA COPIILOR; LEGILE MOLESTĂRII COPIILOR;  
PROSTITUȚIA MASCULINĂ.

**EXAMINAREA PELVIANĂ** Examinarea pelviană este acea parte a examinării medicale a unei femei în care doctorul sau alt cadru medical poate determina starea structurilor reproductive externe sau interne, prin inspectare oculară sau prin palpare. În timpul examinării pelviene, se pot efectua și alte proceduri, cum ar fi obținerea unui eșantion pentru testul Papanicolau sau a unei culturi din colul uterin.

Examinarea pelviană este efectuată cu pacienta întinsă pe spate pe o masă de examinare echipată cu suporturi pentru picioare. Pacienta își plasează călcâiele sau gambele în suporturi, se lasă pe spate și își depărtează genunchii. În general, doctorul va acoperi picioarele și abdomenul femeii cu un cearșaf, pentru a reduce senzația de vulnerabilitate a pacientei. Se va folosi o lampă de observație, care va permite medicului o mai bună vizibilitate.

Primul pas al examinării pelviene constă în inspectarea vizuală și palparea organelor genitale externe. Doctorul va examina muntele lui Venus, clitorisul, labiile majore și minore, perineul și zona perineală. În această fază se descoperă orice iritare, tumefacție sau infecție. Examinatorul poate să palpeze și glandele Bartholin, aflate în părțile laterale ale deschiderii vaginale, precum și uretra. Sunt inspectați apoi pereții vaginali și sunt observate vizual structurile lor de susținere. În acest stadiu este notat prolapsul pereților vaginali și se observă și starea himenului.

Următoarea parte a examinării este cu un speculum, instrument fabricat fie din metal fie din plastic, cu două lame rotunjite care pot fi separate. Speculumul este proiectat să separe pereții superior și inferior al vaginului, pentru a se putea observa colul uterin. După inserarea speculumului în vagin și deschiderea lamelor, între acestea sunt vizibili atât pereții vaginali, cât și colul uterin. Lamelele speculumului pot fi înlocuite cu altele, de diverse mărimi, pentru a se adapta la diverse dimensiuni ale vaginului. Cu speculumul astfel plasat, se poate efectua și prelevarea unui eșantion pentru testul Papanicolau (vezi TESTUL PAPANICOLAU).

Examinarea cu ajutorul speculumului, ca și alte părți ale examinării pelviene, nu ar trebui să producă durere decât dacă există o boală din care rezultă durere. Această parte a examinării poate să fie ceva mai confortabilă prin acoperirea lamelor speculumului fie cu un lubrifiant, fie cu apă, selectând o lamă potrivită cu mărimea vaginului femeii și încălzind metalul speculumului, care altfel este rece, până la temperatura corpului. Următoarea parte a examinării pelviene este examinarea bimanuală, în care doctorul se folosește de ambele mâini. Se inserează două degete în vagin, iar mâna cealaltă se plasează pe abdomenul femeii, pentru a se putea palpa prin peretele abdominal uterul și ovarele. În timpul examinării bimanuale, examinatorul poate să palpeze colul uterin, pentru a-i determina forma, mărimea și poziția și poate evalua și uterul din punct de vedere al mărimii, formei, poziției și consistenței. Sunt palpate și țesuturile vecine uterului, inclusiv trompele uterine și ovarele. În mod normal, trompele acestea nu pot fi palpate la examinarea pelviană, deoarece au în mod normal aceeași consistență cu cea a țesuturilor înconjurătoare. Ovarile se pot de obicei simți, determinându-se mărimea, forma și consistența lor. Ovarile la femeile în post-menopauză sunt de obicei prea mici ca să fie simțite la examinare.

Pasul final al unei examinări pelviene este examinarea recto-vaginală. Aceasta este menită să determine dacă există anomalii în rect și la ligamentul uterosacral, una dintre structurile care susțin uterul. Adesea, examinarea recto-vaginală va permite și o mai bună palpare a ovarelor. În timpul examinării recto-vaginale, se inserează un deget în rect și un deget adiacent acestuia în vagin. Anomaliile în septul dintre vagin și rect se pot și

ele simți cu această ocazie. Atunci când degetul de examinare este retras din rect, se pot căuta pe el și urme de sânge, care ar putea însemna că e nevoie de analize mai avansate, pentru că descoperirea de sânge în rect poate fi un semn al unei afecțiuni tractul gastro-intestinal. Examinarea recto-vaginală este etapa cea mai neplăcută a întregii proceduri și nu se efectuează întotdeauna în examinările pelviene.

Deși nu există un consens general cu privire la vârsta la care o tânără ar trebui să aibă prima ei examinare pelviană, ori de câte ori apar probleme implicând abdomenul inferior sau pelvisul, scurgeri sau sângerări anormale, ar trebui să se efectueze o asemenea examinare. Dacă tână femeie nu prezintă nici un simptom, de obicei se sugerează ca examinarea pelviană să se efectueze înainte ca ea să devină activă sexual sau atunci când vrea să își administreze contraceptive. Examinarea se poate face fără să afecteze himenul, dacă există o deschidere mai mare în centrul țesutului acestuia. O examinare pelviană ar trebui să fie făcută și atunci când se prelevează eșantionul pentru testul Papanicolau, de obicei anual la femeile tinere și active sexual. Deși nu toți au căzut de acord asupra frecvenței examinărilor pelviene de rutină, la femeile tinere și active sexual acestea se efectuează în mod normal o dată pe an (vezi și EXAMINAREA GENITO-UROLOGICĂ; EXAMINAREA GINECOLOGICĂ — PRIMA VIZITĂ).

**BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ (PID)** Termenul de boală inflamatorie pelvină descrie infecțiile de la nivelul pelvisului, în mod specific cele ale trompelor uterine, ale ovarelor și uterului. Cel mai adesea, aceste infecții rezultă prin progresia unei infecții cu o bacterie patogenă dinspre partea inferioară a tractului genital. Se estimează că în țările dezvoltate 20 din 100 de femei între 15 și 24 de ani capătă o infecție pelvină în fiecare an. Infecțiile pelvine sunt răspunzătoare pentru 25% din toate solicitările de servicii ginecologice.

Factorii de risc principali pentru bolile inflamatorii pelvine sunt partenerii sexuali multipli, situația socio-economică precară, infecții pelvine precedente, folosirea unui sterilet și vârsta tânără. Pe de altă parte, se cunosc câțiva factori care oferă o oarecare protecție împotriva infecțiilor pelvine:

- Sarcina, în special după opt până la zece săptămâni de gestație, protejează împotriva infecțiilor ascendente și deci a bolii inflamatorii pelvine. După atingerea acestui stadiu, infecțiile pelvine devin foarte rare.
- Femeile peste 45 de ani rareori capătă infecții pelviene.
- Folosirea prezervativului ca mijloc contraceptiv poate să protejeze împotriva răspândirii unor boli cu transmitere sexuală în general, având o implicare majoră în prevenirea infecțiilor pelviene.
- Pilulele contraceptive orale oferă o oarecare protecție împotriva infecțiilor ascendente, din cauza influențării negative a receptivității mucusului din colul uterin.

Câteva microorganisme care se transmit sexual, cum ar fi *Neisseria gonorrhea* (gonococul) și *Chlamidia trachomatis*, sunt responsabile pentru majoritatea infecțiilor pelviene. Dacă o femeie prezintă o analiză de cultură pozitivă pentru gonococ, partenerul ei masculin va avea o cultură pozitivă a secreției uretrale în 86% dintre cazuri. Totuși, doar jumătate dintre acești bărbați vor prezenta simptome. Imaginea clinică a infecției cu gonococ este: dureri abdominale inferioare, la câteva zile după actul sexual, însoțite de febră și de secreții vaginale.

În țările industrializate, *Chlamydia trachomatis* poate fi recoltat din colul uterin de la 5% până la 15% din femeile de vârstă reproductivă care nu au nici un simptom. Cam un sfert din femeile găsite cu culturi pozitive de gonococ prezintă culturi pozitive și pentru chlamydia. Infecțiile pelviene asociate cu chlamydia sunt mai puțin acute și uneori nu prezintă nici un simptom. Totuși, ambele tipuri de infecții pot conduce la complicații ulterioare grave, cu afectarea trompelor și pelvisului în general, care pot să afecteze fertilitatea a 20 până la 30% dintre paciente.

Există și alți agenți patogeni recoltați din trompele uterine ale pacientelor cu infecții pelviene. Între aceștia se numără micoplasma, pneumococul, campylobacter, bacilul tuberculos și bacterii anaerobe.

Procesul inflamator dintr-o boală infecțioasă pelviană începe în epiteliul cervical sub formă de cervicită, urmată de infecții uterine (endometrite), de infecții ale trompelor uterine (salpingite) și în cele din urmă de o infecție generalizată a cavității abdominale (peritonită). Pe măsură ce infecția avansează, depozitele de fibrină, împreună cu alte celule inflamatorii, pot să afecteze grav trompele, distrugându-le delicata structură.

Purtătorii de *Neisseria Gonorrhea* (gonococ) și de *Chlamydia trachomatis*, fie că prezintă fie că nu prezintă simptome, necesită tratament cu antibiotice, pentru evitarea complicațiilor. Penicilina, tetraciclina sau sulfonamidele sunt folosite în general, dar la fel de eficiente sunt și alte tratamente. Uneori, se utilizează LAPAROSCOPIA pentru a confirma diagnosticul și pentru a obține culturi pentru determinarea unui tratament specific cu antibiotice, în funcție de microorganismul implicat.

Complicațiile infecțiilor pelviene sunt:

- abcese ale trompelor și ovarelor: acestea pot să necesite laparotomie și adesea și anexectomie;
- revenirea infecției, eventual periodică; aceasta necesită spitalizare și un tratament cu antibiotice administrate intravenos;
- adeziuni intrauterine, în interiorul și în jurul trompelor uterine: acestea pot să ducă la pierderea fertilității;
- infecții ale trompelor: sactosalpinx, hidrosalpinx, piosalpinx, hematosalpinx;
- peritonită: o infecție generală a cavității abdominale;
- abcesul Douglas: un abces localizat între uter și rect.

Descoperirea și tratarea din timp a infecțiilor pelviene înseamnă în cele mai multe cazuri prevenirea complicațiilor. Folosirea prezervativului și tratarea partenerilor sexuali ai unei femei cu infecții pelviene vor împiedica răspândirea bolilor venerice (vezi și PREZERVATIVUL; GONOREEA ȘI CHLAMYDIA; SEXUL PROTEJAT).

## **PROTEZA PENIANĂ** Vezi IMPOTENȚA.

**PENISUL** Organul sexual și reproductiv masculin. În timpul actului sexual, penisul în erecție (vezi ERECȚIA) este introdus în vaginul partenerei și rămâne acolo până când survin ORGASMUL și EJACULAREA de lichid seminal, care va duce, eventual, la fertilizarea femeii.

Penisul uman are în vârf o zonă moale, masivă, numită gland, urmată de un corp, și de o rădăcină a penisului, îngropată în zona pubiană. La bărbații necircumciși, glandul este acoperit de o piele mobilă care se numește prepuț. Mulți, dacă nu cei mai mulți bărbați din Occidentul industrializat, sunt circumciși; prepuțurile lor au fost înlăturate la scurt timp după naștere, din motive de igienă sau de religie (vezi CIRCUMCIZIA).

Corpul penisului este format din trei structuri alungite: cele două corpuri cavernoase și uretra. În interiorul penisului, dar localizate mai aproape de partea de sus și spate, sunt cele două corpuri cavernoase, în esență două tuburi cilindrice, de obicei aplatizate, plasate lateral. Fiecare dintre ele este compus dintr-un țesut interior buretos, înconjurat de un țesut foarte dens, asemănător cu o bandă, numit *tunica albuginea*. (Este cel mai dens țesut fascicular din corpul uman, mult mai dens decât dura mater, care este membrana care înconjoară creierul.) Membrana nu separă total cele două corpuri cavernoase, câteva pasaje permițând trecerea sângelui de la unul la altul. Țesutul spongios din interior poate fi cel mai bine descris ca un ansamblu de cavități și spații separate și înconjurate de straturi de țesut muscular. În centrul fiecărui corp cavernos se află o arteră cu ramificații în formă de tirbușon, care conduc sângele la fiecare dintre aceste cavități minuscule.

Sub cele două corpuri cavernoase, pe linia mediană a penisului, se găsește o a treia structură tubulară, uretra. Uretra servește la conducerea urinei sau a spermei spre orificiul din vârful glandului, numit meat. Uretra este înconjurată de *corpul spongios*, un țesut buretos care este și el capabil de erecție. Corpul spongios este și elementul esențial al glandului. Spre deosebire de corpurile cavernoase, țesutul erectil al corpului spongios și al glandului nu este conținut în interiorul unei membrane groase cum este *tunica albuginea*. Între corpurile cavernoase și corpul spongios nu există nici un fel de comunicație vasculară.

Corpurile cavernoase se separă în două ramuri în apropierea rădăcinii sau a bazei penisului, în forma literei „Y”. În punctul bifurcației, cele două corpuri se leagă de osul pubian printr-un ligament. În plus, fiecare ramură a „Y”-ului se leagă ferm de o zonă a osului pelvian numită ischium. Această legare a corpurilor cavernoase de osatură este responsabilă de schimbarea de unghi care are loc atunci când un penis flasc intră în erecție. Pe măsură ce bărbatul îmbătrânește, ligamentul de susținere a penisului se întinde, ceea ce explică de ce penisul în erecție al unui bărbat de șaptezeci de ani va fi îndreptat în jos. Uretra se curbează în sus, trece printre cele două corpuri cavernoase despărțite și se conectează la vezica urinară.

Vârful penisului, cunoscut sub termenul medical de gland, are o formă conică, având în vârf o deschidere numită meat și la bază o coroană. Glandul este extinderea în afară a corpului spongios și, cum am menționat mai sus, la bărbatul necircumcis el este acoperit cu un repliu al pielii numită prepuț. La intrarea în erecție, presiunea sanguină din gland este cam jumătate din aceea din corpul cavernos, permițând sângelui să intre liber în corpul penisului. O funcțiune a glandului este și aceea de a absorbi șocurile și de a proteja colul uterin al femeii de presiunea penisului bărbatului în timpul actului sexual. Presiunea vaginală menține glandul relativ rigid și îmbunătățește sigilarea vaginului, împreună cu coroana. Aceasta mărește fricțiunea și încurajează ejacularea și reținerea spermei în apropierea colului uterin, pe unde sperma intră pentru a fertiliza femeia.

\*\*\*

## Organele sexuale masculine

1. Penisul
2. Corp cavernos (unul din două)
3. Corpul spongios
4. Prepuțul
5. Glandul
6. Deschiderea uretrei
7. Scrotul
8. Testicul (unul din două)
9. Epididim (unul din două)
10. Duct deferent (unul din două)
11. Veziculă seminală (una din două)
12. Vezica urinară
13. Prostata
14. Uretra
15. Glandă bulbouretrală (a lui Cowper) (una din două).

\*\*\*\*

La naștere, prepuțul acoperă aproape complet glandul. Deschiderea lui este strânsă și la noul născut el nici nu poate fi retras de pe gland. Dacă nu este înlăturat curând după naștere prin circumcizie, în mod normal prepuțul devine elastic și retractil, pe măsură ce copilul crește. (Problema dacă prezența prepuțului mărește plăcerea sexuală atât a femeii, cât și a bărbatului, nu a fost încă rezolvată.) Funcția principală a prepuțului este să protejeze pielea sensibilă a glandului, iar unii au postulat că poate să joace și un rol în dezvoltarea glandului în timpul sarcinii. Înlăturarea prepuțului după naștere este o practică religioasă la evrei și musulmani și s-a încetățenit chiar și la populațiile din unele societăți occidentale, pentru că astfel se poate mai ușor curăța zona din jurul glandului. În ultimii ani, unii părinți și doctori au obiectat că circumcizia masculină este inutilă, iar unii părinți chiar o refuză pentru nou-născuții lor. Circumcizia masculină este cu totul diferită de „circumcizia feminină”, prin obiective și efecte (vezi CLITORIDECTOMIA).

Există o mare varietate în mărimea și în modul în care penisul își modifică mărimea de la starea flască, moale, la aceea de erecție parțială sau completă. Acest lucru este valabil fie la comparațiile între persoane, fie la aceeași persoană în diverse momente ale vieții și chiar în cursul aceleiași zile. Terapeuții sexului și cercetătorii au stabilit că variațiile de dimensiune ale penisului au prea puțin a face cu capacitatea de a satisface o parteneră sau de a procrea. Variațiile în mărimea penisului se datorează, în parte, în raportul diferit dintre partea îngropată a penisului (rădăcina) și partea expusă (corpul penisului). Indivizii cu o rădăcină mai scurtă au penisuri mai lungi, dar în timpul erecției penisul poate să fie îndreptat în jos. Cei cu o rădăcină mai lungă pot să aibă penisuri cu

corpuri mai scurte și cu erecții îndreptate în sus sau înainte. Variația în schimbarea mărimii penisului de la starea flască la cea de erecție înseamnă că bărbați cu penisuri de mărimi similare în stare flască pot să aibă penisuri în erecție de mărimi diferite. Indivizii vor avea erecții de mărimi dar și de durități diferite, în funcție de starea lor fizică și emoțională și de starea de excitație.

\*\*\*fig. P. 202

*Spermatozoizii produși în testicule călătoresc prin epididim și prin ductul deferent. Veziculele seminale și prostata își adaugă fluidele la spermatozoizi, pentru a crea sperma, care este ejaculată prin uretră și apoi prin vârful penisului.*

1. duct deferent
2. veziculă seminală
3. canal ejaculator
4. prostata
5. uretra
6. epididim
7. testicul
8. penis

\*\*\*\*\*

Nu există nici o corelație între mărimea corporală și lungimea penisului. Există dovezi că mărimea și lungimea penisului descresc cu vârsta, dar acest lucru este treptat și în cele mai multe cazuri nu se observă. Lungimea penisului poate fi influențată de scăderea în greutate: aceasta diminuează stratul de grăsime din zona pubiană. O bună regulă empirică spune: „la fiecare cincisprezece kilograme pierdute, există o creștere de trei centimetri a penisului” (vezi și CURĂȚENIA ȘI MIROSURILE SEXUALE; EJACULAREA; ERECȚIA; IMPOTENȚA; ERECȚIA PSIHOGENICĂ).

**ANGOASA DE PERFORMANȚĂ** Vezi ANGOASA ANTICIPATIVĂ.

**GLANDA PITUITARĂ ȘI SECREȚIA HORMONALĂ** Glanda pituitară sau hipofiza este o mică glandă endocrină localizată la baza creierului, care are rolul de a regla sistemul endocrin, răspunzând la semnalele primite din partea sistemului nervos central și transmise apoi către restul glandelor endocrine. Glanda endocrină secretă HORMONI, molecule care reglează creșterea, dezvoltarea și reproducția și ajută la menținerea multor funcții metabolice ale corpului.

Sistemul nervos central (SNC) și sistemul endocrin cooperează pentru controlul mediului intern al corpului, într-un proces numit homeostază. SNC primește informații despre mediul exterior, cum ar fi schimbările de temperatură sau în lungimea zilei, și cunoaște situația din interiorul corpului, cum ar fi funcționarea sistemelor respirator sau digestiv, ca și schimbările în activitatea metabolică. Această informație este trecută în revistă și transmisă glandei pituitare prin intermediul hipotalamusului, o zonă mică a creierului de lângă glanda pituitară. Mesajele creierului sunt transformate în mesaje chimice, sau hormonale. Glanda pituitară trimite aceste mesaje hormonale care vor stimula alte glande endocrine sau celulele somatice să își regleze activitatea. Fiecare hormon stimulează o anumită glandă endocrină, numită organul-țintă, de fapt o anumită reacție în interiorul organului-țintă.

\*\*\* fig p. 203

*La femeie (stânga), doi hormoni, FSH și LH, sunt transmiși de glanda pituitară de-a lungul întregii luni. Hormonii ovarieni, estrogenul și progesteronul, ajută la pregătirea colului uterin și a uterului pentru concepție. La bărbat (dreapta), LH și FSH emiși tot de glanda pituitară stimulează testiculele să producă testosteron, stimulând în același timp și producția de spermatozoizi. Testosteronul influențează distribuția țesutului adipos și a părului.*

\*\*\*\*

Glanda pituitară are doi lobi: lobul anterior și cel posterior. Lobul anterior produce hormoni trofici. Reacția poate fi o secreție hormonală, o creștere a producției de proteine sau o activitate metabolică. Hormonii reproductivi trofici sunt numiți gonadotropine; ei controlează activitatea gonadelor (ovarele și testiculele) și stimulează producția de gameți (spermatozoizi sau ovule). Există două gonadotropine: hormonul de luteinizare (LH) și hormonul foliculostimulator (FSH). LH stimulează celulele producătoare de hormoni atât la bărbați cât și la femei, în testicule, respectiv ovare. FSH stimulează dezvoltarea celulelor spermatozoizilor. Alți hormoni trofici sunt hormonul de stimulare a tiroidei (SDH) și adrenocorticotropina (ACTH), care acționează asupra glandei corticosuprarenale. Hormonul de creștere, care este secretat mai ales în timpul copilăriei, reglează înălțimea finală a individului. Prolactina, care stimulează producția de lapte, este și ea produsă de partea anterioară a glandei pituitare.

Hormonii trofici și alți hormoni ai glandei pituitare sunt secretați ca răspuns la schimbările în concentrația din sânge a hormonilor produși de organele-țintă. De exemplu, hormonii secretați de gonade (testosteronul la bărbați și estrogenii la femeie) inhibă secreția de gonadotropine, menținând homeostaza. Nivelurile de estrogen și de testosteron sunt detectate de hipotalamusul creierului, care semnalează glandei pituitare să crească sau să descrească producția de gonadotropine, în funcție de necesitățile sistemului. Acest mecanism de control este cunoscut sub numele de reacție negativă sau feedback. Astfel, sistemul endocrin menține un echilibru al funcțiunilor și sistemelor corpului. În cadrul sistemului reproductiv, el ajută la reglarea ciclului menstrual al femeii și la producerea de spermatozoizi la bărbat (vezi și MENSTRUATIA; TESTICULELE).

Lobul posterior al glandei pituitare produce hormoni care reglează retenția apei și contracțiile uterine la momentul nașterii.

**PLACENTA** Placenta este membrana care asigură dezvoltarea fătului în abdomenul mamei, în timpul celor nouă luni de sarcină normală. Placenta este cea care furnizează viitorului copil sângele și prin ea are loc contactul intim între mamă și copil, permițând transferul de nutrienți și alte substanțe chimice esențiale creșterii și dezvoltării între mamă și fiu. Astfel, placenta reprezintă organul de respirație, nutriție și excreție al viitorului copil, câtă vreme el se află în corpul mamei lui.

Placenta se formează la începutul sarcinii, atunci când niște proiecții cu aspect de deget, numite trofoblaste, intră în țesutul care învelește uterul mamei. Sângele mamei ajunge la placentă prin intermediul vaselor de sânge din uter, iar sângele fătului ajunge la placentă prin două artere ombilicale, care se întind de la buricul fătului până la placentă.

Sângele mamei nu circulă niciodată în interiorul fătului și nici sângele fătului în circuitul mamei. Substanțele nutritive și de altă natură necesare fătului sunt transmise prin „bariera placentară”, în vreme ce multe microorganisme nu se pot transfera. Astfel, mama poate să sufere de o răceală gravă, dar fătul va rămâne sănătos. Totuși, mulți viruși și alte organisme nocive pot să treacă de bariera placentei. Între aceștia, HIV, sifilisul și pojarul. De asemenea, și unele medicamente luate de mamă pot să treacă de bariera placentei.

Placenta însăși produce mulți dintre hormonii necesari pentru reglarea adecvată a sarcinii. De exemplu, ea produce gonadotropina corionică umană (hCG), care este hormonul măsurat de testele de sarcină. Hormonii produși de placentă ajută la modificarea corpului mamei, pentru a accepta sarcina și pentru a se ajusta la ea și pentru a o ajuta să capete capacitatea de a îngriji copilul nou-născut. Placenta produce și câțiva hormoni steroizi și este capabilă și să producă progesteron din substanțele obținute de la mamă. Progesteronul, la rândul lui, va ajuta la menținerea unei sarcini în dezvoltare. Utilizând hormoni produși de făt, placenta poate și să producă niveluri mari de estriol, estrogenul cel mai abundent în timpul sarcinii.

În timpul sarcinii, toți nutrienții necesari pentru menținerea și dezvoltarea viitorului copil sunt transferați prin placentă, din fluxul sanguin al mamei. Oxigenul necesar fătului pentru a trăi este transferat prin placentă în fluxul sanguin al fătului, din fluxul sanguin al mamei. În mod similar, produsele de dezasimilare ale fătului sunt excretate de mamă după ce i-au fost transferate prin placentă.

O placentă sănătoasă este esențială pentru supraviețuirea viitorului copil. Dacă se întâmplă ceva care să separe placenta de uterul mamei, cum ar fi o rănire abdominală după un accident de automobil, fătul se va sufoca și va muri imediat. După nașterea copilului, placenta se separă de obicei spontan de uterul mamei și este și ea expulzată (vezi și NAȘTEREA).

De obicei, placenta, ca și alte produse biologice de după naștere, este expulzată, dar în situații speciale placenta și produsele ei pot fi salvate după nașterea copilului. Atunci, din placentă se poate extrage hormonul hCG, ca și unii hormoni steroizi și proteine, pentru experimente științifice. Colectarea de placentă este posibilă doar la un număr foarte mic de spitale. De obicei, mama are un cuvânt de spus în privința soartei placentei, deși rareori se pune problema.

Interesant, oamenii sunt singura specie de mamifere cunoscută care nu-și mănâncă placenta după nașterea puilor. Alte primat o mănâncă îndată după naștere. În unele culturi umane primitive, placenta este îngropată în cadrul unui ritual (vezi și SARCINA CU RISC SPORT).

**„PLANNED PARENTHOOD” ȘI MARGARET SANGER** Planned Parenthood din America este o organizație de voluntari pentru sănătatea reproducerii, care are aproape 900 de clinici în întreaga țară, sub umbrela a 170 de societăți non-profit. Originile acesteia se găsesc într-o clinică înființată de o soră medicală, Margaret Sanger (1879-1966), care în 1916 a sfidat curentul dominant de atunci, deschizând o clinică în care se putea găsi informație despre contracepție. Acest lucru era ilegal, pentru că în cadrul legislației împotriva obscenității adoptate în Statele Unite anii 1870, erau interzise și importul și trimiterea prin poștă de mijloace contraceptive, ca și de materiale informative legate de contracepție. Aceste legi fuseseră adoptate ca urmare a activității congresmanului de New York Anthony Comstock și de aceea se cunosc sub numele de Legile Comstock.

În calitate de soră medicală de maternitate, Sanger știa că multe din femeile pe care le-a ajutat nu și-ar fi dorit să mai nască, dar nu știau cum să facă să împiedice sarcina. Nici doctorii nu aveau voie să le furnizeze asemenea informații. Sanger și-a asumat lupta împotriva acestor legi, după ce a fost martora unui deces cauzat de un avort ilegal, a unei femei pe care Sanger o tratase înainte tot ca urmare a unui avort ilegal.

Sanger s-a dus în Europa, pentru a învăța metodele de prevenire a apariției sarcinii care existau acolo și s-a întors în Statele Unite, unde a publicat un ziar numit *The Woman Rebel*, în care a fost cea care a încetățenit noțiunea de control al nașterilor. Sanger a fost pusă sub acuzație în 1914 de guvernul federal și a plecat în Europa, pentru a nu i se intenta procesul. În timpul celei de-a doua șederi în Europa, ea a învățat mai multe despre metoda control al nașterilor numită diafragmă. S-a întors în Statele Unite în 1915, pentru a face față procesului, dar susținerea tot mai mare a ideilor ei de către americani a determinat guvernul să înceteze urmărirea penală. A început să călătorească în toată țara, susținând organizațiile pentru controlul nașterilor, între care unele aveau să fie mai târziu precursorii actualelor filiale ale lui „Planned Parenthood”.

Pe 16 octombrie 1916, Sanger a deschis în Brooklyn, New York, în cartierul Brownsville, o clinică în care oferea sfaturi privitoare la contracepție. Clinica a atras sute de oameni, dar a fost închisă de poliție în mai puțin de zece zile. Sanger a primit o sentință de treizeci de zile de închisoare, dar însă n-a făcut decât s-o îndârjească și mai tare.

Anii 1920 le-au adus femeilor dreptul la vot, iar mișcarea pentru controlul nașterilor a căpătat avânt. Deși Legile Comstock erau încă în vigoare, în 1921 Sanger a înființat Liga Americană pentru Controlul Nașterilor (ABCL), care în timpul celor patru ani de existență a primit peste un milion de scrisori din partea femeilor care doreau informații. Sanger a părăsit ABCL, ca să deschidă o clinică de control al nașterilor adevărată, sub controlul unui medic care putea să prescrie contraceptive folosindu-se de o scăpare a Legilor Comstock, care permiteau folosirea prezervativelor „pentru a împiedica răspândirea bolilor”. Deși oficial legea le permitea bărbaților să folosească prezervative pentru a se feri de bolile venerice, centrul lui Sanger a fost în măsură să lărgască definiția bolii, incluzând în ea și sănătatea precară și problemele economice legate de un copil nedorit.

Încet-încet, sub loviturile lui Sanger și ale altora din mișcarea de control al nașterilor, s-au creat tot mai multe breșe în Legile Comstock, iar mișcarea s-a răspândit în localități din toată țara. În 1937, liderii ABCL și sutele de clinici din țară au decis să caute o cale de a se uni, iar în 1939 au anunțat formarea Federației pentru Controlul Nașterilor din America, Margaret Sanger fiind președinte onorific. În 1942, numele federației s-a schimbat în „Federația Planificării Familiale din America”, sau „Planned Parenthood”.

Anii 1940 au fost martorii unor lupte intense pentru organizație, atât la nivel național, cât și local, clinicile fiind înființate și apoi desființate de autorități pe tot teritoriul țării. În 1952 s-a înființat „Federația Internațională de Planificare Familială”, în urma unei conferințe de la Bombay, pentru a aborda problema tot mai acută a tendinței de suprapopulare a planetei. Dar evenimentul cel mai însemnat a fost inventarea în anii 1950 a contraceptivelor orale, cunoscute colectiv sub numele de „pilula”. Banii pentru aceste cercetări au fost furnizați de Katherine Dexter McCormick, moștenitoarea averii International Harvester, și canalizați prin Federația pentru Planificare Familială. Ei au ajutat la crearea acestei noi metode de control al nașterilor, care avea să revoluționeze planificarea familială.

Deși planificarea familială era tot mai integrată în viața cotidiană americană, încă existau legi care o interziceau. În sfârșit, în 1965, în cazul *Griswold contra Connecticut*, Curtea Supremă a stipulat că statelor le este interzis prin Constituție să se amestece în deciziile cuplurilor căsătorite privitoare la nașterea de copii. (Persoanele căsătorite nu au avut dreptul să folosească servicii contraceptive până în 1972, după decizia Curții Supreme în cazul *Eisenstadt contra Baird*.)

În 1970, președintele Richard Nixon a semnat prima lege federală scrisă special pentru a mări accesul la planificarea familială: Titlul X al Legii Serviciilor de Sănătate Publică. Acesta a permis o extindere impresionantă a serviciilor oferite de Planificarea Familială, în special pentru femeile cu venituri reduse și pentru adolescente.

Tot în 1970, „Planned Parenthood” a început să ofere servicii de avorturi în statul New York, mulțumită legislației care făcea din acel stat cel mai progresist din punct de vedere al legilor avortului. Adversarii avortului au ripostat, dar în 1973, după verdictul în cazul *Roe contra Wade*, Curtea Supremă a decis că statele nu mai au dreptul să se amestece în decizia unei femei, dacă aceasta, după ce consultă un doctor, ajunge la concluzia că vrea să facă un avort în primele trei luni de sarcină.

Astăzi, „Planned Parenthood” oferă servicii clinice — inclusiv instruire și prescripții în controlul nașterilor, urmărirea cancerului, teste de sarcină, avort, îngrijire prenatală, consiliere genetică, teste de sterilitate, teste HIV, urmărirea adopțiilor, îngrijirea copiilor — dar și programe educaționale în subiecte cum ar fi planificarea familială, bolile cu transmitere sexuală, prevenirea sarcinii, sănătatea femeii și metode de creștere (vezi și AVORTUL).

## **PMS Vezi CONTROLUL NAȘTERILOR; SINDROMUL PREMENSTRUAL.**

**PORNOGRAFIA** Pornografia este definită de către lege sau societate ca fiind ansamblul materialelor sau spectacolelor care portretizează un aspect umilitor, crud, înjositor sau exploatator al sexului, fără merite sau conținut artistic. Tribunalele au avut întotdeauna dificultăți în definirea precisă a pornografiei; un membru al

Curții Supreme a Statelor Unite a spus că, deși nu e în măsură să dea o definiție precisă a pornografiei, el o poate recunoaște atunci când o vede.

Pe de altă parte, terapeuții sexului vor uneori ca unul dintre parteneri — sau amândoi — să fie într-o stare de puternică excitare înainte de începerea unui contact sexual. Prin urmare, ei pot să recomande citirea de povestiri pornografice, privirea unor fotografii pornografice sau a unor materiale video pornografice. Asemenea materiale poartă de obicei numele de „explicite sexual” sau „erotice”. Pornografia este un termen peiorativ și este preferat unul mai puțin părtinitor. Pentru terapeuți, o povestire sau o fotografie excitantă nu este nici nesănătoasă și nici nu face rău. Pur și simplu, este un ajutor pentru obținerea excitării sexuale.

Această atitudine nonșalantă privitoare la pornografie poate să îi pună pe terapeuții sexului în conflict cu anumiți politicieni și lideri religioși. În fapt, chiar dacă vreodată clienților le va fi imposibil să cumpere pornografie, un sistem de „pornografie pe rețetă” s-ar putea să fie necesar. Este regretabil că creatorii de materiale pornografice nu sunt întotdeauna niște cetățeni admirabili, care vor pur și simplu să promoveze un sex sănătos. Unele filme implică performanțe forțate, cruzime autentică în niște scene de sex dur și, cel mai rău, exploatarea copiilor participanți la scene sexuale. Evident, acestea ar trebui să fie eliminate, iar actualele legi împotriva acestor activități ar trebui să fie impuse mai cu strictețe. Nimeni nu ar trebui să fie exploatat în acest mod numai pentru a ajuta cuplurile suburbane să își îmbunătățească viața sexuală.

Mai mult, copiii și adolescenții în formare ar putea să își facă o idee complet greșită despre sex dacă privesc sau citesc pornografie. Totuși, de vreme ce asemenea materiale sunt atât de răspândite și ușor accesibile, cade în sarcina părinților să-și țină copiii ocupați cu altceva (vezi și ARTA EROTICĂ; OBSCENITATEA; SEXUL ÎN MASS-MEDIA; SEXUL PRIN TELEFON).

## **POZIȚIILE CONTACTULUI SEXUAL** Vezi POZIȚIILE COITALE; SEXUL ÎN TIMPUL SARCINII.

**DEPRESIA POST-PARTUM** Este un termen care descrie în mod obișnuit depresia emoțională suferită de multe femei imediat după naștere. Deși nu este un termen prin care se pune un diagnostic în lumea medicală, el este frecvent utilizat atât de profesioniști, cât și de public, pentru a descrie o largă gamă de reacții emoționale care urmează nașterii unui copil, de la o aparentă euforie la melancolie și, rareori, la o adevărată psihoză.

Există câteva cauze posibile pentru depresia post-partum (de despărțire). Ele includ stresul nașterii în sine, schimbările hormonale rapide care au loc la sfârșitul sarcinii și poate înțelegerea bruscă a faptului că maternitatea înseamnă niște răspunderi noi sau amplificate. Măsura gravității acestei depresii depinde și de tăria emoțională anterioară a persoanei și de stabilitatea și tăria emoțională din familia din care provine persoana.

De fapt, cazurile de „melancolie” apar după jumătate din toate nașterile normale — sunt atât de obișnuite, încât starea e considerată o reacție normală a femeii după naștere. Melancolia începe de obicei în câteva ore sau în câteva zile de la naștere și dispare treptat după una sau două săptămâni.

Depresia post-partum este marcată de tristețe, de frecvente episoade de plâns, de extenuare și de lipsa energiei, de o neliniște generalizată și uneori de o iritabilitate extremă. Tratamentul constă în susținere morală,

asigurarea că totul va fi bine și, dacă este necesar și proaspăta mamă nu alăptează, folosirea unor medicamente ușoare și/sau a unor pilule de somn.

Totuși, psihoza post-partum poate să pună în pericol viața mamei și constituie un adevărat caz de urgență medicală. Deși clasificată în cadrul psihozelor neobișnuite, ea include toate simptomele tipice: iluzii, halucinații și scheme comportamentale și de gândire foarte dezorganizate. Uneori este însoțită de o puternică depresie și de pierderea în greutate — ocazional, până în punctul în care se atinge anorexia.

Această stare gravă are loc de obicei doar la o naștere sau două dintr-o mie, deși e mult mai probabil să apară dacă proaspăta mamă sau familia ei au în spate mai multe situații de instabilitate emoțională. (În foarte rare cazuri, ea poate să apară și la proaspeții tați.) Asemenea cazuri apar în general în câteva zile, sau la cel mult o lună de la naștere. Starea poate să evolueze din aceea de melancolie, dar de obicei este se sine stătătoare. Primele simptome le includ pe acelea ale melancoliei, dar și o lipsă de interes pentru copil, teama că vrei să-i faci rău copilului, sau o grijă obsedantă pentru sănătatea copilului. Ar mai putea fi și senzația că nou-născutul a murit sau că s-a născut cu defecte. De asemenea, poate să apară și o susceptibilitate paranoică, cu gânduri de omorâre a copilului sau de sinucidere.

Mama psihotică este un pericol pentru ea însăși și pentru copil și trebuie să fie spitalizată. Tratatamentul include utilizarea unor antidepresive și adesea a unei medicații antipsihotice și sedative. În fazele acute ale bolii, vizitele la copil, deși de obicei ajută, trebuie făcute sub supraveghere. Pe măsură ce psihoza dispare, mama va prezenta un interes mai sănătos pentru copil și ar trebui să i se permită vizite mai lungi la acesta.

După întoarcerea de la spital, atunci când femeia a revenit la o stare emoțională mai aproape de cea normală, urmează psihoterapia individuală. Aceasta va ajuta de obicei mama să ajungă să înțeleagă ce s-a întâmplat, pentru a reuși să se împace cu sentimentele ridicate de boala ei. Importantă este și implicarea tatălui într-un fel de consiliere psihică. Îndată ce femeia ajunge la psihoza post-partum, sarcinile următoare vor aduce un risc sporit de repetare. De aceea, ședințele psihiatrice sunt de dorit. (vezi și NAȘTEREA.)

**SIMPTOMELE DE STRES POST-TRAUMATIC** Atunci când o persoană este victima neajutorată a unui eveniment extrem de tulburător, cum ar fi războiul, cutremurul sau abuzul sexual fizic intens, starea ulterioară a acelei persoane poate să degenereze într-o boală psihică numită drept stres post-traumatic. Ea este caracterizată de amintiri repetate, invazive, tulburătoare ale evenimentului, o reacție exagerată și un număr de alte schimbări comportamentale, care pot arăta că victima nu se mai consideră în siguranță.

**Sindromul traumatic de viol.** Din 1980, Asociația Psihiatrică Americană recunoaște sindromul traumatic de viol drept un stres post-traumatic autentic. Date fiind caracteristicile violului — agresarea fizică a victimei, șocul psihologic, invadarea psihică, mesajele amestecate ale societății în direcția blam-rușine — nu e de mirare că multe victime ale violului suferă traume emoționale ulterioare. Cantitatea de timp necesară pentru rezolvarea traumei depinde de susținerea emoțională din partea profesioniștilor și a persoanelor iubite.

Faza acută a traumei de viol începe imediat după viol și poate să continue timp de mai multe zile și, adesea, câteva săptămâni. O victimă poate să aibă insomnii, coșmaruri, stare de nervozitate și/sau teama de străini. Femeia poate să dea vina pe ea însăși sau poate să renunțe complet la sex, chiar și cu un partener de încredere. Este la fel de important ca familia și prietenii să-i ofere susținere și ca orice bărbat deosebit din viața

victimei să fie înțelegător și răbdător în legătură cu temerile sexuale eventuale ale victimei. De asemenea, este esențial ca victima să ceară ajutor specializat din partea unui consilier pentru violuri sau a unui psiholog.

Înainte de a face față și de a-și rezolva drama, victima trebuie să treacă prin ceea ce se numește stadiul de ajustare. În această perioadă, ea poate să-și reia, aparent, viața normală și să treacă „peste” cele întâmplate. Dar în realitate ea își suprimă sentimentele care o tulbură. Dar odată ce începe să abordeze direct ceea ce i s-a întâmplat, ea poate intra în faza finală a recuperării. Atunci ea va accepta și va rezolva violul, îl va lăsa undeva în urmă și își va continua viața (vezi și VIOLUL DE CĂTRE UN CUNOSCUȚ; VIOLUL).

**Violul sau molestarea în cadrul familiei.** O femeie violată de soțul ei sau un copil molestă de un membru al familiei se confruntă cu probleme foarte specifice. Victima violenței sexuale familiale poate să nu fie crezută de alți membri ai familiei sau de autorități și poate să refuze să vorbească despre aceasta. În cazul unui copil, situația pune probleme mult deosebite. Un copil complet dependent de un adult care îl atinge de o manieră nepotrivită se va teme la extrem să își releve teribilul secret. În toate cazurile, este important ca victima care trăiește un stres post-traumatic să apeleze la ajutor de specialitate, chiar dacă de la evenimente au trecut mai mulți ani (vezi și MOLESTAREA COPIILOR; INCESTUL).

**SARCINA** Sarcina începe o dată cu CONCEPȚIA și se termină o dată cu nașterea. În acest interval de timp, fătul se dezvoltă în interiorul abdomenului mamei și ajunge un copil viabil (deși unele sarcini se pot termina în avorturi spontane). Sarcina este în general împărțită în trei perioade, sau trimestre.

**Primul trimestru.** Primul trimestru este numărat de la prima zi a ultimei perioade menstruale până la a douăsprezecea săptămână de sarcină. La aproximativ șapte zile după ce ovulul este fertilizat și se plantează în uter, el continuă să se dividă și să se multiplice, formând placenta și embrionul. Cele mai multe organe ale embrionului se formează între patru și opt săptămâni de la concepție. De obicei, bătăile inimii pot fi detectate prin ultrasunete în a opta sau a noua săptămână; mugurii membrelor și orbitele ochilor se formează în aceeași perioadă. Canalul măduvei spinării se creează ca un șanț în spate, el închizându-se în săptămâna a 5-a. Organele genitale se diferențiază între săptămâna a unsprezecea și a paisprezecea. La sfârșitul celei de-a douăsprezecea săptămâni, fătul are o formă umană clară și, pentru că toate sistemele organice sunt formate, organismul viu este numit mai degrabă făt decât embrion.

Ceea ce face esențială această perioadă este diferențierea celulelor corpului în sisteme organice. Este foarte important ca în această perioadă mama să păstreze o alimentație sănătoasă și să evite substanțe cum ar fi tutunul sau alcoolul, care pot să facă mult rău embrionului în plină dezvoltare. Folosirea tutunului poate să ducă la copii cu greutate foarte mică la naștere, iar abuzul de alcool poate să ducă la sindromul alcoolic fetal, în cadrul căruia copilul crește foarte puțin în uter și, după naștere, are o serie de tulburări, inclusiv retardarea mentală, tulburări comportamentale și caracteristici faciale anormale (vezi SIDROMURILE DE ABUZ DE SUBSTANȚE LA FĂȚ ȘI COPILUL NOU-NĂSCUT).

În primul trimestru, mama suferă de simptome obișnuite, ca extenuarea, amețeala, voma și o frecvență crescută a urinării. Acestea reprezintă adaptarea normală la schimbările corporale rezultate din sarcină. Are loc o mărire și o înmuiere a sânilor, pielea se pigmentează, în special pe sâni și abdomen, iar ocazional apar crampe asemănătoare cu cele menstruale, care sunt normale, dacă nu sunt însoțite și de sângerări. Cele mai multe dintre

aceste simptome sunt deja rezolvate în săptămânile doisprezece-paisprezece de sarcină și în general nu impun nici un fel de restricție la activitățile fizice ale mamei.

Avortul spontan are loc în aproape 20% din toate sarcinile. Cel mai adesea, el apare din anomalii cromozomiale ale fătului, incompatibile cu viața. Peste 80% din avorturile spontane au loc în primele douăsprezece săptămâni de sarcină, când, datorită dezvoltării anomaliilor cromozomiale, nici un tratament preventiv nu este nici util, nici benefic și nici nu se acordă. O pierdere spontană de sarcină apare cel mai probabil la prima sarcină.

\*\*\* fig. P. 209

1. Sâni
2. Placenta
3. Fătul
4. Uterul
5. Lichidul amniotic

*În timpul sarcinii, embrionul se dezvoltă în uterul mamei.*

\*\*\*

**Al doilea trimestru.** Al doilea trimestru continuă din a treisprezecea săptămână de gestație și durează până în săptămâna douăzeci și patru sau douăzeci și cinci. Este o perioadă în care sistemele organice formate în primul trimestru continuă să se dezvolte, perioada în care fătul se dezvoltă cel mai rapid. Fătul va crește în greutate de la 14 grame (greutatea unei monede) până la 820 de grame în doar trei luni. În acest timp, oasele fătului încep să se calcificeze tot mai pronunțat, iar sistemul nervos și tractul intestinal se maturizează.

În al doilea trimestru, mama va începe să simtă mișcările fătului (celebrele „șuturi”) la cam douăzeci de săptămâni de sarcină. Apar crampe la picioare și tot acum mama câștigă în greutate, în special în zona mijlocului, în special spre sfârșitul acestui trimestru. Alte simptome obișnuite includ senzațiile de arsuri la nivelul stomacului, dureri de spate și ocazional crampe ale abdomenului inferior, datorate ligamentelor care susțin uterul. Aceste simptome sunt toate normale și în general sunt minime. Ele servesc la atenționarea femeii asupra schimbărilor pe care le suportă corpul ei.

**Trimestrul al treilea.** Al treilea trimestru este caracterizat de o marcată creștere și maturizare a fătului. Sub piele se depune grăsime și sistemul pulmonar începe să se maturizeze, în vederea funcției respiratorii din afara uterului matern. Cresc unghiile și părul, se dezvoltă pleoapele și se deschid ochii. În a treizeci și șaptea săptămână de gestație, fătul este considerat maturizat. Dacă el se naște în orice clipă după această perioadă, el ar trebui să supraviețuiască și să se comporte bine, fără a fi nevoie de o îngrijire specială. Feții născuți devreme în al treilea trimestru de sarcină au acum șanse mari de supraviețuire, o dată cu noile tehnici terapeutice perinatale și postnatale, dar, evident, cu cât se naște mai prematur copilul, cu atât este necesară mai multă îngrijire medicală.

La oameni, o sarcină durează în medie 266 de zile între concepție și naștere. Această perioadă de gestație este remarcabil de constantă. Ceea ce inițiază travaliul de la sfârșitul sarcinii încă rămâne unul dintre misterele vieții. Uterul începe să se contracte regulat. Pe măsură ce travaliul se intensifică, cresc frecvența și intensitatea contracțiilor. Cel mai adesea, travaliul începe înainte ca membranele, sau „punga” de apă se rup, dar ocazional travaliul începe și după „ruperea apei”. Atunci când pierderea de fluid apare la termen, travaliul începe întotdeauna în intervalul a douăzeci și patru de ore. O hemoragie cu mucus poate să fie un semn că travaliul urmează inevitabil, dar este un semn incert, mai ales după prima sarcină.

**Simptomele și testele de sarcină.** De obicei, o femeie bănuiește că este însărcinată dacă este activă sexual și menstruația a încetat. Poate să prezinte și amețeli și vomă, o frecvență sporită a urinării, extenuare și adesea o creștere a dimensiunilor și a sensibilității sânilor. Dar aceste simptome sunt destul de vagi și multe sarcini ajung chiar în opt săptămâni sau mai mult până să apară bănuiala și se apelează la un test de sarcină. Alt simptom, mai târziu, îl constituie mișcările fetale, care pot fi detectate de femeie deja la șaisprezece săptămâni după concepție. Cunoscute și sub numele de „șuturi”, aceste mișcări se mai numesc și „agitații abdominale”.

Cele mai multe teste de sarcină efectuate pe o probă de urină au drept scop să detecteze o sarcină în prima săptămână de la încetarea perioadei menstruale. Dar aceste teste pot să aibă rezultate incorecte în 10% din situații, iar diagnosticul sarcinii trebuie confirmat printr-o examinare pelviană, sau, la nevoie, de un test de sarcină cu probă de sânge. Acest test de sarcină foarte precis poate identifica hormonul produs de ovulul fertilizat și de placentă în cel mult șase zile de la fertilizare, adică din ziua prinderii ovulului de peretele uterin.

\*\*\* fig. P. 210

## **Colul uterin**

*Un copil gata de nașterea la termen.*

\*\*\*

Examinarea fizică și pelviană dă și alte indicii despre prezența unei sarcini. Un uter mărit, o pigmentare accentuată a părții areolare din jurul sfârcului sânelui, o pigmentare accentuată a abdomenului, ca și o înmuiere și o albăstrire a colului uterin sunt toate indicii care sugerează o sarcină.

Sarcina este confirmată de bătăile inimii fătului sau prin vizualizarea sacului de gestație la o analiză ultrasonică. Inima fătului poate fi auzită la opt săptămâni de la concepție, cu ajutorul unui microfon specializat, cu efect Doppler, dar la cele mai multe femei bătăile inimii sunt detectate între zece și paisprezece săptămâni de sarcină cu microfon Doppler, iar la douăzeci de săptămâni cu ajutorul fetoscopului, un stetoscop specializat. O examinare ultrasonică transvaginală poate da un diagnostic de sarcină în a patra săptămână de gestație: se poate vedea sacul de gestație intrauterin, iar activitatea cardiacă a fătului se poate detecta la sfârșitul celei de-a șasea săptămâni (vezi și AVORTUL; AMNIOCENTEZA; CONCEPTIA; SARCINA EXTRAUTERINĂ; FERTILIZAREA IN VITRO; AVORTUL SPONTAN; PLACENTA).

**SARCINA ȘI MEDICAMENTELE ȘI SUBSTANȚELE UZUALE** În Statele Unite, femeia gravidă obișnuită poate să ingereze de la trei la șapte medicamente diferite în timpul sarcinii. Multe din medicamentele uzuale pot să traverseze placenta, intrând în fluxul sanguin al copilului în dezvoltare. Doar pentru foarte puține din ele s-a demonstrat că duc direct la malformații congenitale, dar pentru cele mai multe nu există informații suficiente despre efectele pe termen lung ale acestor medicamente. Dat fiind marele număr de medicamente care se vând fără rețetă la ora actuală, fiecărei femei gravide îi revine datoria de a avea grijă de propriul consum de medicamente.

Cea mai bună regulă empirică este aceea că o femeie care bănuiește că este însărcinată nu ar trebui să mai folosească medicamente pe rețetă sau fără rețetă fără a se consulta mai întâi cu obstetricianul ei. Potențialul unor defecte serioase la naștere este cu atât mai mare cu cât o substanță este folosită mai devreme în timpul sarcinii (vezi și SINDROMURILE DE ABUZ DE SUBSTANȚE LA FEȚI ȘI NOU-NĂSCUȚI).

Vom discuta mai jos o listă scurtă de medicamente larg folosite. Lista conține denumirile generice ale medicamentelor. În unele cazuri, medicamentele pot fi mai bine cunoscute sub un nume de marcă.

**Paracetamolul.** Paracetamolul este folosit în mod obișnuit în timpul oricărui trimestru de sarcină pentru controlul durerilor și pentru scăderea temperaturii. Utilizarea recomandată în prospect pare să fie sigură. Paracetamolul traversează placenta, dar nici un defect congenital nu a fost încă asociat cu acest medicament. Totuși, utilizarea continuă în doze mari îi cauzează fătului probleme de ficat și de rinichi.

**Aspirina.** Aspirina este probabil cel mai folosit medicament care nu necesită rețetă din timpul sarcinii. Unele studii au arătat că există efecte adverse, cum ar fi anemia mamei, o sarcină prelungită și o sângerare excesivă la naștere. Efectele asupra fătului pot să includă și o capacitate redusă de coagulare a sângelui și hemoragii cerebrale la copiii născuți prematur. Aspirina ar trebui să fie evitată în timpul sarcinii.

**Cofeina.** Cofeina traversează bariera placentei, dar nu există nici o dovadă a unei relații între consumul de cafeină și malformațiile congenitale. Unele studii au pus în evidență o legătură între consumul mare de cofeină (șase până la opt cești de cafea pe zi) și avortul spontan, ca și cu o greutate scăzută a copiilor la naștere, dar aceste studii nu au o susținere puternică.

**Ibuprofenul.** Nu există relatări despre asocierea dintre ibuprofen și malformațiile congenitale. Totuși, s-a demonstrat că utilizarea acestui medicament prelungește sarcina. În plus, există, teoretic, riscul ca ibuprofenul să determine schimbări în circulația sanguină a fătului. Prin urmare, producătorul nu recomandă folosirea lui în timpul sarcinii.

**Antiacidele.** La ora actuală există mai multe preparate antiacide diferite. Ele includ carbonat de calciu tamponat, magneziu și hidroxid de aluminiu. Nu s-a demonstrat că aceste produse ar avea efecte nocive asupra fătului. Totuși, ele trebuie administrate cu grijă, pentru că multe din aceste produse au un conținut bogat în sare și prin urmare pot duce la diaree sau constipație.

**Medicamentele pentru răceli.** Există multe medicamente care se vând fără rețetă și care conțin antihistaminice și/sau o componentă decongestivă. Două asemenea medicamente, Cyclizine și Pseudoephedrin,

sunt folosite în mod curent în timpul sarcinii. Studiile medicale au făcut o legătură clară între acestea și malformațiile congenitale, inclusiv buza-de-iepure. Totuși, aceste studii nu sunt foarte bine documentate. Este deci prudent să se evite folosirea acestor medicamente în primul trimestru de sarcină, atunci când este posibil. În orice caz, trebuie descurajată utilizarea lor în doze mari.

**Îndulcitorii artificiali.** Adesea se ridică întrebarea dacă îndulcitorii artificiali folosiți în timpul sarcinii prezintă siguranță. Nu s-au descoperit efecte congenitale ale utilizării acestor produse. Cu toate acestea, moderația este în mod sigur de dorit.

**Medicamente antimicotice.** Infecțiile cu ciuperci sunt extrem de frecvente în timpul sarcinii. Medicamentele folosite în mod obișnuit pentru a le ține sub control nu sunt considerate cauze de malformații congenitale. Totuși, aplicarea vaginală a acestor medicamente necesită prudență.

**ALIMENTAȚIA ÎN TIMPUL SARCINII** Alimentarea mamei poate să influențeze starea de sănătate a ei, dar și a viitorului copil. În condiții obișnuite, mama câștigă în greutate 12-15 kilograme în cursul unei sarcini normale. O femeie subponderală ar trebui să câștige mai mult în greutate, iar o femeie obeză ar trebui să fie sfătuită să adopte un regim mai restrictiv, dar în același timp să nu negligeze o alimentație adecvată.

Pentru femeia obișnuită, un aport zilnic de 2.200 până la 2.400 de calorii este foarte bun, dar pe lângă kaloriile propriu-zise, alimentația din timpul sarcinii trebuie să fie și de calitate. Aceasta înseamnă un aport de proteine de 80 de grame pe zi, necesare pentru dezvoltarea fătului. Dacă sunt consumate în cantități suficiente, carnea, peștele, lactatele, ouăle și legumele pot oferi cantitatea necesară de proteine în timpul sarcinii.

Și aportul de calciu ar trebui să fie mărit; el este mai eficient absorbit din hrana animală decât din medicamente. Legumele cu frunze verzi și produsele lactate oferă cea mai mare parte a acestui aport. Aproape toate necesitățile de minerale și de vitamine din timpul sarcinii pot fi satisfăcute dintr-o alimentație potrivită, pastilele „prenatale” nefiind decât un fel de poliță de asigurare. Numai suplimentul de fier este necesar în timpul sarcini, pentru că există o dublă cerere suplimentară, atât pentru făt, cât și pentru volumul de celule roșii din sângele mamei. De obicei, se recomandă un supliment de 30 până la 60 de miligrame pe zi.

Alcoolul și tutunul ar trebui să fie cu desăvârșire evitate. În general, înainte de a se lua orice fel de medicament fără rețetă, cel mai bine este să fie consultat obstetricianul (vezi și SINDROMURILE DE ABUZ DE SUBSTANȚE LA FEȚI ȘI NOU-NĂSCUȚI; SARCINA ȘI MEDICAMENTELE ȘI SUBSTANȚELE UZUALE).

**SEXUL ÎN TIMPUL SARCINII** Contactul sexual este condiția primordială a apariției unei sarcini, dar o dată ajuns acolo cuplurile descoperă că în literatura publică sau în cea științifică se discută foarte puțin despre sexul în timpul sarcinii. Deși cuplurile nu reacționează la fel, cele mai multe prezintă o schimbare a activității sexuale în timpul sarcinii. În general, se înregistrează o descreștere a frecvenței raporturilor sexuale. Sarcina este o perioadă în care au loc multe schimbări dramatice — în nivelul hormonal, în aspect, în dispoziția sufletească — care pot să afecteze sentimentele sau libidoul unei femei.

Există multe schimbări importante în fiziologia femeii care pot influența activitatea ei sexuală. La începutul sarcinii, ea va avea grețuri, sâni dureroși, astenie. Schimbările hormonale fac ca prin diferite părți ale

corpului să treacă un flux mai mare de sânge. Sâni sunt țesuturi bogat vascularizate și vor congestiona, devenind și mai sensibili. Stimularea lor poate deveni dureroasă. Fluxul sanguin crescut în zona pelviană, în special în vagin și în organele genitale externe, poate de asemenea să ducă la o stare de congestie neplăcută. Apare și o creștere a secrețiilor vaginale. Aceste secreții îmbunătățesc lubrifierea vaginală, dar în același timp prezintă mirosuri care pot să facă sexul oral neplăcut pentru partener. Multe femei descoperă că pe măsură ce uterul crește, sexul în pozițiile obișnuite devine incomod.

Frecvența contactelor sexuale în timpul sarcinii variază de la un cuplu la altul. Câteva studii au pus în evidență modelele comportamentale, dar în mod diferit. Un studiu a arătat un declin constant al sexului în timpul sarcinii. Altul a prezentat o creștere a frecvenței actelor sexuale în primele două trimestre și o diminuare în ultimul trimestru. Dar aproape toate studiile sunt de acord că există o scădere a frecvenței coitale în timpul ultimelor luni de sarcină.

Multe cupluri se tem că ar putea să facă rău fătului sau că ar putea provoca un avort spontan dacă fac dragoste în timpul sarcinii. Spre sfârșitul sarcinii, poate să apară teama de o naștere prematură sau de ruperea sacului amniotic.

Doctorii sfătuiesc femeile să se abțină de la sex în perioada de început a sarcinii, dacă prezintă mici sângerări. Totuși, cele mai multe avorturi spontane au loc nu datorită sexului, ci pentru că este ceva în neregulă cu fătul. Nici un studiu nu a demonstrat convingător că sexul făcut la începutul sarcinii ar contribui la avortul spontan.

Cei mai mulți doctori sunt de acord că sexul vaginal în partea finală a sarcinii la femeile din grupa cu risc scăzut nu pare să ducă la nici o problemă majoră. Totuși, contactul sexual ar trebui evitat în ultima parte a sarcinii, de către femeile cu probleme obstetricale anterioare, cum ar fi cele care au avut *placenta previa*, nașteri premature, membrane fetale rupte, sau de către acele femei care au avut contracții. Există o părere foarte încetățenită că femeile nu ar trebui să aibă nici un obiect în vagin în timpul sarcinii, de teamă că acesta ar răni vaginul, colul uterin sau fătul.

Există puține informații despre SEXUL ANAL în timpul sarcinii. Unele studii au sugerat că examinarea rectală din timpul sarcinii poate să ducă la o probabilitate crescută de transmitere a unor organisme potențial dăunătoare din rect în vagin, ceea ce, teoretic, poate duce la infecții ale fluidului amniotic. Acest lucru ar fi valabil și în cazul sexului anal.

Sexul oral în timpul sarcinii este sigur câtă vreme nu se insuflă aer în vagin. S-a dovedit că suflarea de aer sub presiune în vagin în timpul sexului oral este dăunătoare pentru mamă. Ea ar putea conduce la intrarea forțată a aerului în vasele sanguine vaginale ale mamei, care în timpul sarcinii sunt dilatate.

Orgasmul din timpul sarcinii poate să ducă la contracții ale uterului. Aceste contracții pot să fie mai puternice la masturbare decât la actul sexual și uneori se simt foarte acut. Cei mai mulți doctori nu sunt îngrijorați de aceste contracții, dacă ele nu durează mai mult de treizeci de minute. Femeile care prezintă riscul unor sarcini premature ar trebui să discute această problemă cu doctorul lor.

Stimularea sfârcurilor sânilor în timpul sarcinii poate să elibereze hormonul numit ocitocină. Se știe că acest hormon duce la contracții uterine și uneori la o hiperstimulare a uterului și la anomalii în rata pulsului

fătului. Unele studii au arătat că stimularea sfârcurilor poate fi folosită pentru a induce travaliul. Drept urmare, cei mai mulți doctori sugerează ca în timpul sarcinii sfârcurile sânilor să nu fie atinse.

Pentru a evita infecțiile la făt în timpul sarcinii, ca și expunerea la prostaglandine dăunătoare (substanțe asemănătoare cu hormonii, care pot să cauzeze contracții uterine) în spermă, unii doctori recomandă folosirea prezervativelor la sexul în timpul sarcinii.

Săptămânile de după naștere sunt o perioadă critică pentru o femeie. De obicei, doctorii recomandă renunțarea la sexul vaginal timp de câteva săptămâni. Colul uterin rămâne deschis timp de câteva săptămâni după naștere, fie că aceasta a fost vaginală, fie că a fost prin cezariană, iar colul deschis înseamnă șanse mai mari ca infecțiile să pătrundă din vagin în uter. Dacă nașterea a fost normală, vaginală, e posibil să se fi efectuat și o incizie în porțiunea dintre vagin și rect (EPIZIOTOMIE), pentru a facilita nașterea. În mod normal, epiziotomia este cusută îndată după naștere și necesită multe săptămâni pentru vindecare. Contactul anal sau vaginal din perioada imediat următoare nașterii poate răni locul epiziotomiei și să rupă cusătura.

**BOLI LEGATE DE SARCINĂ** Peste 95% din femeile însărcinate vor avea o sarcină absolut normală, care se va termina cu travaliul și cu nașterea, rezultatele fiind excelente pentru mamă și copil. Dar toate aceste femei vor avea simptome asociate cu sarcina care uneori vor fi percepute drept simptome de boală. Multitudinea de simptome care însoțesc sarcina — de la greața matinală din primele stadii ale sarcinii până la durerea de spate în ultima perioadă — nu sunt ale unor boli; nici nu sunt reacții la schimbările hormonale și fizice asociate cu sarcina. Totuși, există câteva boli care sunt specifice și unice în perioada sarcinii.

**Diabetul zaharat.** 3 din o mie de femei însărcinate au diabet înainte de sarcină, dar încă 30 vor căpăta diabet de gestație (sau diabet limitat la perioada de sarcină). Sarcina determină o descreștere a glucozei din fluxul sanguin și o creștere a glucozei postprandiale (după masă), din cauza capacității scăzute a corpului de a folosi insulina. La diabetul de gestație, rezultatul constă în perioade prelungite de niveluri înalte ale glucozei în sângele matern, care se transmite fătului prin placentă. Nivelurile mari de glucoză pot să determine pancreasul fătului să secrete foarte multă insulină, care, la rândul ei, va duce la complicații pentru făt și, mai târziu, pentru noul-născut.

De aceea, cazurile de copii născuți morți sau de pierderi de sarcină sunt mai dese la sarcinile diabetice. Copiii unor mame diabetice sunt și mai expuși la defecte la coloană sau la inimă și/sau la schelet. Există o relație între nivelul înalt al glucozei materne și frecvența acestor malformații congenitale, ceea ce subliniază importanța îngrijirii prenatale din primele zile de sarcină.

Altă problemă întâlnită la copiii unor mame diabetice este „macrosomia” — copiii excesiv de mari. Această problemă poate să cauzeze mari dificultăți în travaliu și la nașterea normală. Macrosomia pare să fie rezultatul unor niveluri înalte ale insulinei la făt. La copiii nou-născuți din mame diabetice poate surveni sindromul de detresă respiratorie și hipoglicemia, în special atunci când controlul diabetului în timpul sarcinii nu a fost suficient de strict.

Diabetul din timpul sarcinii aduce niște riscuri suplimentare și pentru mamă. Dacă femeia este diabetică dinainte de a fi însărcinată, este esențial ca ea să fie prevenită asupra riscurilor. Dacă diabetul nu este ținut sub un control strict în timpul sarcinii, pot rezulta deteriorări accelerate ale rinichilor, nervilor, retinei și ale vaselor de

sânge ale mamei. Aceste probleme potențiale trebuie tratate cu mare grijă în cadrul unei îngrijiri prenatale de calitate.

**Hipertensiunea** Hipertensiunea arterială (presiunea sanguină ridicată) indusă de sarcină este o altă boală specifică gravidității. Această boală, cunoscută și sub numele de toxemie gravidică sau preeclampsie, survine la aproximativ 7% din femei și de obicei are loc în a doua jumătate a unei prime sarcini. Simptomele hipertensiunii, ca apariția de proteine în urină sau apariția edemelor, sunt clasice. Alte simptome mai puțin specifice sunt durerile de cap, greața, voma, tulburări vizuale și reflexe hiperactive. Cauza acestei stări este necunoscută.

Hipertensiunea indusă de sarcină (HIS) este de obicei clasificată în ușoară sau gravă. Dacă pentru hipertensiunea ușoară rezolvarea constă în odihna la pat și apoi nașterea, în situațiile grave tratamentul presupune împiedicarea apariției unor complicații serioase și o naștere promptă. Scopul este ținerea sub control a hipertensiunii de sarcină pentru a împiedica apariția comei, a controla tensiunea arterială a sângelui matern și pregătirea pentru naștere.

Pentru a diminua șansa apariției atacurilor epileptice, se administrează sulfat de magneziu. În timp ce la mamă se urmăresc cu atenție tensiunea, proteinele în sânge și funcționarea rinichilor, la făt se monitorizează orice semne de anomalie. Dacă pre-eclampsia se înrăutățește, în ciuda terapiei medicale adecvate, și dacă inducerea travaliului nu a reușit, sau dacă fătul dă semne că nu tolerează boala maternă, se poate efectua o operație cezariană. Totuși, cele mai multe femei cu hipertensiune indusă de sarcină vor avea parte de o naștere normală, vaginală, iar cele mai multe din femeile care au această situație la prima naștere nu o vor repeta la următoarele sarcini.

**Incompatibilitatea sanguină.** Boala Rh („Boala hemolitică izoimună a nou-născutului”) apare atunci când o mamă cu Rh negativ poartă un făt cu Rh pozitiv. Combinația dintre Rh-ul negativ al mamei și cel pozitiv al tatălui face ca fătul să aibă șanse mari la un Rh pozitiv. Atunci când apare o asemenea situație, există posibilitatea ca o parte din sângele cu Rh pozitiv al fătului să intre în circuitul sanguin al mamei; la rândul lui, sângele Rh-negativ al mamei va dezvolta anticorpi împotriva celulelor roșii Rh-pozitive, iar acești anticorpi pot să traverseze placenta, distrugând celulele roșii ale fătului și cauzând anemie.

O asemenea situație este rară, deoarece 90% din populație este Rh-pozitivă, iar sensibilitatea fătului poate fi prevenită prin administrarea de imunoglobulină Rh, care împiedică reacția imunitară a mamei Rh-pozitive. O bună îngrijire prenatală presupune recunoașterea Rh-ului negativ la mamă.

**Anemia și infecția urinară.** Alte două boli care merită să fie amintite sunt anemia și infecția tractului urinar. Deși acestea nu sunt specifice sarcinii, în mod sigur ele sunt mai obișnuite în această perioadă. Cea mai comună formă de anemie din timpul sarcinii este anemia prin deficit de fier, care rezultă din necesitățile sporite de fier din timpul sarcinii. Volumul de celule sanguine ale mamei crește în timpul unei sarcini normale cu aproape 50%, iar aceste celule roșii au nevoie de fier. La sfârșitul sarcinii, fătul are aproape un litru de sânge, iar celulele roșii ale acestuia au nevoie, de asemenea, de fier. Anemia dată de deficitul de fier din timpul sarcinii poate fi prevenită prin obiceiuri alimentare sănătoase înainte de și în timpul sarcinii și prin suplimentarea dietei corespunzătoare în timpul sarcinii (vezi și SARCINA ȘI ALIMENTAȚIA).

Infecțiile tractului urinar survin la aproximativ 8% din toate femeile însărcinate. Se crede că această sensibilitate crescută ar avea un complex de cauze hormonale și mecanice — presiunea asupra vezicii urinare, exercitată de sarcina în plină dezvoltare și dilatarea ureterelor (tuburile care duc de la rinichi la vezică), care sunt consecințe normale ale sarcinii. Infecțiile tractului urinar sunt aproape întotdeauna tratate ușor și cu succes, dar este importantă recunoașterea lor rapidă, în timpul îngrijirii prenatale (vezi și SARCINA CU RISC SPORIT; BOALA RH).

## **SEXUL PREMARITAL** Vezi SEXUL NONMARITAL

**NAȘTEREA PREMATURĂ** Termenul clasic de „prematur” se referă la o greutate la naștere de mai puțin de 2.500 de grame. Termenul mai corect ar fi acela de „pre-termen”, care se aplică oricărui copil născut înainte de treizeci și șapte de săptămâni de sarcină (266 de zile din prima zi a ultimei perioade menstruale a mamei). Greutatea mică la naștere (GMN) se aplică tuturor nou-născuților care cântăresc la naștere sub 2.500 grame, iar greutatea foarte mică la naștere (GFMN) copiilor născuți cu mai puțin de 1.500 de grame, indiferent de durata gestației.

Copiii născuți înainte de termen sunt supuși riscurilor unor boli legate de imaturitatea diverselor sisteme și organe. Frecvența acestor complicații variază cu timpul sarcinii. Cu cât se naște mai devreme copilul, cu atât riscurile sunt mai mari. Riscul scade atunci când sarcina a trecut de douăzeci și opt de săptămâni.

Copiii născuți înainte de termen prezintă și un risc sporit de handicapuri neurologice, cum ar fi paralizie cerebrală, retard mental, convulsii. Poate să apară și riscul unor boli pulmonare grave, sau al unor boli grave în general. Există și temerea că nașterea prematură rupe cumva legătura mamă-copil, ceea ce va avea un impact major în armonia familială. O dată cu progresele în tehnicile medicale și tehnologia de îngrijire a copilului, tot mai mulți copii prematuri supraviețuiesc, iar numărul de supraviețuitori sănătoși este în creștere.

Studiile rezultatelor neurologice sunt, inevitabil, niște treceri în revistă ale practicilor prenatale anterioare. În general, un an sau doi de examinări amănunțite ajung pentru a detecta handicapurile majore. Pentru a identifica problemele legate de performanța școlară sau de comportament, este nevoie de o studiere mai îndelungată.

Nașterea înainte de termen este legată de diverși factori. Statutul socio-economic, rasa, vârsta mamei (optsprezece ani sau mai puțin, patruzeci de ani sau mai mult), o greutate mică înainte de sarcină, ca și fumatul, toate acestea pot prezenta riscuri majore. Fumatul matern este corelat direct cu mortalitatea perinatală, cu nașterile înainte de termen, cu ruperea prematură a membranelor și cu hemoragiile din timpul sarcinii. Femeile care muncesc în timpul sarcinii nu nasc mai mulți copii înainte de termen pe ansamblu, față de femeile care nu muncesc. Dar femeile care au avut probleme în timpul sarcinilor și care muncesc în ture lungi sau în meserii care duc la epuizare au tendința de a naște prematur. Coitul și/sau orgasmul din timpul sarcinii nu au fost asociate până acum cu nașterea înainte de termen.

Incidența nașterilor înainte de termen se corelează puternic cu problemele obstetrice anterioare. Dacă o femeie a avut o naștere înainte de termen, atunci probabilitatea de repetare a acesteia este de 17 până la 40%, factorul de risc crescând o dată cu numărul de sarcini încheiate înainte de termen și scăzând cu numărul de nașteri

la termen. Femeile cu malformații ale uterului prezintă și ele riscuri mari de naștere înainte de termen. Riscul variază în funcție de anormalitatea uterului. Adesea, incompetența cervicală duce adesea în al doilea trimestru de sarcină la o dilatare nedureroasă a colului uterin și la un avort spontan. O dată ce a apărut dilatarea, pot să apară și travaliul înainte de termen și/sau o ruptură a membranelor), ceea ce face dificilă stabilirea etiologiei nașterii înainte de termen.

Identificarea femeilor care prezintă un risc sporit de a avea un travaliu înainte de termen este un prim pas necesar în prevenirea nașterilor înainte de termen. Identificarea permite ca doctorul să monitorizeze pacientele selectate cu mai mare atenție și să intervină dacă în timpul sarcinii vor apare probleme. O dată identificate, se ridică problema dacă există și alte abordări, pe lângă îngrijirea prenatală de rutină, care ar putea să împiedice apariția travaliului și a nașterii înainte de termen la aceste paciente cu risc sporit. S-au propus mai multe regimuri de tratament, inclusiv utilizarea unui supliment de progesteron, agenți tocolitici (medicamente care previn contracțiile uterine), cerclaj (prinderea mecanică a colului uterin în timpul sarcinii) și odihna la pat. Cele mai multe femei din grupa de risc sporit sunt de obicei tratate printr-o combinație a două sau mai multe din aceste regimuri.

Nici un alt făt nu beneficiază de o mai mare supraveghere decât cel foarte prematur. O supraveghere atentă și intensivă a acestor feți a dus la rezultate tot mai bune (vezi și SARCINA CU RISC SPORIT).

**EJACULAREA PREMATURĂ** Vezi MOMENTUL INEVITABILITĂȚII; TERAPIA SEXULUI; DISFUNCȚIILE SEXUALE LA BĂRBAT.

**SINDROMUL PREMENSTRUAL (PMS)** Apariția ciclică a stării psihice de iritare, deprimare și alte tulburări din timpul fazei luteale (după ovulație) a ciclului menstrual. Această fază durează de la șapte la paisprezece zile înainte de menstruație. Mai mult de 150 de simptome au fost asociate cu PMS, iar multe femei normale, cu ciclu menstrual regulat, prezintă unele din aceste simptome într-o măsură mai mică sau mai mare.

Termenul PMS ar trebui rezervat simptomelor care au efecte suficient de mari pentru a împiedica femeia în activitățile ei cotidiene. Simptomele mai întâlnite includ schimbarea rapidă a dispoziției, iritabilitate, balonarea abdomenului, dureri ale sânilor, modificarea poftei de mâncare, insomnii, dureri de cap, concentrare slabă, anxietate, episoade de plâns și umflarea extremităților (edeme). Boli preexistente, cum ar fi epilepsia sau migrenele, pot să se agraveze în timpul perioadei luteale a ciclului menstrual. Pentru a se pune diagnosticul de PMS, trebuie să existe cicluri cu ovulații spontane, iar aceste simptome să apară în faza luteală, sau premenstruală, a ciclului.

S-au propus multe cauze pentru apariția PMS, inclusiv deficitul de progesteron, anomalii în echilibrul fluidelor și deficiențe nutriționale. Totuși, nu există dovezi științifice neechivoce care să susțină că oricare din acestea ar fi cauza unică a unei stări PMS. Dezechilibrul hormonal pare să nu joace nici un rol; dar reciproca e valabilă — o femeie trebuie să aibă cicluri ovulatorii și prin urmare niveluri hormonale corecte pentru a fi diagnosticată cu PMS.

Pentru a determina dacă are PMS sau nu, o femeie trebuie să țină un calendar menstrual, în care să înregistreze și propriile simptome, corelându-le cu faza ciclului. Ceea ce se vede în cadrul PMS este un interval

fără simptome din timpul fazei preovulatorii (foliculare), urmat de simptome, începând cu ovulația. Acestea vor continua până la menstruație, când vor dispărea. Dacă simptomele persistă și după menstruație, trebuie luate în considerație și alte tulburări, cum ar fi depresia sau anxietatea.

Pentru tratarea PMS s-au propus multe terapii. Nu există un tratament unic și cu eficacitate universală. Contraceptivele orale elimină modelul hormonal ciclic și acest lucru îmbunătățește unele simptome la unele femei; totuși, altele prezintă simptome asemănătoare cu cele PMS de-a lungul întregului ciclu, atunci când iau pilule de control al nașterilor. Vitaminele și suplimentele de calciu și magneziu au fost folosite și ele, dar ameliorarea adusă de acestea este neconsistentă și trecătoare.

\*\*\*fig. P. 216

*Simptomele emoționale ale sindromului premenstrual*

## **SIMPTOME „PMS”**

### **EMOȚIONAL**

NERVOZITATE

SCHIMBĂRI ÎN DISPOZIȚIE

NELINIȘTE

IRITABILITATE

DEPRESIE

PLÂNS

UITARE

CONFUZIE

DIFICULTĂȚI ÎN CONCENTRARE

\*\*\*\*\*

Unele cercetări s-au concentrat asupra utilizării medicamentelor psihiatrice în tratarea PMS, atunci când predomină simptomele de dispoziție și comportament. Aceste medicamente scad iritabilitatea, anxietatea și deprimarea, dar dificultatea constă în diagnosticul corect. Oare asemenea femei suferă de PMS autentic, sau au o tulburare emoțională ascunsă? Acestea, împreună cu simptomele care nu sunt ciclice, înseamnă că ar trebui să se apeleze la consiliere și la o evaluare psihologică. Atenuarea unor simptome fizice al PMS poate de asemenea să ușureze calitatea vieții multor femei în suferință. Un diuretic ușor poate să fie folosit pentru a reduce retenția de fluide și umflarea abdominală, iar agenții anti-inflamatori pot să reducă durerile pelviene și de spate. Strategiile de reducere a stresului sunt importante în diminuarea simptomelor PMS. Exercițiile fizice contribuie mult la o senzație de bine, care poate atenua simptomatologia în ansamblu. Limitarea cantității de sare și eliminarea cofeinei par să scadă iritabilitatea și retenția de fluide.

*Simptomele comportamentale ale sindromului premenstrual*

**SIMPTOME „PMS”**

**COMPORTAMENTAL**

STÂNGĂCIE

POFTĂ DE MÂNCARE CRESCUTĂ

DORINȚA DE A MÂNCA DULCIURI SAU SARE

INSOMNIE

LIBIDO CRESCUT/SCĂZUT

ACTIVITATE SOCIALĂ REDUSĂ

\*\*\*

Sindromul premenstrual rămâne o entitate frustrantă și pentru pacientă și pentru doctor. Nu s-au descoperit nici cauza și nici vindecarea; totuși, o combinație de modificări adecvate în stilul de viață și o tratare cu simpatie a diverselor plângeri vor ajuta femeia care suferă de aceste simptome (vezi și MENSTRUATIA).

**ÎNGRIJIREA PRENATALĂ** Scopul îngrijirii prenatale este menținerea sau îmbunătățirea stării de sănătate a mamei, reducerea potențialelor complicații ale sarcinii și obținerea unei sănătăți optime și a unei siguranțe pentru nou-născut. Printr-o îngrijire prenatală adecvată, se pot obține îmbunătățiri semnificative ale rezultatelor sarcinilor, o incidență redusă a nașterilor premature și a copiilor născuți morți sau a pierderilor de sarcină.

Se folosește uneori noțiunea de „sarcină de douăsprezece luni”. Aceasta implică o planificare dinaintea concepției, în care viitoarea mamă dorește să primească sfaturi înainte de a încerca să ajungă însărcinată. Se poate obține astfel istorie medicală completă și detaliată. Atunci când se descoperă factori care pot influența negativ sarcina, ei sunt corecți înainte ca aceasta să survină.

Înregistrarea situației profesionale și casnice poate adesea să ofere indiciile prezenței sau absenței unor expuneri periculoase de exemplu la substanțe chimice sau de altă natură. O examinare fizică poate să pună în lumină boli necunoscute anterior sau să verifice starea de sănătate a femeii. Consilierea dinaintea sarcină încurajează renunțarea la unele obiceiuri dăunătoare (cum ar fi consumul de tutun sau de droguri), care pot să ducă la probleme în timpul sarcinii sau chiar la defecte la naștere. Testele de laborator pot să ducă la descoperirea unor probleme nutriționale, cum ar fi o anemie prin carență de fier, sau lipsa imunității în fața unor boli cum ar fi rubeola. Alte teste dinaintea sarcinii care pot fi de dorit includ căutarea unui eventual cancer al colului uterin, un test Papanicolau și un test pentru hepatită. Atunci când se consideră că sănătatea mamei este optimă, se poate

trece la tentativa de a deveni însărcinată. Cele mai multe cupluri reușesc să obțină o sarcină în primul an. După concepție, primul semn de sarcină este lipsa perioadei menstruale. Vizite ulterioare la doctor vor implica o actualizare a evenimentelor care au dus la sarcină și repetarea examinării fizice, pentru a se vedea dacă sănătatea mamei și anatomia fătului sunt normale.

La timpul vizitei care urmează concepției, se efectuează și studii de laborator adecvate. Acestea includ o statistică a celulelor sângelui, un test serologic pentru a exclude sifilisul (adesea impus de legea statului respectiv), un test pentru imunitatea la rubeolă și identificarea grupei sanguine și a Rh-ului. Se efectuează în mod obișnuit și o analiză a sângelui pentru hepatită și se prelevează și secreții vaginale pentru diagnosticarea eventualelor infecții. Se ia și o probă vaginală pentru testul Papanicolau, pentru urmărirea unui posibil cancer cervical, dacă testul nu s-a efectuat deja. În timpul examinării pelviene inițiale, obstetricianul evaluează arhitectura oaselor pelviene și cât de potrivite sunt ele cu sarcina, pentru detectarea oricăror probleme potențiale care pot să survină la o naștere vaginală. Se va calcula și data aproximativă a nașterii, folosindu-se regula lui Naegle — se adaugă nouă luni și o săptămână la prima zi a ultimei perioade menstruale.

În a zecea până la a douăsprezecea săptămână de sarcină, numărând din prima zi a ultimului ciclu menstrual, se pot detecta ușor bătăile inimii fătului, cu un microfon specializat, cu efect Doppler. În acel moment, uterul are mărimea unei portocale, iar fătul se poate vedea ușor prin tehnici ultrasonice.

În primele șase luni ale unei sarcini fără complicații, este suficientă o examinare lunară. La aceste vizite se înregistrează greutatea mamei, împreună cu tensiunea arterială și prezența sau absența proteinelor sau glucozei în urină. Se notează și ritmul bătăilor inimii fătului. Pulsul normal este de 120-160 de bătăi pe minut (rata pulsului *nu* indică sexul fătului). Mărimea uterului este aproximată prin examinare abdominală, pentru a se vedea cât a crescut fătul.

Între cincisprezece și douăzeci și patru de săptămâni de sarcină, mamei i se face un test serologic pentru alfa fetoproteine. Această analiză a sângelui urmărește posibilele malformații ale tubului neural, cum ar fi spina bifida. Dacă aceste test de urmărire indică posibile probleme, trebuie efectuate alte teste, cum ar fi cele ultrasonice, pentru vizualizarea defectelor.

Alt studiu special care ar putea fi efectuat în trimestrul median al sarcinii este AMNIOCENTEZA, care constă în recoltarea cu o seringă cu ac a unei probe din lichidul amniotic care înconjoară fătul, pentru a se determina dacă cromozomii fătului sunt normali. În general, amniocenteza se efectuează între paisprezece și douăzeci și două de săptămâni de sarcină, la femeile care au o bogată istorie de malformații genetice în familie, la femeile de peste treizeci și cinci de ani sau mai mult la momentul nașterii și la femeile la care unele examinări sau analize prenatale sugerează o posibilă anomalie cromozomială. Amniocenteza este o procedură cu risc redus, dacă este efectuată de un obstetrician cu experiență.

Examinarea fătului prin metode ultrasonice se efectuează adesea la șaisprezece până la douăzeci de săptămâni de sarcină. Astfel se poate examina anatomia fătului și se determină, în cele mai multe situații, și sexul. Volumul fluidului amniotic (care este și un indice al stării fătului) poate fi măsurat, se poate localiza placenta, se pot observa anatomia și mișcările fătului.

La începutul celui de-al treilea trimestru, la aproximativ șapte luni de sarcină, se efectuează în mod obișnuit un test de căutare a diabetului zaharat. Acesta determină cantitatea de glucoză din sânge, după ce se

ingerează o băutură bogată în glucoză. Unele femei vor dobândi în timpul sarcinii o intoleranță la glucoză, datorată, în parte, hormonilor secretați de placentă. Această boală este cunoscută sub numele de diabet de gestație și este ușor de contracarat, dar este foarte important să fie detectată.

După al doilea trimestru, vizitele prenatale cresc de obicei în frecvență. Ele au loc de obicei la interval de o săptămână în ultima lună de sarcină. În aceste timp se repetă de obicei examinarea pelviană, pentru verificarea dilatării și ștergerea colului uterin și pentru a se determina ce parte prezintă fătul — capul sau picioarele. Dacă sarcina se lungește peste patruzeci de săptămâni, atunci vizitele prenatale pot include o urmărire mai amănunțită a inimii fătului, pe o perioadă de aproximativ treizeci de minute, uneori în conjuncție cu teste ultrasonice. Participarea și cooperarea activă a femeii cu doctorul vor duce cel mai adesea la o sarcină confortabilă și sănătoasă și la un copil sănătos, la aproximativ 266 de zile după concepție (vezi și AMNIOCENTEZA; DEFECTELE LA NAȘTERE; SINDROMUL DE ABUZ DE SUBSTANȚE LA FĂT ȘI LA NOU-NĂSCUT; BOLI LEGATE DE SARCINĂ).

### **PREGĂTIREA NAȘTERII. Vezi METODA LAMAZE; NAȘTEREA NATURALĂ.**

**PROGESTERONUL** Unul din cei mai importanți hormoni sexuali feminini, progesteronul servește la pregătirea uterului pentru primirea unui ovul fertilizat. Progesteronul este produs în mod normal în ovare, de către corpul galben (*corpus luteum*). După ovulație, endometrul rămâne într-o stare receptivă pentru posibila implantare a unui ovul fertilizat, datorită nivelurilor crescute de progesteron și ESTROGEN. Producția continuă dacă femeia rămâne însărcinată. Dacă nu, *corpus luteum* încetează să producă progesteron și estrogen, rezultând o creștere a nivelului de FSH (hormonul de stimulare a foliculului). Femeia are menstră iar ciclul începe din nou.

Pe măsură ce femeia îmbătrânește, cantitatea de progesteron pe care o produce începe să scadă. O cădere a nivelului de progesteron este considerată și una din cauzele SINDROMULUI PREMENSTRUAL, deși nu există dovezi științifice care să susțină aceasta drept singura cauză (vezi și AMENOREEA; TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ; MENOPAUZA).

**PROMISCUITATEA** Definiția de dicționar a promiscuității este „Amestec de indivizi foarte diferiți, pe care îi reunește un mod de viață foarte dubios și contradictoriu și un comportament necuviincios. Conviețuire în condiții de mizerie sau de imoralitate a mai multor persoane de sex diferit.” (DEX). În termeni sexuali, un bărbat sau o femeie cu o existență promiscuă sunt persoane care nu aplică nici o discriminare în partenerii sexuali. Deci sunt persoane care se angajează în multe acte sexuale, cu mulți parteneri diferiți. În termeni colociali, o asemenea persoană este ușor de „agățat” pentru o largă varietate de oameni.

Este important să nu uităm că termenul de promiscuitate este relativ. Câte relații sexuale și cu câte persoane diferite trebuie să aibă cineva pentru a fi considerat promiscuu? Este o apreciere subiectivă și depinde de vederile religioase, morale și etice ale fiecăruia. Totuși, general vorbind, promiscuitatea nu implică neapărat o atitudine ușuratică față de sex; cineva poate să dorească relații sexuale cu mai mulți parteneri și nu intimitatea și calitatea implicite din relația cu o persoană sau cu câteva persoane.

În unele condiții culturale, promiscuitatea este admirată. În Roma Antică, în care orgiile erau un lucru obișnuit, dorința de a face sex cu mai mulți parteneri diferiți era mai mult decât acceptată: era admirată. Chiar și astăzi, în America, există indivizi care privesc cucerirea sexuală drept o realizare; ei se laudă de câte ori au „înscris”; totuși, majoritatea americanilor de astăzi consideră comportamentul promiscuu ca fiind și distructiv și periculos.

Dorința de a căuta ocazii de contact sexual în afara căsniciei poate fi deosebit de distrugătoare, împiedicând încrederea între soț și soție. Aventurile promiscue au distrus multe familii, afectând profund copiii. Promiscuitatea ca obicei poate să aibă consecințe negative chiar dacă persoana în cauză este necăsătorită. Căutarea neîncetată a unor parteneri sexuali noi și diferiți poate să facă foarte grea încheierea unei relații solide cu o singură persoană. Promiscuitatea aduce aproape întotdeauna cu ea probleme de gelozie și neîncredere. O relație stabilă presupune în majoritatea cazurilor monogamia.

Astăzi există și un foarte real risc sanitar legat de comportamentul promiscuu. Cu cât are mai mulți parteneri sexuali, cu atât șansa ca persoana să contracteze SIDA sau alte BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ este mai mare. Acest lucru este valabil pentru oricine — băieți, fete, bărbați, femei, heterosexuali și homosexuali, de orice vârstă. La nivelul aproape de epidemie atins în zilele noastre de SIDA și de bolile venerice, căutarea fără discriminare de parteneri sexuali este un comportament foarte riscant (vezi și HIPERSEXUALITATEA; SEXUL PROTEJAT).

### **PROFILACTICELE (Vezi PREZERVATIVELE).**

**PROSTATA** Este un organ în formă de castană, o glandă aflată sub vezica urinară a bărbatului. Femeile nu posedă prostată. Glanda prostatică este în esență un organ sexual care produce o parte din fluidul ejaculat de bărbat. Glanda înconjoară pasajul urinar (uretra) în drumul acestuia de la vezică până la penis. Pe măsură ce bărbatul îmbătrânește, prostata are tendința de a se mări (de obicei un proces benign) și poate să blocheze parțial curgerea urinei. În fazele inițiale, vezica poate să treacă peste această blocare parțială, deoarece este compusă din mușchi care pot să se strângă puternic, pentru a împinge urina în afară. Această blocare urinară poate să devină remarcabilă la cam o treime din toți bărbații de peste cincizeci de ani. Mărirea benignă a prostatei nu afectează funcțiile sexuale.

Bolile și anomaliiile prostatei includ **CANCERUL DE PROSTATĂ**, prostatita și prostatodinia. Prostatita, o inflamare a glandei prostate, poate să fie cauzată de o infecție bacteriană sau de altă natură organică. De obicei, ea duce la o frecvență sporită a urinării și la dureri sau arsuri în timpul urinării și/sau dureri în profunzimea zonei pelviene sau în partea inferioară a spatelui. Dacă este detectată la timp, boala se tratează cu antibiotice.

Prostatodinia este o durere prostatică fără prezența unei inflamații sau a unei infecții. Prostatodinia cauzează dureri similare cu cele de la prostatită, dar nefiind o infecție, tratamentul este foarte diferit. Numai un doctor poate să stabilească dacă simptomele sunt cauzate de prostatită, prostatodinie sau alt proces care afectează tractul urinar.

Mulți bărbați își pun întrebarea dacă frecvența contactelor sexuale poate cauza sau, dimpotrivă, ușura problemele asociate cu prostată, dar adevărul este că nu există probleme de prostată cauzate de contactele sexuale prea frecvente sau dimpotrivă, prea rare (vezi și ÎMBĂTRÂNIREA ȘI SEXUL; FRECVENȚA COITALĂ).

**CANCERUL DE PROSTATĂ** Cancerul prostatei este cel mai răspândit din toate tipurile de cancer care afectează bărbații. Aproximativ 10% din toți bărbații vor avea cancer la prostată în timpul vieții. Din păcate, deși cancerul de prostată avansat poate să diminueze fluxul urinar și funcția sexuală, nu există nici un simptom specific în fazele lui inițiale, în care s-ar putea vindeca ușor.

Cancerul de prostată este de obicei o tumoare care crește încet în interiorul prostatei. Este mai obișnuit la bărbați care au avut un frate, tată sau fiu afectat de cancerul la prostată. De asemenea, el este mai răspândit la bărbații afro-americieni și la bărbații din societăți în care alimentația e bogată în grăsimi, cum ar fi în Statele Unite.

Faza timpurie și potențial vindecabilă a cancerului la prostată poate fi detectată printr-o examinare rectală cu ajutorul degetului sau printr-o analiză a sângelui în care se caută PSA (antigenul specific prostatei). Analiza sanguină pentru PSA va detecta proteinele fabricate în prostată și secretate în mod normal în afara corpului prin fluidul seminal. Atunci când PSA „scapă” în fluxul sanguin, înseamnă că a apărut o situație anormală, cum ar fi o creștere benignă, o infecție, sau cancer, dar nu indică exact apariția cancerului. Descoperirea unui nodul în timpul examinării rectale a prostatei sau nivelurile ridicate ale PSA în sânge pot să-l determine pe urolog să efectueze o biopsie a prostatei. Numai prin biopsie se poate confirma existența unui cancer la prostată. Dacă s-a instalat cancerul la prostată, sunt necesare teste suplimentare pentru a se stabili întinderea lui. Dacă tumora nu s-a extins în vecinătate, pacientul este vindecat fie prin înlăturarea chirurgicală a prostatei, fie prin tratament cu radiații. Pentru a mări șansele de vindecare, trebuie să se efectueze periodic examene rectale ale prostatei și analize PSA, înainte de apariția simptomelor.

\*\*\* FIG. P. 220

*În timpul unei examinări rectale cu un deget, doctorul inserează un deget înmănușat și lubrifiat în rectul pacientului, pentru a se examina prostata.*

\*\*\*

Durerea dată de extinderea cancerului de prostată la oase sau prin obstrucționarea căilor urinare poate fi tratată cu hormoni. Acest lucru se efectuează prin castrarea chirurgicală sau prin medicație. Acest tip de tratament hormonal duce de obicei la o scădere a libidoului și are drept rezultat și dificultăți de erecție.

Deoarece este o boală cu evoluție lentă și afectează adesea bărbații foarte în vârstă, cancerul de prostată va avansa timp de șase până la zece ani până să ajungă să fie fatal pentru pacienții declarați incurabili. Prin urmare, nu toți bărbații care au cancer la prostată necesită un tratament agresiv. Noi abordări ale tratamentului chirurgical al cancerului de prostată au adus la rate bune de vindecare, cu preservarea unor funcții urinare și sexuale normale la cei mai mulți dintre bărbați. În fiecare an, cercetătorii descoperă noi tratamente mai eficiente chiar și în cancerul de prostată în faze avansate (vezi și PROSTATA).

**PROSTITUȚIA** Prostituția reprezintă efectuarea de servicii sexuale în schimbul banilor sau al altor recompense. Cuvântul derivă din latinul *prostituere*, care înseamnă „de vânzare”. Cei mai mulți oameni consideră că prostituția este practică numai de femei, dar există și prostituție masculină. Prostituția este cunoscută din antichitate, făcând chiar parte din unele ritualuri de adorare în temple. Acum peste două mii de ani, în Grecia Antică, existau prostituate sub numele de *hetaire*. Prostituția este menționată și în Biblie și de atunci a existat întotdeauna în cultura occidentală. Prostituatele au fost în unele perioade obligate să lucreze numai în bordeluri — case sau apartamente locuite de prostituate și localizate în „cartierele cu felinare roșii” cvasi-legale (zone tolerate de autoritățile din multe țări, în care se practică prostituția și alte forme de activități sexuale ilicite). În Statele Unite, prostituția este ilegală, cu excepția câtorva comitate din statul Nevada.

În activitatea de prostituție există persoane care recrutează femei pentru prostituție și altele, „peștii”, care uneori le protejează dar de cele mai multe ori trăiesc din veniturile prostituatelor, ca și „madamele”, care administrează bordelurile.

**Prostituția feminină.** Există o ierarhie a prostituției feminine, în care elita o constituie „call girls”, care sunt contactate de un client care dorește companie și sex. Ele sunt cele mai bine plătite. Cele care „fac trotuarul”, care își solicită contactele pe stradă sau în baruri, sunt adesea cele mai supuse riscului arestării. În general, ele sunt dependente de droguri și băutură și adesea peștii le tratează cu violență. În comparație cu prostituatele de stradă, cele de elită sunt rareori arestate sau supuse violenței peștilor, dar unele riscă să fie bătute sau chiar omorâte de clienți.

Prostituatele de elită lucrează adesea sub forma unor întreprinzătoare individuale, având propriile lor contacte cu clienții, prin legăturile lor sociale. De obicei, clienții le contactează prin telefon atunci când vor serviciile lor și tot prin telefon se stabilește unde și când va avea loc sexul — poate fi la un hotel sau la casa unuia dintre parteneri. În general, prostituatele de clasă sunt femei din clasa mijlocie, cu studii universitare. Multe dintre ele fac parte dintr-o organizație condusă de o „madamă”, care primește o parte însemnată din beneficii, în schimbul furnizării contactelor inițiale cu clienții bogați. Prezintăm numele unora dintre cele mai faimoase madame din perioada recentă (și titlurile amintirilor lor): Xaviera Hollander (*The Happy Hooker*), Sydney Biddle Barrows (*The Mayflower Madam*) și cel mai recent Heidi Fleiss, acuzată că a furnizat prostituate unor clienți de la Hollywood.

Între cele două categorii extreme de prostituate, există femei care lucrează în bordeluri și „saloane de masaj”. Aceste saloane de masaj nu sunt deținute și conduse de terapeuți profesioniști adevărați, cu licență și pregătire, ci mai degrabă au un personal format din tinere fără pregătire și frumoase, care oferă de la simple mângâieri la masturbare și sex oral.

Motivele pentru care o femeie alege această cale variază mult în funcție de clasa socială. Multe femei implicate în prostituție declară că au suferit abuzuri sexuale în copilărie. Prostituatele de stradă și lucrătoarele din saloanele de masaj provin de obicei din clasele socio-economice cele mai defavorizate și sunt femei care cred că nu există o alternativă rezonabilă de a câștiga bani, în special atunci când prezintă dependență de droguri. Unele dintre femeile din bordeluri și în special fetele independente și instruite, cred că este o cale de a face mulți bani într-o perioadă scurtă de timp (vezi și BORDELUL).

**PROSTITUȚIA MASCULINĂ.** Prostituții bărbați intră în două mari categorii, în funcție de clienții lor, care pot fi homosexuali sau heterosexuali. Acestea nu reflectă în mod necesar preferințele sau orientarea sexuală a prostituatului, ci numai natura actului sexual pentru care este el plătit. Prostituții heterosexuali, cunoscuți mai ales sub numele de „gigolo”, provenit din limba franceză, au fost făcuți celebri de literatură și filme, sub forma unor încântători tineri europeni care însoțesc văduve bogate și urâte. Deși unii dintre ei oferă servicii de însoțire în orașele mari — de obicei chiar apar în „Pagini Galbene” — cei mai mulți prostituți heterosexuali își întâlnesc clientela în situații mai puțin protocolare, în stațiuni, în zone de vacanță și altele asemenea, unde pot să vâneze femei în vârstă și singure. Cei care oferă servicii de însoțire pot să facă sex sau nu cu clientele; există și servicii de escortă absolut legale, care nu permit angajaților lor să se angajeze în prostituție.

Totuși, se pare că există mult mai mulți prostituți homosexuali decât heterosexuali. Anunțurile lor publicitare apar în revistele specializate și în ziarele care au legături cu lumea subterană a sexului în America. Mulți dintre acești bărbați prostituți homosexuali — numiți uneori și „descurcăreți” — nu se consideră homosexuali, pentru că deși au plăcere din contactele sexuale, ei își limitează activitatea la o felație care li se face *lor*, fără a efectua o felație clientului și fără a se angaja în sex anal. Prostituții sunt în general tineri, de obicei între optsprezece și douăzeci și cinci de ani, dar și mai tineri sunt cei dintr-o altă categorie de prostituți, „puii”, copii sau adolescenți preferați de bărbații mai în vârstă — „șoimii”. Numărul de băieți adolescenți sau preadolescenți care se prostituează este necunoscut, dar autoritățile consideră că în Statele Unite ei ar putea fi de ordinul zecilor de mii.

**LEGILE PROSTITUȚIEI** În antichitate, prostituția era general acceptată; în unele culturi, ea avea chiar legături cu religia, sub forma de prostituție „de templu” sau sacră. Culturile în care a înflorit prostituția le includ și pe cele din Grecia și Roma antică, din Persia, China și Japonia. Dar acum, deși prostituția este legală în multe țări europene, ea este interzisă prin lege în toate statele, mai puțin Nevada.

Susținătorii legalizării prostituției au încercat să contreze legile împotriva „cele mai vechi meserii din lume” argumentând că aceasta ar trebui protejată în virtutea dreptului la intimitatea sexuală. Totuși, în 1973, în cazul *Paris Adult Theater I v. Slanton* (caz de obscenitate), Curtea Supremă a decis că dreptul statelor de a supraveghea activitățile comerciale este mai important decât dreptul la intimitate. Pe baza acestui caz, alte tribunale au stipulat în mod repetat că activitățile care au loc între prostituate și clienții lor nu sunt protejate de nici un drept constituțional la intimitate pentru că, deși sunt acte între adulți la vârsta consimțământului, are loc un schimb de bani, ceea ce le transformă într-o tranzacție comercială, aflată automat sub jurisdicția statului.

Alt argument împotriva legilor prostituției actuale este acela că prostituatele sunt discriminate, doar ele, nu și clienții lor, fiind trimise în judecată. Tribunalele au răspuns că statele au dreptul de a ataca prostituția dintr-o extremă — ele spun că a nu trimite clienții în judecată echivalează cu a nu trimite în judecată cumpărătorii de material obscen, ci doar pe vânzători.

Un argument pentru ca prostituția să rămână ilegală este acela că legalizarea ei ar duce la răspândirea **BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ**, deși studiile au arătat că prostituatele contribuie doar cu un mic procent la aceste boli. Argumentele contrare susțin că legalizarea prostituției, însoțită de supravegherea sănătății prostituatelor, ar contribui mai degrabă la scăderea răspândirii bolilor cu transmitere sexuală de către prostituate.

Afirmația este susținută de studii din Europa, care au arătat că rata bolilor venerice a scăzut după legalizarea prostituției. Cu toate acestea, cu legislaturile și puterea judecătorească aflate în mâinile unor persoane care consideră legalizarea prostituției un semn de declin moral al țării, sunt prea puține șanse ca alte state să se alăture Nevadei în viitorul apropiat în legalizarea prostituției

**ERECTIA PSIHOGENICĂ** În cea mai mare parte a vieții unui bărbat, penisul este moale. Pentru cei mai mulți bărbați, această moliciune este întreruptă din când în când de o stare de duritate — erecția. În timpul copilăriei, tinereții și în starea de adult în vigoare, un semnal de la creier poate să-i comande penisului să intre în erecție: un gând sexual poate da naștere erecției. Un băiat culcat în pat care se gândește la femeii care se dezbracă: penisul se întărește. Un bărbat care se întoarce acasă cu trenul lui de navetiști se gândește la iubita lui (sau poate la o colegă atrăgătoare): el intră în erecție. Un bărbat aflat în pat cu soția lui are uneori probleme de erecție. El se gândește la ceva mai excitant ca să producă erecția. Acest semnal trimis cu succes de creier penisului se numește erecție psihogenică. La vârste mai înaintate, penisul are nevoie de o stimulare mai directă; atingerea și strângerea de către parteneră poate fi eficientă. Erecția indusă de un gând, de o imagine mentală sau de o situație poate să nu mai fie ușor de obținut la vârste mai înaintate, dar multe cupluri de vârstă medie sunt încă active sexual și se bucură de sex fără acest tip de excitare (vezi și ERECTIA; PENISUL).

**STADIILE PSIHOSEXUALE ALE DEZVOLTĂRII** Spre sfârșitul secolului nouăsprezece, o dată cu apusul epocii victoriene, au început să apară și să fie luate în seamă noi idei despre psihicul uman. Acestea se concentrau asupra stării emoționale a oamenilor, asupra senzațiilor lor interioare și, destul de îndrăzneț, asupra relației dintre tendințele sexuale ale unei persoane și starea de bine simțită de acea persoană. Cea mai mare contribuție la acest mod inovator de gândire a avut-o Sigmund Freud (1856-1939), fondatorul psihanalizei. Descoperirea de către el a inconștientului și a sexualității infantile a dus la dezvoltarea unor importante idei în domeniul psihologiei generale.

Înainte de Freud, viața mentală a copiilor se bucura de foarte puțină atenție. Aceștia urmau să fie „civilizați” prin antrenament și disciplină (și fără îndoială și cu o scărmană bună, la nevoie). Minte lor era privită ca o *tabula rasa*, ca o foaie de hârtie nescrisă care acumulează stimuli din lumea exterioară. Concepțutul revoluționar al lui Freud a fost că mintea este de fapt compusă din impulsuri înăscute și fantezii și dorințe inconștiente. După el, cele două impulsii dominante sunt foamea și impulsul sexual. Freud a denumit impulsul sexual „instinctul sexual al libidoului”.

Toți oamenii se nasc cu dorințe sexuale și cu dorința de a își împlini nevoile sexuale. Freud a remarcat că sexualitatea începe în copilărie, aceasta determinându-l să stabilească o serie de stadii psihosexuale de dezvoltare. El a ajuns să înțeleagă aceste stadii din psihanalizarea pacienților lui adulți, care, în timpul tratamentului, i-au relevat fanteziile lor sexuale reprimite, inconștiente. El a văzut în aceste fantezii cheia către bolile, dificultățile lor emoționale și simptomatologia nevrotică. Era un model științific cu totul nou pentru viața mentală. Acest model a făcut din Freud unul dintre cei mai importanți oameni ai secolului douăzeci și a dus la un interes extraordinar pentru psihanaliză. Ernest Jones, psihanalist englez, l-a numit pe Freud „un Darwin al Minții”.

**Stadiul oral.** Primul dintre stadiile psihosexuale ale lui Freud este faza orală. Freud a reconstituit-o din relatările pacienților privind viața lor în copilărie și din observarea directă a copiilor. El credea că în stadiile inițiale ale copilăriei un copil se simte imens de bine fiind hrănit de o mamă sau printr-un substitut al acesteia. Sugerea sânului și hrana bună reprezintă un model al fericirii supreme. Aceasta este rădăcina relației mamă-copil. (Faptul că hrănirea și legătura cu mama este critic pentru viitorul copilului este susținut de o imensă literatură de specialitate.) Freud a văzut în această fază orală o stare sexuală generalizată, nu sexuală în sensul reproductiv al acuplării, ci în acela că se creează o excitare, o acumulare a tensiunii și o eliberare printr-o plăcere intensă. Amintirile acestei stări le regăsim la vârsta adultă, prin plăcerea sărutului și multe forme de recompensare orală.

**Stadiul anal.** Pe măsură ce sugarul începe să meargă, maturizarea biologică și dezvoltarea psihică se reunesc în jurul controlului mușchiului sfincterului și pentru începerea antrenamentului pentru toaletă. Acum, copilul devine mai independent, fiind în măsură să controleze propriile nevoi și funcțiuni corporale. Desigur, vârsta potrivită pentru toaletă variază pentru fiecare copil, iar negocierea datei de începere a folosirii toaletei necesită mare grijă și chibzuială, pentru a nu obliga copilul să fie independent prea devreme. Pe de altă parte, nici nu trebuie împiedicat să-și controleze propriile mâini. Freud a numit această fază a dezvoltării stadiul anal. De obicei, el survine în al doilea an de viață și, ca și stadiul oral, a fost descris de Freud drept un stadiu psihosexual. De asemenea, este și o perioadă critică în relația dintre copil și părinții lui. Copilul devine mândru că are grijă singur de propriile lui funcțiuni corporale. Freud a dat faimosul exemplu al copilului care își vede fecalele drept un „cadou” pentru părinți și adesea nu se va rușina să le prezinte părinților mostre. Părinții trebuie să fie dispuși să accepte senzația copilului de împlinire și să-i încurajeze toate micile victorii în controlul motor și în maturizarea psihică.

**Stadiul falic.** Aproximativ între al treilea și al cincilea an de viață, copiii încep să se concentreze asupra organelor lor genitale. Încep să culeagă plăcere din atingerea penisului și a vaginului — foarte asemănătoare cu senzațiile care apar în stadiile inițiale ale excitării sexuale. În această etapă, copilul devine foarte curios în privința organelor genitale ale părinților și ale altor copii, în special ale fraților și surorilor. În această perioadă, copiii descoperă și plăcerile activității de masturbare. Conform lui Freud, ei descoperă și deosebirile anatomice între sexe. Fetele descoperă că ele nu au penis, ceea ce le poate face să fie invidioase pe băieți și să se desconsidere pe ele însele. Pe de altă parte, băieții cred că ei își pot pierde penisul (în unele cazuri, ei cred că asta li s-a întâmplat fetelor) și sunt plini de așa-zisul „complex al castrării”. Tot conform lui Freud, anxietatea castrării și invidia penisului joacă roluri foarte importante în caracterului comportamental al copiilor. De asemenea, ele joacă un rol central în dezvoltarea constelației oedipiene care mai întâi se suprapune peste și apoi se dezvoltă separat începând cu stadiul falic.

**Stadiul oedipian.** Poate cel mai important dintre stadiile de dezvoltare psihosexuală ale lui Freud, stadiul oedipian se află în centrul întregii dezvoltări personale pe viitor. În timpul stadiului oedipian, copiii devin atrași de ceea ce Freud numește „romanța familială”. Băieții devin posesivi cu mamele lor și le concep ca pe cele mai importante obiecte ale afecțiunii lor. Atașamentul acesta îi face să se teamă de tații lor, care, cred ei, devin rivalii la iubirea mamei. Ei adoptă sentimente agresive la adresa taților lor și au tendința să îi înlocuiască în afecțiunea mamelor. Acest lucru va duce la o anxietate de nesuportat și la temeri puternice de castrare. Pe de altă parte, fetițele încep să se îndrăgostească de tații lor și vor să le înlocuiască pe mame ca obiect al iubirii taților. Ele

vor da naștere unei intense rivalități cu mamele lor (pe care le iubesc, de asemenea) și vor deveni convinse că rezultatul aceste agresivități la adresa mamelor este rezultatul faptului că nu au un penis, pe care l-au „pierdut”.

Această situație a fost numită de Freud „complexul Oedip”. Copiii învață să treacă peste frustrarea tabu-ului incestului exact prin trecerea cu succes prin drama oedipiană și vor dori să joace un rol de adult matur sexual, să își îmblânzească pornirile instinctuale, folosindu-se de ele pentru a își dezvolta îndemânări personale, pentru a căpăta sentimentul propriei valori. Freud a luat noțiunea de complex Oedip din mitologia greacă, în special din *Oedip rege* al lui Sofocle. În această piesă, un copil abandonat la naștere se întoarce în Teba natală în calitate de rege și fără să știe se îndrăgostește de propria mamă. Are relații sexuale cu ea și este pedepsit de zeii mâniați prin orbire, plecând în sălbăticie. Freud considera că *Oedip rege* și-a menținut atracția pentru public timp de mii de ani exact pentru că atinge tendințele noastre oedipiene interioare, inconștiente. De asemenea, el consideră că puterea permanentă de atracție a lui *Hamlet* al lui William Shakespeare se datorează iubirii oedipiene a tânărului prinț al Danemarcei pentru mama lui.

Perioada oedipiană este extrem de volatilă. Părinții trebuie să fie în măsură să-și ajute copiii să renunțe la dorințele lor oedipiene fără senzația că nu ar fi iubiți sau că nu ar fi susținuți în lupta lor. Părinții care vor exploata stadiul oedipian prin suprastimulare și chiar prin seducție sexuală efectivă, pot să cauzeze copiilor pagube psihice pe termen lung. Chiar și într-un mediu sănătos, unui copil îi este greu să se împace cu sentimentele oedipiene și adesea este nevoie de mulți ani de muncă pentru a rezolva aceste sentimente (vezi COMPLEXUL ELECTRA; COMPLEXUL OEDIP).

**Stadiul de latență.** Freud credea că furtunosului stadiu oedipian îi urmează o perioadă de dezvoltare biologică și psihică liniștită. El a numit această perioadă, care de obicei începe atunci când copilul este în jur de șapte ani: stadiul de latență. Copilul se concentrează mai puțin asupra impulsurilor interioare sau a energiei sexuale. Ceea ce contează este eu-l personal și dezvoltarea cognitivă. Este o perioadă de imensă dezvoltare intelectuală a copilului și începutul capacității și eforturilor de a se raporta la ceilalți și la lume. Este o perioadă în care în mod normal copiii se concentrează asupra instrucției și a sporturilor de echipă. Copiii aflați în starea de latență sunt remarcabili de asemenea și prin timiditate și ascetism, fiind interesați în primul rând de valorile morale, spirituale sau religioase. Adesea, ei se detașează de drama familială din anii anteriori și pot să găsească alinare în izolare și introspecție. Teoria freudiană a stării de latență a fost primită cu multe rezerve, pentru că există dovezi care arată că în nici un caz copiii nu-și abandonează pornirile sexuale interioare și nici impetuoșitatea și nici nu devin mai pașnici și mai maleabili în perioada dintre șapte ani și instalarea pubertății.

**Pubertatea.** Adolescența și pubertatea înseamnă instalarea capacității sexuale de reproducere și o retrezire a tendințelor psihice din copilărie. Resturile fazelor orală, anală, falică și oedipiană găsesc noi forme de manifestare în formarea sexualității și identității adolescentului. Pubertatea este adesea o fază turbulentă, în care au loc modificări corporale și hormonale care se întâlnesc cu apetitul sexual și cu fanteziile sexuale. Adolescenții care, în timpul perioadei de latență, au rezolvat problemele pregenitale și oedipiene vor fi în măsură să transfere sentimentele sexuale îndreptate în copilărie spre părinți și frați către membrii adecvați ai sexului opus. În această perioadă încep întâlnirile și este foarte frecvent fenomenul de îndrăgostire. Este de asemenea și perioada în care viața sexuală poate să devină foarte activă la adolescenți. Tensiunile acestor probleme intervenite subit pot să cauzeze pe de o parte un comportament promiscuu și pe de altă parte pot duce la izolare, la retragere. Este, de

asemenea, o fază în care identificarea cu părinții, dacă nu este transferată adecvat unor parteneri relevanți, poate să ducă la o varietate de preferințe sexuale. În unele cazuri, sentimentul de vinovăție și anxietatea afectează adolescenții atât de intens, încât nu mai sunt în măsură să se regăsească, suferă de schimbări de atitudine, sunt rebeli și chiar capătă un comportament asocial și de delicvență. Stadiul adolescenței este pentru mulți o epocă a confuziei; tânăra persoană este bombardată de tendințele interioare, de forțele culturale exterioare și de lumea tehnologică a televiziunii și filmelor. Este, de asemenea, perioada în care adolescenții vor experimenta alcoolul și drogurile și vor căpăta obiceiuri alimentare ciudate. Adolescentul încearcă, în același timp, să continue planurile de instruire și de carieră. Pentru a învinge în această luptă pentru maturitate și independență, adolescenții trebuie să caute căi de a scăpa de presiunile interne și externe care îi înconjoară și adesea îi copleșesc.

**Stadiul final.** Stadiul final constă în lunecarea treptată a persoanei de la adolescență la vârsta matură. Este stadiul care implică stabilirea simțului identității personale, decizii finale în ce privește instruirea și cariera și alegerea unui partener de sex și de viață, ceea ce duce de obicei la căsătorie și reproducere. Astfel iau naștere noi familii și ciclul vieții începe din nou. Nu există un orar bine stabilit de intrare și de obținere a soluțiilor date de stadiul final. Indivizii prezintă o varietate imensă în capacitatea de a se găsi pe sine, de a se simți bine după decizia de a rămâne la un partener și în capacitatea de a-și asuma răspunderea de a avea o familie. În perioada modernă, presiunile culturale, necesitățile economice și comportamentele sexuale se schimbă rapid și pe scară largă. Există tot mai puține soluții tradiționale sau răspunsuri la problema urgentă a împăcării cu tine însuși și a găsirii plăcerii în compania altora (vezi și FREUD, SIGMUND).

## **PUBERTATEA. Vezi ADOLESCENȚA.**

**PURITANISMUL** În contextul strict sexual, puritanismul înseamnă un comportament sexual represiv și inhibat, moștenit din vremurile trecute. Religia și etica puritană se combină pentru a propovădui ideea că plăcerile sexuale și cele înrudite cu ele, cum ar fi artele decorative și de distracție, dansul, teatrul și muzica profană, nu sunt nimic mai mult decât ispite oferite bărbaților și femeilor de către diavol, în strădania acestuia de a îi deturna de la calea decenței și a paradisului. Toate ideile care respectă acest model sunt etichetate drept „puritanism”.

**VIOLUL** Act sexual ilegal, obținut prin forță sau prin amenințarea cu forța, fără **CONSIMȚĂMÂNTUL** femeii. Există și posibilitatea ca un bărbat să fie violat, dar aproape toate cazurile de viol raportate implică bărbați care violează femei. Atacul sexual este un termen cu o semnificație foarte largă, care acoperă o mare varietate de infracțiuni sexuale, între care se numără violul, molestarea copiilor și violul marital. Aceste definiții sunt acceptate în general în societățile occidentale; dar în Statele Unite fiecare stat își are propriile legi care definesc elementele precise ale violului și atacului sexual în statul respectiv.

În ultimii ani, multe state au reformulat legile legate de viol, pentru a reflecta atitudinii mai noi. Înainte de aceasta, se impuneau reguli de coroborare care în esență trebuia să fie îndeplinite înainte de un proces în care singura probă era mărturia femeii împotriva bărbatului. Alt aspect al reformei legilor violului se referă la definiția violului ca un raport sexual între persoane necăsătorite una cu cealaltă. Acum este acceptată în cele mai multe

state ideea că violul poate să survină și în familie. De asemenea, înainte de această reformă, multe discuții s-au centrat pe problema forței necesare pentru ca un act sexual să fie considerat viol. Acum se știe că o persoană poate fi violată și fără a suferi o agresiune fizică gravă.

Poate cea mai semnificativă schimbare din cadrul reformei legale legate de viol este expresia-cheie „Nu înseamnă Nu”. În trecut, se presupunea că atunci când o femeie spunea „nu” unui bărbat, însemna de fapt „da”. Această concepție se baza pe două premise învechite: anume că femeile nu știu ce spun și nici nu spun ce știu și că de vreme ce femeile sunt sub presiunea de a-și păstra virtutea, ele trebuie să apară neinteresate de sex. Consensul actual este că nu numai că femeile știu despre ce e vorba, dar și că un bărbat trebuie să le asculte.

Această schimbare de atitudine în privința cuvintelor unei femei a deschis calea spre acceptarea violului de către un cunoscut drept un viol autentic. Nu se mai presupune că o femeie poate fi violată doar de un străin, sau că ea a provocat violul prin abordarea unei atitudini și îmbrăcămînți sexi, sau prin faptul că merge în apartamentul unui bărbat. Viziunea acceptată astăzi este că VIOLUL DE CĂTRE UN CUNOSCUȚ este un viol adevărat. Nu trebuie să ne așteptăm de la bărbați să citească gândurile unei femei. Nici regretele de a doua zi dimineața nu transformă sexul în viol. Însă bărbații trebuie să considere că nu este nu: dacă ei refuză și forțează femeia, afirmația că ea a vrut sex prin simplul fapt că a venit la întâlnire sau în camera bărbatului pentru a bea ceva nu mai constituie o apărare valabilă (deși, din nefericire, ea continuă să influențeze juriile în cazurile de viol).

Legile violului nu se mai concentrează atât de mult asupra a ceea ce se înțelege prin forță sau ce este nevoie pentru a dovedi consimțământul. În schimb, debaterile de astăzi sunt în jurul credibilității; când ar trebui să fie o femeie crezută și de ce are nevoie un juriu să știe despre femeie înainte de a putea decide dacă să o creadă sau nu. Această deplasare de la problemele culpabilității la acelea ale credibilității a avut consecințe asupra tacticilor apărării în procesele de viol. Un bărbat acuzat nu poate să mai spună că nu înseamnă da, așa că cea mai bună strategie este ca femeia să fie prezentată drept o ușuratică, pentru a o discredita. Nici un studiu nu a demonstrat că femeile mint în privința violurilor mai mult decât mint bărbații în alte privințe. Chiar și așa, femeile trebuie să facă față în continuare mitului femeii care minte, al iubitei refuzate care dorește răzbunarea, sau al virginei deflorate care refuză să-și asume răspunderea pentru activitățile ei sexuale.

Altă problemă prevalentă astăzi în legile care tratează violul este dacă dovezile experienței anterioare a femeii sau anterioare abuzării ei sexuale de către bărbat ar trebui sau nu să fie prezentate într-un proces de viol. Multe state au legi care împiedică prezentarea în fața unui tribunal a detaliilor intime ale vieții unei femei, legi numite „scuturi”. Ele au fost adoptate pentru a împiedica hărțuirea femeilor de către avocații apărării și în același timp pentru contracara concepției că dacă o femeie a mai avut relații sexuale în trecut, în viitor nu va fi capabilă să spună „nu” unui bărbat, inclusiv celui cu care a avut înainte sex consimțit.

Mulți judecători optează acum pentru o abordare simetrică, în care dovezile despre o activitate sexuală anterioară a bărbatului sau a femeii sunt excluse de la proces. Aparent, pare o abordare corectă, dar mulți observatori consideră că ea aduce o mai mare atingere femeii decât bărbatului. Dovada că un bărbat a abuzat de alte femei înainte e o dovadă mai puternică de viol decât aceea că o femeie care a avut sex consimțit cu alți bărbați a avut și cu acuzatul tot sex consimțit.

Astăzi, majoritatea oamenilor consideră că nu înseamnă nu și că forță înseamnă când bărbatul a obligat-o pe femeie să facă sex cu el. Totuși, nu există un consens în legătură cu informațiile necesare despre

trecutul bărbatului și femeii înainte de a decide dacă ea a spus „da” sau „nu”. Ceea ce urmăresc legile legate de viol este să rezolve dilema credibilității, pentru a proteja atât femeile nevinovate, cât și bărbații nevinovați.

**SINDROMUL TRAUMATIC DE VIOL.** Vezi SINDROMUL DE STRES POSTTRAUMATIC.

**RELIGIA ȘI SEXUL** Vezi AVORTUL; ADULTERUL; CELIBATUL; SEXUALITATEA COPIILOR; EDUCAȚIA SEXUALĂ; MORALITATEA SEXUALĂ.

**FAZA REZOLUȚIEI** După ce au avut un orgasm, cele mai multe femei și cei mai mulți bărbați intră într-o fază de rezoluție, care îi întoarce într-o stare fără excitare sexuală și în care sângele părăsește țesuturile în care a fost captiv în timpul excitării sexuale. Faza de rezoluție poate să dureze câteva minute, dar și o oră sau mai mult. La bărbați, există și o perioadă refractară, în timpul căreia, aproape imediat după ejaculare, ei își pierd nu numai starea de erecție, ci și dorința de a face sex în continuare. Această perioadă este definită de timpul care îi este necesar bărbatului pentru a avea o nouă erecție. Lungimea acestei perioade este de obicei în funcție de vârsta bărbatului și de posibilitatea ca întâlnirea sexuală să continue sau nu. Dar pentru femei faza de rezoluție este mult mai lentă decât la bărbați, pentru că femeile nu au o perioadă refractară și nici nu-și pierd brusc dorința. Astfel, unele femei se plâng că partenerii lor vor să se culce îndată după ejaculare, în timp ce bărbații se pot plânga că soțiile lor vor să continue să fie mângâiate și ținute în brațe încă mult timp după ce au avut orgasmul. Chiar dacă un bărbat se relaxează foarte mult după ejaculare, datorită eliberării bruște a tensiunii sexuale acumulate înainte de orgasm, el poate să împiedice adormirea bruscă. Atunci când cuplul cunoaște lungimea și natura perioadei refractare, el poate să evite diverse interpretări ale comportamentului bărbatului după ejaculare.

La femei, această lipsă a perioadei refractare în timpul fazei de rezoluție explică de ce femeile au mult mai des decât bărbații orgasme multiple. Unele femei nu doresc o stimulare clitoridiană în timpul fazei de rezoluție, dare altele o doresc în mod expres. Dacă o femeie care dorește o stimulare suplimentară și un orgasm în timpul fazei de rezoluție nu este satisfăcută în această dorință, atunci rezoluția nu va fi satisfăcătoare pentru ea. Bărbații trebuie să învețe să nu impună partenerelor lor propriul model de fază de rezoluție — perioada refractară și dorința de a dormi. Astfel, un rezultat pozitiv al fazei de rezoluție depinde adesea de înțelegerea de către ambii parteneri și de dorința lor de a aborda nevoile și limitele celuilalt (vezi și CICLUL REACȚIEI SEXUALE).

**EJACULARE RETARDATĂ** (Vezi DISFUNCTIILE SEXUALE LA BĂRBAT).

**BOALA Rh** O complicație a sarcinii, în care tipurile celulelor roșii din sângele mamei și din cel al fătului sunt incompatibile. La suprafață, celulele rușii sunt acoperite de antigene, care sunt niște markeri structurali care le conferă celulelor o identitate imunologică distinctă. Toate celulele roșii ale corpului unei persoane au aceleași antigene de suprafață, dar acești markeri diferă de la o persoană la alta. Atunci când o femeie este expusă la sânge care nu este ca al ei (cel mai obișnuit ca rezultat al trecerii celulelor roșii ale fătului prin placentă sau printr-o transfuzie sanguină), ea va genera anticorpi pentru a distruge sângele străin din circulația ei, ca parte a reacției imunologice normale.

Numită „boala Rh” pentru că a fost studiată pentru prima oară la maimuțele Rhesus, această incompatibilitate apare atunci când femeii îi lipsește din celulele roșii antigenul D (este Rh-negativă) și poartă un făt care are antigenul D (este Rh-pozitiv). Dar există zeci de alți antigeni, mai puțin întâlniți, care pot să genereze aceleași probleme clinice.

Anticorpul sunt apoi produși toată viața și, în timpul sarcinii, ei pot să traverseze placenta, distrugând celulele roșii din sângele fătului, dacă ei prezintă antigenul care a cauzat reacția imună inițială. Rezultatul este o anemie a fătului, de la una ușoară la una foarte gravă, putând surveni hidropsul fetal (o acumulare a fluidelor în corpul fătului) sau chiar moartea fătului.

Femeile care au probleme Rh sunt de obicei identificate prin teste de rutină care cercetează anticorpul celulelor roșii în timpul primelor faze ale sarcinii. Dacă anticorpul există, se cercetează cantitatea lui. Dacă este sub un anumit nivel (de obicei 1 până la 8), atunci este puțin probabil ca fătul să sufere o anemie gravă. Dacă nivelul anticorpilor este peste acest prag, trebuie evaluată mult mai îndeaproape anemia fetală. De obicei, gravitatea anemiei este estimată indirect, prin analizarea fluidului amniotic obținut prin amniocenteză. În unele cazuri, celulele roșii ale fătului se măsoară direct prin extragerea de sânge din cordonul ombilical, printr-o procedură asemănătoare cu amniocenteza, numită prelevarea de sânge din cordonul ombilical.

Dacă analiza arată că fătul este foarte anemic și dacă sarcina nu este destul de apropiată de termen ca să permită o naștere în siguranță, se efectuează o transfuzie. Transfuzia se face prin injectarea de sânge Rh-negativ în abdomenul fătului sau direct în circuitul sanguin al fătului, prin intermediul cordonului ombilical. Procedul este repetat la intervale regulate, până la naștere.

Din fericire, boala Rh este prevenită de cele mai multe ori pentru că femeile gravide Rh-negative primesc o injecție cu Rh imunoglobulină la aproximativ douăzeci și opt de săptămâni de sarcină și ori de câte ori este nevoie în timpul sarcinii sau după naștere (dacă fătul și apoi copilul este Rh-pozitiv). Nu există tratamente de protecție pentru alți antigeni, mai puțin întâlniți (vezi și SARCINA CU RISC SPORIT; BOLI LEGATE DE SARCINĂ).

## **REUMATISMUL ȘI SEXUL** Vezi ARTRITA ȘI SEXUL.

## **METODA CALENDARULUI** Vezi CONTROLUL NAȘTERILOR; PLANIFICAREA NATURALĂ A FAMILIEI.

**IUBIREA ROMANTICĂ** Ideea de iubire romantică a apărut în Europa, în Evul Mediu. Era o idee foarte idealizată despre iubire — iubirea de curte, făcută celebră de trubaduri — care punea mare preț pe sentimente și emoții. În fapt, cei care acceptau idealul romantic credeau că relațiile sexuale sunt dezonorante și obscene dacă ele au loc fără iubire. Și astăzi sunt oameni care împărtășesc același sistem de valori. Dar mulți au senzația că trăim o epocă lipsită de romantism.

Ce este exact iubirea romantică ? Plimbarea sub clar de lună cu persoana iubită? Credința că există o singură iubire adevărată, tovarășul perfect de viață, sortit fiecărui om? Cel mai bine, romantismul este descris ca o stare de spirit, o atitudine față de sex care pune preț pe iubire și care contribuie la menținerea acestei iubiri.

Romantismul aparține cu adevărat tuturor celor care iubesc; ambele sexe trebuie să-l cultive și să-l păstreze. Trimite-i iubitei trandafiri. Trimite-ți ție trandafiri. Găsește timp să spui „te iubesc”. Chiar după cincizeci de ani de căsnicie, poți să ai romantism fără sex și sex fără romantism. Totuși, combinația între sex și romantism este imbatabilă (vezi și CURTEA; IUBIREA).

**RU-486** Considerată drept mijloc de CONTROL AL NAȘTERILOR, RU-486 este un medicament realizat în Franța, care administrat la începutul sarcinii induce un avort. RU-486 este un anti-progesteron care blochează receptorii corticoizi ai progesteronului, un hormon esențial în stabilirea și menținerea sarcinii. Efectul este că medicamentul poate fi folosit în primele săptămâni de sarcină pentru a induce un avort fără a mai fi nevoie de aspirație (sucțiune), sau dacă este administrat în șaptezeci și două de ore de la contactul sexual va acționa ca pilula „din dimineața de după”, ca un simplu contraceptiv. Este folosit în special femeilor care au fost violate sau al căror mijloc contraceptiv nu a funcționat. RU-486 poate să împiedice implantarea ovulului fertilizat și să inducă menstruația dacă este luat în ultima jumătate a ciclului menstrual.

RU-486 se administrează oral; după două zile, se administrează prostaglandină. Cele mai multe femei prezintă sângerări, iar la patru ore de la administrarea prostaglandinei sarcina se va elimina. S-a descoperit că spre sfârșitul celei de-a opta săptămâni de sarcină, RU-486, în combinație cu prostaglandina, induce un avort complet la 96% din femeile cărora li s-a administrat. În calitate de pilulă „de după”, RU-486 are o eficiență de 97%. Aceasta este comparabilă cu eficiența altor pilule „de după”, dar efectele secundare ale lui RU-486 sunt mult mai ușoare.

Până acum, singurele efecte secundare raportate sunt cele care se întâlnesc la orice avort spontan — crampe uterine, hemoragii, greață, epuizare. De vreme ce RU-486 nu necesită anestezie și este o metodă neinvazivă de obținere a unui avort, ea s-ar putea dovedi mai sigură decât obișnuitele avorturi efectuate prin aspirație. Medicamentul ar putea să însemne sfârșitul avortului pe calea standard, dacă nu s-ar ține cont de presiunea politică exercitată asupra producătorului, Roussel-Uclaf din Franța, să nu vândă pilula în anumite țări, între care și Statele Unite. Medicamentul a fost aprobat în Marea Britanie și în Suedia, ca și în Franța și rămâne de văzut dacă mișcarea anti-avort poate să împiedice folosirea pe scară largă a medicamentului în Statele Unite, deși este foarte puțin probabil, pe termen lung.

**SADISMUL/MASOCHISMUL (S & M)** Există oameni care consideră cruzimea și umilirea niște metode foarte eficiente de stimulare sexuală. Actul biciuirii cuiva poate să stimuleze anumite persoane până la atingerea unei excitații sexuale extreme — ERECȚIE sau LUBRIFIERE — și chiar până la EJACULARE și ORGASM. Pentru unii, a provoca durere înseamnă PRELUDIUL care îi va duce la coitus sau la stimularea directă a organelor genitale; pentru alții pedeapsa este principalul eveniment al întâlnirii... Orgasmul este obținut atunci când persoana biciuiește, lovește sau furnizează orice alt tip de durere. Acest lucru se leagă, se pare de experiența pedepselor din copilărie — posibil pentru masturbare sau pentru udarea patului. Oricare ar fi cauza comportamentul sado-masochist, el este în afara spectrului comportamentului uman normal.

Copiii care se simt neglijați pot să învețe să caute pedeapsa ca să se bucure de atenție. Ei se comportă intenționat rău și sunt recompensați cu o pedeapsă fizică și emoțională. Copiii de care s-a abuzat adesea ajung să

devină ei înșiși molestatori de copii. Deși nu toți copiii care sunt bătuți vor deveni sadici (provocatori de durere) și nici masochiști (receptori de durere), sadicii și masochiștii par să devină ca atare devreme în viață.

Tranzacția sexuală între partenerii din acest tip de ritual sexual se numește sado-masochism. Un partener este prin obicei și prin dorința proprie furnizorul de dureri, iar celălalt este receptorul, dar s-ar putea ca cel puțin unul din ei să dorească să schimbe rolurile, ocazional. Pentru unii sado-masochiști, durerea efectivă implicată poate fi ușoară și suportabilă pentru un adult mediu, dar alții care se angajează în acest tip de comportament sexual pot să devină foarte periculoși, să furnizeze multă durere și să își piardă controlul. Unii pot chiar să ajungă să-și omoare partenerul.

În timp ce amanții „normali” se angajează într-o formă ușoară de sado-masochism, un fel de joacă la pat, pentru a oferi și a primi plăcere, este bine ca ei să nu devină dependenți de acest tip de excitare. Ei trebuie să cadă de acord că trebuie să se oprească ori de câte ori unul dintre ei vrea acest lucru.

Sadismul și-a luat numele de la marchizul de Sade (1740-1814), nobil și militar francez, care și-a petrecut mulți ani în închisori și aziluri, în cea mai mare parte pentru comportamentul lui sexual considerat abominabil. Tot el a scris romane în care descria scene de cruzime sexuală. Leopold von Sacher-Masoch (1836-1895), romancier german ale cărui personaje își trăgeau plăcerea din receptarea durerilor, și-a împrumutat numele masochismului (vezi și DOMINAREA ȘI SUPUNEREA; HIPERSEXUALITATEA).

**SEXUL PROTEJAT** În vreme ce pentru a denumi actul sexual între doi oameni care nu va duce la transferul de BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ este folosit termenul de „sex sigur”, tristul adevăr este că nu există așa ceva. Se pot lua măsuri de precauție care să micșoreze foarte mult riscurile, dar nimeni nu poate spune cu absolută siguranță că vreo metodă garantează sexul lipsit de riscuri. Singura formă perfect sigură de eliberare sexuală este MASTURBAREA. Aceasta poate fi o experiență împărtășită în cazul în care partenerii se privesc masturbându-se, dar dacă există vreun contact fizic între parteneri, există și posibilitatea, oricât de mică, de a se transmite ceva între ei. De aceea, termenul aplicat este acela de „sex mai sigur” sau „sex protejat”, nu de sex sigur. Calificând astfel termenul, cuvinte ca „împiedicare” și „protecție” se vor folosi în ideea statistică, aceea că răspândirea bolilor este împiedicată, deși nu cu o certitudine de 100%.

Mulți oameni practică sexul așa-zis protejat pentru că le este teamă de SIDA. Această boală îngrozitoare este mortală și ei au tot dreptul să se protejeze. Dar există multe alte boli transmise sexual, între care SIFILISUL, GONOREEA ȘI CHLAMYDIA, HEPATITA ȘI HERPESUL, a căror transmitere poate fi de asemenea împiedicată prin practicarea sexului mai sigur și care furnizează un motiv în plus în favoarea acestuia.

Există multe niveluri la care se poate practica sexul mai sigur. Cum am spus, singura care garantează siguranța absolută este masturbarea. Doi tineri virgini care intră într-o relație monogamă sunt de asemenea în siguranță, admitând că ambii parteneri vor fi sinceri și vor rămâne monogami. Prin urmare, iubirea și încrederea devin aspecte importante ale sexului mai sigur în relațiile sexuale și de aceea trebuie încurajată fidelitatea dacă se abandonează celelalte tehnici de sex mai sigur.

În ultimele decenii s-au întâlnit tot mai puține căsătorii monogame între doi tineri virgini. Tinerii doresc să întârzie căsătoria pentru a-și desăvârși instruirea și a începe o carieră. Totuși, este mult mai rară întârzierea formării unor relații sexuale și de aceea ei trebuie să fie informați asupra practicilor sexuale mai sigure.

Mulți oameni întreabă dacă o activitate anume, precum SĂRUTUL profund, zis și francez, este sigur. Ei vor să știe care sunt riscurile de a lua o boală transmisibilă prin sărut. Riscul de transmitere a SIDA prin sărut sunt foarte mici, nu știm dacă virusul HIV este prezent în saliva persoanelor infectate, dar nu se cunoaște nici un caz în care boala să se fi transmis exclusiv prin sărut, fie el și adânc, precum cel franțuzesc. Oare înseamnă că aceste practici sunt în întregime sigure? Precum multe alte probleme legate de SIDA, și la aceasta trebuie dat un răspuns mai vag; trebuie să folosești propria minte. Repet, cea mai bună cale de a practica sexul mai sigur este să ai un contact sexual — fie el doar scurt — cu o persoană care a făcut analize la bolile cu transmitere sexuală și a ieșit negativă și cu care poți să clădești o relație bazată pe încredere.

Să spunem că ai întâlnit o persoană cu care vrei să începi o relație. Presupunând că nici unul din voi nu mai este virgin, puteți decide că fiecare dintre voi va face un test de HIV înainte de a trece la relații sexuale. Această practică este tot mai obișnuită. Această analiză face parte din practica de trecere la un sex mai sigur, dar din păcate aceasta nu înseamnă că un cuplu se poate angaja în sex fără a apela la sexul mai sigur. Testele sanguine nu detectează virusul în sine, ci doar reacția imună a organismului la el. Această reacție poate să întârzie șase luni sau mai mult până să fie vizibilă printr-o analiză, așa că o persoană infectată poate să transmită virusul HIV și totuși să treacă testul. Deși rar, analiza poate să dea și false rezultate negative, așa că o persoană căreia i se spune că nu are boala poate în fapt să o aibă. Viața era în mod sigur mult mai ușoară înainte de SIDA.

Evident, unele practici sunt mai riscante decât altele. HIV se transmite prin trecerea de fluide corporale — sânge, spermă și posibil secreții ale colului uterin și ale vaginului. Aceste fluide pot fi schimbate într-un număr de moduri limitat: prin sex anal, genital sau oral; prin primirea de sânge contaminat; sau prin folosirea de ace hipodermice contaminate. Dacă sângele sau sperma contaminată intră în contact cu o inflamație deschisă sau cu o rană din gură, vagin sau rect, sau trece prin mucoasele care acoperă vaginul, rectul, uretra și posibil gura, virusul se poate transmite. CONTACTUL ANAL, este considerat de către experți cel mai periculos, în special pentru recipient, deoarece există o mai mare șansă ca în ANUS sau în rect să existe sânge sau o rană deschisă.

Mulți se întreabă asupra riscurilor puse de sexul oral. FELAȚIA este considerată o activitate sexuală cu grad înalt de risc dacă bărbatul ejaculează în gura femeii. Virusul HIV este prezent în spermă și poate fi absorbit prin membranele mucoase sau prin orice mică tăietură sau ruptură din mucoasa gurii, stomacului sau tractului intestinal dar chiar și dacă penisul este retras înainte de ejaculare, există întotdeauna o cantitate mică de fluid pre-ejaculator, care poate și el să conțină virusul. În termenii sexului mai sigur, este importantă folosirea unui prezervativ și în cadrul sexului oral (atenție, să fie un prezervativ din cele care nu au lubrifianți!)

Sexul oral efectuat unei femei devine și mai riscant în timpul MENSTRUAȚIEI, pentru că există o mare șansă ca virusul să fie prezent în sângele menstrual. Chiar dacă o femeie nu prezintă hemoragia menstruală, secrețiile vaginale și cervicale ale femeii pot să conțină o concentrație oarecare a virusului.

Evident, cu cât este mai mare numărul de parteneri sexuali, cu atât este mai mare riscul de îmbolnăvire. Dar, așa cum o femeie poate să rămână însărcinată la primul ei contact sexual, și HIV se poate transmite printr-un singur episod sexual. Atunci când faci sex cu cineva, faci sex cu toți partenerii trecuți și prezenți ai persoanei respective, din punct de vedere al riscurilor. Dacă te-ai culcat cu zece parteneri în ultimul an, iar fiecare dintre aceștia s-a culcat cu alți zece, care la rândul lor s-au culcat cu alți zece, înseamnă că ai avut în esență contact cu o

mie de persoane și că ți-ai mărit imens șansele de a căpăta SIDA sau alte boli cu transmitere sexuală. (Și gândeți-vă că am luat în considerație partenerii dintr-un singur an!)

Unii oameni consideră, greșit, că SIDA este o boală care se limitează doar la homosexuali. Este o mare greșeală, care poate să aibă consecințe fatale. În părțile Africii în care SIDA este răspândită, ea este în principal o boală heterosexuală, iar rata infecției printre heterosexualii din țările occidentale crește rapid. Atât femeile, cât și bărbații pot să capete boala prin contact heterosexual, deși femeile par să prezinte un risc semnificativ mai mare. Un studiu a arătat că femeile care au fost mult timp partenerile unor bărbați infectați au o probabilitate de douăzeci de ori mai mare să fie infectate cu HIV decât au bărbații care au fost parteneri pe termen lung al unor femei infectate.

Dar oricare ar fi tipul de sex implicat: bărbat-bărbat, bărbat-femeie, femeie-femeie, dat fiind că HIV și alte boli cu transmitere sexuală trec în fluidele corporale, cea mai bună cale de a micșora probabilitatea de transmitere a unei boli este folosirea unei metode de barieră, care să blocheze transferul de fluide corporale. Deoarece fluidul cu cea mai mare concentrație de virus care este schimbat în timpul actului sexual este sperma, cea mai populară metodă de barieră este prezervativul.

Dar prezervativele sunt eficiente? Foarte eficiente, cu condiția să fie folosite. Unii spun că folosesc prezervative, dar nu de fiecare dată și numai înainte de ejaculare. Un prezervativ care rămâne în buzunar sau pe comodă este inutil. Uneori, și prezervativele dau greș, cu alte cuvinte ele se pot rupe în timpul unui raport sexual și sperma poate să iasă. Prezervativele au fost fabricate inițial pentru a împiedica atât sarcina cât și bolile cu transmitere sexuală, dar acum un prezervativ rupt poate însemna moartea, așa că producătorii de prezervative le fac mai rezistente ca oricând. Totuși, prezervativele care nu sunt făcute din latex, de obicei dintr-o substanță naturală cum ar fi intestinele de oaie (numite de producători „piele de miel”) oferă o bună protecție împotriva sarcinii, dar o mult mai slabă protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală. Ele conțin găuri microscopice care sunt destul de mari pentru a lăsa un virus să treacă și nu sunt recomandate în cadrul unui sistem de sex mai sigur. Altă limitare a eficienței prezervativelor constă în alunecarea lor de pe penisul bărbatului în interiorul vaginului partenerei lui, respectiv în rect, în timpul acuplării. Există un tip de prezervative care au un adeziv care ajută în păstrarea lui pe penis, pentru cei conștienți de acest pericol. S-a demonstrat în laborator și că un spermicid, numit nonoxynol-9, are și capacitatea de a omorî virusul HIV, iar prezervativele îmbrăcate în asemenea substanță oferă o oarecare protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuală, chiar și în caz de rupere sau de alunecare. Totuși, nonoxynol-9 nu s-a dovedit eficient 100% împotriva virusului HIV în afara laboratorului, așa că nu ar trebui folosit ca unică metodă de sex mai sigur.

Unele prezervative vin pre-lubrifiate, ceea ce este bine, dar dacă se aplică un lubrifiant extern, asigurați-vă că nu este pe bază de hidrocarburi: uleiul poate să distrugă latexul prezervativului, astfel încât nu va mai fi eficient împotriva bolilor cu transmitere sexuală. Vaselina ar trebui evitată, ca și oricare alt produs derivat din petrol. Nu uitați să folosiți un prezervativ nou pentru fiecare acuplare genitală sau act sexual oral.

Este important și momentul în care este pus prezervativul. Unii așteaptă până imediat înainte de actul efectiv de penetrare, dar s-ar putea să fie prea târziu. Înainte de ejaculare, la deschiderea (meatul) penisului apar mici picături de fluid. Aceste picături conțin mii de spermatozoizi (de aceea metoda retragerii este inefficientă în controlul nașterilor) iar la o persoană purtătoare de HIV ei conțin și viruși. Penetrarea nu este necesară pentru ca

virusul să fie transmis partenerului dacă penisul intră în contact cu fluidele vaginale. Soluția problemei este simplă: prezervativul trebuie plasat pe penisul în erecție înainte ca lucrurile să devină prea înfocate. Dacă ambii parteneri împărtășesc această experiență, atunci nici măcar nu va avea loc vreo întrerupere a preludiului — poate chiar să facă parte din plăcerea care precede actul ca atare. (Ar fi bine dacă prezervativul ar fi ținut în apropiere, în loc să fie uitat în torpedoul mașinii!)

Dacă pentru felație se pot folosi prezervative nelubrifiate, în cazul CUNILINGUSULUI prezervativele sunt inutile. Totuși, există un alt produs, numit „barajul dental”. Acesta este o bucată de cauciuc care se poate întinde pentru a acoperi deschiderile anusului și vaginului. O problemă cu aceste „baraje” este aceea că ele pot să alunece în timpul mișcărilor care au loc firesc în timpul sexului oral. La magazinele specializate se pot găsi produse specifice, care să le fixeze.

Dacă aceste proceduri ale sexului mai sigur se aplică pentru SIDA, există alte practici de sex mai sigur care, deși nu se pot aplica pentru SIDA, pot fi eficiente într-o anumită măsură împotriva altor boli cu transmitere sexuală. CREMELE, SPUMELE ȘI GELURILE CONTRACEPTIVE pot ajuta la omorârea bacteriilor și virușilor bolilor cu transmitere sexuală. Spălarea organelor genitale înainte de contact poate ajuta la înlăturarea bacteriilor. Urinarea înainte și după fiecare contact poate ajuta la păstrarea bacteriilor în afara uretrei. Și, în sfârșit, spre deosebire de HIV, multe alte boli prezintă semne vizibile. Dacă vezi un șancru, un neg sau vezicule, sau orice emisie la sau în jurul organelor partenerului tău sexual, nu face sex cu acea persoană.

Până când știința medicală va descoperi un remediu sau un vaccin pentru SIDA, practicarea sexului mai protejat este obligatorie pentru *orice* persoană care face sex în afara unei relații monogame de lungă durată — heterosexuali și homosexuali, bărbați și femei, consumatori de droguri non-intravenoase sau intravenoase. Nu are importanță cât de mici sunt riscurile la care te supui tu și partenerul tău, pentru că accidente au loc oricând. Cu SIDA, orice accident poate fi fatal.

**SATYRIASIS** Este o incontrolabilă și obsesivă dorință a unui bărbat de a face sex. Satyriasis derivă de la numele satirilor, făpturi lascive și turbulente, jumătate bărbat, jumătate țap, din mitologia greacă. Această creatură mitică, având torsul, capul și brațele unui bărbat și spatele și partea inferioară a corpului de țap, era mare consumatoare de vin, cânta bine la nai și, cel mai important, vâna nimfe. Victima umană a acestei boli pare să își dorească să facă sex cu femei, cu alți bărbați, cu copii sau cu animale. Satyriasis este corespondentul masculin al NIMFOMANIEI.

Acest comportament patologic pare să-și aibă originile în neliniștile legate de masculinitatea sau de potrivirea sexuală a pacientului. În unele cazuri, promiscuitatea unui bărbat cu femeile poate să fie o apărare împotriva tendințelor și temerilor de HOMOSEXUALITATE. Se crede că acest comportament sexual are scopul de a reduce anxietatea și de a restaura respectul de sine al bărbatului.

Din fericire, cazurile de satyriasis sunt foarte rare. Ele au fost tratate cu succes prin psihoterapie intensivă (vezi și HIPERSEXUALITATEA).

**SCROTUL** Vezi TESTICULELE

**SPERMA ȘI FLUIDUL SEMINAL** Sperma este constituită din fluidul seminal (materialul produs de organele sexuale interne ale bărbatului) și din spermatozoizii produși de testicule. Ea este eliberată în timpul EJACULĂRII. Volumul de spermă este în mod normal de câteva lingurițe și este afectat de gradul de excitare sexuală și de frecvența ejaculării. În general, volumul spermei ejaculate nu are legătură cu fertilitatea sau cu virilitatea.

Sperma este albă la culoare și opacă. Are de obicei un miros specific, ceva descris ca asemănător cu cel de decolorant pe bază de clor. De obicei este ejaculată într-o stare vâscoasă și se lichefiază în decurs de douăzeci-treizeci de minute. Cea mai mare parte a fluidului seminal provine de la veziculele seminale, care produc un fluid coagulat asemănător cu un gel. Acest fluid coagulat este lichefiat de un alt fluid, produs de PROSTATĂ, care este a doua mare componentă a fluidului seminal. Împreună, aceste organe furnizează un număr de substanțe chimice și nutrienți care susțin funcționarea și motilitatea spermatozoizilor. Cea mai mică parte a fluidului (3 până la 5%) provine chiar de la testicule. Acest fluid are o mare concentrație de spermatozoizi.

După o vasectomie (vezi VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ), atunci când spermatozoizii din testicule nu mai ajung să facă parte din spermă, nu se detectează o schimbare notabilă a volumului spermei. Bărbații care au avut o vasectomie nu prezintă nici o schimbare a mirosului sau culorii spermei, iar ejacularea nu este afectată de această procedură. Prezența spermatozoizilor se poate evalua numai după examinarea microscopică a spermei. O mică parte a volumului fluidului seminal este produsă de glandele periuretrale și bulbouretrale. O parte din acest fluid poate fi eliberată înainte de ejaculare și se poate remarca sub forma unei picături de fluid la capătul penisului, în timpul excitării sexuale. Se consideră că secrețiile bulbouretrale sunt cele care curăță și ung uretra și pasajele urinei și spermei, înainte de ejaculare.

La bărbații seropozitivi HIV, fluidul pre-ejaculator conține niveluri detectabile ale virusului HIV. Sperma conține și concentrații mari de fructoză și alte substanțe necesare pentru a hrăni spermatozoizii, dar nu are alte proprietăți în afara capacității ei de a susține funcționarea spermatozoizilor. Nu conține nici o proteină benefică pentru sănătate sau pentru frumusețea pielii și nici nu există dovezi că ejaculările mai puțin frecvente ar avea vreun efect negativ asupra bărbatului.

Deși spermatozoizii au o mare concentrație în prima țâsnire a spermei, ei pot să se găsească în oricare parte a produsului de ejaculare și chiar în lichidul pre-ejaculator. Din acest motiv, retragerea PENISULUI din VAGIN chiar înainte de ejaculare nu este o metodă eficientă de CONTROL AL NAȘTERILOR (vezi și SEXUL PROTEJAT).

## **SEXUL DUPĂ UN ATAC DE CORD** Vezi BOLILE INIMII ȘI SEXUL.

**SEXUL ȘI DURERILE DE CAP** Durerea de cap de natură sexuală este relativ rară, dar adesea este extrem de puternică. Într-un sondaj recent, durerea de cap sexuală s-a descoperit că aproximativ 1 din 360 de pacienți ai unei clinici de neurologie generală. Bărbații sunt afectați cu o frecvență de patru ori mai mare decât a femeilor. Aceste dureri apar în mod obișnuit în deceniile doi până la șase (deci de la adolescență la cincizeci și nouă de ani). Durerea este imprevizibilă, apărând în momente cu totul neașteptate și nerepetabile. Această variabilitate face imposibilă evaluarea eficienței unei terapii.

Există trei tipuri generale de durere de cap de origine sexuală: tipul jenant, tipul exploziv și tipul postural. 24% din pacienții cu dureri de cap sexuale au durerea jenantă, dată de contracția musculară. Pacienții se plâng de o durere la ceafă sau de una generalizată, care constă într-o presiune musculară. Această durere poate să dureze de la câteva ore la câteva zile și de obicei începe în timpul CONTACTULUI SEXUAL și se intensifică la ORGASM. Durerea de cap pare să se coreleze cu gradul de excitare sexuală și cu contracția mușchilor faciali și ai gâtului. Unii pacienți au descoperit că relaxarea deliberată a acestor mușchi în timpul sexului duce uneori la o durere atenuată.

Tipul exploziv de durere de cap este subtipul cel mai comun. El apare la 69% dintre pacienții cu dureri de cap de origine sexuală. Durerea este descrisă drept „explozivă” și „cu palpitații”, de obicei la ceafă sau în zona frontală a capului, de ambele părți. Durerea este adesea suficient de puternică pentru a întrerupe activitatea sexuală. Aproximativ un sfert din pacienți au antecedente de migrenă, personale sau în familie.

7% din durerile de cap sexuale sunt de tipul postural. Această durere se simte în partea de sus a gâtului și la baza craniului și este însoțită de greață și vomă. Ea poate să dureze două până la trei săptămâni, dispărând apoi spontan.

În conformitate cu Societatea Internațională pentru Dureri de Cap, un grup de profesioniști dedicați studiului și tratamentului simptomelor, la stabilirea diagnosticului trebuie eliminate afecțiunile cerebrale grave. Un pacient care se plânge de durere de cap în timpul activității sexuale are nevoie de o evaluare medicală care să excludă posibila prezență a unei boli cerebrale. Apariția bruscă a unei dureri intense de tipul exploziv sugerează o hemoragie cerebrală. Este foarte important ca asemenea pacienți să se ducă imediat la doctor. Anumite atacuri de apoplexie pot să aibă ca simptom inițial durerile de cap de origine sexuală; meningita, o inflamare sau o infecție a membranelor care înconjoară creierul, poate să cauzeze și ea dureri de cap în timpul sexului; iar hidrocefalia, sau mărirea anormală a spațiilor umplute în mod obișnuit cu fluid din creier, poate de asemenea să cauzeze durerile de cap sexuale. Durerea de cap sexuală poate fi rezultatul unei tumori cerebrale cu hemoragie. Apariția subită a unei dureri explozive poate fi declanșată și de un feocromocitom, o tumoare rară, non-malignă, care nu apare în interiorul craniului și care poate cauza dureri de cap asociate cu o „strângere” prin secretarea în exces a unei substanțe chimice cu efecte semnificative asupra presiunii sanguine, inimii și vaselor sanguine din creier. Și alte medicamente, cum ar fi amil-nitratul sau pilulele de control al nașterilor pot contribui la durerile de cap sexuale.

**Cauzele durerilor de cap de origine sexuală.** Există mai multe teorii care speculează pe tema cauzelor acestor dureri. Nu se știe dacă durerea dată de contracția mușchilor și cea explozivă au o bază comună. Unii cred că ele au mecanisme distincte, în timp ce alții sugerează că diverse tipuri de durere sunt manifestarea unui spectru continuu de cauze similare. În anii 1970, J.W. Lance a tratat zece pacienți cu dureri de cap provocate de hipertensiune, nelegate de activitatea sexuală. Șapte din pacienți au avut durerea în locuri similare și în același mod atunci când au făcut sex, ceea ce a dus la teoria că mușchii contractați sunt răspunzători pentru durerile sexuale. Unii din pacienții nu au îndeplinit criteriile IHS pentru durerile asociate cu activitatea sexuală, pentru că durerile lor de cap nu au avut loc numai în legătură cu activitatea sexuală.

Cauza precisă a durerii explozive este la fel de neclară. Se poate invoca drept origine schimbarea survenită în corp o dată cu apogeul sexual. La apropierea orgasmului, are loc creștere a tensiunii sanguine, cu o

dilatare bruscă a vaselor de sânge și o creștere a fluxului de sânge furnizat de inimă. Uneori, aceste schimbări duc la o creștere trecătoare a tensiunii sanguine intracraniene.

Tratamentul cu propranolol a avut succes în unele cazuri (propranololul este eficient împotriva migrenelor). La 23% din pacienții cu dureri de cap sexuale de tip exploziv s-au descoperit antecedente de migrenă. 11% aveau antecedente în familie, iar 28% aveau antecedente fie personale, fie familiale.

**Tratamentul.** Propranololul a constituit tratamentul cel mai eficient, în doze de 40 până la 200 de miligrame pe zi. S-au folosit și Bellergeral S și ergotamina tartrat. Durerea de cap poate fi evitată sau diminuată semnificativ prin administrarea orală sau rectală de ergotamină, cu aproximativ treizeci de minute înainte de orgasm. Indometacinul (50 mg) administrat după cină a obținut un succes limpede la 80% din pacienții cu dureri asociate cu activitatea sexuală.

**Sexul ca metodă de diminuare a durerilor de cap de tip migrenă.** James Couch și Candice Bears au studiat posibila ușurare a migrenelor intermitente prin contacte sexuale la cincizeci și șapte din pacienții lor căsătoriți. 27% din acest grup au obținut o oarecare ușurare a migrenei prin actul sexual. Unii pacienți au avut doar o ameliorare trecătoare, durerea încetând doar timp de o oră sau mai puțin. 5% din pacienți au raportat că actul sexual le agravează durerile de cap.

## **Operația de schimbare de sex** Vezi HERMAFRODIȚII; TRANSSEXUALITATEA.

## **Discriminarea sexuală** Vezi SEXISMUL; HĂRȚUIREA SEXUALĂ.

## **Sexul în timpul sarcinii** Vezi SARCINA ȘI SEXUL.

**EDUCAȚIA SEXUALĂ** Educația sexuală modernă cuprinde întregul spectru de informații științifice și atitudini culturale și învățături implicite în starea de a fi bărbat sau femeie sau în a deveni bărbat sau femeie. Ea include și informațiile așteptate astăzi cu privire la fiziologia sexuală și reproducerea umană, ca și toate învățăturile sexuale — formale, verbale și chiar non-verbale — căpătate prin experiență începând cu nașterea, de-a lungul întregului ciclu al vieții.

Educația sexuală a fost considerată pe vremuri educația în vederea contactului heterosexual și a procreării, deși în unele licee și în armată scopul ei principal era să evite bolile venerice. Această educație se concentra asupra anatomiei genitale feminine și masculine, informațiile despre cum ajung ovulele sau spermatozoizii la locul potrivit și la timpul potrivit fiind foarte sărace. De asemenea, nu rezulta deloc modul în care evoluează embrionul și nici stadiile sarcinii în urma căreia rezultă o nouă viață. Multe „manuale” de sex timpurii aveau ca titluri variații pe tema „sex fără frică”, referindu-se la frica foarte reală care rezultă din ignoranța în sex, în special ignoranța feminină, deși bărbații erau adesea la fel de ignorați în problemele sexuale.

Deși mulți părinți speră că orele de educație sexuală din școală îi vor scuti de povara unei misiuni destul de jenante, pentru care sunt destul de prost pregătiți, ei ar trebui să accepte faptul că, într-un fel sau altul, toți părinții sunt și educatori sexuali. Educația sexuală începe, evident, în copilărie, ca produs al emoțiilor și atitudinilor părinților, comunicate prin interacțiunile cu noul-născut. Cunoștințele științifice sunt întărite la cei

care au frați și surori mai mici, sau care își asumă răspunderea schimbării unui scutec — chiar și copiii foarte mici par să se bucure de joaca lor cu organele genitale proprii. Judecând după zâmbete și murmurele de plăcere, se pare că plăcerea este foarte mare.

În ciuda plăcerii pe care par să o încerce copiii lor, mulți părinți par să fie jenați de acest comportament și încearcă să determine copilul să înceteze. Foarte probabil, prima învățătură morală și educațională pe care o primim în legătură cu sexul e legată de MASTURBAREA din copilărie. Unii părinți vor plesni puternic copilul peste mână și îi vor spune cu fermitate că este ceva rău pentru el. Alții vor încerca să distragă atenția copilului spre altceva, oferindu-i o jucărie sau hrană. Unii părinți pot să ducă la extrem acest comportament, legând copilul cu scutecul sau cu păturile, astfel încât acesta să nu ajungă la sursa de plăcere. În toate aceste cazuri există impresii și asociații care pot să aibă un efect pe termen lung asupra dezvoltării emoționale a copilului și pot chiar să ajungă până în anii vârstei adulte. Astfel, primul și cel mai important aspect al educației sexuale pe care al trebui să îl învețe un copil ar trebui să fie că nu este rău și nici nesănătos să îți atingi sau să-ți explorezi organele genitale și nici alte părți ale corpului. Mai târziu, copilul poate să învețe normele culturale, între care și aceea a nevoii de intimitate în ceea ce privește problemele sexuale.

Pe măsură ce copilul devine o ființă socială și se raportează la cei asemenea lui, educația sexuală va continua fie din partea părinților, fie a profesorilor, fie a altor copii. Deoarece copiii de toate vârstele sunt din fire foarte curioși în privința sexului, nu există nici o cale ușoară prin care părinții să evite educația sexuală. Părinții trebuie să decidă dacă doresc să renunțe la această răspundere și să lase în seama străinilor educația sexuală, sau dacă să învețe să rezolve necesitățile copiilor lor în această privință. Cei mai mulți părinți înțeleg că cel puțin o parte din educația aceasta va cădea oricum în seama lor și că nu pot să lase toată instruirea pe seama școlii, pentru că cele mai multe sisteme școlare evită cu grijă să meargă dincolo de biomecanica reproducerii, de transmiterea bolilor și de alte fapte acceptabile ale „igienei sociale”, refuzând să intre în zonele mult mai controversate ale MORALITĂȚII SEXUALE și ale răspunderii în luarea deciziilor.

Conținutul educației sexuale, ca și scopurile ei specifice, sunt în mod necesar legate de vârsta copiilor. Ceea ce îi trebuie unui copil de șase ani să știe în materie de sex în mod sigur nu este suficient pentru un copil pre-adolescent. Dar la toate vârstele educația sexuală dată de părinți (ca și de școală) trebuie să ia în seamă nu numai faptele legate de reproducere, ci și acelea legate de luarea de decizii potrivite respectivei vârste, pentru a ajuta copiii să ia decizii morale și responsabile și să facă față încărcăturii emoționale și consecințelor întâlnirilor de natură sexuală. Dacă sunt doar bine intenționate și nu sunt bine orientate, eforturile părinților pot să echivaleze educația sexuală cu o listă de interdicții, care probabil nu vor ajuta copiii sau adolescenții să devină responsabili și în mod sigur nu vor mări respectul de sine al unui tânăr și nici credința că el sau ea este un copil iubit și în care se are încredere.

La cel mai jos nivel al copilăriei, de la naștere la doi ani, un părinte nu poate să învețe prea multe un copil despre sex. Scopul lui este mai degrabă să nu învețe copilul să asocieze penisul sau vaginul cu ceva rău sau murdar. Este prea devreme chiar și să înveți copilul că masturbarea poate fi acceptabilă dacă se face în intimitatea camerei copilului. Mai târziu (între trei și șapte ani), copiii prezintă un mare interes pentru sex și pun multe întrebări pe tema lui. Părinții au ocazia să ajute copiii să-și construiască un sistem de cunoștințe și o încredere în sine, furnizându-le răspunsuri clare și adecvate, folosind terminologia corectă și nu eufemisme care adesea

distorsionează informația și îi încurcă pe copii. La întrebări trebuie să se răspundă direct și la un nivel la care copilul este capabil să înțeleagă fără să facă prea complicat subiectul și fără să-i dea o aură de mister sau de tabu. Curiozitatea copiilor în privința sexului este normală și comună în acest stadiu, iar educația lor sexuală ar trebui să reflecte întrebările puse de copil.

Copii pre-adolescenți (între opt și doisprezece ani) sunt de obicei mult mai timizi atunci când le pun întrebări despre sex părinților și adesea vor recurge pentru informare la cei de vârstă lor. În loc să permită copilului să capete informații eronate și posibil dăunătoare, părinții pre-adolescenților ar trebui să fie foarte amabili și să se asigure că ei vor primi informațiile potrivite pentru vârstă lor. Pentru părinții care nu știu sigur care dintre informații sunt necesare pre-adolescenților și cum li se pot furniza acestora, pediatrii și bibliotecarii pot sugera un număr de cărți aduse la zi.

Schimbările corporale suferite de tineri și de tinere la sfârșitul acestei perioade — fetele încep să le crească sânii, iar ambele sexe încep să aibă păr pubian — pot să îi facă pe copii conștienți de sine și pot crea probleme în dezvoltarea unei sexualități sănătoase. Acest lucru este valabil în special pentru că aceste cauze sunt asociate adesea cu începutul unor impulsuri sexuale puternice. Este un moment foarte important, în care părinții pot să-și ajute copiii să înceapă să aibă noțiuni de sexualitate sănătoasă și să învețe să-și accepte propriul corp. Începutul sau amplificarea masturbării din această perioadă, atât la băieți cât și la fete, poate să ducă la întrebări despre ce este „normal” și ar trebui să fie una din problemele abordate de părinți. Întrebările despre cât de adecvată și în ce măsură este activitatea sexuală și cât de departe trebuie să mergi la o „întâlnire” pot să apară tot în această perioadă, grupul celor de vârstă lui devenind cel mai important centru de referință pentru copil. Părinții viitorilor adolescenți ar trebui să se ocupe de problemele de valoare și morale și de relații, ca și de comportament. Este un moment important pentru a aborda acest aspect al deciziei sexuale, pentru că în timpul adolescenței (aproximativ între treisprezece și nouăsprezece ani) cei mai mulți adolescenți trec, într-un anumit grad, la o activitate sexuală, de la masturbarea reciprocă la contactul sexual propriu-zis. La începutul sau chiar la mijlocul perioadei adolescenței, copilul nu cunoaște nici „viața” și nici importanța CONTROLULUI NAȘTERILOR și nici nu posedă standardele morale pentru luarea unor decizii responsabile, care trebuie învățate cel mai bine în pre-pubertate, pentru că altfel va fi prea târziu pentru ca adolescentul să evite probleme foarte serioase.

Totuși, mulți părinți vor face greșeala răspândită de a crede că își ajută copilul să primească o bună educație sexuală, cuplată cu valori morale solide și cu simțul răspunderii dacă îl învață pe copil să spună „nu”. Interdicțiile răspicate (și este foarte greu să le impui altfel) nu pot înlocui un simț moral serios la copil și nici nu-l pot determina să ia decizii în problemele sexuale. Dacă părinții vor să-și asume rolul de educatori sexuali ai copiilor, ei trebuie să fie mai conștienți de sexualitate în general și să nu se bazeze doar pe experiențele lor personale.

O problemă permanentă a educației sexuale din America este aceea că autoritățile locale nu o pot impune întotdeauna în programa școlară, de obicei în ideea că va urma o furtună politică. Educația sexuală a copiilor de școală este apărată de cele mai multe organizații profesionale ale pedagogilor, dar și de Asociația Medicală Americană, de Consiliul Național al Bisericilor, de Consiliul Sinagogilor din America și de Conferința Catolică din Statele Unite. Pe de altă parte, există o minoritate restrânsă ca număr dar foarte bine organizată care se opune educației sexuale în școli. Aceștia cred că educația sexuală ar trebui să fie produsul instituțiilor familiale

și religioase, părere laudabilă, dacă studiile nu ar fi arătat că nici familiile și nici instituțiile religioase nu sunt întotdeauna echipate sau dispuse să își asume acest rol. În general, tribunalele au stipulat că educația sexuală este o parte legală a programei școlilor publice și că nu afectează libertatea religioasă a părinților mai mult decât învățăturile despre evoluția prin selecție naturală. În ciuda deciziilor tribunalelor, obiecțiile religioase au rămas bariera cea mai impenetrabilă împotriva educației sexuale în școlile publice. Aceasta înseamnă că, deși statele permit sau chiar impun ore de educație sexuală, adesea lipsește discuția despre relația dintre comportamentul sexual și morală și valori. În alte state, orele de educație sexuală exclud orice discuție pe teme de moralitate, pe motiv că problemele și valorile morale sunt răspunderea părinților. Cei mai mulți educatori cred, totuși, că ignorarea valorilor și a moralității în orele de educație sexuală pot să încurce copiii și să creeze impresia că sexul poate și trebuie separat de moralitate și valori. În lumina sentimentelor puternice ale multor grupuri religioase și etnice din comunitățile americane, această controversă poate să devină foarte complexă pentru educatori și pentru consiliile școlilor, dar nu trebuie ignorată (vezi și **SEXUALITATEA COPIILOR; ADOLESCENȚII ȘI SEXUL**).

**SEXUL ÎN MAS-MEDIA** Sexul și artele vizuale erotice fac de multă vreme parte din mass-media, existând mult exemple de pornografie încă din epoca glacială și picturi de nuduri și erotice în Grecia și Roma Antică. Artă erotică se găsește peste tot pe glob, de la artefactele precolumbiene și până la statuile și picturile din templele indiene ( vezi și **ARTA ȘI LITERATURA EROTICĂ**).

Totuși, abia o dată cu inventarea fotografiei în secolul nouăsprezece reprezentările sexuale ale corpului uman au început să se răspândească în societățile occidentale. A crescut posibilitatea unui acces larg la subiecte cu miez sexual în primii ani ai secolului douăzeci, o dată cu apariția cinematografului. Oricât ar fi de erotică o statuie, o pictură sau chiar o fotografie, ele nu se pot compara cu ceea ce a devenit posibil cu nașterea cinematografului. Actul sexual nu este sedentar, ci un lucru plin de mișcare. De la prima mângâiere la zvârcolile pasiunii, sexul este uniunea a două corpuri în mișcare. Camera de luat vederi a fost repede utilizată pentru a demonstra aceste posibilități.

Așa cum lumea picturii s-a împărțit de mult în piețe legale și piețe subterane, așa a fost cazul și cu filmele. Oricât de rapidă ar fi fost evoluția noilor tehnici cinematografice pentru uzul maselor, cei care aveau drept afacere prezentarea explicită a sexului le-au urmat îndeaproape. Primele filme au fost doar scurte aventuri și se puteau vedea la aparate cu fise, la care beneficiarul dădea el însuși din manivelă. Aceste vizionări costau doar un bănuț, dar dacă voiai să ajungi până la capăt și să vezi, de pildă, un orgasm, trebuia să furnizezi mașinii mai multe monede.

Pe măsură ce filmele au evoluat și a apărut proiectorul, filmele explicit sexuale s-au mutat în camerele din spate, pline de fum, ale barurilor și cluburilor private. Aceste filme erau adesea rulate în grabă, iar bărbații purtau măști sau ciorapi peste față. Adesea, spectatorii trăiau că spaima că poliția va intra în orice clipă.

Anii au trecut, filmele pornografice au trecut la o calitate superioară, dar genul a rămas tot scurt, fără intrigă și fără un dialog și un joc decent. Industria a avut o scurtă perioadă de renaștere în 1973. În acel an au fost turnate trei filme esențiale, anume *Behind The Green Door* și *The Devil in Miss Jones*, cu Marilyn Chambers și *Deep Throat*, cu Linda Lovelace. Mai târziu, Linda Lovelace avea să își retragă entuziasmul pentru film, susținând că a fost obligată să îl filmeze. Conform obiceiului, de la aceste filme nu s-a așteptat mare lucru, dar ele

au devenit brusc populare, cuplurile dorindu-și să le vadă împreună. A fost prima dată când femeile au fost văzute într-un număr oarecare la spectacolele cu filme pornografice. Dar în 1973 Curtea Supremă a emis o regulă care permitea ca asemenea filme să poată fi văzute în comunități mai liberale, ca New-York-ul, și să fie interzise în altele, mai conservatoare. Ceea ce a adus cu adevărat arta erotică la îndemâna maselor a fost apariția video-ului.

O dată cu apariția video-ului, oricine putea să vadă filme explicit sexuale în intimitatea sufrageriei proprii. Pe lângă că acest lucru făcea MASTURBAREA mult mai ușor de integrat în procesul vizualizării, a crescut imens și numărul de femei care se uitau la asemenea filme. În ciuda micului salt statistic adus de *Deep Throat*, cele mai multe femei nu și-ar fi dorit să fie văzute într-un cinematograful în care rulau filme pornografice. Dar să privești un film în propria casă, în liniște, este altceva. Magazinele de casete video au arătat că femeilor nu le este rușine să închirieze acele filme. Într-adevăr, unele probabil că au descoperit că urmărirea împreună cu soții a acestor filme le asigură o noapte de sex intens. Cele mai multe filme pornografice au rămas la rețeta clasică, dar noi producători, între care și femei, au încercat să aducă o intrigă, o acțiune, sau chiar IUBIRE ROMANTICĂ, o schimbare pe care cele mai multe femei o consideră mult mai nimerită decât sexul pur și simplu.

Deși se poate spune că au devenit populare, filmele porno sunt totuși privite doar de o mică parte a populației. Ceea ce a schimbat semnificativ situația este integrarea sexului în filmele din curentul principal și în programele de televiziune, ceea ce a făcut pe mulți să se întrebe dacă nu cumva într-o zi distincția între porno și restul filmelor va dispărea.

Lumea filmelor mute poate să pară curată spectatorilor de azi, dar aceste filme au fost pe vremuri îndrăznețe. Chiar și un lucru banal era îndrăzneț. Unul dintre primele filme, din 1896, se numește *Sărutul* și chiar asta era: un sărut între două persoane îmbrăcate și obișnuite. Începea destul de stângaci și dura doar câteva minute, dar pentru public a fost ceva foarte îndrăzneț. Era un act intim care era prezentat tuturor, în schimbul unui bănuț.

Actorii și actrițele filmelor mute comunicau prin expresii faciale exagerate și prin limbajul corporal. În ciuda nevoii de a se supune standardelor comunității, care cereau ca într-un dormitor cel puțin unul dintre parteneri să țină cel puțin un picior pe podea, vampe ca Mae West și Theda Bara, bărbați fatali în frunte cu Rudolf Valentino și chiar mai „nevinovatele” lor compatrioate, ca fetele lui Mack Sennett emiteau o senzualitate care atrăgea masele în săli. Ca și în cazul pictorilor renascentiști, o scuză pentru scenele sexuale a fost că se prezintă scene din trecut. D.W. Griffith a făcut acest lucru în *Intolerance* (1916), în care prezenta scene de orgii din Sodoma și Gomora.

În jurul lui 1930 se naște o altă eră. Așa cum fetele moderne ale anilor 1920 au schimbat societatea în ansamblul ei și filmele vorbite au adus un adevărat val de sexualitate în industria cinematografică. La începutul anilor 1930, multe filme aveau subiecte sexuale explicite: dacă nu erau nuduri, atunci cel puțin era multă piele dezvelită. Regizorii foloseau orice truc pentru a le scoate din haine pe Jean Harlow, Joan Crawford, Greta Garbo, Marlene Dietrich, Bette Davis și Barbara Stanwyck. Temele acestor filme includeau prostituția infantilă, legătura sexuală și femei care își fac drum spre vârf prin farmecele lor sexuale, mutilări, băutură, fumat etc.

Această tendință alarmantă a condus la apariția Codului Producătorului din Hollywood, sau Codul Hayes, un plan de auto-cenzură pentru toată industria cinematografică, precursorul codurilor MPAA de astăzi. Codul interzicea prea multă piele dezvelită și în special acte sugestive cum ar fi „sărutul excesiv și prea senzual,

îmbrățișări senzuale, posturi și gesturi sugestive”. Toți actorii erau obligați să fie adecvat îmbrăcați și chiar și când scenariul obliga personajele să se angajeze într-o activitate interzisă, cum ar fi adulter sau sex premarital, ultima bobină trebuia să arate că în cele din urmă s-a făcut dreptate și făptașii au fost pedepsiți.

Datorită faptului că Europa nu avea asemenea restricții, primele scene nude dintr-un film comercial au apărut de cealaltă parte a Atlanticului. Cel mai faimos dintre acestea a fost probabil un film din 1933, din Cehoslovacia, numit *Extaz*, în care apărea nudă Hedy Lamarr. În vreme ce producătorii de film din Statele Unite multă vreme nu s-au bucurat de atâta libertate, a existat o excepție: sâni negreselor care reprezentau băștinașele africane. Așa cum *National Geographic* a prezentat fotografii cu nuduri înaintea oricărei alte reviste, „documentarele” care prezentau băștinașe goale nu au fost niciodată cenzurate, dar ambele sexe au avut întotdeauna șoldurile acoperite.

Europenii au continuat să preseze și unul dintre filmele care au cauzat o revoluție în domeniu a fost *Și Dumnezeu a creat femeia*, al lui Roger Vadim, având în rolul principal o nouă ingenuă, Brigitte Bardot. Publicul european se înghesuia să vadă aventurile erotice ale lui Brigitte Bardot. Dar chiar dacă trupul ei era gol (văzut din față în versiunea franceză, dar nu și în cele rulate în America), iar ea își săruta partenerii, Roger Vadim a avut grijă ca ea să țină picioarele strânse.

Tribunalele au făcut ca nici o bucată de piele europeană să nu apară pe ecranele americane, statuând că filme ca *La Ronde* al lui Max Ophul sau *Les Amants* al lui Luis Malle sunt obscene și deci trebuie interzis importul lor în țară. Dar, deși nuditatea era interzisă, sexul a făcut cu siguranță o importantă parte din scena filmelor americane, în special în anii lui Marilyn Monroe, al lui James Bond (cu Sean Connery) și în filmele de plajă. Abia în 1966, o dată cu abolirea Codului Hayes, nudul s-a întors în curentul cinematografic principal din America, copiind ceea ce în reviste apăruse de mult, sub forma nudurilor din *Playboy-ul* lui Hugh Hefner.

În 1957, Curtea Supremă a respins ideea că obscenitatea ar trebui protejată, conform Primului Amendament. După judecătorul William Brennan, pornografia era „fără nici cea mai mică importanță socială”. Abia peste nouă ani Curtea Supremă avea să-și schimbe părerea, enunțând că, dacă nu se dovedesc anumite elemente, între care că tema dominantă a materialului atacă interesul publicului și nu avea nici o valoare socială, atunci materialul nu se consideră obscen. În 1973, Curtea Supremă a adăugat că se poate determina obscenitatea dacă „opera, luată global, este lipsită de valoare artistică, politică sau științifică”. Cu toate acestea, poarta fusese deja larg deschisă.

În conformitate cu ceea ce se întâmpla în tribunale și în societate, și industria cinematografică a trecut la propriile schimbări. Codul Hayes a fost înlocuit cu sistemul de evaluare MPAA. În loc să se interzică nuditatea și activitățile sexuale, ele erau doar clasificate. Cele mai explicite filme primeau un X, acum înlocuit prin NC-17. Unele cinematografe s-au transformat rapid, prezentând numai filme explicite sexual. Multe au folosit sistemul de rating pentru a face publicitate filmelor cu conținut erotic, aplicând o etichetă proprie: XXX.

Companiile cinematografice în căutare de profituri cât mai mari au considerat că X sau NC-17 înseamnă moartea filmului și de aceea indicele R este cel care a readus sexul în filmele curentului principal din America. *Un cowboy la miezul nopții* a fost primul film american care a primit indicele X, dar a fost repede re-montat, pentru a-și putea căpăta respectabilul R, ajungând unul din filmele de mare succes ale anului și cucerind și un Oscar. *I am Curious Yellow/Blue* (1967) a fost cu adevărat primul film cu distribuție mare din

America în care se arătau explicit organele genitale masculine și feminine. Mesajul principal al filmului, în esență un atac la adresa statului social suedez, a fost probabil omis de publicul american, care se-a dus să vadă ceva ce nu se mai văzuse până atunci pe ecrane. Filmul din 1973 al lui Bernardo Bertolucci *Ultimul tangou la Paris* a fost primul film X cu un star important, Marlon Brando, deși, pentru a avea o audiență mai largă, a fost tăiat și distribuit în versiunea R. El a fost și cel mai explicit film al unui mare producător de la Hollywood, anume casa United Artists.

În fiecare an, un nou film încălca alt și alt tabu. A fost cazul sexului din *Blow Up*, din 1966, Raquel Welch în rolul unui travestit în *Myra Breckinridge* (1970), grupul de patru dintr-un dormitor din *Bob and Carol and Ted and Alice* (1970), sex violent în *A Clockwork Orange* (1971), sex blând în *The Summer of '42* (1971), *Harlow and Maude*, cu George Seegal în fundul gol (1971), sex animat în *Fritz the Cat* (1972), verii adulterini din *Cousin Cousine* (1975), Brooke Shield în calitate de prostituată minoră în *Pretty Baby* (1978) și revoltătorii homosexuali din *La Cage Aux Folles* (1979).

În timp ce în domeniul cinematografic barierele cădeau una după alta, televiziunea rămânea mai degrabă cuminte. Ca mediu care ajungea în toate casele, era disponibilă și adulților și copiilor. Chiar și cuplurile căsătorite, cum ar fi Mary Tyler Moore și Dick van Dyke din *Dick van Dyke Show*, dormeau în paturi separate. Dacă un gen își poate asuma meritul că a spart niște bariere, atunci acela este cel al telenovelei, în special cele de noapte, cum ar fi *Dallas* și *Falcon's Crest*. Dar televiziunea nu va merge mai departe câtă vreme va rămâne strict un mediu radio. Apariția video-ului și a cablului TV au fost instrumentele de schimbare a ei.

Cum deja am remarcat, video-ul a permis chiar vizionarea unor filme pornografice pe ecranele de acasă, ca și împlânzitorul filmelor R care nu puteau fi prezentate la televiziune în varianta integrală. Apoi a venit cablul și în vreme ce filmele X erau de obicei tăiate la R, filmele pentru adulți au devenit unul din principalele motive pentru ca oamenii să se aboneze la canale de tip HBO și Cinemax, chiar dacă privitorii erau nevoiți să plătească în plus ca să le primească (și unele orașe mai mari din America au avut probleme cu emisiuni cu nuduri pe posturile publice, deși nu a fost un fenomen prea răspândit).

O dată cu video-ul, sexul ajunge în toate casele și era firesc ca televiziunile să riposteze, și să încerce să-și recupereze telespectatorii pierduți. *N.Y.P.D. Blue* este primul serial TV care prezenta bărbați și femei goi și folosea cuvinte care nu mai fuseseră auzite vreodată în televiziune. Neîndoios, primul dintr-o lungă serie.

Alt mediu în care sexul are o vertiginoasă ascensiune e cel al calculatoarelor. Îndată ce modemul a făcut posibilă comunicație între calculatoarele personale prin liniile telefonice, o parte din aceste comunicații a fost dedicată sexului. Unele din comunicațiile sexi dintre cei de la tastatură erau de amatori, dar altele sunt profesionale, cu nume ca EROSLink. Oamenii își dactilografiază toate fanteziile pe care cei de la capătul celălalt vor să le vadă și pentru care plătesc.

O dată cu ecranele color, computerele au devenit altă cale de a prezenta fotografii sexi. Discurile sunt ușor de multiplicat, fie de către firmele mici, fie de jucători vechi din domeniu, cum ar fi *Penthouse*. Cu apariția CD-ROM-urilor, pe un disc s-a putut scrie tot mai multă informație. Inclusiv fotografii și filme. De aceea, tot mai mulți au adăugat la calculator o unitate CD-ROM. Cei interesați de sexul pe computer își aveau deja propria lume, cu buletine, cu reviste și chiar cu propriul limbaj, cu termeni cum ar fi „cybersex”. Acum câțiva ani, ideea că atâți oameni vor căuta sexul virtual în loc de sexul real ar fi părut de neconceput, dar din cauza SIDA și din alte motive

mulți oameni sunt prea înfricoșați să întâlnească un partener real și preferă siguranța companiei virtuale (vezi și SEXUALITATEA COPIILOR; ARTA ȘI LITERTURA EROTICĂ; OBSCENITATEA; PORNOGRAFIA).

**ROLURILE SEXUALE** Rolurile prescrise de societate — lucrurile pe care oamenii le fac în mod normal — și care sunt considerate potrivite pentru bărbați și femei în privința sexului se numesc roluri sexuale. Cultura fiecărei societăți definește în mod tipic rolurile femeilor și bărbaților, așa cum le consideră societatea, „naturale”. Rolurile sunt comunicate non-formal, dar foarte viguros, de la o generație la alta, prin familie, mediile de informare și instituții cum ar fi școala și biserica; adesea, ele sunt incluse chiar în legile țării. (De exemplu, în trecutul recent, legile americane le interziceau femeilor anumite meserii, cum ar fi mineritul la suprafață, considerat prea periculos pentru ele.)

Totuși, deși unele roluri sunt aproape universale — cum ar fi rolul de mamă al femeii și cel de soldat pentru bărbat — alte roluri asociate cu femeile și bărbații pot să varieze după societate sau după epoca istorică. Astfel, în Statele Unite anumite ocupații, cum ar fi aceea de secretar sau de învățător la școala primară, sunt privite în mod obișnuit ca fiind pentru femei, deși în trecut erau meserii eminamente bărbătești!

Astăzi se face o distincție între *rolurile sexuale*, care se referă la activități determinate biologic, cum ar fi acela de mamă care alăptează sau cel de donator de spermă, și *rolurile de gen*, care sunt construite social (cum ar fi acela de a defini munca de avocat sau de instalator ca strict masculine, în vreme ce la grădiniță nu sunt decât educatoare).

Adesea, este dificil pentru oamenii dintr-o societate să creadă că în alte societăți există alte distribuiri ale rolurilor de gen. Astfel, dentiștii, aproape toți bărbați în America, în Danemarca și în alte țări sunt aproape exclusiv femei. La fel, majoritatea avocaților și contabililor din multe țări est-europene sunt femei, iar peste 75% din medicii din fosta Uniune Sovietică sunt femei.

În mod tipic, rolurilor sexuale li se atașează și anumite așteptări, care specifică faptul că o persoană într-un anumit rol are un comportament preferat, considerat corect. Atunci când un individ își exprimă comportamentul preferat, el sau ea primește un premiu sub forma aprobării societății; atunci când un individ sfidează convențiile sociale și se comportă într-un fel considerat deviant sau inadecvat, comportamentul este dezaprobat și el sau ea este pedepsit într-un mod oarecare.

Astfel, o femeie care devine inginer poate fi privită ca o persoană care și-a asumat un rol deviant pentru sexul ei, iar dacă în plus ea acționează dominant și agresiv este privită ca violând regulile de comportament așteptate din partea unei femei. (Încercând să explice un asemenea caz, mulți vor spune că femeia „vrea să se comporte ca un bărbat”.) Și bărbații se vor lovi de dezaprobarea socială atunci când își vor asuma un rol ocupațional privit ca strict feminin (poate soră medicală, sau operator telefonic) sau dacă joacă roluri bărbătești dar de o manieră privită ca feminină.

Toate societățile impun norme generale de comportament (adică ceea ce este privit drept normal) pentru bărbați și femei și norme specifice pentru rolurile lor în diverse sfere sociale, cum ar fi ocupațiile sau familia. Dar, în ciuda așteptărilor tradiționale, descoperim tot mai mult că bărbații și femeile sunt capabili de o gamă largă de tipuri de comportament, atât în dormitor, cât și în lumea de afară (vezi și ANDROGINIA; GENUL).

**SUROGATELE SEXUALE** Persoane, atât bărbați cât și femei, care servesc drept parteneri sexuali ca parte a terapiei sexuale, sub supravegherea unui terapeut. Funcția lor este aceea de a învăța clienții și de a-i ajuta să facă exercițiile care să le mărească sensibilitatea corporală. De asemenea, surogatele ajută bărbații să își controleze momentul ejaculării și femeile să capete funcționalitatea orgasmică. Unii terapeuți au încetat să mai folosească surogate sexuale, pentru că clienții începuseră să se lege afectiv de ele. În plus, în multe state federale și țări străine folosirea surogatelor sexuale poate fi considerată ilegală, din cauza legilor care interzic

**PROSTITUȚIA:** de obicei, surogatele oferă sex într-o măsură oarecare clientului și sunt plătite pentru acest lucru. Totuși, există un număr mic de terapeuți de mare clasă și de înaltă ținută care susțin că folosirea surogatelor sexuale este de mare valoare practică pentru unii clienți singuri.

**TERAPIA SEXUALĂ** Deși suntem în mod cert mult mai deschiși în privința sexului decât străbunii noștri din epoca victoriană, iar studiile arată că probabil că începem viața sexuală mai devreme, că sexul este mai variat și cu mai mulți parteneri decât la generațiile trecute, tot cert pare și faptul că nu suntem scutiți de o totală necunoaștere în problemele sexuale. Studiile au arătat că majoritatea adulților, atunci când sunt întrebați, susțin că au avut perioade când au avut probleme cu dorința sexuală, cu performanțele sau cu reacțiile sexuale (vezi **DISFUNCȚIILE SEXUALE LA FEMEI; DISFUNCȚIILE SEXUALE LA BĂRBAȚI**). Dr. William Masters, marele pionier al terapiei sexului în Statele Unite, credea că cel puțin 50% dintre americani — singuri sau căsătoriți — au avut și vor avea dificultăți sexuale într-un anumit moment al vieții lor.

Terapiile sexuale moderne se bazează pe informația științifică apărută după prima cercetare pe scară largă asupra practicilor și comportamentului sexual al americanilor, efectuată de dr. Alfred C. Kinsey în anii 1940, de Masters și dr. Virginia E. Johnson începând cu anii 1950 și de dr. Helen Kaplan începând cu anii 1960. Cercetarea științifică mai veche și teoriile doctorului Sigmund Freud s-au centrat pe grupurile din clasele de mijloc din Germania și Franța antebelice și mare parte din ele își au rădăcinile în viziunea rigidă din acele vremuri. De exemplu, Freud și mulți din colegii lui credeau că femeile sunt și ar trebui să fie pasive sexual și că ar trebui să ajungă la orgasm în principal prin eforturile bărbatului. Tot ei credeau că femeile care arată un interes prea viu pentru sex ar trebui clasificate ca deviate sau chiar ca nimfomane — un termen care a căzut de mult în desuetitudine, datorită implicațiilor lui peiorative. Astăzi, vedem lucrurile cu totul altfel.

Spărtura esențială care a dus la știința modernă a sexului a fost opera lui **MASTERS ȘI JOHNSON** (care au ajuns să fie cunoscuți sub acest nume colectiv), care ne-au oferit primele informații despre comportamentul și reacțiile sexuale umane în condiții de laborator autentice. Ei au studiat aproape șapte sute de bărbați și femei timp de peste zece ani, observând și analizând mai mult de zece mii de episoade sexuale. Subiecții, care au fost plătiți pentru contribuția lor la cercetări, au fost filmați și supravegheați cu instrumente medicale sensibile în timpul experiențelor. Unele dintre femei au fost chiar filmate în interior înainte și după **ORGASM**, cu ajutorul unor camere minuscule conținute în **FALUSURI ARTIFICIALE** introduse în vaginurile lor. Aceasta ne-a dat primele — și foarte viile — imagini a ceea ce se întâmplă cu adevărat în interiorul unei femei atunci când aceasta face sex. Imaginile au fost legate de date medicale precise, ca pulsul cardiac, presiunea sanguină și alte măsuri importante în acel moment al experienței. Studiul lui Masters și Johnson, publicat în 1966, a furnizat bazele științifice pentru mare parte din progresele din terapia sexului din anii care au urmat.

Terapeuții sexului de astăzi au construit pe baza acestor date și pe a altor descoperiri, ajungând la o metodă eficientă de tratament care se concentrează pe ajutorarea persoanelor sau cuplurilor să treacă peste problemele lor și să obțină o împlinire sexuală într-un mediu liber. Deși unele din lucrările inițiale despre terapie, inclusiv ale lui Masters și Johnson, implică folosirea SUROGATELOR SEXUALE, adică parteneri sexuali antrenați, folosirea acestora a fost în mare parte abandonată din motive legale și etice. Terapeuții sexului de astăzi se concentrează mai mult asupra muncii cu persoanele și cuplurile cu probleme, ajutându-le să își rezolve singure problemele, sau împreună cu partenerii. Este în mare parte o vindecare prin discuții.

Cele mai obișnuite probleme sexuale întâlnite de americani (dar nu în mod necesar cea pentru care se cere ajutor) pare să fie LIPSA DE INTERES SEXUAL. Problemele legate de performanțele sexuale sunt mult mai apte să tulbure oamenii — în special persoanele aflate în relații active — și mult mai pasibile de a ajunge să fie discutate cu un terapeut. Din fericire, aceste probleme de performanță sexuală sunt ușor de diagnosticat și pot fi la fel de ușor tratate în calitate de dorință inhibată. La bărbați, cele mai comune probleme de reacție sexuală includ ANXIETATEA ANTICIPATIVĂ, ejacularea prematură și DIFICULTĂȚILE ERECTILE. La femei, problemele cel mai des raportate includ ANORGASMIA, dificultățile orgasmice și contactele sexuale dureroase.

Cum procedează cineva care vrea să primească ajutor de la un terapeut de încredere? Există trei căi principale: se alege un terapeut certificat de Asociația Americană a Educatorilor, Consilierilor și Terapeuților Sexuali, cu adresa 11 Dupont Circle, NW, suite 220, Washington DC, 20036; se contactează cel mai apropiat spital universitar și se cere o recomandare; sau se întreabă doctorul de familie sau alt profesionist a cărui competență o respectați. Terapeuții moderni ai sexului sunt în cele mai multe cazuri niște profesioniști bine pregătiți și licențiați în psihologie, educație, medicină, psihoterapie sau îngrijire.

Cei mai mulți terapeuți ai sexului lucrează pe o scară tarifară. Cu alte cuvinte, ei vor percepe un tarif dependent în mare parte de cât își permite clientul să plătească. În medie, tarifele pentru terapia sexuală sunt întrucâtva mai mici decât cele percepute de un psiholog clinic. Totuși, terapia sexuală, ca și alte terapii comportamentale este de obicei pe termeni scurt și în general nu trece de douăsprezece sesiuni de câte o oră. Ea se potrivește cel mai bine persoanelor care sunt foarte motivate să se ajute să-și schimbe comportamentul și sunt partenere într-un cuplu stabil. Vârsta clienților nu este un factor determinant, pentru că sunt tratați cu succes oameni de toate vârstele.

Cele mai multe disfuncții sexuale sunt tratate cu succes, dar unele persoane și-ar dori ca un partener sau un iubit homosexual sau bisexual să fie „tratat” și să devină heterosexual. Nu există nici o dovadă că orientarea homosexuală sau bisexuală ar fi cumva alterată prin terapia sexuală sau prin oricare altă metodă terapeutică tradițională. Dar dacă o persoană are îndoieli și angoase în privința propriei identități și orientări sexuale, un terapeut sexual va putea întotdeauna să o ajute să înțeleagă și să accepte ceea ce este, în loc să fie sfâșiată în continuare de conflictul interior.

Pe scurt, aproape orice dificultate sexuală care nu are o cauză fiziologică sau patologică poate fi tratată cu succes, rezultatul fiind o persoană mult mai încrezătoare în ea însăși. Succesul unui tratament de asemenea natură poate chiar să ajute la căutarea unui partener într-o iubire romantică, reducând anxietatea legată de performanțele sexuale proprii.

Un principiu de bază al terapiei sexuale susține că reacțiile sexuale ale bărbaților și femeilor sunt niște funcțiuni naturale, nu educate, în același sens în care un strănut este un proces fiziologic înnăscut. Totuși, inhibarea acestor reacții sexuale naturale poate fi învățată prin comportamente care influențează negativ condițiile care preced aceste reacții naturale. Prin urmare, unul din scopurile principale ale terapiei sexului este să înlăture aceste condiționări și să permită exercitarea funcțiunilor naturale.

Ce face un terapeut al sexului în timpul unor ședințe cu clienții? Pentru ca un terapeut să înțeleagă întreaga natură și profunzime a problemei sau problemelor clientului, trebuie să i se povestească toate antecedentele sexuale ale clientului. Etapa se numește „examinarea stării sexuale”. Totuși, dacă terapeutul sexual este doctor și natura plângerii este mai degrabă fizică decât comportamentală, se va trece la o examinare fizică. Dacă plângerea chiar este de natură fizică (de pildă, durere sau o altă tulburare fizică) terapeutul sexual care nu este și medic va trimite automat clientul la un doctor și va cere să fie informat asupra rezultatelor examinării fizice și asupra oricărui tratament aplicat de medic.

În timpul examinării stării sexuale, terapeutul va încerca să determine disfuncțiile sexuale specifice ale clientului, cauzele acestor probleme, prezența altor probleme care ar putea afecta principalele probleme sexuale, obiectivele terapiei și relațiile clientului, ca și nivelul lui de cunoștințe sexuale.

Sesiunile cu un terapeut al sexului sunt în esență sesiuni de discuții, însoțite de exerciții sexuale specifice efectuate de clienți în intimitatea propriei lor case, pentru a învăța diverse tehnici pentru a aborda diversele aspecte ale vieții lor afectate de performanța lor sexuală. După ce va practica acasă exercițiile recomandate, clientul va raporta rezultatele terapeutului, care ar putea să sugereze modificarea exercițiilor sau trecerea la un stadiu mai avansat al exercițiilor, adecvat problemei specifice a clientului. Cei mai mulți terapeuți ai sexului nu folosesc parteneri sexuali antrenați pentru a ajuta la aceste exerciții. Ei cred că un partener este mai eficient în exercițiile care implică cupluri. În plus, deoarece cei mai mulți terapeuți ai sexului cred că este mai eficient ca ambii parteneri dintr-o relație să fie implicați în terapie, ei vor cere de obicei să se întâlnească și cu partenerul clientului. Unii terapeuți vor lucra împreună cu co-terapeutul care se ocupă de partenerul clientului, pentru că se crede că atunci când fiecare partener are un terapeut de propriul sex comunicarea cu acesta este mai bună (vezi și FREUD, SIGMUND; VIAȚA HOMOSEXUALILOR ȘI A LESBIENELOR; HOMOSEXUALITATEA ȘI TERAPIA SEXULUI; HIPERSEXUALITATEA; KAPLAN, DR. HELEN SINGER; TERAPIA MARITALĂ; SUROGATELE SEXUALE; DISFUNCȚIILE SEXUALE LA FEMEIE; DISFUNCȚIILE SEXUALE LA BĂRBAT).

**SEXISMUL** Discriminarea sau dezaprobarea îndreptată împotriva unor persoane din cauza sexului lor se numește „sexism”, așa cum discriminarea oamenilor pe motive de rasă se numește „rasism”. De obicei, sexismul se bazează pe credința că sexul unei persoane, fie bărbat fie femeie, va interfera cu performanțele ei în anumite roluri sociale, cum ar fi o ocupație sau o poziție importantă într-o corporație, o profesie sau o biserică.

Astfel, persoanele care au puterea în societate sau într-o instituție cred adesea că femeile sau bărbații nu ar trebui să facă o anumită muncă, pentru că sexul i-ar incapacita să efectueze acea muncă optim, sau pentru că alții din cadrul societății se vor înfuria sau nu le va place să îi găsească în anumite slujbe. Femeile s-au lovit de sexism atunci când li s-au refuzat slujbe în industria construcțiilor sau la burse, sau atunci când au fost excluse de la

serviciul militar sau de la promovarea în slujbe de supervizori sau directori. Bărbații se lovesc de sexism atunci când directorii de școală le refuză angajarea ca învățători sau îngrijitori de copii, iar liniile aeriene le refuză statutul de însoțitori de bord (Vezi și ROLURILE SEXUALE; HĂRȚUIREA SEXUALĂ; STEREOTIPELE SEXUALE).

**ANXIETATEA SEXUALĂ** Vezi ANXIETATEA ANTICIPATORIE.

**DEZVOLTAREA SEXUALĂ** Vezi ADOLESCENȚA.

**DISFUNCTIILE SEXUALE LA FEMEIE** Problemele sexuale nu sunt întotdeauna ușor de definit. De unde știi dacă ai o problemă sexuală? Dacă vrei să faci sex și nu poți să găsești un partener sigur și disponibil, este cu siguranță o problemă, dar nu una sexuală. Poate că cea mai limpede definiție a unei probleme sexuale este următoarea: lipsa de satisfacție în privința unui aspect esențial al vieții tale sexuale, cum ar fi senzația, performanțele sexuale sau satisfacția în orice stadiu al sexului (presupunând că întradevăr îți pasă de partenerul tău). Asemenea probleme se numesc „disfuncții sexuale”, termen care înseamnă că ceva interferă cu performanțele și senzațiile sexuale dorite de persoana în cauză. Care sunt cele mai întâlnite probleme sexuale ale femeilor care vin la terapeutul sexului pentru ajutor? Cele mai comune dintre aceste disfuncții sexuale sunt dificultățile orgasmice; actul sexual dureros; și LIPSA DE INTERES SEXUAL. Alte probleme, cum ar fi plictiseala, rutina sexuală și îngrijorarea față de conținutul fanteziilor sexuale, nu sunt disfuncții sexuale în nici un fel. Acestea necesită doar puțin mai multe cunoștințe despre sex și nu un tratament sexual.

Există și alte tipuri de probleme sexuale care sunt mai complicate și sunt probleme psihologice autentice, care necesită serviciile unui psihoterapeut înainte să poată apare orice schimbare sexuală semnificativă. De exemplu, există femei ( și bărbați) care nu-și permit să aibă nici o plăcere, sexuală sau de altă natură. Pentru alte probleme, trebuie mers la doctor. Dacă apar dureri sau neplăceri în timpul contactului sexual, acestea pot să indice o problemă medicală. Cauzele acestei probleme pot să fie peniene sau vaginale, fie, pentru unii, în cap, sau în modul în care partenerii comit actul sexual. În toate aceste cazuri, problemele sunt reale și trebuie abordate dacă persoanele respective vor să se bucure de o viață sexuală plăcută. Diagnosticul trebuie pus rapid și tot rapid trebuie să urmeze și tratamentul.

Dacă crezi că ai o problemă sau o disfuncție sexuală, este probabil înțelept să mergi la un terapeut al sexului sau la un doctor ca să o expui. Astăzi, cele mai multe disfuncții sexuale sunt relativ ușor de tratat și corectat (vezi și ANORGASMIA; TULBURĂRILE ALIMENTARE ȘI DISFUNCTIILE SEXUALE; MASTURBAREA ÎN TERAPIA SEXULUI; SINDROMUL PREMENSTRUAL (PMS); SEXUL ȘI DURERILE DE CAP; TERAPIA SEXULUI; CICLUL REACȚIEI SEXUALE).

**Problemele orgasmice ale femeilor.** Mare parte din literatura contemporană pe tema sexului ar trebui să se numească *În căutarea orgasmului femeii*. Poate cea mai întâlnită grijă în privința performanțelor sexuale ale femeii este legată de ORGASM sau de lipsa lui. Știm că odată ce femeia este excitată sexual, fluxul de sânge din labii, clitoris și alte părți ale organelor genitale creează o tensiune care este eliberată cel mai bine prin orgasm.

Excitarea sexuală frecventă fără eliberarea orgasmică duce, la unele femei, la dureri în diferite părți ale corpului și la o tensiune nervoasă.

Este adevărat că o femeie poate să conceapă un copil fără a avea orgasm și că poate să simtă plăcere sexuală și satisfacția și în afara orgasmului, dar dacă o femeie nu are orgasm înseamnă că îi lipsește un dar al naturii pentru corpul ei. Mulți terapeuți ai sexului susțin ideea că procesul evoluției (sau Dumnezeu) a creat bărbatului și femeii niște corpuri magnifice, fiecare parte, sistem și reacție existând pentru un motiv anume. Femeia, ca și bărbatul, a primit capacitatea minunată de a simți experiența senzuală pe care o numim orgasm.

Unii profesioniști și chiar și neofiți etichetează pe nedrept femeile care nu reușesc să aibă orgasm ca fiind suferinde. Fie că există o problemă medicală, fie că femeia nu a învățat cum să creeze condițiile necesare orgasmului sau nu a fost suficient de bine stimulată ca să permită descătușarea reflexului orgasmului, ea poate fi clasificată drept „frigida” (vezi ANORGASMIA). Unii soți și parteneri exercită asupra femeii o presiune contraproductivă, încercând să obțină orgasmul feminin de fiecare dată când fac dragoste. Realitatea și complexitatea fiziologiei feminine și factori cum ar fi munca sub stres lucrează împotriva șanselor de apariție a orgasmului în asemenea condiții.

Unele femei nu sunt sigure dacă au avut orgasm sau doar „senzații plăcute”. Reacțiile orgasmice sunt subiective, ele pot să fie foarte blânde la unele femei, în vreme ce altele simt adevărate cutremure interioare. Dacă partenerul sau ea însăși își oferă suficientă stimulare, femeia va fi foarte conștientă de senzația ajungerii la orgasm — de obicei o senzație că este în continuare excitată. Ea poate să dorească să continue, dar de obicei va ști că a avut un orgasm. Femeile care sunt îngrijorate că au doar senzații slabe ar trebui să discute cu un terapeut al sexului.

O femeie care știe că în mod consecvent nu are orgasme poate fi considerată *în prezent* ca fiind anorgasmică. Dar aceasta nu este o stare permanentă și în mod sigur nu este o boală. Înseamnă pur și simplu că nu s-au îndeplinit condițiile necesare sau nu s-a creat suficientă stimulare ca să creeze reacția sexuală optimă, respectiv orgasmul. Atunci când o femeie este cu un partener care îi place în mod deosebit, într-un mediu care îi place (nu pe canapeaua din spate a unei mașini, unde să își facă griji sau să se simtă jenată), dacă simte că nu are nici o opreliște legală, religioasă sau de altă natură și se bucură de suficientă stimulare sexuală — dacă toate aceste condiții sunt prezente și ea totuși nu ajunge la orgasm, atunci se poate spune că este un caz tipic de anorgasmie feminină.

Dificultățile în obținerea orgasmului pot să se clasifice în două tipuri. Unul este atunci când „problema” se datorează incapacității partenerului de a aduce femeia la orgasm, iar cealaltă atunci când, oricât de experimentat ar fi partenerul, femeia nu poate ajunge la orgasm. Condițiile în care orgasmul poate să apară sau nu sunt foarte variate. O femeie poate fi orgasmică prin autostimulare, dar nu și prin stimularea de către partener, ar putea să fie orgasmică numai cu un partener, nu și cu altul, sau ar putea să nu obțină orgasmul nici singură, nici cu un partener. Fiecare situație necesită abordări întrucâtva deosebite din partea terapeutului sexului.

Uneori apare și alt tip de problemă orgasmică; unele femei au un „moment plat” care precede reacția orgasmică, moment în care se pare că nu se va întâmpla nimic. Multe femei spun că nu trăiesc niciodată așa ceva. Dar altele, când fenomenul apare, gândesc: „n-o să se întâmple nimic, să-mi iau gândul”, creând astfel o profeție

care se va împlini singură. Dar o femeie cu experiență menține stimularea și în timpul „momentului plat” și va putea foarte bine să ajungă la orgasm.

Dacă o femeie este în măsură să ajungă la orgasm prin autostimulare, sau dacă femeia a ajuns la orgasm cu un partener anterior, aceasta nu înseamnă că ea își respinge subconștient actualul iubit. Faptul poate indica incapacitatea de a comunica bărbatului ce fel de presiuni și mișcări fizice îi sunt necesare pentru a ajunge la orgasm. Problema nu acuză neapărat o lipsă de experiență sexuală din partea lui, pentru că el nu are cum să ghicească ce-i trece ei prin minte.

Pentru a înțelege mai bine ceea ce produce problema orgasmică, femeia trebuie să se gândească la relația pe care o are cu soțul sau partenerul. Nici toată terapia sexuală și consilierea din lume nu o vor ajuta pe o femeie care desconsideră persoana cu care face sex sau care consideră că partenerul este neatrăgător. Dacă partenerul nu îi place, ea ar trebui să se ducă la un consilier marital, la un consilier pastoral sau la alt profesionist, pentru a explora problemele lor interpersonale și a găsi mijloace de a aborda această relație lipsită de satisfacții.

Un alt tip de dificultate orgasmică, datorat în principal mass-mediei și miturilor populare, este ideea că numai femeile tinere sunt atrăgătoare din punct de vedere sexual, iar o femeie care îmbătrânește își pierde atracția pentru bărbați și interesul în sex. Acestea sunt niște simple stereotipuri culturale; nici măcar HISTERECTOMIA, MENOPAUZA sau SINDROMUL CUIBULUI PĂRĂSIT nu duce la o scădere semnificativă a dorinței sexuale (sau la lipsa atracției din partea bărbaților). Trebuie să vrei tu însuși să îți pierzi interesul ca să crezi în aceste mituri. De obicei, femeile aflate la menopauză se folosesc de BUFEURI drept scuză, deși cauzele sunt altele. E ca și cum ele și-ar spune: „Vezi, corpul meu îmi spune că viața mea sexuală s-a terminat”. Bufeurile semnalează niște schimbări hormonale ale menopauzei, dar în nici un caz sfârșitul sexualității. Dimpotrivă, multe femei descoperă că, eliberate de grijele sarcinii și cu copiii plecați de acasă, menopauza este o perioadă minunată pentru a redescoperi intimitatea care poate că a stat îngropată zeci de ani. Soțul și soția pot acum să se bucure de șansa proaspătă de a se comporta ca doi tineri căsătoriți, dacă doresc acest lucru. Sexul este ceva care sălășluiește în principal în cap și adesea este nevoie de o schimbare de atitudine înainte de a se obține reacția dorită numită orgasm. Pentru unele femei, sexul poate fi mai bun ca oricând atunci când au îmbătrânit. Deși reacția orgasmică poate fi puțin atenuată, ea poate fi totuși foarte plăcută în continuare, chiar și pentru femei aflate în al optulea și chiar al nouălea deceniu de viață (vezi și ÎMBĂTRÂNIREA ȘI SEXUL).

**DISFUNCTIILE SEXUALE LA BĂRBAT** Înainte de apariția TERAPIEI SEXULUI din timpurile moderne, viața sexuală a masculului speciei noastre era adesea mitologizată sub termenii de „bestie sexuală” sau „amant extraordinar”, gata mereu să facă curte, să seducă și să cucerească femeile și dotat cu o cunoștință *a priori* despre cum să facă toate acestea. Rareori au apărut în literatura medicală problemele bărbatului în obținerea și menținerea ERECȚIEI, iar în literatura și cultura populară nu apar mai deloc asemenea probleme. În ultimele decenii s-a dezvăluit o mare parte din secret, iar rușinea a fost înlăturată. Terapeuții sexului află acum că un număr considerabil de bărbați — ponderea lor adevărată încă este greu de evaluat — suferă de o formă oarecare de disfuncție sexuală, fie cronică, fie temporară.

Putem clasifica dificultățile sexuale ale bărbatului în patru categorii principale:

— ejacularea prematură;

- ejacularea retardată;
- dificultăți erectile;
- lipsa interesului sexual.

**Ejacularea prematură.** Ejacularea prematură înseamnă diverse lucruri pentru diverși oameni. În esență, este o situație în care un bărbat crede că EJACULAREA lui are loc prea devreme. Totuși, „prea devreme” poate să aibă o largă varietate de înțelesuri:

- bărbatul poate fi atât de excitat în timpul PRELUDIULUI, ideea că va face dragoste determinându-l să ejaculeze înainte de penetrarea partenerei;
- bărbatul ejaculează în timp ce încearcă penetrarea;
- bărbatul ejaculează la câteva secunde după penetrarea partenerei, chiar dacă nu face nici o mișcare;
- bărbatul își penetrează partenera, începe să se miște în interior și după câteva mișcări urmează ejacularea;
- bărbatul are mișcările sexuale de intrare-ieșire, dar, deși nu vrea încă să ajungă la apogeu, acțiunile reflexe provoacă ejacularea.

Ceea ce este comun tuturor acestor scenarii este faptul că bărbatul nu își poate controla momentul ejaculării. Corpul lui controlează acest lucru, nu voința lui, iar ejacularea la timpul nepotrivit — și nu contează dacă are loc în timpul, înainte sau după penetrare — îl lasă cu senzația de neîmplinire, de frustrare. Totuși, terapeuții sexului au descoperit tehnici relativ simple de tratare a acestei probleme — cu o mare rată de succes — învățând bărbații să recunoască MOMENTUL DE INEVITABILITATE chiar înainte de începerea reacției ejaculatorii și învățându-i să amâne orgasmul.

**Ejacularea retardată.** Ejacularea retardată apare atunci când un bărbat nu poate să obțină orgasmul într-un timp rezonabil *după* ce se decide să îl aibă. Unii vor considera că un contact prelungit este de dorit întotdeauna, dar adesea o ejaculare retardată înseamnă o ejaculare ratată de tot.

Este o situație deloc de invidiat. Adesea, ea conduce la frustrări fizice și emoționale, jenă și pierderea interesului sexual. Bărbații care suferă de ea pot să devină furioși, își pot pune în discuție masculinitatea sau orientarea sexuală. Prin urmare, unii bărbați vor transforma o problemă care îi tulbură într-o virtute. Lăudându-se cu puterea lor de a se „abține”, ei pot să evite ușor abordarea problemei, dându-se amanți cu experiență. Unii bărbați își anunță partenerele că nu vor ajunge rapid la apogeu pentru că sunt mari amanți. Din nefericire, acest lucru poate să acopere o problemă psihologică profundă.

Există mulți bărbați care pot să *aleagă* să își întârzie ejacularea până când partenera are un orgasm. Este perfect normal dacă acest lucru îl doresc ambii parteneri. Dar aici cuvântul-cheie este „alegere”. Cineva care are ejaculări retardate este la fel de lipsit de control sexual ca și cel cu ejaculare prematură. Numai discuțiile cinstite dintre bărbați și partenerele lor despre momentul în care își doresc ele apogeul bărbatului și exprimarea cinstită a senzațiilor și părerilor vor duce partenerii pe un drum de împliniri. Consultarea unui terapeut al sexului urmează dacă bărbatul este dezamăgit adesea de momentul ejaculării și nu poate să înceapă să exercite un control asupra ei.

**Dificultăți erectile.** Cât timp trebuie să treacă până ce un bărbat să poată obține o erecție îndată ce este stimulat de atingerea partenerei? Oare un bărbat ar trebui să aibă oricând o erecție doar gândindu-se la o persoană sexi sau la o scenă sexi? Cât de mult timp ar trebui să fie un bărbat în măsură să își mențină erecția înainte de a se angaja într-un preludiu? Dar cum rămâne cu menținerea erecției după penetrare și mișcarea de intrare-ieșire? Cât de dură ar trebui să fie erecția? Oare un bărbat poate să aibă o erecție în somn, inconștientă?

Aceste întrebări sunt foarte des puse terapeutului sexual, dar răspunsurile sunt mai puțin precise, pentru că, la fel cu ejacularea prematură, dificultățile erectile pot să fie foarte subiective. În esență, câtă vreme bărbatul este preocupat de duritatea, frecvența sau durata erecției, el are o problemă reală pentru el. Trebuie determinat în fiecare caz în parte dacă problema se datorează unei alte probleme fiziologice care afectează erecția, unor factori psihologici sau pur și simplu analfabetismului sexual sau proastei informări. Deoarece problema poate să indice o disfuncție medicală, nu trebuie să se elimine din capul locului problemele fiziologice. Chiar înainte de lua în considerare cauzele psihologice sau situaționale împreună cu un terapeut sexual, bărbatul trebuie să fie examinat de un medic internist sau de un urolog.

Bărbații sunt adesea victimele unei situații paradoxale în privința dificultăților erectile. Ei sunt îngrijorați că nu se comportă satisfăcător, iar stresul indus de această grijă îi face să se comporte și mai nesatisfăcător. Stresul în sine este adesea cauza problemelor erectile. Cu alte cuvinte, grija că *s-ar putea* să ai dificultăți cu erecția poate chiar să *determine* dificultățile de erecție. Adesea, acest fenomen se numește „profeția autorealizatoare” sau ANXIETATEA ANTICIPATORIE.

Diverse situații pot să ducă bărbații la gândul că *s-ar putea* să aibă o problemă cu erecția:

- slăbirea stimulării vizuale — nu ai erecție atunci când vezi femei goale, când privești fotografii sugestive sau când te uiți la filme erotice;
- slăbirea stimulării fizice — nu obții o erecție nici prin autostimulare și nici prin stimularea fizică dată de alții;
- durează mult mai mult timp și e nevoie de un efort mai mare decât înainte ca să obții o erecție;
- o erecție necesită mult mai multe tipuri de stimulare „exotice” — fie ca fantezie, fie ca și comportament — decât înainte.

Unii bărbați au relatat că nu obțin niciodată o erecție și că prin urmare sunt „asexuați” sau „impotenți”. Aceste două cuvinte sunt mai mult înșelătoare și înfricoșătoare decât utile. Bărbații care au mari dificultăți în obținerea unei erecții — sau nu pot să obțină una — pot să aibă o problemă fiziologică și să necesite tratament din partea unui urolog. În unele cazuri, situația se poate datora utilizării unor medicamente sau din alte cauze de sănătate. Dacă un bărbat ia medicamente și ulterior ajunge la o dificultate erectilă sau la pierderea libidoului, el ar trebui să-și consulte doctorul cât mai curând posibil.

Dar în multe cazuri există factori legați de stilul de viață, nu în privința sexului, care pot să inhibe erecția, de pildă stresul de la muncă, lipsa banilor, problemele de igienă ale partenerei sau câștigul în greutate, sau pur și simplu plictiseala uneia și aceleiași partener. Chiar dacă acești bărbați pot să aibă dificultăți de erecție atunci când încearcă să aibă un act sexual, ei pot să fie perfect capabili de o erecție în timpul somnului. Este eronat să argumentezi că erecția în somn nu este o erecție adevărată, pentru că este stimulată de presiunea din vezica urinară. Câtă vreme aparatele corpului funcționează, un bărbat este probabil capabil să aibă o erecție și din

stimularea sexuală. Dacă el dorește un test simplu dar nu neapărat sigur ca să vadă dacă are sau nu erecții în somn, el poate să încerce TESTUL CU TIMBRE.

O a doua clasă de dificultăți erectile se găsește la bărbații care sunt în măsură să obțină erecții, dar consideră că acestea nu sunt suficient de tari, de rigide și de lungi ca durată ca înainte. Aceste probleme, ca și cele ale bărbaților care nu pot obține o erecție, se pot datora proceselor naturale de maturizare și îmbătrânire, în care expunerea repetată la stimuli pare să slăbească răspunsul dorit.

O a treia clasă de dificultăți erectile implică o erecție prea scurtă înainte de ejaculare. Cu alte cuvinte, bărbatul se plânge că penisul lui se înmoaie înainte de a avea orgasm și că orgasmul apare în perioada în care erecția dispare. Adesea, acești bărbați, deși au obținut o erecție, încep să se îngrijoreze că s-ar putea să-și piardă din „tărie”. Ca și în cazul celor incapabili de erecție, terapeuții pornesc de la presupunerea că foarte adesea adevărații vinovați sunt stresul și grijiile. În asemenea cazuri este vital să știi cum să te relaxezi și se te bucuri de relaxare.

**Lipsa dorinței sexuale.** Înțelegerea rolului culturii în viața noastră ne ajută să înțelegem mai limpede și să definim problemele pe care le poate avea un bărbat în privința dorinței sexuale. De exemplu, un bărbat poate să emane bărbăție, să fie căsătorit, să aibă copii și curând să se trezească lipsit de interes sau de dorință sexuală. Acest lucru nu înseamnă că nu-și iubește soția, că ar fi un homosexual latent și nici o altă explicație simplistă. Acest lucru este adesea o lipsă de dorință care probabil nu poate fi afectată de o altă parteneră. Deși bărbatul pare să fie plictisit de soție, el nu este dispus să se angajeze într-o aventură extraconjugală. În unele cazuri, pot să treacă săptămâni sau luni până ce soțul și soția să se angajeze în vreo activitate sexuală. Soția poate să dorească sexul, dar se va simți jenată de ideea de a iniția actul, dată fiind aparenta lipsă de interes a soțului. Bărbatul poate chiar să simtă că dorește să facă sex, dar dorința este prea slabă ca să-l motiveze îndeajuns.

Aceste situații nu sunt dintre acelea în care lipsa de dorință este generată de o schimbare de relație. Iubirea există, dar nu mai există dorința. În unele cazuri, bărbatul poate să nu fi avut niciodată o dorință sexuală, fizică, autentică, în vreme ce în altele a existat o evidentă lipsă de dorință de-a lungul anilor. Există cazuri în care o operație sau o ușoară problemă cardiacă a făcut să dispară de tot dorința soțului. Într-un caz, un bărbat avea un testicul care nu coborâse în scrot și unul care nu se dezvoltase normal. Era perfect capabil să facă sex, dar credea că nici o femeie nu va mai fi interesată de el. Rușinea și îndoiala în ce-l privește au expulzat din mintea lui ideea de sex. Cazul lui este similar cu acela al femeilor care și-au pierdut interesul pentru sex în urma unei mastectomii sau a altei operații asemănătoare. Ele cred acum că nu mai pot să atragă vreun bărbat, așa că evită, defensiv, intimitatea și posibilitatea de a fi respinse.

Cunoaștem că acești bărbați și femei nu sunt morți din punct de vedere sexual. Aceiași bărbați și femei pot să prezinte un interes în sex — în romanele romantice, în filmele erotice, sau pur și simplu gândindu-se la sex — dar nu au nici o dorință reală de a iniția și a încheia un act sexual. Le lipsește impetuositatea, impulsul de nestăvilit de a face sex. Problema lor poate fi adesea rezolvată prin terapie sexuală sau chiar prin cărți de tipul „ajută-te singur” care oferă sugestii pentru revitalizarea relațiilor sexuale.

Uneori, bărbații și femeile pot să aibă niște imagini negative și senzații de dezgust foarte puternice legate de organele sexuale, încât nu vor să se gândească la sex, sau să-l vizualizeze. Alții au fost învățați în copilărie că organele sexuale sunt murdare și periculoase, sau uneltele diavolului, credință care a perpetuat până

la vârsta matură. Unii au o teamă irațională că vaginul ar putea să le rănească penisul. Aceste probleme cu rădăcini foarte profunde sunt tratate de un psihoterapeut, care trebuie să încerce să descopere inconștientul pacientului și să distrugă blocajele anti-sexuale ale pacientului. Un terapeut sexual poate doar să sugereze cursul de acțiuni necesar, dar în general nu va încerca să trateze direct blocajele psihologice fără un ajutor coordonat din partea altor terapeuți (vezi și ÎMBĂTRÂNIREA ȘI SEXUL; TULBURĂRILE DE ALIMENTAȚIE ȘI DISFUNCȚIA SEXUALĂ; ERAȚIA; EXAMINAREA GENITO-UROLOGICĂ; IMPOTENȚA; STERILITATEA; LIPSA DE INTERES SEXUAL; LIBIDOU; TERAPIA MARITALĂ; MASTERS ȘI JOHNSON; SEXUL ȘI DURERILE DE CAP; TERAPIA SEXUALĂ; CICLUL REACȚIEI SEXUALE).

**HĂRȚUIREA SEXUALĂ** Hărțuirea sexuală este ilegală, conform Titlului VII din Legea Drepturilor Civile din Statele Unite din 1964, care împiedică discriminarea pe criterii sexuale. Este posibil ca și bărbații și femeile să fie victime ale hărțuiei sexuale, dar marea majoritate a cazurilor implică femeile ca victime. Curtea Supremă a Statelor Unite a definit două tipuri de hărțuire sexuală: *quid pro quo* și „mediu ostil”.

Hărțuirea sexuală de tip *quid pro quo*, sau serviciu contra serviciu are loc atunci când o promovare sau un privilegiu legat de slujbă este condiționat de un anumit comportament sexual. Prototipul acestui tip de hărțuire este un șef-bărbat care îi spune unei femei subordonate „dacă te culci cu mine, vei fi promovată; dacă nu, vei fi concediată”.

Pentru a dovedi hărțuirea *quid pro quo*, sunt necesari doi factori: existența unei amenințări efective și dovada că reacția victimei la amenințare a dus la concedierea sau la retrogradarea ei. Aceste elemente sunt adesea foarte greu de dovedit, pentru că amenințările au loc de obicei atunci când doi oameni sunt siguri și deci rămâne o problemă de confruntare a două afirmații. De asemenea, deoarece foarte puțini angajați sunt perfecți, un angajator poate să găsească întotdeauna sau să provoace o situație legitimă care să ducă la concedierea cuiva.

Un caz mai dificil este cel care are loc într-un mediu de lucru. Acest tip de situație a fost recunoscut de Curtea Supremă abia în 1986. Hărțuirea dată de un mediu ostil survine atunci când condițiile de la locul de muncă devin foarte neplăcute pentru o persoană. De pildă, angajații bărbați pot să facă aluzii sexuale, să se refere la femei de o manieră lipsită de respect, sau primesc privilegii pe care angajatele aflate la același nivel nu le au, toate acestea constituind un mediu de lucru ostil.

Un tribunal trebuie să ia seamă de întregul context al mediului de lucru pentru a determina dacă acesta este într-adevăr „ostil”. În cazul *Harris contra Forklift Systems* (1993), Curtea Supremă a emis o listă cu factori care trebuie luați în considerație: frecvența și gravitatea comportamentului discriminator; tipul de comportament legat de situația respectivă (dacă a fost amenințare fizică, umilire sau pur și simplu atac); și dacă o persoană rezonabilă poate gândi că acest comportament poate să afecteze eficacitatea în muncă a victimei.

Curtea Supremă a emis și regula că persoana care a depus plângerea (de obicei o femeie care își dă în judecată șeful) nu este necesar să fi suferit atingeri grave fizice sau psihologice ca urmare a hărțuirii sexuale. Astfel, o femeie poate să dea în judecată pe cineva chiar dacă situația nu a împiedicat-o să își continue munca și nici nu i-a cauzat mari probleme emoționale.

Cheia ambelor tipuri de hărțuire sexuală este faptul că „atențiile sexuale” nu sunt binevenite. Această exprimare este problematică din trei puncte de vedere: schimbă mare parte din caz spre comportamentul victimei,

nu spre cel al făptașului; comportamentul va deveni un etalon al acceptării, implicând ideea că nu este de ajuns un „nu” politicos al femeii; și dat fiind că ancheta se concentrează asupra reclamantei, rămân deschise bănuielile privitoare la comportamentul ei, inclusiv cum se îmbracă, vorbește sau chiar cu cine se culcă. Este o situație care tulbură, pentru că invită la revenirea la imaginea femeilor care caută cu lumânarea necazurile prin imaginea sexuală pe care o emană, aceea că se consideră niște potențiale obiecte sexuale pentru bărbați.

Nu este ușor să instrumentezi un caz de hărțuire sexuală în cadrul legilor federale. Nu este suficient să arăți că cineva a fost hărțuit la locul de muncă. Trebuie arătat că a existat un *quid pro quo*, trebuie stabilită existența unui mediu de lucru ostil, sau trebuie arătat că șeful a determinat concedierea, nepromovarea sau retrogradarea. Pentru a se îndeplini aceste grele sarcini, femeia trebuie în primul rând să fie crezută — lucru deloc ușor, dat fiind că credibilitatea este prin definiție împotriva femeii (vezi și CONSIMȚĂMÂNTUL).

**IDENTITATEA SEXUALĂ** Vezi ADOLESCENȚA; BISEXUALITATEA; RESPINGEREA PROPRIULUI SEX; HOMOSEXUALITATEA; TRANSSEXUALITATEA.

**CONTACTUL SEXUAL** Există ideea că sexul îl fac „și albinele și păsările”, dar există o deosebire uriașă între ceea ce are loc în lumea animalelor și cea a insectelor și contactul sexual dintre oameni. Contactul sexual este actul în care PENISUL unui bărbat este introdus în VAGINUL unei femei și împreună încep mișcările ritmice care duc la ORGASM și la CONCEPȚIA unui copil. Contactul sexual este numit și coitus, cuvânt derivat din latinescul *coire*, care înseamnă a merge sau a fi împreună.

Deși contactul sexual este evident parte a procesului reproductiv și prin urmare este esențial pentru însăși existența speciei, aspectele pur reproductive ale contactului, așa cum a evoluat între oameni, a devenit doar o mică parte, am putea spune un vestigiu, al actului sexual în ansamblu. Oamenii au inventat metode de reproducere care nu au nimic comun cu contactul sexual propriu-zis, dar este foarte puțin probabil că actul sexual va dispărea din activitățile umane, așa cum nici mersul pe jos nu a dispărut.

Oamenii au de multă vreme o problemă legată de reproducerea speciei. Evoluând din maimuțe, *Homo sapiens* se deosebește de acestea printr-un creier mai mare. Dar puiul de om nu poate să treacă prin canalul genital matern cu un creier dezvoltat, nici măcar puțin dezvoltat. Mare parte din dezvoltarea craniană a unui copil trebuie să aibă loc în afara uterului matern, ceea ce înseamnă că oamenii trebuie să se ocupe tot timpul de acești copii fragili și neajutorați în toată perioada de dezvoltare a acestora. Acest lucru transformă relația între bărbat și femeie într-una foarte complexă, cu multe elemente interactive, inclusiv o întreagă gamă de legături emoționale, din care multe sunt circumscrise actului sexual.

Altă situație nouă adusă de specia umană este aceea că oamenii fac sex în tot timpul anului, nu doar atunci când femeia este capabilă de reproducere. Acest lucru separă actul sexual de reproducere într-o asemenea măsură, încât de-a lungul vremurilor au existat oameni care au ignorat complet consecințele care pot să rezulte din actul sexual. Chiar și astăzi este un lucru pe care tinerii trebuie să-l învețe, deși am putea gândi că reproducerea este ceva foarte important pentru specie și ar trebui să fie cunoscut instinctiv. Evident măsura de siguranță luată de natură împotriva acestei ignoranțe, pentru perpetuarea speciei, este existența unei dorințe foarte puternice de a avea contact sexual, care nu poate fi ignorată. Și animalele au această dorință, dar suntem deosebiți

prin faptul că, pe lângă dorințele instigate de libidoul nostru, noi prezentăm și pasiuni la fel de puternice provenite din inimă. În mod sigur, nu toate actele sexuale sunt legate de emoțiile pe care le asociem cu IUBIREA (dacă ar fi fost așa, cea mai veche meserie din lume, PROSTITUȚIA, nu ar fi existat deloc), dar pentru noi și pentru funcționarea optimă a speciei noastre iubirea este de fapt impulsul cel mai important dintre cele două.

Oamenii se deosebesc de animale și prin poziția pe care o folosesc pentru contactul sexual. Deși oamenii au un întreg repertoriu de poziții sexuale, cea mai folosită este „poziția misionarului”, în care bărbatul stă deasupra femeii, față în față (la animale, masculii stau în spatele femelelor). Această poziție facilitează comunicarea între parteneri, prin cuvinte, prin stimuli vizuali, prin SĂRUT, ceea ce arată iarăși cât de important este rolul jucat de creiere în actul sexual global.

Din punct de vedere tehnic, actul contactului sexual se poate considera împlinit atunci când un bărbat și o femeie își împreunează organele genitale, dar într-un sens mai larg trebuie considerat că actul începe mult mai devreme. Dacă cineva trimite persoanei iubite un buchet de flori dimineața, acesta poate să inițieze procesul de excitare care va culmina seara cu un contact sexual. Deoarece multe femei rămân într-o stare de excitare multă vreme după contactul sexual, aceleași flori pot să declanșeze alt episod de contact sexual în dimineața următoare. Conversația care are loc la o cină este alt ritual, care adesea devine parte a unui proces de acuplare sexuală. (Industria restaurantelor a recunoscut de mult acest lucru și de obicei își joacă rolul propriu în stabilirea unei atmosfere romantice și seducătoare, prin micșorarea iluminării). Alt comportament uman care face parte din acest proces este punerea unei îmbrăcăminți provocatoare, folosirea anumitor parfumuri și dansul strâns lipit.

Actul acuplării sexuale a evoluat în timp, în special după ce femeile au fost eliberate de riscul sarcinii prin apariția metodelor contraceptive eficiente. Deși în trecut multe femei s-au angajat în acest act mai mult din datorie decât pentru plăcere, femeile moderne caută satisfacția sexuală la fel cu partenerii lor. O femeie necesită o stimulare fizică a CLITORISULUI pentru a ajunge la o satisfacție sexuală, dar localizarea clitorisului face să nu primească în mod necesar o stimulare prin mișcări ale penisului din interiorul vaginului. Această necesitate a dus la ceea ce acum numim PRELUDIUL, o parte integrantă a actului sexual, în care clitorisul femeii este manipulat de către partener, fie manual fie oral, până când ea ajunge la o stare de excitare suficient de înaltă pentru a ajunge la orgasm fie înainte, fie după penetrarea penisului (Vezi și POSTLUDIUL; CONTROLUL NAȘTERILOR; FRECVENȚA COITALĂ; CONCEPTIA; EJACULAREA; ERECȚIA; HETEROSEXUALITATEA; LUBRICAȚIA; ORGASMUL; PARAPLEGIA ȘI SEXUL; FAZA DE REZOLUȚIE; SEXUL PROTEJAT; CICLUL REACȚIEI SEXUALE).

**MORALITATEA SEXUALĂ** Adesea apare un conflict sexual din deosebirile între concepțiile oamenilor privitoare la ce comportament este moral, drept sau acceptabil. Există multe situații în care un individ se confruntă cu probleme morale și în care trebuie să aleagă modul în care va proceda. Uneori, aceste alegeri se leagă de CONTACTUL SEXUAL, persoana întrebându-se dacă este corect să aibă sex extraconjugal atunci când partenerul nu este capabil de o activitate sexuală. Uneori, alegerile sunt consecința actului sexual: de exemplu, o femeie tânără, necăsătorită dar însărcinată trebuie sau nu să se căsătorească, sau să facă AVORT? Există și situații mai puțin grave, atunci când o mamă își găsește fiica de șapte ani goală împreună cu un băiețel de șase ani, cei doi examinându-și reciproc organele genitale. Mama ar putea reacționa cu o senzație de uriașă neliniște, gândindu-se

că fiica ei s-ar comporta imoral și deci pedepsind-o. Dacă această situație este o adevărată problemă de morală este mai puțin important decât faptul că părinții o consideră un „păcat”. În mod obișnuit, tinerii care au sentimente intense față de cineva și vor să și le exprime fizic se pot întreba: „Cum se poate ca un lucru care mă face fericit și este făcut de atât de multe perechi să fie ceva rău?” Dacă un adolescent a cărui familie a cumpărat o cadă cu jacuzzi va invita mai mulți prieteni de ambele sexe la o petrecere și vor vrea să intre goi în bazin, oare va face mama, mai ales că, mai toți oamenii, ea a fost crescută în ideea că nuditatea în fața străinilor este nu numai indecentă ci și imorală?

Cum pot oamenii să știe care este alegerea corectă în asemenea situații? Ce este bine și ce este rău? Sunt decizii care adesea sunt greu de luat și, din nefericire, alegerea „rea” are adesea consecințe pe termen lung și repercusiuni tragice. Multe persoane au suferințe psihice și fizice imense și dificultăți sociale pentru că au făcut alegeri greșite în privința opțiunilor sexuale. Mare parte din judecarea celor care au făcut „greșeli” se bazează pe faptul că cel care îi judecă are impresia că el ar fi știut mai bine și sigur nu ar fi făcut alegerea greșită. Dar studiile asupra sarcinilor la adolescente au arătat că mulți indivizi nu aleg rațional să se angajeze într-un comportament sexual care le va face rău, ci acționează într-o stare de pasiune spontană.

Este adevărat că oamenii sunt diferiți atunci când este vorba de diverse aspecte ale luării de decizii morale, dar ei se aseamănă foarte mult prin faptul că toți oamenii au nevoie de niște linii călăuzitoare, în special în anii în care dezvoltă ceea ce ei consideră a fi propriul sistem de valori personale. Totuși, fără valori personale care să fie consistente cu credințele morale acceptate, alegerile lor pot fi foarte confuze și responsabilitatea pentru consecințele alegerilor le poate fi foarte neclară.

De ce nu pot să facă toți așa cum au făcut părinții lor? Pentru că nici o societate din istorie nu a furnizat vreodată un mediu în care oamenii să aibă atâtea alternative de creștere și de comportament social precum există astăzi în societățile occidentale moderne, în special în Statele Unite. De ce? Libertatea de a alege și variațiile în comportamentul social depind de cunoașterea alternativelor aflate la îndemână. De ce există atât de multe alternative între care se poate alege? Un lucru e sigur: americanii sunt printre cele mai instruite popoare din lume. Tinerii nu sunt doar conștienți de comportamentele din propriul grup etnic sau religios, ci și de căile și credințele adoptate de alții.

Deși unele grupuri aleg să nu-și expună copiii la aceste valori, sisteme de credințe și stiluri de viață ale unor grupuri diferite, cei mai mulți americani par să știe că este bun și valoros pentru tineri să vadă și să învețe deosebirile între diferite grupuri, de la alimente, limbă, obiceiuri și până la expresia religioasă. Părinții au învățat că este dificil să își împiedice copiii să afle despre aceste deosebiri. În consecință, cei mai mulți copii ajung să afle că alți oameni — altfel indivizi buni și bine intenționați — au atitudini și valori sexuale care, de exemplu, sunt deosebite de cele din propriul lor grup etnic.

În America există mai multe televizoare pe cap de locuitor decât în orice parte a lumii. Televiziunea are un impact enorm asupra învățării și determină o cunoaștere a vastului spectru al comportamentului uman. Acest lucru pare să aibă un impact de liberalizare și de informare care rivalizează cu cel al paginii tipărite. În plus, oamenii călătoresc mult, nu numai prin propriul continent, ci și în Europa, Asia, Orientul Mijlociu și alte destinații. Și acest lucru are un efect eliberator și de creștere a conștiinței că există diverse valori și atitudini morale în privința comportamentului sexual.

În sfârșit, în cursul ultimului secol migrarea către orașe a dus la medii sociale în care controlul este mai puțin strict, consecința fiind slăbirea legăturilor cu sistemul de valori al părinților. Este o lume foarte diferită de cea a părinților, bunicilor și străbunicilor noștri, care de obicei locuiau în comunități mici, în care era ușor să impui valorile împărtășite de toți membrii comunității și să transmiți aceste valori copiilor tăi.

Ce se înțelege prin morală, etică și valori? De unde vin ele și cum se schimbă ele în societatea contemporană? Într-o lume în care alegerile sunt tot mai abundente și într-o tot mai mare schimbare, ce rol joacă ele în formarea atitudinilor și în ghidarea comportamentului uman?

Prin morală, înțelegem un set de principii, care în general au prins formă de-a lungul a mulți ani, prin intermediul unor mari lideri religioși și filosofi, care au rezistat la testul timpului. Acestea servesc drept linii directoare și ca bază pentru a determina comportamentul bun sau rău din situații care nu sunt întotdeauna clare pentru noi. Sociologii le numesc norme morale, adică reguli pentru comportamentul moral pe care le avem de multă vreme și care adesea își au rădăcinile în religie. Unele norme morale sunt incluse în legile seculare, cum ar fi codul penal al oricărui stat. De asemenea, unele norme morale care la un moment dat au reflectat doar vederi religioase au fost modificate de legile civile pentru că intrau în conflict cu drepturile civile stipulate în codurile civile din America și din alte țări occidentale. Legile legate de avort și de adulter sunt doar două exemple.

Etica este modul practic de a lua decizii prin care determinăm dacă un anumit comportament de care suntem nesiguri este rău sau bun în conformitate cu un cod moral. Considerațiile etice sunt necesare pentru că adesea moralitatea unui comportament social specific nu poate fi judecată ca un act izolat; trebuie să luăm în considerație și contextul social în care a avut el loc. Etica ne ajută să evaluăm moralitatea comportamentelor sociale prin luarea în seamă a altor informații. De exemplu, Biblia conține porunca *să nu ucizi*. Dacă cineva ia viața altcuiva, ne va fi greu să judecăm moralitatea sau imoralitatea faptei dacă nu cunoaștem împrejurările etice și situaționale în care a avut loc ea. Dacă un om omoară cu sânge rece un vânzător de la un magazin pe care îl jefuiește, pentru ca acesta să nu-l recunoască mai târziu, putem să stabilim ușor că este vorba de o crimă și prin urmare de un act imoral. Pe de altă parte, să ne gândim la situația unui polițist confruntat cu un infractor care tocmai a omorât doi oameni nevinovați. Infractorul refuză să se predea și chiar trage în polițist. Aproape toată lumea va fi de acord că este etic ca polițistul să scoată pistolul și să tragă în infractor, pentru a proteja trecătorii nevinovați din zonă, chiar dacă infractorul va fi omorât. În acest caz, el ar putea să fie considerat un erou, pentru că și-a pus viața în pericol în timp ce era la datorie.

Alt element esențial în determinarea moralității unui comportament sexual este sistemul de valori. Valorile fac apel la etică și morală, fără a se identifica cu acestea. Prin sistem de valori se înțelege cât de importantă, de „valoroasă” este o anumită comportare în raport cu alte lucruri. Astfel, s-ar putea să știm că dacă facem sex cu cineva de care ne simțim atrași comitem ceva imoral în conformitate cu credința noastră religioasă, ar poate că pentru noi este mai important să ne exprimăm iubirea și să alegem să ne angajăm în sex, chiar dacă aceasta încalcă ceea ce am fost crescuți să credem că este bine.

Sistemul de valori influențează aproape orice aspect al comportamentului nostru social — de la banalități și până la elementele esențiale. Cariera pe care o alegem, tipul de mașină pe care o conducem, oamenii cu care ne asociem, tipul de mâncare pe care o consumăm și în mod sigur comportamentul nostru sexual — toate sunt reflexii ale sistemului nostru de valori. În studierea comportamentului social, sociologii ne spun că valorile

sunt adesea mai importante decât morala sau etica în formarea comportamentului nostru de zi cu zi. Afirmatia este adevărată chiar și atunci când suntem conștienți să sistemul nostru de valori intră în conflict cu standardele morale la care se presupune că am aderat în virtutea religiei în care am crescut. Imaginile pe care le proiectăm către alții (tot reflexii ale sistemului nostru de valori) — idealiste, materialiste, estetice, intelectuale, sexi și altele — formează adesea baza a ceea ce vrem să se creadă despre noi. Astfel, valorile sunt foarte active în viața noastră de zi cu zi, în vreme ce codurile morale rămân adormite în absența unei reimpuneri sociale permanente, de către oamenii din jur, egali sau partenerii noștri. Astfel, valorile, care adesea sunt foarte schimbătoare, pot să aibă asupra noastră o influență cotidiană mai puternică decât credințele morale și etice.

Deși nu se poate spune ușor sau printr-o singură afirmație la întrebarea ce este etic și moral, este clar că de vreme ce comportamentul sexual are consecințe pentru persoana în cauză și pentru alții, principiile și liniile directoare nu se pot modifica ușor ca să se muleze pe necesitățile și dorințele cuiva. Oricine are nevoie să ia în seamă considerentele morale și etice implicate în activitatea sexuală, ca și în alte domenii ale vieții. Poate că o examinare a perspectivelor istorice și tradiționale poate să furnizeze un început, dacă nu răspunsul complet (vezi și AVORTUL; ADULTERUL; AVENTURILE; SEXUL NONMARITAL).

**ORIENTAREA SEXUALĂ** Vezi ADOLESCENȚA; BISEXUALITATEA; HOMOSEXUALITATEA.

**CICLUL REACȚIEI SEXUALE** Ajunse la maturitate, aproape toate persoanele sunt conștiente că trupurile lor au trecut printr-o serie de schimbări atunci când devin excitate sexual și procedează la MASTURBARE sau la CONTACTUL SEXUAL. Schimbările cele mai evidente au loc la bărbat sub formă de erecții și EJACULARE, iar la femei o LUBRIFIERE vaginală și o mărire a CLITORISULUI și a pliului exterior al vulvei. Un studiu sistematic al acestui ciclu al reacției sexuale a fost efectuat de dr. William Masters și dr. Virginia Johnson, care au studiat peste 10.000 cicluri ale reacției la 694 de bărbați și femei la sfârșitul anilor 1950 și începutul anilor 1960. Masters și Johnson au descris ciclul reacției sexuale ca având patru stadii, sau faze, care trec lin una în alta: excitarea, platoul, ORGASMUL și rezoluția. În publicațiile lor științifice, cei doi au raportat o largă varietate de reacții individuale în fiecare dintre aceste stadii, în privința duratei și intensității. Mai mult, pentru orice individ dat, percepția intensității excitării și reacția la stimulare poate să varieze cu tipul de stimulare: orală, manuală, peniană, cu vibrator (vezi MASTERS și JOHNSON).

Helen Kaplan Singer a modificat ciclul lui Masters și Johnson bazându-se pe cercetările ei proprii în privința disfuncțiilor sexuale la bărbați și femei. Dr. Kaplan a adăugat un stadiu anterior, acela al dorinței (absența ei fiind o disfuncție sexuală comună tratată de Kaplan și de alți terapeuți ai sexului), eliminând FAZA REZOLUȚIEI, despre care ea crede că este o absență a reacției sexuale, mai degrabă decât o parte a ciclului în sine. În plus, Kaplan a eliminat și faza de platou așa cum au definit-o Masters și Johnson, pentru că ea credea că aceasta este în esență o continuare a fazei de excitare și din această cauză este de prea mică importanță în terapia sexului, datorită imposibilității practice ca pacientul să o distingă de faza excitării. Prin urmare, modelul ei are doar trei faze: dorința sexuală, excitarea și orgasmul (vezi KAPLAN, DR. HELEN SINGER).

*În stare de repaus*

*Excitarea*

*Platoul*

*Orgasmul*

*Rezoluția*

*În starea de excitare: 1) labiile mari se separă și se ridică; 2) labiile mici cresc în mărime și se ridică; 3) clitorisul se umflă și devine de două sau trei ori mai lung.*

*În faza de platou: 1) glanda Bartholin excretă câteva picături de fluid; 2) labiile mici se înroșesc și cresc în dimensiuni; 3) clitorisul se retrage sub tunică clitoridiană.*

*În stadiul de orgasm: nu există nici o reacție specifică din partea labiilor exterioare sau interioare. Clitorisul este retras sub tunică lui.*

*În stadiul de rezoluție: 1) labiile mari; 2) labiile mici și 3) clitorisul revin la dimensiunea lor normală.*

\*\*\*

**Faza dorinței sexuale.** (Doar în modelul Kaplan.) Dorința sexuală, numită uneori și LIBIDO, este interesul sau energia sexuală care precede stimularea fizică sau psihologică. Kaplan a descris fiziologia dorinței sexuale ca avându-și originea în „circuitele sexuale ale creierului — mediate de TESTOSTERON.” Ea a arătat că în timp ce toate mecanismele implicate în dorința sexuală sunt necunoscute, „nivelele potrivite de testosteron și un echilibru adecvat al neurotransmițătorilor serotonina și dopamina și al catecolaminelor sunt necesare pentru funcționarea normală a circuitului sexual al creierului, atât la femei, cât și la bărbați”. Această senzație sexuală interioară nu are nevoie de stimulări erotice și este senzația fundamentală care s-ar putea să inițieze activitatea sexuală și pe care apoi se acumulează excitarea sexuală. Atunci când dorința sexuală este scăzută sau absentă, funcționarea sexuală poate fi nepotrivită, nesatisfăcătoare sau absentă (vezi DISFUNCTIILE SEXUALE LA FEMEIE; DISFUNCTIILE SEXUALE LA BĂRBAT).

**Faza de excitare.** (modelele Kaplan și Masters-Johnson). Acest stadiu este marcat de o vasocongestie (în această fază, o tumefiere a organelor genitale, datorată afluxului sanguin sporit) care duce la ERECȚIA penisului la bărbați, iar la femei la umflarea clitorisului și a labiilor, la o lubrifiere vaginală accentuată, o creștere a sânilor și la erecția sfârcurilor. Acestea sunt de obicei grăbite de o stimulare fizică, vizuală sau psihologică proprie sau de către partener. La mulți bărbați și multe femei apare o „îmbujorare sexuală” pe abdomenul

superior, care se poate extinde pe piept. Mușchii brațelor și picioarelor, printre alții, încep să fie încordați și apare o creștere a ritmului cardiac, a frecvenței respirației și a presiunii sanguine.

**Faza de platou** (numai la Masters și Johnson). Este continuarea fazei de excitație, în care tensiunile care se acumulează în toate procesele citate mai sus până ce vor fi eliberate prin orgasm. La bărbat, o indicație că s-a atins această fază este prezența a două sau trei „picături ale iubirii”, numite și fluidul lui Cowper, la vârful penisului, compuse din fluid preejaculator (aceste picături pot să conțină spermatozoizi și de aceea fac inefficientă ca mijloc contraceptiv metoda retragerii penisului înainte de ejaculare.) testiculele bărbatului sunt mărite și apropiate de corp. (Kaplan încorporează aceste aspecte ale platoului în descrierea dată de ea fazei de excitație.)

**Faza orgasmului.** (Kaplan și Masters-Johnson). Atât la bărbați, cât și la femei, există contracții puternice ale penisului și ale vaginului, la intervale de 0,8 secunde, ejacularea bărbatului petrecându-se în două etape: senzația de inevitabilitate (vezi MOMENTUL INEVITABILITĂȚII) și ejacularea efectivă a spermei. (Unii autori au scris și despre o ejaculare feminină, dar nu există nici o dovadă științifică a existenței acesteia.) Contracțiile și spasmele musculare, inclusiv contorsiuni ale expresiei faciale, apar la ambele sexe, iar rata respirației crește la 40 de inspirații pe minut și pulsul ajunge la 180 de bătăi pe minut, presiunea sanguină crescând și mai mult.

**Faza de rezoluție.** (Numai la Masters și Johnson.) În această ultimă fază a ciclului reacției sexuale, corpul se întoarce încet la starea existentă înainte de faza de excitație. Totuși, viteza de revenire pare să fie mai mare la bărbat decât la femeie. În plus, Masters și Johnson susțin că bărbații au o perioadă refractară aproape imediat după ejaculare, în timpul căreia corpul nu mai răspunde la alte stimulări sexuale într-o perioadă cuprinsă între câteva minute (de obicei numai la adolescenți) până la câteva ore sau zile, în funcție de vârstă și forma fizică. Dar la femei lungimea fazei de rezoluție poate să fie considerabil mai lungă.

**REVOLUȚIA SEXUALĂ** În anii 1960 și 1970 a avut loc o rapidă schimbare a concepțiilor despre sex în societățile occidentale. Descrisă adesea de mass-media drept o „revoluție sexuală”, această schimbare reflectă o creștere a activității sexuale în rândul persoanelor necăsătorite și schimbări în standardele tradiționale ale căsătoriei. Pentru unii, ceea ce a fost pe vremuri un secret și o amenințare la adresa căsnicie — adulterul — a devenit mai deschis și chiar justificabil. Comentatorii sociali au pus majoritatea schimbărilor în comportamentul sexual pe seama răspândirii CONTRACEPTIVELOR ORALE, care au eliminat teama de SARCINĂ; pe seama nudității tot mai răspândite în arte, în special pe scenă și la cinema; și materialelor sexuale mult mai la îndemână.

Totuși, dacă examinăm datele asupra schimbărilor din comportamentul sexual începând cu anii 1960, se pare că termenul de revoluție sexuală este întrucâtva greșit. Este adevărat că mai mulți bărbați și femei tinere necăsătoriți se angajau în sex, că dormitoarele facultăților au devenit mixte, că multe cupluri tinere susțineau deschis ceea ce alții făceau numai în intimitate și că femeile erau mult mai conștiente de sexualitatea lor. Dar criticii sociali și sociologii de astăzi nu văd situația ca pe o revoluție, ci ca pe o etapă evolutivă a unei tendințe care continuă și astăzi, în care tema centrală este cea a creșterii libertății și opțiunilor individului și a limitării dreptului guvernului de a interveni în comportamentul sexual interpersonal.

S-a argumentat că schimbările radicale nu au avut loc la nivelul *comportamentului* sexual, ci mai degrabă în *semantica* manifestărilor sexuale. Multe activități sexuale în care probabil că oamenii s-au angajat de

când lumea erau acum privite ca legitime și acceptabile, nu imorale și nici perverse. Într-adevăr, dacă trebuie trasă o concluzie din această perioadă, aceea este că ea a reflectat dorința oamenilor de a fi văzuți ca fiind morali în exprimarea fizică a iubirii și impulsurilor lor biologice. Altfel spus, era pus în discuție codul moral tradițional care a condamnat exprimarea sexualității în afara formei sale heterosexuale, monogame și maritale.

Tendința spre eliminarea reprimării sexualității umane continuă cu mișcarea pentru drepturile homosexualilor, cu mișcarea femeilor, cu mișcarea pentru dreptul de a alege și cu multe alte eforturi pentru respectarea alegerii individuale în sexualitate. Acest proces evolutiv este în plină desfășurare.

## **EXAMINAREA STĂRII SEXUALE Vezi TERAPIA SEXULUI.**

**STEREOTIPURI SEXUALE** Trăsăturile pe care se presupune că le au bărbații și femeile în virtutea sexului lor — fie că sunt sau nu legate de sex — se numesc stereotipuri sexuale. Ca și presupunerile legate de calitățile sau caracteristicile de membri ai altor grupuri (de pildă, grupurile rasiale și etnice care adesea sunt privite ca fiind mai mult sau mai puțin violente decât altele, sau chiar mai mult sau mai puțin inteligente sau de încredere decât altele), stereotipurile despre bărbați și femei și despre diferențele dintre aceștia tind să apară din observații personale și din convențiile vechi.

Stereotipurile despre femei se concentrează de obicei asupra presupuselor trăsături de caracter și a capacităților lor intelectuale, astfel încât femeile sunt privite ca mai grijulii, mai emotive, mai puțin analitice și mai puțin sexuale decât bărbații (deși există și stereotipul femeii nesățioase dacă lasă frâu liber libidoului). Stereotipurile asociate cu bărbații îi caracterizează drept detașați emoțional, agresivi, ambițioși și mai puțin concentrați asupra relațiilor.

Stereotipurile pornesc de la premisa că orice membru al grupului va poseda trăsăturile asociate cu grupul. Ele nu recunosc gama de variabilitate a trăsăturilor de personalitate și a abilităților din cadrul grupurilor (vezi și ROLURILE SEXUALE).

**BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ** Peste 20 de microorganisme diferite se pot transmite prin contactul sexual. Aceștia includ bacterii, viruși (între care și virușii HIV care cauzează sindromul imuno-deficienței dobândite (SIDA), precum și paraziți (păduchi și râie). Câțiva din acești microbi pot să infecteze mai mult de un singur organ anatomic și pot să invadeze fluxul sanguin, de unde se pot răspândi prin toate organele și țesuturile corpului. De asemenea, este obișnuit ca mai mulți microbi transmiși sexual să infecteze același loc anatomic simultan, în special uretra, deschiderea colului uterin și rectul (vezi bolile specifice transmise prin actul sexual, cum ar fi SIDA; PARAZIȚII ȘI RÂIA; GONOREEA ȘI CHLAMYDIA; HEPATITA; HERPESUL; VAGINITA; VAGINITA MICOTICĂ).

În orice societate, există persoane a căror orientare sexuală sau stil de viață le face pasibile de a dobândi boli cu transmitere sexuală. Tratamentul reușit și controlarea bolilor cu transmitere sexuală necesită nu numai tratarea celor care doresc îngrijire medicală, ci și a partenerilor lor sexuali, fie că prezintă simptomele, fie că nu. Tratamentul trebuie aplicat simultan partenerilor sexuali, pentru a evita ca ei să fie re-expuși la microb și re-infectați (vezi și ANUSUL; PROMISCUITATEA; SEXUL PROTEJAT).

**ȘAIZECI ȘI NOUĂ** O formă de SEX ORAL, în care două persoane se angajează simultan. Termenul, cunoscut și sub forma franceză a numărului șaizeci și nouă, *soixante-neuf*, derivă din reprezentarea grafică a numărului șaizeci și nouă, care cu puțină imaginație poate fi vizualizat ca două corpuri îngemănate, fiecare persoană fiind cu capul în dreptul picioarelor celeilalte. În poziția șaizeci și nouă se pot angaja două femei care vor efectua CUNILINGUS reciproc, doi bărbați angajați într-o FELAȚIE reciprocă, sau un bărbat și o femeie, unul efectuând cunilingus și cealaltă felație. Această variantă este cunoscută în istorie și chiar este pictată pe zidurile templelor din India.

Deși cei mai mulți vizualizează poziția cu un partener deasupra, ea poate să fie și cu ambii parteneri dispuși lateral. Deși există multe glume pe seama poziției șaizeci și nouă și multe speculații printre tineri în ce privește virtuțile ei imaginare, autorii pe tema sexului oral — inclusiv terapeuți ai sexului — cred că, din cauza acrobației implicate nu este întotdeauna o metodă de dorit pentru a furniza o stimulare pentru CLITORIS sau pentru PENIS. În particular, poziția este foarte incomodă pentru o persoană care posedă tehnici deosebite de felație. Pentru mulți, poziția șaizeci și nouă este obositoare și poate să inhibe capacitatea celor doi parteneri de a se stimula reciproc. Probabil că sexul oral secvențial, mai degrabă decât șaizeci și nouă, oferă o mai mare libertate de a își exprima tehnicile sexuale.

O problemă, care totuși nu este tipică pentru șaizeci și nouă, este posibilitatea ca bărbatul să aibă un ORGASM mai rapid decât partenera lui și să nu fie în măsură să continue stimularea ei, pentru a o aduce la orgasm, timp de cel puțin câteva minute, timp în care pasiunea ei poate să dispară. Alte dificultăți raportate sunt prea multele activități și senzații care au loc simultan, rezultatul fiind că ambii parteneri nu se vor bucura deplin de senzațiile trăite, fiind concentrați asupra satisfacerii celuilalt. De asemenea, unele femei au raportat că se simt incomod atunci când partenerul este deasupra și își împinge penisul în gură, ele nemaifiind în măsură să-și retragă capul. Pentru cuplurile care consideră că șaizeci și nouă este o poziție stimulantă dar dificilă, decizia de a o folosi în timpul primului stadiu al actului sexual, înlocuind-o apoi cu altă poziție mai confortabilă, pare să fie mai de bun simț.

**SODOMIA** Este un termen care se folosește pentru a defini „acte sexuale nenaturale”, definite legal ca SEX ANAL; FELAȚIE sau ZOOFILIE (Vezi și LEGILE VIOLULUI).

**CANTARIDA** Vezi AFRODISIACELE.

**SPERMATOZOIZII** Celule microscopice produse în testicule, care transportă potențialul genetic al bărbatului. Atunci când un spermatozoid se întâlnește cu un ovul feminin, cele două celule vor începe un proces care va duce la sarcină și la apariția unei noi vieți. În capul spermatozoidului se află cromozomii care conțin o jumătate din zestrea genetică a celorlalte celule ale corpului (cealaltă jumătate a materialului genetic al celulelor fătului va proveni de la ovulul mamei). Jumătate dintre spermatozoizii unui bărbat vor conține cromozomul Y, care combinat cu cromozomul X din ovul va produce un copil de sex bărbătesc, iar jumătate vor transporta cromozomul X, care este specific feminin.

Spermatozoidul este singura celulă din corpul uman care are o coadă care îi permite să înoate din VAGIN prin COLUL UTERIN și în UTER, iar de acolo în TROMPELE UTERINE, unde se va întâlni cu ovulul feminin. Fiecare spermatozoid are o tunică numită acrozom, care conține enzime puternice, care îi permit spermatozoidului să pătrundă prin învelișul protector al ovulului. Un singur spermatozoid are o dimensiune de cam o sutime de milimetru și poate să înoate până la cinci centimetri pe oră.

TESTICULELE unui bărbat încep să fabrice spermatozoizi la vârsta pubertății și vor produce cam 50.000 de spermatozoizi pe minut, în fiecare minut al fiecărei ore, până la vârste foarte înaintate. Producția de spermă din interiorul testiculelor ia aproximativ șaptezeci și șapte de zile. Apoi este nevoie de încă patru-cinci zile pentru ca spermatozoizii să învețe să înoate în conductul numit epididim. *Ductul deferent* este un mușchi puternic care propulsează spermatozoizii din epididim până în PENIS. Un bărbat ejaculează în mod normal 80 până la 300 de milioane de spermatozoizi în momentul unui orgasm. Doar câțiva din milioanele de spermatozoizi depozitați în vaginul femeii vor supraviețui dificilei călătorii până la trompele uterine, și doar unul penetrează ovulul femeii, fertilizându-l. Spermatozoizii pot să trăiască până la șaptezeci și două de ore în interiorul traectului reproductiv al femeii.

Deoarece spermatozoizii sunt atât de mici, cei 80-300 de milioane pot să intre ușor într-un spațiu de mărimea unei gămlii de ac. Cea mai mare parte din ceea ce este ejaculat este fluidul care hrănește spermatozoizii, nu spermatozoizii în sine. Spermatozoizii și fluidul de la testicule formează doar 3 până la 5% din materialul ejaculat. Restul este fluidul hrănitor produs de veziculele seminale (65%) și de prostată (30%; vezi și CONCEPȚIA; FERTILIZAREA IN VITRO; EREDITATEA; STERILITATEA; ORGASMUL; SPERMA ȘI FLUIDUL SEMINAL; DISFUNȚIILE SEXUALE LA BĂRBAT; BĂNCILE DE SPERMĂ; VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ).

\*\*\*fig. P. 258

*Stânga: structura celulei spermatozoid: 1) cap; 2) coadă; 3) zona mediană; 4) acrozomul.*

*Dreapta: celulele spermatozoizi au doar o lungime de o sutime de milimetru. Fiecare ejaculare conține câteva sute de milioane de spermatozoizi.*

\*\*\*

**BĂNCILE DE SPERMĂ** De aproximativ patruzeci de ani se știe că sperma umană poate fi congelată la temperaturi foarte joase (minus 196 grade Celsius) și stocată pe perioade nedefinite. Instalațiile în care se păstrează sperma se numesc „bănci de spermă”.

Sperma se poate stoca din două motive. Primul este pentru a fi folosit de către bărbatul care a produs sperma, de pildă o persoană care se așteaptă să fie supusă chimioterapiei, sau care se gândește la vasectomie dar vrea să-și păstreze capacitatea de reproducere, sau îl așteaptă o operație de înlăturare a unui testicul sau a ambilor. În aceste situații, un bărbat poate să aranjeze cu o bancă de spermă să îi stocheze sperma. Mostrele de spermă sunt

recoltate și congelate în azot lichid. Ele se pot stoca pe un timp nedefinit, până când se dorește o sarcină. În general, bărbatul care își stochează sperma nu trebuie să se supună vreunui test special.

Al doilea motiv, mai comun, este acela de a se stoca sperma donată anonim. O cauză importantă a sterilității de cuplu este densitatea redusă a spermatozoizilor bărbatului sau motilitatea lor redusă. Deși mulți dintre acești bărbați sunt ajutați prin tratamente medicamentoase și chirurgicale curente, există mulți pentru care aceste tratamente nu dau rezultate sau care sunt complet lipsiți de capacitatea de a produce spermatozoizi. În general, în asemenea cazuri se folosește sperma unor donatori anonimi. Caracteristicile fizice ale donatorului sunt potrivite cu cele ale bărbatului, astfel încât copilul rezultat să semene cât mai mult cu părinții lui.

Deoarece este posibil să se transmită BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ (inclusiv SIDA) prin intermediul spermei donate, donatorii sunt foarte atent selectați și verificați, iar probele de spermă sunt analizate în căutarea de boli. În prezent, toată sperma folosită pentru inseminarea de la donatori anonimi din America este congelată și ținută în carantină cel puțin șase luni înainte de a fi folosită. După perioada de carantină, dar înainte ca sperma să fie trimisă spre inseminare, donatorul este rechemat și i se face un test de boli cu transmitere sexuală, mai precis de SIDA, înainte ca mostra să fie folosită.

Donatorii sunt în general studenți de la colegii, de la facultățile de medicină, sau tineri profesioniști care sunt plătiți pentru cele câteva mostre de spermă care vor fi folosite pentru inseminarea artificială pentru a produce o sarcină unor femei necunoscute lor (vezi și INSEMINAREA ARTIFICIALĂ CU AJUTORUL UNUI DONATOR).

**SPERMICIDE** Vezi CONTRACEPȚIA; SPUME, CREME ȘI GELURI CONTRACEPTIVE; SEXUL PROTEJAT.

**TESTUL TIMBRELOR** Mulți bărbați sunt atinși din când în când de episoade de impotență — incapacitatea de a obține o erecție atunci când doresc să facă sex — sau de altă formă de disfuncție erectilă. Deși ar trebui să fie consultat un urolog, ca să vadă dacă nu cumva există o cauză organică, unii bărbați se pot asigura că nu au o problemă fizică prin „testul timbrelor”. Pur și simplu se cumpără un șir de timbre poștale (evident, cele mai ieftine). Apoi, când te duci la culcare, iei cinci până la opt timbre într-o bandă continuă și le înfășori la baza penisului. La capătul ultimului timbru se plasează puțină umezeală, astfel încât „inelul” să rămână închis de-a lungul nopții. Dacă banda este răsucită sau ruptă, atunci probabil că ai avut o erecție sănătoasă, tare. Dacă nu, atunci încearcă și noaptea viitoare, cu timbrele prinse ceva mai strâns.

Cei mai mulți bărbați, chiar și dintre cei care cred că nu au erecții în somn, în fapt le au. Dacă aparatul tău sexual funcționează (dacă dorești, verifici acest lucru la doctor), atunci va trebui să determini ce fel de factori psihogenici sau situaționali te-au adus la această impotență temporară. Dacă nu poți corecta problema rapid, singur, atunci trebuie să consulți un psiholog sau un terapeut al sexului (vezi și IMPOTENȚA; DISFUNCȚIILE SEXUALE LA BĂRBAT).

**STERILIZAREA** Procedeu chirurgical efectuat asupra bărbaților sau femeilor pentru a întrerupe drumul urmat de SPERMATOZOIZI sau de ovul către punctul din corpul femeii în care are loc în mod normal

fertilizarea. Este în intenție permanentă și este cea mai comună formă de CONTROL AL NAȘTERILOR folosită de cuplurile căsătorite din Statele Unite. Procedura efectuată asupra femeilor se numește sterilizare tubară; la bărbați, se numește vasectomie (vezi și VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ).

Sterilizarea sigilează TROMPELE UTERINE ale femeii, locul în care sunt în mod normal fertilizate ovulele de către spermatozoizi. Această metodă de control al nașterilor este foarte eficientă, deși în unele cazuri rare trompele uterine se pot repermabiliza de la sine, iar femeia poate să rămână gravidă. Atunci când acest lucru se întâmplă, un ovul fertilizat se poate dezvolta în afara UTERULUI, iar sarcina rezultată trebuie întreruptă printr-o procedură chirurgicală de urgență.

Cu excepția acestor cazuri foarte rare, sterilizarea tubară, cunoscută și sub numele de „legarea trompelor” este o metodă permanentă, astfel încât dacă femeia va decide că va vrea copii, nu va mai putea să-i facă. Acest lucru va fi valabil chiar dacă și-a părăsit partenerul și vrea să întemeieze o nouă familie, cu altcineva. Prin urmare, decizia de a efectua o sterilizare tubară trebuie să fie gândită cu mare grijă. Printre motivele pentru care unele femei se supun procedurii se numără și faptul că dacă vor rămâne gravide se vor supune unor riscuri mari, sau ar putea să transmită mai departe o boală ereditară.

\*\*\* fig. P. 260

*La una dintre tehnicile pentru sterilizarea tubară, trompa este a) legată și b) tăiată. După vindecare, cele două ligaturi sunt îndepărtate.*

\*\*\*

Există mai multe metode de efectuare a sterilizării. Cele două cele mai cunoscute sunt laparoscopia și mini-laparotomia. La metoda laparoscopică, abdomenul femeii este destins cu ajutorul unui gaz inofensiv, apoi chirurgul efectuează o mică incizie în ombilic și inserează un laparoscop (un instrument în formă de tub cu iluminare și lentile oculare) care va ghida instrumentele folosite pentru închiderea trompelor.

Laparotomia durează sub o jumătate de oră. La mini-laparotomie nu se mai folosește nici un gaz, iar operația are loc adesea îndată după o naștere. Laparotomia, care implică o operație mai invazivă, ca și procedurile vaginale, sunt rar folosite astăzi, deoarece pun niște riscuri sporite.

Cele două metode cele mai comune de sterilizare sunt proceduri cu risc scăzut, cu efecte ulterioare neglijabile, deși orice procedură chirurgicală are întotdeauna șanse de a deschide calea unor infecții, a unei hemoragii interne sau unei reacții adverse la anestezicul folosit. Deoarece nu interferează nici cu OVARELE și nici cu producerea normală sau cu ciclul HORMONILOR, sterilizarea nu afectează nici impulsul sexual al femeii și nici ciclul menstrual.

Costul unei sterilizări tubare este în Statele Unite de 1.000 până la 2.500 de dolari, deși la nevoie unii doctori vor mai lăsa din preț, iar unele polițe de asigurare medicală vor acoperi parțial sau total costul.

**MENOPAUZA CHIRURGICALĂ** Vezi TERAPIA DE ÎNLOCUIRE HORMONALĂ;  
HISTERECTOMIA.

**MAMELE SUROGAT** Până de curând, expresia era folosită pentru a desemna orice femeie care ținea loc de mamă, cum ar fi o soră mai mare care a crescut un copil sau îngrijitoarea de la școală. Dar în zilele noastre noțiunea de mamă-surogat înseamnă altceva, anume o femeie care își implantează în uter ovulul fertilizat al altei femei și care poartă SARCINA până la nașterea copilului. În cazurile în care o femeie nu poate să poarte un copil până la termen dar poate să convingă altă femeie s-o facă, acest lucru este acum posibil. O femeie de vârstă medie și-a împrumutat în acest fel recent uterul fiicei ei; la nașterea copilului ea și-a ținut în brațe propriul nepot.

O femeie care ajută un cuplu fără copii permițând ca ovulul ei să fie inseminat artificial, renunțând în același timp prin contract la copil când acesta se va naște, nu se numește mamă-surogat. Ea este mama naturală a copilului, iar soțul celeilalte femei este tatăl.

Femeia care poartă un copil al altora face un mare serviciu cuplului care își dorește un copil. Adesea, ea suferă mult să cedeze copilul și de aceea la sfârșitul sarcinii este normal ca ea să apeleze la un consilier (vezi și INSEMINAREA ARTIFICIALĂ CU AJUTORUL UNUI DONATOR).

**RĂTĂCITORII** Termenul de „rătăcitor” a evoluat în ultimii treizeci de ani. Înainte de 1960, el desemna un stil de viață lipsit de griji, premarital, tineresc. În anii 1960 și 1970, el s-a aplicat la persoane, de obicei căsătorite, care se angajau în activități sexuale care implicau trei sau mai multe persoane, toate consimțind. Aceste activități includeau: schimbarea partenerilor, troilism (sexul în trei), SEXUL ÎN GRUP (patru sau mai multe persoane) și căsătoria deschisă. Acum, noțiunea de „rătăcitor” are ambele semnificații și trebuie înțeleasă din context.

Rătăcitorii furnizează mai multe motive pentru implicarea lor în activități sexuale neconvenționale: incompatibilitatea sexuală cu partenerul (soțul) pe care altfel îl iubesc; o energie imensă a dorinței sexuale, care îl face pe rătăcitor să se plectisească de unul și același partener; și senzația de poftă nesățioasă, raportată de unele femei — sindromul Sherfey. Un punct de vedere comun exprimat de rătăcitori este că există o deosebire psihologică între varietatea sexuală cu o persoană și varietatea partenerilor sexuali. Explicarea acestei deosebiri se bazează adesea pe ideea că intimitate sexuală are un efect unic și inimitabil asupra fiecărei persoane, pentru orice combinație unică de persoane.

Prima amintire publică a rătăcitorilor a apărut în mass-media în 1957. Sociologii au început să studieze fenomenul la începutul anilor 1960 pe ambele Coaste, în Vestul Mijlociu și în Sud-Vest. Unul dintre cercetători, Carolyn Symonds, a remarcat deosebirea dintre „rătăcitorii utopiști” și cei „recreaționali”. Utopiștii erau persoane cu orientare ideologică și plasau sexul în contextul unui sistem filosofic. Ei credeau că războiul, violența, distrugerea ecologică, dispariția animalelor și materialismul sunt rele sociale — împreună cu posesivitatea, gelozia și exclusivitatea sexuală. Mulți dintre ei au fost atrași de comunele din anii 1960 și 1970 sau trăiau în grupuri. Ei credeau că iubirea este o forță motivațională și civilizatorie, având drept expresie fizică sexul. Ei erau consecvenți cu tradiția utopică americană a secolului nouăsprezece, cum ar fi cea din comunitatea Oneida. În vreme ce unii rătăcitori de azi ar mai putea fi considerați „utopiști”, ei par să fi fost înlocuiți de al doilea tip: cei recreaționali. Aceștia erau și sunt bărbați și femei adesea căsătoriți care cred că e mai plăcut să faci sex cu

prietenii și cunoștințele decât să joci bridge sau să mergi să joci popice. Astăzi, termenul de „rătăcitor” se referă de obicei la tipul „recreațional”.

Rătăcitorii de astăzi tind să fie în medie de patruzeci de ani, din clasa mijlocie, conservatori politic și provenind dintr-un mediu sexual și dintr-o copilărie plină de restricții. Cei mai mulți rătăcitori căsătoriți relatează că au intrat pe această cale datorită căsniciei care se deteriora, în care nemulțumirea sexuală era o sursă majoră a discordiei din familie. În vreme ce mulți rătăcitori relatează că dizolvarea familiei lor a fost temporar evitată, foarte adesea unul dintre parteneri se plictisește sau începe să se simtă amenințat atunci când celălalt devine mai implicat în „rătăcire”, dând astfel naștere altei crize de familie (vezi și PROMISCUITATEA).

**SIFILISUL** Sifilisul a fost descoperit ca boală în Europa sfârșitului secolului cincisprezece, coincidând cu întoarcerea lui Cristofor Columb din Lumea Nouă. Încă se dezbate dacă sifilisul a fost adus în Europa din Americi, sau dacă a fost importat o dată cu sclavii din Africa de Est, aduși la acea vreme de spanioli și portughezi. La început, sifilisul a cauzat o imensă epidemie în Europa, cu o rată de mortalitate foarte înaltă. Infecția a devenit mai puțin virulentă în secolele următoare.

Sifilisul este produs de bacteria *Treponema pallidum*, un organism microscopic de formă spiralată, și una din puținele bacterii care nu pot fi crescute artificial într-o eprubetă. Se știe că sifilisul este un mare imitator, pentru că el poate să semene ca și simptome clinice cu multe alte boli. El cauzează o boală care progresează în timp pe etape: primară, secundară și terțiară, stadiile fiind separate între ele de intervale durând de la luni la ani, intervale în care nu se manifestă nici un semn de infecție.

Principala leziune sifilitică este șancrul, o leziune circulară, nedureroasă și fermă, apărută la locul invaziei. Un șancru poate să apară oriunde pe buze, limbă, sfârcurile sânilor, rect sau organele genitale, la nouă până la nouăzeci de zile după infectare. În general, în jurul șancrului apar noduli limfatici măriți, dar nedureroși. Șancrul se vindecă spontan în șase până la zece săptămâni, iar înainte să apară semnele și simptomele sifilisului secundar trece o perioadă liniștită, durând între șase săptămâni și șase luni. Semnele și simptomele sunt rezultatul împrăștierei microbului prin sânge și limfă de la locul infecției până la orice organ și țesut al corpului. Cele mai vizibile leziuni sunt niște erupții nedureroase pe piele, de diverse tipuri. Ele apar în general pe palme și pe tălpi, nu dau mâncărimi și se vindecă fără să lase cicatrice. Curând după vindecarea leziunilor secundare, survine încă o perioadă liniștită această perioadă poate să dureze tot restul vieții, dar se poate ca în câțiva ani să apară leziunile terțiare. Ultimele leziuni sifilitice pot să distrugă pielea normală, oasele și ligamentele prin ulceratii și cicatrizări. Sifilisul terțiar atacă sistemul nervos prin împiedicarea fluxului de sânge către creier și țesuturile nervoase și prin înlocuirea țesuturilor normale cu niște mase asemănătoare cu cele tumorale. Tratamentul cu o formă injectabilă de penicilină asigură vindecarea pacienților cu sifilis primar, secundar și latent. Dar distrugerile suferite de țesuturile nervoase, de inimă, piele și oase nu mai pot fi recuperate prin terapia cu penicilină (vezi și SEXUL PROTEJAT; BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ).

### **TAMPOANELE INTRAVAGINALE, ȘERVEȚELELE IGIENICE ȘI BUREȚII**

**MENSTRUALI** În timpul MENSTRUATIEI, femeile trebuie să poarte un material absorbant care să colecteze sângele menstrual. Femeile din diferite culturi și-au rezolvat problema fluxului menstrual în diverse feluri. Din

cele mai vechi timpuri, femeile au făcut tampoane și șervete din materialele avute la îndemână, adesea spălând și refolosind cârpe specializate. În America zilelor noastre, femeile folosesc tampoane și șervețele igienice. O mică parte dintre ele utilizează bureții.

Tampoanele aflate în comerț sunt constituite din piese moi de bumbac presate într-o formă asemănătoare cu un tub lung de ruj. Tamponul este introdus în vagin și apoi împins în sus cu ajutorul unui deget. Unele tipuri de tampoane se livrează într-un tub de carton sau cu un fel de piston central. Aceste dispozitive ajută femeia să ghideze tamponul. Un tampon are și o ață atașată de un capăt. Această ață nu este inserată în vagin și folosește la extragerea tamponului după utilizare. Un avantaj important al tampoanelor este că ele împiedică orice scurgere externă a sângelui. Deoarece se află în interiorul vaginului, ele se pot purta și la înnot sau cu haine mulate. Spre sfârșitul anilor 1970 a apărut o boală extrem de rară dar și periculoasă asociată cu folosirea tampoanelor: SINDROMUL DE ȘOC TOXIC (TSS). Boala survenea atunci când bacteriile se multiplicau în vagin ca urmare a folosirii unui tip de tampoane. Este important să nu uităm că TSS e extrem de rară și pare să fie prevenită dacă tamponul nu este păstrat înăuntru peste perioada recomandată.

Șervețelele menstruale sunt făcute dintr-un material moale și absorbant și au o formă care le permite să stea așezate pe chilot. De obicei, ele chiar se lipesc de chilot cu ajutorul unor aripioare colante. Primul asemenea șervețel igienic de unică folosință a apărut pe piață în 1921. Acum ele se produc într-o largă varietate de grosimi, pentru a se adapta la diverse niveluri de hemoragie menstruală — de la ușoară la foarte abundentă.

Unele femei au descoperit că bureții naturali (nu cei artificiali, din celuloză) prezintă multe avantaje pentru folosirea menstruală. Un burete este moale și confortabil, iar atunci când este ud ia forma vaginului, eliminând iritarea dată de uscăciune, comună tampoanelor în timpul unor menstrue ușoare. Un burete se poate reutiliza. Femeia poate să taie buretele cu o pereche de foarfeci, inserându-l apoi în vagin cu ajutorul degetelor. Atunci când simte că este plin, îl scoate cu ajutorul degetelor, îl limpezește în apă rece și îl reinserează. Cu toate acestea oricine se gândește la folosirea unui burete trebuie să știe că Administrația Alimentelor și Medicamentelor nu aprobă folosirea bureților la ciclul menstrual. Deși unele femei îi foloseau prin anii 1970, astăzi bureții sunt foarte rar întâlniți.

**ADOLESCENȚII ȘI SEXUL** Fie că societatea americană aprobă, fie că nu, activitatea sexuală este comună printre adolescenți. Aceștia se află la apogeul energiei, entuziasmului și sexualității, iar avertismentele maturilor care le cer să își controleze purtarea nu au întotdeauna sorți de izbândă. Din punct de vedere fizic, adolescenții sunt pregătiți pentru sex. Aceasta nu înseamnă că ei trebuie să se angajeze în contacte sexuale sau că nu pot să învețe să abordeze sexul de o manieră responsabilă sau chiar să practice abstenența până când se vor căsători. Pur și simplu înseamnă că sexualitatea lor este o forță de care trebuie ținut cont.

În ultima jumătate a secolului douăzeci, numărul adolescenților care au relații sexuale a crescut constant. Cu o generație în urmă, mai puțin de jumătate din adolescenții americani aveau relații sexuale înainte de căsătorie. Astăzi, o treime dintre adolescenți fac sex înainte de cincisprezece ani. Până la douăzeci de ani, aproape 80% vor fi făcut sex.

Adulții trebuie să recunoască faptul că senzațiile sexuale sunt o parte firească a dezvoltării și că explorarea și curiozitatea sexuală sunt părți firești ale maturizării. Totuși, oricât de natural ar fi sexul pentru

adolescenți, el are toate motivele să îi îngrijoreze pe adulți. Peste un milion de adolescente americane rămân gravide în fiecare an, iar 84% din aceste sarcini sunt neintenționate și nedorite. Centrul pentru Opțiunile Populației estimează că 41% din aceste sarcini ar fi putut fi evitate dacă toți adolescenții activi sexual ar fi folosit metode de contracepție, în timp ce doar o treime din adolescenții activi sexual spun că folosesc întotdeauna metode contraceptive.

Există și problema tot mai acută a BOLILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ. În fiecare an, 2,5 milioane de adolescenți sunt infectați cu boli cu transmitere sexuală — aproximativ unu din șase adolescenți activi sexual. Tinerii pot să creadă că sunt invulnerabili, dar adevărul este că atunci când se angajează în actul sexual se expun riscului. De asemenea, și SIDA este în creștere în rândul adolescenților.

Nu este o idee bună ca un adolescent să își nege sexualitatea — la urma urmei, sexul face parte din viață — dar ei trebuie să înțeleagă că o relație sexuală are consecințe și că prin urmare trebuie să fie abordată de o manieră responsabilă. Există foarte multe căi de a te exprima sexual fără a te îmbolnăvi și fără să apară o sarcină.

Adolescenții care au luat decizia de a face sex trebuie să folosească o metodă contraceptivă. Cele mai obișnuite metode de CONTROL AL NAȘTERILOR sunt CONTRACEPTIVELE ORALE și PREZERVATIVELE. Dintre adolescentele active sexual care practică contracepția, 64% se bazează pe pilulă, în vreme de 21% pe prezervative. Dar există multe metode la îndemână: prezervativele se pot cumpăra la orice chioșc, iar în cele mai multe cazuri fetele pot să obțină rețete de contraceptive de la Planned Parenthood fără ca clinica să anunțe părinții.

Adolescenții nu trebuie să se simtă niciodată obligați să se angajeze în contacte sexuale. Dacă un adolescent are îndoieli sau crede că s-ar putea să regrete după aceea că a făcut sex, probabil că este o idee bună să mai aștepte. Decizia de a deveni activ sexual trebuie să nu se bazeze pe ceea ce cred ceilalți. La urma urmei, întotdeauna există alte opțiuni sexuale.

MASTURBAREA pare o cale acceptabilă de eliberare a energiei sexuale. Aproximativ 80% din fete și 90% din băieți se masturbează cu o frecvență care se întinde între o dată pe zi și o dată pe săptămână. Masturbarea este o experiență sexuală normală, sigură și la îndemână, deși unele religii o interzic. Pentru cei mai mulți adolescenți, masturbarea este cea mai frecventă exprimare sexuală. De asemenea, este o cale bună prin care o persoană tânără descoperă acele atingeri care îi produc cea mai mare plăcere.

Unii adolescenți, în special băieți, se masturbează împreună, sau chiar reciproc. Acest tip de experiență este normal și nu înseamnă că ei ar fi homosexuali. Fetele pot și ele să se atingă și să se frece reciproc, fără ca aceasta să însemne că ar fi lesbiene. Curiozitatea sexuală este foarte intensă în timpul adolescenței și în mod firesc va duce la diferite tipuri de explorare. Evident, dacă un adolescent este sigur că este homosexual, respectiv lesbiană, atunci este probabil o idee bună să găsească o persoană cu care să poată discuta despre acest lucru. În multe orașe există grupuri de ajutorare pentru tinerii care cred că sunt homosexuali. Dar este la fel de important pentru tineri să știe că mulți adolescenți heterosexuali se pot îndrăgosti de o persoană de același sex.

Adolescenții se aruncă adesea fără să se gândească într-un act sexual, uneori înainte de a fi cu adevărat pregătiți, iar aceasta este adesea din cauză că nu au informații suficiente în privința SEXULUI PROTEJAT. Adolescenții sunt adesea presați de cei de vârsta lor și de mass-media să creadă că singura cale de a face sex este acuplarea. Pentru mulți, există o opțiune mai bună, anume aducerea partenerului la orgasm fără acuplarea

organelor sexuale. Aceasta presupune o întreagă pleiadă de activități sexuale: joaca cu organele genitale ale partenerului, explorarea întregului corp, SĂRUTUL sau SEXUL ORAL. Acestea reduc șansele bolilor cu transmitere sexuală și pot fi extrem de plăcute. Fetele au în mod repetat mai multe orgasme, iar băieții au ocazia să învețe tehnici sexuale. Aceste metode determină un cuplu să se grăbească mai puțin și să exploreze acel tip de atingeri care oferă cea mai mare plăcere, ținând cont de sensibilitățile și necesitățile partenerului. Sexul fără contactul sexual este o minunăție prin care adolescenții se pot bucura de sexualitatea lor.

Dacă adolescenții se decid să se angajeze în contact sexual propriu-zis, ei trebuie să înțeleagă niște reguli fundamentale. Dacă ei se consideră destul de vârstnici ca să facă sex, atunci ei trebuie să fie destul de maturi ca să o facă în deplin respect, atât față de ei înșiși, cât și față de partener. Ei trebuie să respecte gusturile partenerului și să nu facă niciodată lucruri care nu-i plac acestuia. Nu trebuie să oblige persoana iubită să facă ceea ce nu vrea să facă. Nu trebuie să mintă pentru a obține ceea ce vor. Trebuie să își protejeze partenerii împotriva SARCINII și a bolilor cu transmitere sexuală. Sexul nu trebuie să fie niciodată ceva de genul „am marcat”.

Uneori, chiar când acționează responsabil, o adolescentă poate să rămână gravidă. O sarcină nedorită poate fi o experiență traumatizantă. Atunci când un băiat lasă însărcinată o fată, este foarte probabil ca el să fie foarte tulburat, poate chiar îngrozit de situație și să nu știe unde să se adreseze pentru un ajutor. Primul lucru care trebuie făcut este să discute cu fata. Sarcina are loc în trupul ei și ea este în ultimă instanță cea care va decide ce vrea să facă, de dorit cu ajutorul celor din jur. Pentru fată, sarcina poate să aducă teamă și vinovăție. Ea nu trebuie să piardă prea mult timp încercând să nege evidența. Dacă o adolescentă crede că este însărcinată, primul lucru pe care trebuie să îl facă este să afle dacă chiar este însărcinată. Dacă are impresia cu nu poate discuta cu părinții, atunci trebuie să apeleze la un consilier sau la alt profesionist al sănătății. Consilierii de la Planned Parenthood vor păstra confidențialitatea întâlnirilor cu fata. Dacă aceasta descoperă că este însărcinată, ea va trebui să discute, în cazul ideal, cu părinții ei toate opțiunile. Totuși, uneori, ea are motive întemeiate să nu o facă, iar consilierii de la Planned Parenthood pot să o ajute.

În general, există patru opțiuni pentru o adolescentă însărcinată:

- să avorteze;
- să păstreze copilul și să îl crească singură;
- să păstreze copilul și să se căsătorească cu tatăl acestuia;
- să nască și să dea copilul spre adoptare.

Fata trebuie să-și cântărească foarte atent opțiunile și să cântărească toate argumentele pro și contra. Ea poate să fie supusă unei presiuni din partea părinților, prietenului, prietenelor și a altora, dar decizia este a ei și numai a ei. Ea trebuie să își asume consecințele deciziei ei, oricare ar fi aceea.

**Avortul.** Patru din zece adolescente cu sarcini nedorite fac avort. Decizia de a face un avort nu este niciodată ușoară, iar multe fete simt o mare tristețe și vinovăție. Dar emoția copleșitoare pe care o simt cele mai multe adolescente este ușurarea. Ele pot să aleagă să aibă copii mai târziu, atunci când le vor putea oferi acestora multă grijă și iubire.

**Păstrarea și creșterea copilului.** În fiecare an, peste o jumătate de milion de adolescente se decid să păstreze copiii. Unele dintre ele se vor simți prinse într-o capcană, furate de o parte din copilăria lor. Nu este ușor

să crești un copil nici măcar în cele mai favorabile împrejurări. O adolescentă trebuie să se întrebe dacă este pregătită pentru răspunderile maternității. Pentru unele, totuși, este cea mai bună decizie, în urma căreia se vor simți răsplătite.

**Căsătoria cu tatăl copilului și creșterea împreună a copilului.** Pentru adolescentele mai în vârstă, în special pentru cele care sunt deja logodite, șansele de a se simți bine după păstrarea copilului sunt mai bune decât dacă ele sunt mai tinere și înstrăinate de tatăl copilului. Multe cupluri care se căsătoresc pentru un copil vor termina căsnicia într-un dezastru. Căsătoria de dragul unui copil este foarte riscantă.

**Încredințarea copilului spre adopție.** În fiecare an, mii de adolescente aleg această opțiune. Ele înțeleg că sunt prea singure sau prea tinere ca să fie acel tip de mamă pe care și l-ar dori. Unii se pot întreba cum sunt ele în stare să renunțe la copil. Dar pentru fetele cu obiecții religioase sau de altă natură față de avort, este o faptă curajoasă să ofere copilul unui cuplu disperat să aibă un copil și în măsură să îi ofere acestuia un viitor.

Nici una dintre aceste alegeri nu este simplă. În mod sigur, cea mai bună situație pentru o adolescentă este să nu fie forțată să ia o asemenea decizie. Dar sarcina este o posibilitate reală după ce ai avut un contact sexual și de aceea ar trebui folosit întotdeauna un mijloc contraceptiv. Dacă un adolescent nu este pregătit să abordeze cu răspundere această posibilitate, atunci nu este pregătit pentru actul sexual (vezi și CASTITATEA; VIRGINITATEA).

**TESTICULELE** Organele principale ale sistemului reproductiv la bărbat. Ele au formă de ou și sunt pereche, aflându-se într-un sac din afara corpului bărbatului, numit scrot. În acest loc, ele se păstrează la o temperatură cu 4 grade Celsius mai mică decât restul organelor corpului, pentru că la temperatură mai joasă ele funcționează mai bine.

Testiculele au două funcțiuni principale separate, dar înrudite. Cea mai mare parte a testiculului este destinată producției de SPERMATOZOIZI, celulele care transportă potențialul genetic al bărbatului spre ovulul femeii. Cealaltă importantă funcțiune a testiculelor este producerea hormonilor sexuali masculini, în principal a TESTOSTERONULUI. La vremea pubertății, testiculele primesc un semnal hormonal de la glanda pituitară de la baza creierului, care le comanda producerea de testosteron. Acești hormoni declanșează creșterea părului pubian, a bărbii, a mușchilor și a PENISULUI, ca și schimbările din voce și din tendințele sexuale. Împreună cu semnalul hormonal venit de la creier, testosteronul produs de celulele specializate din testiculul bărbatului stimulează celulele reproductive (spermatogonia) să înceapă să se dividă și să producă spermatozoizi. La un bărbat normal, producția de spermatozoizi este de cam 50.000 pe minut, în fiecare minut al fiecărei zile, de la pubertate până la bătrânețe. Producerea de spermatozoizi durează aproximativ șaptezeci și șapte de zile, după care spermatozoizii părăsesc testiculele printr-o serie de canale minuscule din partea de sus și pătrund în epididim, un tub muscular încolăcit, de circa 4,5 metri lungime, unde își dezvoltă capacitatea de a înota și de a fertiliza un ovul. Spermatozoizii sunt apoi propulsați din epididim în penis de către ductul deferent, un conduct muscular lung de aproximativ 40 cm.

Testiculele sunt foarte sensibile la căldură, medicamente, alcool, radiație și toxine din mediu. Expunerea la una din acestea poate să afecteze capacitatea testiculului de a produce hormoni și spermatozoizi sănătoși. Aproximativ 15% din bărbați au în jurul testiculelor vene varicoase, numite varicocele. Acestea

supraîncălesc testiculele și, în timp, vor scădea fertilitatea bărbatului. Varicocelele pot fi rezolvate ușor cu ajutorul unei operații numite varicocelectomie, pentru a împiedica sterilitatea masculină. Dacă un testicul sau amândouă nu coboară în scrot din copilărie (o situație numită criptorhidie sau testicul necoborât) el trebuie coborât, fie prin injecții cu hormoni, fie prin operație chirurgicală. Bărbații cu această problemă pot să prezinte o fertilitate scăzută și un risc sporit de cancer la testiculul afectat (vezi și **CANCERUL TESTICULAR**; **VASECTOMIA ȘI PILULA MASCULINĂ**).

\*\*\*FIG. P. 266

#### *Anatomia testiculului*

1. Veziculă seminală
2. Ductus deferens
3. Epididymis
4. Ductuli efferentes
5. Rete testis
6. Utriculus prostaticus.

**CANCERUL TESTICULAR** Boală relativ rară, care de obicei nu are nici un simptom în fazele inițiale. În mod normal, apare la bărbații între cincisprezece și treizeci și cinci de ani, deși poate afecta, într-o formă sau alta, bărbații de orice vârstă. Este o boală a bărbaților tineri și este cea mai întâlnită formă de cancer între bărbații aflați în jurul vârstei de treizeci de ani. Din fericire, este și una dintre formele de cancer care se vindecă cel mai ușor dacă este detectat din vreme. Deoarece se află în afara corpului, testiculele sunt ușor de examinat.

Cancerul testicular începe de obicei cu apariția unei umflături dureroase sau a unei mase compacte anormale în testicul. Adesea este remarcat după o traumă minoră sau o rană la scrot, iar prezența ei este adesea trecută cu vederea deoarece se consideră că a fost rănit în același timp și testiculul. Cea mai bună metodă de a detecta din timp cancerul este să se efectueze o examinare lunară a testiculelor, cel mai bine atunci când se face duș sau baie. (Bărbații care se feresc să-și examineze testiculele pot să-și roage partenerele să o facă.) Un testicul ar trebui să fie neted și ferm, cu o ușoară moliciune. O porțiune dură a testiculului, o umflătură sau orice altă deosebire între un testicul și celălalt ar trebui să însemne o vizită urgentă la un doctor specialist. O examinare suplimentară va include o ecografie, care este nedureroasă.

Rănila la testicule nu cauzează cancer testicular. Cancerul testicular este mai răspândit la bărbații la care testiculele nu au coborât în scrot după naștere (criptorhidie). Tratarea criptorhidiei nu afectează șansa apariției cancerului testicular. Examinarea testiculelor bărbaților cu antecedente de testicule necoborâte este esențială.

\*\*\*FIG. P. 267

*Bărbații ar trebui să caute orice umflătură sau creștere anormală a testiculelor, prin rulara lor ușoară între degetul opozabil și celelalte.*

\*\*\*

Tratamentul cancerului testicular implică înlăturarea testiculului și evaluarea răspândirii cancerului cu ajutorul unui scanner, analize ale sângelui și eventual alte teste. Dacă tumora s-a diseminat în afara testiculului, ar putea fi necesară o operație abdominală sau chimioterapia. Marea majoritate a cazurilor de cancer testicular sunt acum vindecabile fie prin chirurgie, fie printr-o combinație de chirurgie, chimioterapie și radiații. Diagnosticul precoce și începerea grabnică a tratamentului sunt esențiale pentru ca pacientul să se bucure de șanse mari de reușită. Orice bărbat care descoperă deosebiri între testicule sau o zonă tare într-unul din testicule ar trebui să se ducă urgent la un urolog sau la alt medic specialist.

Dacă un testicul este înlăturat în timpul tratamentului, cel care rămâne va prelua producerea normală de spermatozoizi și de TESTOSTERON. Un testicul unic este suficient pentru o sexualitate normală și pentru fertilizare (vezi și CASTRAREA).

**TESTOSTERONUL** HORMONII sexuali sunt clasificați în trei categorii: androgeni, estrogeni și progesteron. Aceste trei tipuri de hormoni se regăsesc atât la bărbați, cât și la femei, dar cantitatea fiecăruia e determinată de sexul respectivei persoane. Progesteronul și estrogenii sunt hormoni feminini, iar androgenii sunt hormoni masculini. Androgenul produs în cea mai mare concentrație la bărbați e testosteronul.

Testosteronul are un rol complex în determinarea caracteristicilor sexuale secundare. La pubertate începe producția testosteronului, afectând creșterea, structura osoasă, mărimea și tonusul muscular. Structura distribuției părului pe corp și pe față la bărbați e de asemenea determinată de testosteron și afectează distribuția părului pe cap, pe măsură ce bărbatul îmbătrânește.

Testosteronul afectează de asemenea LIBIDOU și, într-o anumită măsură, sexualitatea. Efectul său asupra creierului e responsabil de caracteristici comportamentale asociate cu masculinitatea, cum ar fi agresivitatea. HSF (hormonul stimulator al foliculinei), produs de glanda pituitară, stimulează și producerea de spermă. Un al doilea hormon pituitar, LH (hormonul de luteinizare) acționează pentru stimularea producerii testosteronului care, la rândul lui, menține producerea de spermă. Concentrația testosteronului la bărbați rămâne la un nivel destul de constant pe parcursul vieții, după pubertate (a se vedea ÎMBĂTRÂNIREA ȘI SEXUL; TESTICULE).

**TUTUN** a se vedea SINDROMULUI ABUZULUI DE MEDICAMENTE LA FĂT ȘI NOU-NĂSCUT.

**ȘOCUL TOXIC** La începutul anilor 1980, apariția unui tip virulent de infecție, uneori fatală, a fost asociată cu folosirea tampoanelor intravaginale de către femei. Etichetat drept sindromul șocului toxic, boala, care atacă multe organe vitale, rezultă din eliberarea unei toxine în infecții cauzate de o tulpină de bacterie numită stafilococ coagulazo-pozitiv.

Boala s-a manifestat prin febră, tensiune scăzută și afecțiuni ale pielii (înroșire inițială și ulterior

descuamare) mai ales la nivelul palmelor și tălpilor. Era o afecțiune sistemică, afectând uneori trei sau mai multe din următoarele: tractul digestiv, musculatura, mucoase, rinichi, ficat, sânge (număr scăzut de trombocite) și sistemul nervos central. La aceste paciente, stafilococul coagulazo-pozitiv poate fi izolat adesea de la locul infecției primare, de obicei vaginul, fără ca microorganismul să pătrundă în sânge.

Cum boala a atins proporții epidemice la începutul anilor 1980, s-au remarcat unele caracteristici distincte. 90% din victimele sindromului șocului toxic (TSS) au fost femei, majoritatea sub 34 de ani, iar instalarea simptomatologiei s-a produs fie în timpul menstruației, fie imediat după. TSS a fost de patru ori mai frecventă în statele nordice, muntoase, din SUA decât în cele din sud. Asocierea TSS cu folosirea tampoanelor s-a remarcat încă de la început. Cele care foloseau tampoane super-absorbante care rămân mult timp în vagin își asumă cel mai mare risc.

Scoaterea de pe piață a tampoanelor super-absorbante a redus, dar n-a eliminat total TSS. Orice infecție cu această tulpină de bacterie, de exemplu infectarea unei plăgi abdominale după o operație, poate evolua în sindromul șocului toxic.

Antibiotice cum ar fi penicilina și cefalosporinele sunt eficiente contra acestui organism, iar corticosteroizii ajută la diminuarea efectelor toxinei asupra sistemelor organismului. Recent, un sindrom identic TSS ca simptomatologie clinică și anormalități ale testelor de laborator s-a remarcat la pacienții infectați de altă bacterie, numită streptococul beta-hemolitic din grupul A Lancefield. Revizuirea cazurilor de infecții provocate de această bacterie în anii 1960 și 1970 sugerează că acest sindrom se remarcase deja, dar nu se știa ce e. În orice caz, aceste infecții sunt foarte rare. Streptococul beta-hemolitic de grup A poate fi distrus de o varietate de antibiotice, iar modificările organice sistemice pot fi contracarate prin îngrijire medicală.

TSS e o problemă serioasă pentru pacient dar, din fericire e un eveniment foarte rar în anii '90 (a se vedea de asemenea TAMPOANE, ȘERVEȚELE IGIENICE ȘI BUREȚI).

**TRANSSEXUALITATEA** Transsexualii sunt persoane normale din punct de vedere biologic, a căror adevărată identitate e cea opusă sexului lor anatomic. Au trei caracteristici comune: respingerea propriei anatomii sexuale; hotărârea de a aparține sexului opus; dorința de îmbrăca haine caracteristice sexului opus, deși acest fapt nu e însoțit de o excitare sexuală. Transsexualii consideră că aparțin emoțional și psihologic sexului opus și că s-a produs o greșeală biologică, obligându-i să existe într-un corp străin. Majoritatea transsexualilor sunt bărbați.

Transsexualitatea e identificată adesea în presa populară cu chirurgia de „schimbare a sexului”. Dar termenul se referă, de fapt, la stare, nu la tratament. Altă confuzie rezultă din folosirea populară a termenilor de „transsexual” „travestit” și „homosexual”. Acești termeni descriu stări separate, dar sunt adesea interșanjabili. Homosexualii sunt persoane care preferă relațiile cu un membru al propriului lor gen. Orgasmul genital e important pentru homosexuali, așa că nu țin neapărat să scape de organelor lor genitale. Majoritatea preferă să poarte haine specifice sexului propriu. Un travestit e o persoană care se excită să îmbrace haine femeiești. O diferență importantă între un travestit și un transsexual masculin rezidă în sentimentele travestitului față de PENIS. Pentru transsexual, penisul lui, mai ales în erecție, e dezgustător, în timp ce travestitul poate face față unei legături transsexuale. Transsexualii trăiesc mai intens identificarea lor cu sexul opus și sunt interesați de parteneri bărbați. E mai probabil să-i vezi îmbrăcați mereu în femeie.

Tratamentul modern al transsexualității a început cu prima operație de succes în Danemarca, în 1952. Referințe la transsexuali se regăsesc pe parcursul întregii istorii, din mitologia greacă și Roma antică, până în secolele 18-19, când transsexuali celebri și-au scris autobiografiile.

## **SCHIMBAREA SEXULUI DIN BĂRBAT ÎN FEMEIE, TRATAMENT ȘI INTERVENȚIE**

**CHIRURGICALĂ** Arndt descrie cinci etape în evaluarea și tratamentul pacienților transsexuali. Prima determină dacă pacientul trebuie să-și asume alt sex. Se face acest lucru pentru a exclude homosexualii, travestiții și pacienții care par instabili psihologic, cum ar fi schizofrenicii care sunt derutați în privința genului lor. Îi exclude și pe cei care au o motivație pentru schimbarea sexului. De exemplu, un homosexual care consideră asumarea sexului opus o cale de a scăpa de sentimentul de neliniște și nevinovăție față de homosexualitatea sa. Acest gen de pacient răspunde bine la psihoterapie și se va adapta nesatisfăcător la redefinirea sexului. A doua etapă constă în discuții pentru a stabili identitatea pacientului la respectivul gen și depistarea oricăror concepții greșite, extravagante.

În a treia etapă, se încearcă modificarea nechirurgicală a caracteristicilor sexuale secundare. Tratamentul cu estrogeni pentru reducerea libidoului produce atrofia testiculelor, redistribuie grăsimea corporală și mărește sânii. Vocea e mai greu de schimbat și, cu toate că se poate modifica tonalitatea cu estrogen, rămâne de obicei o caracteristică masculină.

A patra etapă testează abilitatea pacientului de a trăi ca femeie un an sau mai mult la serviciu, în societate, acasă. În această perioadă, pacientul trebuie să se reorienteze, asumându-și statutul sexului opus.

A cincea etapă e chirurgia reconstructivă care îndepărtează organele masculine și construiește organe genitale feminine. Asta presupune amputarea penisului, îndepărtarea TESTICULELOR și construirea VAGINULUI. Vaginul trebuie să fie adecvat actului sexual și să rețină țesutul erectil pentru intensificarea senzației în timpul excitației sexuale. E de asemenea important să se localizeze deschiderea uretrei într-o poziție normală feminină. O parte din organele masculine sunt folosite la crearea celor feminine. Chirurgia cosmetică ulterioară mărește SÂNII, feminizează trăsăturile faciale și reduce mărul lui Adam. Chirurgia de redefinire sexuală se asociază cu mai multe complicații decât multe alte proceduri chirurgicale. 1/2 până la 2/3 din pacienți pot suferi pierderea noului țesut vaginal, stenoza vaginală, infecții, sângerare sau pierderea grefelor de piele.

**SCHIMBAREA SEXULUI DIN FEMEIE ÎN BĂRBAT** Transsexualii masculini depășesc numărul celor masculini, cu o rată de aproximativ 1 la 4. Femeia care recurge la un program de redefinire a identității sexuale trebuie să parcurgă aceleași etape inițiale ca un bărbat. Mulți urologi cred că psihoterapia pe termen lung și nu chirurgia e tratamentul care trebuie aplicat în asemenea cazuri. Se cunosc puține schimbări de sex reușite în cazul femeilor. Eșecul chirurgiei de redefinire sexuală la femei e legat de dificultatea de a crea o uretră de o lungime adecvată și un penis funcțional pentru actual sexual.

Transsexualitatea e o contradicție de gen dintre minte și trup, care poate fi tratată adesea chirurgical și hormonal. E foarte important ca diagnosticul transsexualității să fie foarte limpede și să se urmeze un plan de tratament gradat. Diagnosticul grăbit și ignorarea metodei gradate au drept risc o chirurgie mutilantă asupra homosexualilor, travestiților și schizofrenicilor care se vor adapta slab noului lor gen. O bună adaptare socială și

sexuală presupune o intervenție chirurgicală asupra unor transsexuali selectați (a se vedea, de asemenea, DISFORIA GENULUI).

**TRAVESTITII** Travestiții sunt cei care obțin plăcere sexuală îmbrăcându-se în haine ale sexului opus. Travestiții nu sunt neapărat homosexuali și pot avea relații heterosexuale satisfăcătoare. Travestitul e, de fapt, o formă extremă de fetișism (a se vedea de asemenea TRANSSEXUALITATEA).

**SARCINA TUBARĂ** a se vedea SARCINA ECTOPICĂ.

**UPRIMA** a se vedea IMPOTENȚĂ

**URETRITA** O inflamație sau infecție a uretrei (calea de trecere a urinei), comună ambelor sexe. La bărbați, se manifestă printr-o senzație de arsură la urinare sau la o scurgere din penis. Scurgerea poate fi albă sau gălbuie și se observă pe chiloți.

În afară de infecție, uretrita poate fi provocată de o iritare chimică sau mecanică. Iritarea chimică a uretrei se produce de la spermicide sau lubrifianți vaginali. Iritarea mecanică a uretrei se poate produce în timpul actului sexual, mai ales dacă nu există o lubrifiere adecvată.

Simptomele uretritei pot fi generate de infecții sau alte probleme ale tractului urinar sau genital. De exemplu, bărbații cu prostatită (inflamația prostatei) pot prezenta inițial simptome de uretrită. La femei, simptomele de uretrită pot fi cauzate de un episod sever de VAGINITĂ. Uneori e greu să se facă distincția dintre cele două probleme și e nevoie de o analiză a urinei și a secrețiilor vaginale.

În majoritatea cazurilor, uretrita infecțioasă se tratează ușor cu antibiotice. Deoarece infecțiile uretrale se transmit în mod obișnuit prin contact sexual, e necesar adesea să se trateze și partenerul.

**EXAMINARE UROLOGICĂ** a se vedea EXAMINAREA URO-GENITALĂ

**CANCERUL UTERIN** Cancerul UTERULUI e o boală a vârstei a treia. Majoritatea cazurilor se produc la femei peste cincizeci de ani. Se estimează că la 3% din femei apare carcinomul mucoasei uterine (endometru), în jurul vârstei de șaptezeci și cinci de ani. Creșterea incidenței cancerului de endometru în ultimul deceniu se datorează în parte proporției crescute de femei în vârstă în totalul populației. Factorii de mediu pot juca de asemenea un rol în apariția cancerului de endometru. În Vest, s-a manifestat o creștere a incidenței bolii la începutul anilor 1970. În Asia și America de Sud, procente sunt mult mai scăzute.

**Factori de risc** Incidența cancerului uterin e mai mare la femeile care nu au născut datorită problemelor de fertilitate, cauzate de lipsa ovulației; cu nașteri puțin sau deloc; cu ciclu neregulat, mai ales cu intervale lungi între ciclu; la femeile obeze, cu diabet zaharat sau hipertensiune; femeile cu o antecedente familiale de boli maligne; și la femeile din grupuri socio-economice de elită. Stimularea estrogenă permanentă, cu un dezechilibru hormonal concomitent asociază cu apariția cancerului de endometru. Pe de altă parte, femeile care iau CONTRACEPTIVE ORALE mai mult de un an prezintă un risc mai scăzut de apariție a cancerului de endometru.

**Simptome** Cel mai obișnuit semn al cancerului uterin e sângerarea vaginală anormală. Sângerarea la femeile în menopauză e anormală și trebuie investigată imediat. Și la femeile cu menstruație trebuie investigate simptome ca mici pierderi de sânge sau hemoragii inter-menstruale sau o sângerare vaginală abundentă și prelungită. Aceste simptome apar de obicei la începutul bolii. Dacă diagnosticul se stabilește rapid și se face imediat tratamentul, rata de supraviețuire este de 95%. Pe de altă parte, rata de vindecare a cazurilor avansate e neglijabilă. Pe măsură ce boala înaintază, apar și alte simptome, cum ar fi senzația de presiune și încordare a pelvisului, iritarea vezicii urinare.

**Investigarea și diagnosticul timpuriu** Orice femeie care manifestă sângărări anormale trebuie consultată de un medic și trebuie să i se facă o biopsie uterină. Alte procedee de investigare a populației cu risc ridicat includ: ANALIZA SECREȚIEI VAGINALE, ecografia, biopsia de endometru și histeroscopia.

**Tratament** Din fericire, simptomele se produc într-o etapă timpurie, înainte ca boala să se extindă dincolo de uter. Când diagnosticul e timpuriu, rata de vindecare e foarte ridicată. Atât intervenția chirurgicală cât și radioterapia s-au folosit eficient pentru tratarea carcinomului uterin. Pentru pacientele cu o bună condiție fizică, tratamentul principal este intervenția chirurgicală. La această intervenție se evaluează extinderea cancerului și se extirpă uterul și ovarele. Pentru etapele timpurii, doar acest tratament asigură o rată de supraviețuire de 85%. Pentru pacientele care nu suportă o operație sau pentru femeile la care cancerul s-a extins dincolo de uter, radioterapia, fie local (vaginal sau intrauterin) sau extern reprezintă tratamentul indicat. Există diverse combinații ale metodelor de tratament. Orice femeie cu cancer de endometru trebuie tratată la un centru oncologic cu experiență, unde se poate alege cel mai bun tratament. Tratamentul trebuie discutat cu pacienta, luându-se în considerație avantajele și dezavantajele fiecărei modalități.

**UTERUL** Uterul este organul feminin în care se implantează ovulul proaspăt fertilizat, pentru a trece prin etapele succesive de dezvoltare de embrion, făt și nou-născut la NAȘTERE.

Este un organ aproximativ de mărimea unei pere (cu excepția perioadei de GRAVIDITATE), fiind situat în partea inferioară a abdomenului femeii, în capătul superior al vaginului. Deschiderea inferioară a uterului, colul uterin, poate fi expusă la EXAMINAREA PELVIANĂ cu ajutorul unui instrument numit speculum, care separă pereții vaginului. Deschiderea colului uterin, numită canal cervical, conduce la mucoasa de pe peretele interior uterin, endometrul. În cavitatea uterină mai sunt două deschideri: ale canalelor trompelor uterine, prin care trece ovulul după fertilizare, pentru a ajunge în uter.

Începutul gravidității e marcat de implantarea ovulului proaspăt fertilizat în uter. Uterul va asigura mediul și protecția necesară pe măsură ce noua sarcină începe procesul complex de nouă luni de gestație necesare unui copil la termen. Vasele sanguine uterine se dezvoltă, pentru a face posibil ca sângele mamei să furnizeze oxigen și alte substanțe metabolice și nutritive necesare creșterii și dezvoltării ovulului fertilizat în embrion, și mai apoi în etapa fetală. Aceste substanțe vitale se transmit fătului prin PLACENTĂ, un organ care se formează și dezvoltă în interiorul uterului. Uterul și placenta se măresc în timpul sarcinii. Uterul este în primul rând un organ muscular, componenta sa musculară purtând numele de miometru. În timpul travaliului, contracțiile miometrului împing copilul în jos, prin colul uterin dilatat și vagin. La femeia care nu e gravidă, contracțiile miometrului sunt cauza crampelor menstruale (dismenoreea). Prostaglandinele, hormoni naturali, inițiază contracțiile de endometru, iar

ocitocina, hormon al glandei pituitare, provoacă de asemenea contracții uterine.

Când o femeie matură sexual nu e gravidă, uterul ei răspunde la secrețiile hormonale ciclice ale ovarelor, organe în formă de alună, de fiecare parte a uterului, în care se află ovulele. În fiecare lună, un ovar eliberează un ovul în trompa uterină pentru o eventuală fertilizare. Înainte de ovulație, moment al ciclului menstrual când ovarul eliberează ovulul, mucoasa uterului se îngroașă în urma stimulării reprezentate de nivelele crescute de estrogen. După ovulație, endometrul e receptiv în continuare, pentru posibila implantare a ovulului fertilizat, prin nivelele crescute ale progesteronului și estrogenului. Dacă ovulul nu se implantează, se produce o scădere bruscă a nivelului acestor hormoni, micile artere care alimentează mucoasa uterină (endometrul) se contractă, iar mucoasa se dezintegrează și se elimină odată cu sângerarea pe care o numim MENSTRUATIE. Femeile încep să aibă menstruație după zece ani și continuă să aibă la intervale regulate, până în jur de cincizeci de ani. Momentul în care ciclul menstrual încetează se numește menopauză.

## V

**VAGIN** Unul din principalele ORGANE SEXUALE FEMININE, vaginul e un tub muscular care se întinde de la COLUL UTERIN, (intrarea în UTER), până la deschiderea externă dintre labii. Este organul în care se introduce PENISUL masculin în erecție în timpul ACTULUI SEXUAL și care primește sperma ejaculată în timpul ORGASMULUI masculin. Dacă nu există o barieră fizică, cum ar fi prezervativul sau diafragma, care să împiedice ajungerea spermei mai departe, aici, în vagin, își încep spermatozoizii călătoria în corpul femeii - din vagin în uter, apoi în TROMPE, unde poate avea loc fertilizarea ovulului.

Vaginul unei femei adulte are o lungime de circa 8-10 centimetri lungime când e în repaus. Pereții săi se sprijină unul de altul, fiind extrem de flexibili. În timpul actului sexual, vaginul se mărește pentru a primi penisul masculin, iar în timpul sarcinii se mărește de mai multe ori în raport cu dimensiunile sale obișnuite, devenind canalul de naștere prin care trece copilul din uter în lumea exterioară.

Pereții vaginului au trei straturi: mucoasa, stratul muscular și un strat de țesut conjunctiv periferic (adventicia). Mucoasa e foarte groasă și formează mai multe pliuri longitudinale și circulare. Țesutul ei se schimbă ca răspuns la modificările hormonale din timpul ciclului menstrual, în primul rând datorită nivelului estrogenilor. Stimulată de estrogeni, produce glicogen (o formă de depozitare a hidrocarburilor), care se acumulează. Bacteriile prezente în mod normal în vagin metabolizează glicogenul și generează acid lactic, care dă mediul de obicei acid al vaginului. În timpul tratamentului medical excesiv cu antibiotice, aceste bacterii sunt suprimate și se pierde mediul acid, permițând dezvoltarea ciupercilor și a altor tipuri de bacterii.

Mucoasa vaginală e lubrifiată de trecerea fluidelor în interiorul vaginului, mai ales în timpul excitației sexuale. Și mucusul colului uterin lubrifică de asemenea vaginul.

Stratul muscular conține grupuri musculare dispuse longitudinal și în circular. Acești mușchi sunt foarte bine vascularizați și, în timpul excitației sexuale se produce congestia sanguină a pereților vaginului. Mușchii pelvieni împreună cu cei vaginali țin vaginul ridicat, strâmt și ferm. Exersarea repetată a acestor mușchi previne slăbirea lor (a se vedea EXERCITIILE KEGEL).

La fetele pre-pubere peretele vaginal e subțire, cu cantitate scăzută de glicogen și predispus la infecții

bacteriene. În timpul perioadei reproductive, igiena defectuoasă, contraceptivele, contactul sexual și folosirea unor chiloți strâmți, neabsorbanți pot provoca infecții vaginale.

După menopauză, din cauza nivelului scăzut de estrogeni, celule mucoasei vaginale capacitatea de a secreta glicogen, iar aciditatea vaginală scade, făcând țesutul vaginal susceptibil la traumatisme și infecții. Terapia de înlocuire a hormonilor, urmată de multe femei după menopauză, oprește subțierea mucoasei vaginale și restabilește echilibrul acid al vaginului.

Lipsa estrogenului după menopauză afectează alimentarea pelviană cu sânge și țesutul moale al vaginului, compromite elasticitatea structurilor pelviene și poate avea drept rezultat coborârea uterului, vezicii, rectului și intestinului. Cel mai obișnuit simptom al bolii vulvo-vaginale e o mâncărime intensă, care poate fi provocată fie de infecție, fie, mai rar de boli canceroase sau pre-canceroase. Orice afecțiune de acest gen trebuie investigată imediat de un medic (a se vedea de asemenea CURĂȚENIA ȘI MIROSURILE SEXUALE NEPLĂCUTE; EPISIOTOMIA; LUBREFIEREA).

**HISTERCTOMIE VAGINALĂ** a se vedea HISTERECTOMIE

**LUBREFIEREA VAGINALĂ** a se vedea LUBRIFIERE

**VAGINITĂ** Femeia care suferă de vaginită are fie o scurgere vaginală mai abundentă, fie o senzație de arsură sau mâncărime în zona vaginală. Nu e o problemă neobișnuită pentru femei, se produce adesea, fiind la o 1/3 din femei cauza principală pentru care se duc la ginecolog. Pacientele cu asemenea simptome nu-și pot vedea de viața lor socială și profesională obișnuită. Poate fi de asemenea semnul unei boli mai grave, cum ar fi cancerul de tract genital sau GONOREE ori infecția cu CHLAMYDIA. Din această cauză, e important ca femeile cu simptome vaginale recurente să apeleze la medic și să nu se trateze singure.

Există diverși agenți infecțioși care pot provoca vaginita. Cei mai obișnuiți sunt *microbii* (vaginitele bacteriene), *Candida* și *Trichomonas vaginalis*. Deși toate trei afecțiunile au simptome asemănătoare, se deosebesc totuși prin anumite caracteristici clinice. Pacientele care suferă de vaginită bacteriană au scurgere persistentă, urât mirositoare, mai pronunțată adesea în timpul actului sexual, când VAGINUL a fost expus ejaculării masculine. Această afecțiune vaginală impune un tratament cu antibiotice fie local, fie sistemic. Pacientele cu *Candida* prezintă adesea scurgeri vaginale și mâncărimi după ce iau antibiotice sistemice din alt motiv, cum ar fi un abces dentar sau o inflamație a faringelui. Deoarece aceste simptome sunt cauzate de prezența *Candidei albicans* în vagin, tratamentul se face cu medicamente antimicotice. Pacientele cu *Trichomonas vaginalis* au de obicei o scurgere vaginală persistentă, neplăcută. Ca tratament se administrează metronizadol oral. Partenerii sexuali masculini pot fi purtători asimptomatici ai bacteriei și trebuie să se trateze și ei.

Există și alte forme de vaginită. Înainte de menopauză, femeile pot acuza disconfort vaginal și senzația de arsură din cauza lipsei de ESTROGEN. Aceste simptome se pot ameliora prin folosirea estrogenilor administrați local, vaginal, sau sistemic. Evident, vor fi folosiți numai după un control pelvian riguros, care să elimine altă patologie pelvină. La femeile active sexual, scurgerea anormală se poate datora infectării colului uterin cu *Neisseria gonorrhea*, *Chlamydia trachomatis* sau Papilo virusul (HPV). Prezența primelor două poate fi

determinată prin culturi de laborator și toate trei pot fi depistate prin tehnici ADN. Primele două microorganisme sunt bacterii și trebuie tratate cu antibiotice. Trebuie să se trateze de asemenea și partenerii sexuali masculini. HPV se tratează prin îndepărtarea prin laser a țesutului anormal, cu acid tricloracetic sau cu 5-fluorouracil .

Altă cauză obișnuită a vaginitei este alergia. Sursele cele mai obișnuite sunt gelurile contraceptive vaginale, cremele vaginale antifungicide, supozitoarele și ejacularea masculină. În majoritatea cazurilor, cauza reacției alergice nu se poate determina. Pentru multe din aceste femei, antihistaminicele pot fi de ajutor.

Vaginita rămâne o problemă medicală complexă. Necesită o evaluare medicală pentru a asigura un diagnostic exact și un tratament corespunzător (a se vedea de asemenea VAGINITA CANDIDOZICĂ).

**VAN DE VELDE, DR. TEHODOR HENDRYK** Numele Van de Velde a fost făcut celebru de nu mai puțin de trei pictori ai gloriosului și artisticului secol 17 olandez. Un alt Van de Velde, Theodor Hendryk (1873-1937) a pictat o imagine plină de inspirație de sex marital, într-o carte intitulată *Căsătoria ideală*. Acest manual de educație sexuală timpuriu a fost foarte căutat de mirese și miri cu mult înainte ca asemenea cărți să se vândă pe față în librării cu reputație. A fost o carte de mare ajutor pentru acești tineri care nu știau ce înseamnă sexul. Aborda subiectul funcționării sexuale cu mult tact, ceea ce era important pentru tinere care se temeau de ce o să li se întâmple și erau îngrozite să nu cumva "să facă vreun lucru urât". Dintr-o perspectivă modernă, cartea e prea solemnă (dar așa trebuia să fie, atunci); nu menționează de ce au mai multă nevoie partenerii sexuali: permisiunea de a zâmbi, chicoti și de a se amuza de greșelile și stângăciile lor reciproce. Plasează responsabilitatea primei întâlniri sexuale numai asupra bărbatului. El trebuie să conducă actul și orice eșecuri i se datorează. În metodele moderne de îndrumare, ambii parteneri sunt responsabili de satisfacerea reciprocă. Dar, la vremea sa, *Căsătoria ideală* a fost importantă. A apărut în formă scrisă faptul că plăcerea sexuală în sexul marital e pozitivă și de dorit și a arătat că bărbatul are un rol important în a dăru și a căuta satisfacția sexuală.

Tinerii căsătoriți mai citeau încă această carte în anii 1940 și 1950, îndrumați de cei mai în vârstă. Van de Velde merită un loc de onoare în istoria deschiderii concepției despre sex.

**VASECTOMIA ȘI PILULA CONTRACEPTIVĂ MASCULINĂ** Două abordări importante ale contracepției masculine se bazează pe blocarea trecerii SPERMEI din TESTICULE în zona de ejaculare sau tratamentul medical pentru împiedicarea opririi producției de spermă. Blocarea chirurgicală a spermei din testicule în zona de ejaculare se realizează ușor prin procedura chirurgicală minoră numită vasectomie. În această abordare, ductul deferent, tubul muscular puternic care duce sperma de la testicule în zona de ejaculare este blocat prin suturi sau clipsuri metalice. Aceasta e o procedură chirurgicală simplă și foarte eficientă, cu efecte secundare minime. Cu toate acestea, mulți bărbați sunt preocupați de eventualele consecințe asupra testiculelor și funcției lor sexuale după vasectomie. Aceste temeri sunt, în general, nejustificate, pentru că vasectomia nu afectează funcționarea testiculelor sau a nivelului hormonal care influențează dorința și viața sexuală. Unii bărbați sunt preocupați de reversibilitatea procedurii, în caz că mai târziu vor să aibă copii.

Figura de la pag. 275

Ductul deferent e tăiat și legat de fiecare parte.

*În cazul unei vasectomii, vasul purtător e tăiat astfel încât sperma să nu poată ajunge în zona de ejaculare.*

Datorită acestor temeri, s-au încercat alternative. Acestea includ "vasectomia fără bisturiu", o procedură chirurgicală care secționează de asemenea ductul deferent și leagă capetele, dar printr-o incizie mai mică decât la vasectomia obișnuită. În plus, s-au experimentat diverse tehnici de a plasa mijloace de obstrucție, cum ar fi dispozitive de plastic sau valve cu deschidere și închidere pe ductul deferent. Aceste încercări sunt reversibile dar nu sunt foarte sigure, pentru că sperma poate trece accidental dincolo de zona blocată.

Deoarece în mod fiziologic sperma se acumulează și dincolo de porțiunea unde s-a executat blocajul, un bărbat care a făcut vasectomie trebuie să folosească și alte metode contraceptive până să depășească un număr de cincisprezece ejaculări după operație. Se poate face un test simplu, ca să se verifice că nu mai există spermatozoizi la ejaculare.

Deoarece e o operație minoră (prin unele metode noi de microchirurgie, "operația" se rezumă la ceva mai mult decât o înțepătură în scrot) apar rar complicații, deși o ușoară durere e normală; există de asemenea riscul infectării. Majoritatea bărbaților nu lipsesc de la serviciu după această intervenție chirurgicală, deși unii își iau câteva zile libere ca să-și revină. Trebuie evitat efortul un timp.

Vasectomia nu afectează în nici un fel potența bărbatului. Toți hormonii sexuali se produc în continuare. Ejacularea scade cantitativ cu 5%, ceea ce nu se remarcă. Spermatozoizii (de dimensiuni microscopice) se produc în continuare, dar nu mai sunt ejaculați. Se dizolvă și sunt absorbiți, un proces inofensiv care are loc tot timpul în organism, implicând alte tipuri de celule moarte.

Nu se cunosc probleme de sănătate care să rezulte din vasectomie. Cu toate acestea, în 1978 s-a constatat că maimuțele de laborator care au suferit această operație prezentau un risc mai mare de ateroscleroză, mai ales când li se administra un regim bogat în colesterol. Însă mai mult de 12 studii asupra bărbaților n-au depistat nici o creștere a ratei bolilor cardiovasculare sau a altor afecțiuni la cei care s-au supus vasectomiei. În mod similar, multe studii au cercetat incidența **CANCERULUI DE PROSTATĂ** la bărbații cu vasectomie. Un studiu din 1993 arată că poate crește riscul unui astfel de cancer după operație, dar studiul nu s-a aprofundat și nici un alt studiu n-a mai pus în evidență vreo legătură între acest cancer și vasectomie.

Deși majoritatea vasectomiilor pot fi înlăturate prin microchirurgie, atașându-se din nou cele două capete ale vasului purtător, vasectomiile nu sunt reversibile în proporție de 100%. Prin urmare, uneori ar trebui considerată o procedură permanentă (a se vedea de asemenea **STERILIZAREA**).

O abordare alternativă nechirurgicală a contracepției masculine are în vedere scăderea producției de spermatozoizi a testiculelor sau neutralizarea spermei prin medicație. Abordarea cea mai obișnuită în trecut a fost cu **HORMONI**, deoarece în testicule are loc un delicat control hormonal al producției de spermă. Din păcate, pentru a bloca total producția de spermă prin mijloace hormonale înseamnă înlăturarea tuturor efectelor hormonilor masculini în organism. Această "castrare medicală" are drept rezultat modificări de libido (apetit sexual) la bărbați, precum și alte posibile schimbări ale caracteristicilor sexuale secundare, cum ar fi creșterea bărbii. În prezent se testează și se evaluează noi abordări alternative ale fabricării unei pilule contraceptive masculine, cu doze scăzute de hormoni sau medicamente care înlocuiesc hormonii, cu efecte mai puțin

pronunțate asupra LIBIDOULUI.

Deoarece la un bărbat se produc zilnic milioane de spermatozoizi și deoarece trebuie să se ajungă la nivelul zero pentru a asigura o contracepție absolută, e greu de creat un medicament care să funcționeze eficient ca pilulă contraceptivă. Efectele pe termen lung ale suprimării producției de spermatozoizi și eventuala revenire la starea inițială nu sunt cunoscute. În mod sigur, o pilulă contraceptivă masculină ideală ar trebui să acționeze prompt, să nu afecteze libidoul sau alte activități hormonale și să fie complet reversibilă.

Medicamentul chinezesc gossypol s-a aplicat ca o încercare de a afecta funcția spermatozoizilor, fără a opri neapărat producerea lor. Gossypolul, derivat al uleiului din semințe de bumbac, blochează motilitatea spermatozoizilor și, prin urmare, îi face nefuncționali. A fost folosit pe scară largă în China, cu rezultate bune. Din păcate, se pare că afectează funcționarea rinichilor și echilibrul hidric al organismului, iar folosirea sa pe termen lung e nesigură. Prin urmare, gossypolul nu poate fi acceptat ca pilulă contraceptivă masculină.

O problemă care limitează toate încercările de a scădea fertilitatea masculină e faptul că producerea spermatozoizilor și maturizarea în testicule durează aproximativ 77 zile. Prin urmare, oricărui medicament care afectează producerea lor i-ar trebui până la trei luni ca să-și facă pe deplin efectul. Crearea unei pilule contraceptive masculine de succes e una din cele mai dificile încercări cu care se confruntă cercetarea medicală.

**VIAGRA** a se vedea IMPOTENȚĂ.

**VIBRATOARE** Cunoscute și drept aparate de masaj, vibratoarele sunt dispozitive mecanice folosite pentru stimularea erotică, ducând inclusiv la ORGASM. Deși unele vibratoare se pot folosi și de bărbați și de femei, sunt destinate în primul rând stimulării organelor genitale feminine. Unii producători au încercat să creeze vibratoare care să aducă bărbatul la orgasm, dar nu s-au dovedit satisfăcătoare. Apariția pe piață a vibratoarelor destinate specific stimulării sexuale e de dată recentă - din anii 1940. Cu toate acestea, aparatele de masaj pentru relaxarea musculară și al tonifierea pielii datează de la începutul secolului. Poate că s-au folosit și pentru stimularea sexuală, dar nu acesta a fost scopul producătorilor. Aproape toate vibratoarele folosite pentru stimularea sexuală se împart în cinci tipuri: 1) "aparate de masaj suedez"; 2) în formă de falus; 3) cu mâner de pistol; 4) în formă de baghetă și 5) oscilatoare.

**Aparate de masaj suedez** Cele mai vechi dispozitive care au făcut trecerea de la folosirea lor doar pentru masaj muscular la stimularea erotică semăna cu cel folosit la masajele profesioniste sau la frizer. E vorba de aparatul de masaj suedez (prins de dosul palmei) și folosit inițial la masajul feței, gâtului și la relaxarea musculară. E greu să-l folosești singur. Se pretează doar pentru partea frontală a corpului. Pentru că sunt grele și prinse de mână, sunt greu de folosit pe spate și sunt manevrate cel mai bine de altcineva. Cea mai mare calitate a lor e faptul că vibrațiile motorului se transferă în buricele degetelor utilizatorului. Efectul vibrator al degetelor mărește sensibilitatea pe care o simte pielea masată deși majoritatea preferă să fie masați de o altă persoană decât de ceva artificial, mai ales în zona genitală.

**În formă de falus** Cilindrii de plastic în formă de falus, de circa 12 centimetri, alimentați de o baterie au apărut în anii 1940. Se pare că au fost proiectați să se introducă în vagin. Forma lor arată clar care le principala funcție de "masaj în punct fix" după cum s-a spus uneori în reclame. Unii terapeuți susțin că vibratoarele în formă de falus

sunt mai mult produsul fanteziei masculine decât un obiect eficient pentru femei. Deși sunt folosite de unele femei, nu sunt la fel de eficiente ca alte tipuri de vibratoare pentru stimularea și obținerea orgasmului.

**Vibratoarele cu mâner de pistol** La începutul anilor 1960 a apărut alt instrument de masaj pentru stimularea sexuală. Se numesc, de obicei aparate de masaj în punct sau pentru masajul pielii și au diverse piese care se atașează, instrucțiuni pentru masarea diverselor părți ale corpului, dar nu se menționează stimularea sexuală. Cu toate acestea, publicitatea care și s-a făcut în reviste sexy le-a definit principala utilitate.

Aparatul de masaj cu mâner de pistol seamănă cu un mixer electric manual. Dar, în loc de piesele care se atașează la mixer, sunt adaptoare mici, nerotative, pentru masarea pielii capului, a unor zone mici ale corpului și pentru stimulare sexuală. Conform descrierii din broșura *Good Vibrations*, cele cu mâne de pistol seamănă într-un fel cu o perie de păr (sau cu un uscător de păr), având un cap vibrator. Acest cap vibrator metalic se prinde de o bucată plată de metal, în capătul unei bobine, astfel încât, când se apasă pe buton., vibrează cu aproximativ 30 rotații pe secundă. Vibratoarele cu bobină au 4-6 piese atașabile, de diverse flexibilități, care alunecă sau se prind de cap.

Aceste vibratoare se găsesc adesea în farmacii, magazine universale sau în cataloagele de comandă ale lanțurilor de supermarketuri. Unele tipuri generează și multă căldură, dar sunt femei care consideră că e neplăcut, atunci când urmăresc stimularea erotică. Cele mai utile au piesă de 2,5-3,5 cm diametru, cu o suprafață convexă, pentru suprafețe mai mari de piele sau o piesă de aproximativ 2 cm, sub forma unui ou suplu, pentru stimularea organelor genitale. Unele au ambele tipuri de piese.

**Bagheta** Acest tip de vibrator are un corp cilindric lung sau mâner de circa 30-35 centimetri, cu un cap vibrator la un capăt (de circa 7 centimetri diametru) care seamănă cu o clanță în formă de bilă sau cu o minge de tenis ușor turtită. Capul vibrator e prins de corp printr-un gât scurt, flexibil. Poate fi folosită în diverse feluri pentru excitarea erotică și e probabil cel mai bun mod de auto masaj. Forma baghetei permite masarea spatelui. E dotată și cu piese detașabile care îi permit folosirea pentru excitația sexuală prin introducerea în vagin, deși bagheta în sine, nu e destinată penetrării. Aceste instrumente de masaj se folosesc în toată lumea și sunt produse de companii internaționale de elită, fiind disponibile în majoritatea supermarketurilor mari. Unele modele au baterii reîncărcabile, de preferat celor cu cablu de alimentare, deoarece permit o mai mare flexibilitate în utilizare. Se pare că bagheta e foarte utilă partenerilor în timpul actului sexual. Se pune între cele două corpuri, aproape de organele genitale și permite vibrațiilor să mărească stimularea.

**Oscilatorul** Din punct de vedere tehnic, oscilatorul nu e un vibrator, deoarece stimularea asigurată provine din mișcarea de oscilare a capului dintr-o parte într-alta - având până la 3600 mișcări pe minut - și nu din vibrații în sus și în jos, ca la alte tipuri de vibratoare. E disponibil, în general, cu mai multe tipuri de capete: Un cap de 7 centimetri, în formă de deget, un "ciorchine de struguri" cu un diametru de 2,5 centimetri și o cupă de 2,5 centimetri. Deoarece e în primul rând vibrator destinat exclusiv excitării sexuale a organelor genitale feminine, e mai specializat și e cel mai bun pentru stimularea labiilor și clitorisului. Oscilatorul e mic, de numai 18 centimetri, în formă de perie de dinți electrică, cu un cap oscilator și un motor cu viteză variabilă. Nu poate fi folosit pentru masaj și relaxare musculară.

**Atenție** Dacă veți cumpăra un aparat de masaj de la un magazin de renume sau prin comandă, veți găsi, probabil, un paragraf în cartea de instrucțiuni care vă va spune să nu folosiți vibratorul pe porțiuni ale corpului care prezintă

tumefacții. Acest lucru e valabil pentru orice tip de vibratoare. Nu trebuie folosit nici la călcâi sau laba piciorului dacă există porțiuni dureroase. Instrucțiunile trebuie respectate, pentru că zonele dureroase sau umflate pot ascunde un cheag de sânge care se poate desprinde și provoca alte afecțiuni. Dacă aveți nedumeriri în privința masajii porțiunilor dureroase sau umflate, consultați un medic.

În ultimele trei decenii, folosirea vibratorilor a jucat un rol important în tratarea disfuncțiilor sexuale. În manualele despre sex, vibratorul a fost recomandat încă din 1949 pentru tratarea femeilor care nu pot ajunge la orgasm.

Abia acum 25 de ani folosirea vibratorilor a ieșit la lumină, fiind prezentate în manualele de tip "cum să faci singur sex" drept un instrument de TERAPIE SEXUALĂ. La sfârșitul anilor 1960, vibratorul a fost asociat cu studiul științific al funcționării sexuale desfășurat de MASTERS ȘI JOHNSON și prezentat în cartea lor *Răspunsul sexual la oameni*. Constatările celor doi au stârnit multe reacții și controverse, deoarece au susținut în studiul lor că automanipularea zonei genitale feminine cu un vibrator produce acel gen de stimulare care duce la cel mai rapid și intens orgasm.

Deși Masters și Johnson nu au luat în discuție folosirea vibratorilor în tratamentul femeilor care nu pot ajunge la orgasm, a făcut acest lucru terapeutul sexual Helen Singer Kaplan. În cartea ei *Noua terapie sexuală: tratamentul activ al disfuncțiilor sexuale*, dr. Kaplan remarcă diverse moduri în care poate fi folosit un vibrator ca ajutor în tratarea disfuncțiilor sexuale. De exemplu, sugerează o introducere combinată a penisului odată cu stimularea clitoridiană cu ajutorul vibratorului pentru acele femei care nu pot ajunge la orgasm în timpul actului sexual. Pentru acele femei care nu au avut niciodată orgasm, sugerează că, în cazul în care MASTURBAREA cu ajutorul degetelor nu e destul de intensă ca să declanșeze orgasmul, să se folosească un vibrator, care asigură o formă mult mai puternică și intensă de stimulare. De asemenea, în etapele ulterioare, când o persoană învață cum să-și transfere orgasmul în situații heterosexuale, sugerează ca soțul să folosească un vibrator, ghidat de mâna soției, ca s-o aducă la orgasm. În felul acesta, o scutește de stresul actului sexual neîmplinit.

Vibratoarele se pot folosi și ca instrument de învățare, pentru a descoperi cele mai sensibile zone ale corpului. Utilitatea vibratorului nu constă atât în excitarea clitorisului sau în provocarea orgasmului, ci mai ales în a ne face să ne dăm seama cum variază sensibilitatea pielii în diverse părți ale corpului. Folosirea vibratorului în acest mod e valabilă în aceeași măsură pentru bărbați și femei. Astfel, folosirea vibratorului amplifică doar efectul mângâierii fiecărei zone. Ca exemplu, dacă-ți atingi zona de sub braț cu degetele și o freci ușor, printr-o mișcare circulară, vei simți probabil o senzație plăcută, erotică. Dacă încerci același lucru cu vibratorul, vei constata ce mult se amplifică senzația. Faptul că vibratoarele produc orgasme rapide și intense pentru femei e bine cunoscut. Se discută de diverse utilizări creatoare în doi sau de unul singur. Utilizatorii experimentați și terapeuții sexuali consideră că femeile nu trebuie să se teamă că vor deveni dependente de vibratoare tocmai pentru că sunt atât de eficiente. O mai largă acceptare a vibratorilor duce, la rândul ei la producerea de vibratoare mai ieftine și eficiente, destinate specific utilizării sexuale. Se găsesc în magazine și cataloage specializate în produse EROTICE feminine.

**VIRGINITATEA** Termenul de "virgin" se aplică, în general, cuiva care n-a avut niciodată un contact sexual. În cazul femeilor, e considerată virgină o femeie al cărei HIMEN n-a fost rupt prin introducerea PENISULUI

masculin. Himenul e o membrană care închide parțial intrarea în vagin și poate acționa drept barieră, până e rupt prin presiune. Deși himenul intact a fost folosit de-a lungul timpului pentru a verifica virginitatea unei femei, mai ales în noaptea nunții unei mirese virgine, e o noțiune complet falsă. Din motive necunoscute, himenul unei femei se poate deschide natural, fără să ofere rezistență penisului primului partener sexual. Sau e posibil să se fi rupt în trecut, din alte motive decât sexuale, și practic să fi dispărut.

Deși experiența ACTULUI SEXUAL e cel mai obișnuit mod de a defini "pierderea" virginității, există în realitate o mare zonă cenușie în care o persoană poate avea experiență sexuală, deși e practic virgină, tehnic vorbind. Dacă ai practicat SEX ORAL sau ai fost adusă la orgasm de partener prin stimularea organelor genitale, poți fi considerată virgină din punct de vedere tehnic. Cu toate acestea, e posibil să fi făcut sex mai mult decât cineva a cărui experiență constă într-un singur act sexual.

Sigur, se poate vorbi de virginitate atât la bărbați cât și la femei, dar majoritatea culturilor au concepții diferite despre virginitate, în funcție de sex. Tradițional vorbind, a existat un DUBLU STANDARD. Femeilor li s-a pretins să fie virgine înainte de CĂSĂTORIE, în timp ce bărbaților li s-a permis, ba chiar au fost încurajați uneori să aibă multe experiențe sexuale.

Deși în America de azi această atitudine se schimbă, dublul standard persistă. Despre fete se spune și acum că sunt "ușuratic" dacă cedează prea ușor băieților. În timp ce băieții sunt încurajați adesea de societate "să marcheze" cu fetele. Adolescenții încă virgini își fac griji să nu ajungă de râsul colegilor.

De fapt azi, în contradicție cu standardul dublu, pierderea virginității e resimțită de băieți și fete deopotrivă ca o atitudine socială față de adolescenți, iar concepția despre sex a devenit mult mai permisivă. Mulți adolescenți de ambele sexe sunt presați acum de colegii lor să devină activi sexual. Sexul pare a fi peste tot - la TV, în filme, în clipurile video muzicale, în reviste. De aceea nu e de mirare că mulți tineri sunt tot mai grăbiți să aibă prima lor experiență sexuală, iar unora le e chiar rușine că sunt virgini.

E important de precizat că nimeni nu trebuie să renunțe la virginitate sub presiunea colegilor, dintr-un sentiment de rușine, jenă sau pentru așa cred alții. Primul contact sexual al unei persoane e ceva de neuitat. Dacă ai această experiență la momentul nepotrivit sau cu o persoană nepotrivită, sau pentru că așa crede altcineva că e bine e, în mod sigur, o mare greșeală (a se vedea de asemenea ABSTINENȚA; CASTITATEA).

**VOYEURISMUL** Voyeurismul provine de la verbul francez *voir*, "a vedea". Acest termen definește un bărbat sau o femeie care se uită la organele sexuale ale unei persoane de sex opus (deși pot fi și voyeuriști homosexuali sau lesbiene) când acesta e dezbrăcat sau când n-ar trebui să facă acest lucru. O persoană căreia îi place să privească oamenii care fac striptease într-un film nu e considerat un voyeur; un voyeur se excită în primul rând uitându-se la o femeie sau un bărbat fără ca aceasta să știe sau să-i permită. Într-o oarecare măsură, voyeursimul e o formă de comportament instinctual. Voyeuristul simte periodic nevoia să caute situații în care să poată observa pe furiș o persoană care se îmbracă, se dezbracă sau face sex. Satisfacția sexuală obținută poate merge până la MASTURBARE, deși nu e obligatoriu întotdeauna. Voyeuriștii pot avea vieți sexuale convenționale, dar obțin cea mai mare satisfacție din activitățile lor clandestine. Deși majoritatea voyeuriștilor se uită fără să atingă, unii îi asaltează pe cei pe care-i contemplă. De aceea, poliția consideră voyeursimul un delict grav.

Voyeuristii se regăsesc în orice categorie de vârstă, inclusiv în copilărie, deși majoritatea capătă, se pare acest obicei în jur de 40 de ani. În majoritatea cazurilor, în societatea noastră, voyeuristii sunt bărbați heterosexuali, raportul dintre voyeuristii bărbați și femei fiind de nouă la unu. Nu există nici un motiv al acestei discrepante, în afară de credința înrădăcinată social că trupul femeii e un obiect sexual dorit și e un fel de "fruct oprit" care nu poate fi contemplat de străini (a se vedea de asemenea HIPERSEXUALITATEA).

**VULVA** Partea externă, vizibilă, a ORGANELOR SEXUALE FEMININE. Vulva, compusă din labiile mari, labiile mici, CLITORIS, uretră și glandele vestibulare e localizată între muntele pubian și ANUS.

Labia mare e compusă din două straturi rotunjite de țesut. Își are originea în muntele pubian și se termină în perineu, formând limitele laterale ale vulvei. După pubertate, crește păr pe tegumentul labiei mari; partea lor internă conține multe glande sudoripare. Organele genitale feminine și masculine au aceeași origine embrionară, iar labiile mari sunt analoagele scrotului masculin.

Labiile mici constau din repliuri cutanate mai mici, fără păr, ascunse, de obicei între labiile mari. Ele delimitează vestibulul (intrarea) vaginal. Aceste pliuri sunt netede și pigmentate, iar capetele lor superioare se unesc în jurul clitorisului. Labiile mici reprezintă echivalentul tegumentului de pe PENISUL masculin.

Clitorisul este principalul organ al plăcerii sexuale feminine. Se află sub muntele pubian, în partea superioară a vestibulului vaginal. Asemănător unui mic nasture sau unei boabe de mazăre ca mărime și dimensiune, se poate mări datorită unui aflus sporit de sânge în timpul excitării sexuale sau când e atins. E bogat în terminații nervoase și e un organ extrem de erogen. E comparabil penisului, dezvoltându-se din același țesut embrionar. Uretra e o structură tubulară membranoasă permițând trecerea urinei. Are aproximativ cinci centimetri lungime. Deschiderea sa externă se află sub clitoris.

Vestibulul vaginal e zona mărginită lateral de labiile mici, deasupra de clitoris și dedesubt de fuziunea labiilor mici. Reprezintă intrarea în canalul vaginal. La fete și la tinerele femei înainte de CONTACTUL SEXUAL și de NAȘTERE, joncțiunea vulvo-vaginală e parțial acoperită de o membrană numită HIMEN. De obicei, himenul are unul sau mai multe orificii care permit sângelui menstrual sau altor secreții să curgă în vagin. Dar, în unele cazuri, himenul e neperforat (nu are nici o deschidere), iar la prima menstruație sângele se acumulează în vagin. O procedură simplă, numită himenectomie, rezolvă această problemă. După contactul sexual, himenul se rupe și nu mai rămân decât câteva fragmente pe marginea deschiderii vaginale. În unele cazuri se produce sângerarea la ruperea himenului.

Glandele Bartholin se află lateral față de vulvă, sub labiile mari. Secrețiile acestor glande care lubrifică vulva și vaginul, mai ales în timpul activității sexuale apar prin două deschideri care se află în zona laterală joasă a vaginului. În jurul vârstei de 30 de ani, glandele involuează și se micșorează. Glandele Bartholin au tendința să dezvolte chisturi și abcese. Chisturile s-ar putea să nu deranjeze, dar abcesele trebuie tratate chirurgical.

## **W-Y-Z**

**METODA RETRAGERII** a se vedea CONTRACEȚIA; MITURI LEGATE DE CONTRACEPȚIE

**LEUCOREEA** Un termen pentru a descrie infecțiile vaginale cauzate de proliferare ciupercilor. Aceasta și vaginita bacteriană sunt principale cauze ale infecțiilor vaginale. Ciuperca cea mai obișnuită vinovată de această infecție e *Candida albicans*, dar pot să apară infecții cu *Candida tropicalis* și *Torulopsis glabrata*.

Diagnosticarea infecției cu această ciupercă poate fi confirmată de o examinare a secrețiilor vaginale. O femeie trebuie să își pună problema acestei infecții dacă prezintă o scurgere vaginală excesivă, însoțită de mâncărimi, mai ales dacă se manifestă în timpul tratamentului cu antibiotice motivat de alte cauze decât cele ginecologice. În asemenea cazuri, examinarea microscopică a secrețiilor vaginale are ca rezultat depistarea acestei ciuperci. Se poate face și o cultură pentru confirmare, fiind un mod de diagnosticare mai exact decât examinarea la microscop.

Tratamentul inițial al unei infecții vaginale cu candida se face cu un agent local: cremă, supozitor sau tablete vaginale. Din fericire, puține forme de infecție cu candida sunt rezistente la terapie. În cazurile cronice sau recurente sau în caz că pacienta și-a creat o sensibilitate locală în urma folosirii cremelor vaginale și supozitoarelor se pot lua și medicamente antimicotice pe cale orală.

Există frecvent înțelegeri greșite ale naturii infecțiilor vaginale cu candida la femei. Infecțiile recurente cu candida nu sunt provocate de regulă de o formă rezistentă de ciupercă care trebuie eliminată prin chimioterapie sistemică. La o femeie normală, numărul de celule de candida de pe piele sau mucoase e scăzut, datorită existenței florei bacteriene de suprafață și a mecanismului local eficient de apărare dat de leucocite și produșii lor metabolici de apărare, citotoxinele. În schimb, orice schimbare a acestui mediu complex poate înclina balanța, permițând proliferarea candidiei.

Sunt multe exemple de tulburare a acestui echilibru, iar dacă acesta nu se reface, folosirea repetată a agenților locali nu mai are efect decât pe termen scurt. Exemplele includ femeile gravide, care au o cantitate mai mare de glucoză în urină și secrețiile vaginale, un mediu metabolic care favorizează proliferarea candidiei, precum și femeile care urmează un tratament cu antibiotice din varii motive. Antibioticele distrug mare parte din flora bacteriană normală a VAGINULUI și permit astfel proliferarea candidiei. De asemenea, relația sexuală cu un bărbat infectat, de obicei necircumcis, introduce diverse forme de candida în VAGIN și tulbură echilibrul obișnuit. Alt exemplu e scăderea răspunsului celular vaginal în urma unor boli ca infecția HIV sau tratamente ca imunoterapie pentru cancer.

Toate aceste situații pot avea drept rezultat infecții micotice vaginale repetate. În infecțiile recurente, trebuie să se restabilească echilibrul microbiologic al vaginului. Cheia găsirii unui tratament eficient e determinată de factorul care modifică răspunsul local. Dacă se poate corecta, vindecarea e sigură. Altfel, tratamentul antimicotic e sortit eșecului (a se vedea de asemenea VAGINITA).

## **ZOOFILIA**

Numită și bestialitate, zoofilia înseamnă sex cu animale. Deși unele povești despre asemenea practici sunt pure mituri, cum ar fi Leda și Lebăda, această activitate există în realitate. De fapt, dr. Alfred Kinsey a constatat că un mic număr din bărbații studiații avuseseră relații sexuale cu animale, dar numai o dată sau de două ori în viață.

Asemenea practici nu sunt recomandate și sunt adesea ilegale.

\*\*\*\*\*

## ***GLOSAR***

### **ADOPTIE**

Procesul legal prin care o persoană, de obicei un copil, devine membrul unei familii de care nu e legat biologic.

### **ALAUN**

Un astringent (substanță care face celulele musculare netede ale pielii să se contracte). Se credea că alaunul e o metodă contraceptivă, dar nu e eficientă.

### **STEROID ANABOLIZANT**

Un medicament hormonal preparat fie din testosteron, fie dintr-un compus sintetic. Contracarează efectul hormonilor feminini și stimulează creșterea.

### **ANDROPAUZĂ**

Schimbare de viață la bărbați, considerată de unii similară menopauzei. E cauzată de scăderea nivelului hormonilor masculini.

### **PĂR AXILAR**

Părul de sub braț. Apariția sa e un semn al pubertății

### **TEMPERATURA BAZALĂ A CORPULUI**

Temperatura corpului luată devreme, dimineața, după somn, înainte de orice activitate. Deoarece creșterea temperaturii poate fi un semn al producerii ovulației, se folosește ca metoda naturală de planificare familială.

### **METODA CALENDARULUI**

O metodă naturală de planificare familială în care femeia ține o strictă evidență a ciclului, pentru a calcula data la care se produce ovulația.

### **CARNAL**

Termen derivat din cuvântul latin *carnalis*; folosit în expresia cunoaștere carnală, înseamnă raport sexual.

### **CASTITATE**

Abținerea de la contact sexual, termen folosit în general la femei.

### **CROMOZOMI**

Structuri filiforme localizate în nucleul unei celule, purtătoare ale informației genetice.

### **CLIMATERIU**

Schimbările emoționale care însoțesc menopauza.

### **RAPORT SEXUAL**

Act sexual.

### **COLOSTRU**

Fluidul gălbui eliberat de sân imediat după naștere, înainte de producerea laptelui.

### **CONSIMȚĂMÂNT**

Acceptarea de a participa la actul sexual. Termenul e folosit și pentru a descrie aprobarea altor acțiuni, cum ar fi căsătoria sau divorțul.

### **ADULT CARE CONSIMTE**

O persoană peste 18 ani care e de acord să aibă raport sexual.

### **CONTRACEPȚIE**

Oricare din tehnicile disponibile pentru a nu rămâne gravidă.

### **COPULAȚIA**

Actul sexual, folosit mai ales când e vorba de animale.

### **GLANDA LUI COWPER**

O glandă care secretă o substanță lubrifiantă înainte de ejaculare. Această substanță ajută spermatozoizii în drumul lor prin uretră.

### **APARIȚIA CAPULUI**

Momentul în care capul copilului se vede pentru prima oară prin deschiderea vaginală.

### **OBSESIE AMOROASĂ**

Un sentiment romantic către altă persoană, adesea neîmpărtășit.

### **CULTURĂ (MICROBIANĂ)**

Un procedeu de laborator de a depista și/sau identifica microorganismele.

### **CHIURETAJ**

Raclarea de material dintr-un spațiu interior pentru scoaterea unei formațiuni sau, când e vorba de uter, raclarea învelișului interior (endometru).

### **CISTITĂ**

O inflamare a vezicii urinare. Se întâlnește mai ales la femei.

### **D & C**

Dilatație și chiuretaj - lărgirea deschiderii uterului și raclarea învelișului.

### **PARTUM**

Nașterea unui copil.

### **DES**

Un hormon puternic, prezent în pilula "dimineții după ce s-a făcut sex".

### **DILATATOR**

Un instrument folosit la lărgirea unei deschideri, cum ar fi speculum, folosit la dilatarea vaginului la controlul pelvian.

### **DNA**

Acid dezoxiribonucleic, (ADN), o moleculă de dimensiuni mari care alcătuiește cromozomii unei celule și poartă informația genetică.

### **DISFUNCȚIE**

În termeni sexuali, disfuncțiile sunt fie fizice, fie probleme psihice care împiedică o persoană să se bucure pe deplin de sexualitatea ei.

### **DISMENOREE**

Durerea asociată cu menstruația, numită în mod obișnuit crampă.

### **DISPAREUNIA**

O stare în care mușchii vaginali se contractă involuntar, făcând ca actul sexual să fie dureros.

### **ESTOMPARE**

În timpul travaliului, scurtarea colului uterin și subțierea pereților săi în timpul nașterii.

### **OVUL**

O celulă feminină produsă în ovare. Când se unește cu spermatozoidul masculin, se va dezvolta într-un embrion.

### **TESTUL ELISA**

Un test serologic imuno-enzimatic pentru a determina, între altele, prezența anticorpilor anti-HIV.

### **SISTEM ENDOCRIN**

Sistemul de glande care secretă hormoni direct în sânge. Include și testiculele care secretă testosteron, ovarele care secretă estrogen.

### **LOGODNĂ**

Perioada dintre acceptarea căsătoriei de către un cuplu și nuntă.

### **EPIDIDIM**

Tub lung, contorsionat, de pe suprafața testiculelor, în care se depozitează sperma.

### **EUNUC**

Un bărbat căruia i s-au extirpat testiculele.

### **FANTEZIE**

Fantezie sexuală înseamnă să-ți imaginezi scene sau evenimente legate de sex sau o legătură amoroasă care nu se realizează niciodată.

### **FEMINISM**

O filozofie socio-politică care susține că dreptul legal, social, politic, economic și sexual al femeii trebuie să fie egal cu al bărbatului.

### **PERIOADĂ FERTILĂ**

Momentul din timpul ciclului menstrual al unei femei când poate rămâne gravidă.

### **FERTILIZARE**

Unirea gameților masculini și feminini (spermatozoidul și ovulul). E cunoscut de asemenea drept momentul procreării.

### **FIMBRIA**

Marginea în formă de deget a trompei uterine din capătul ovarian. Fimbria ghidează ovulul în trompă, unde poate fi fertilizat.

### **PREPUȚ**

Un pliu liber al pielii care acoperă glandul penisului, la bărbat, sau clitorisul la femeie.

### **SĂRUT FRANȚUZESC**

Un sărut în care o parte a limbii partenerului pătrunde în gura celuilalt.

### **FRENULUM**

Repliu cutanat al penisului, situat în partea inferioară a acestuia.

### **FRIGIDITATE**

Un termen care se aplica odată oamenilor care-și inhibă dorința sexuală.

### **GAMET**

O celulă care funcționează în timpul fertilizării: ovulul sau spermatozoidul.

### **POPONAR**

Homosexual.

### **MIȘCARE DE ELIBERARE A HOMOSEXUALILOR**

Mișcarea politică care cere drepturi egale pentru homosexuali și lesbiene.

### **GENE**

Unități fizice care determină caracteristicile moștenite ale unui individ.

### **CONSILIERE GENETICĂ**

Înseamnă să discuți cu viitori părinți bolile sau malformațiile congenitale care ar putea fi moștenite de copil.

### **ORGANE GENITALE**

Organe sexuale.

### **CELULE GERMINATIVE**

Celulele reproductive ale unui organism: ovarul și sperma.

### **GESTAȚIE**

Perioada dintre fertilizarea ovulului și naștere. La oameni, perioada medie e de 266 zile.

### **NODUL GLANDULAR**

Capul conic al penisului la bărbați sau vârful clitorisului la femei.

### **GONADE**

Glande care eliberează gameți, cum ar fi ovarele sau testiculele.

### **ZONA INGHINALĂ**

Zona în care abdomenul se unește cu coapsele.

### **TERAPIE DE GRUP**

Tratamentul disfuncțiilor psihologice sau sexuale în care un grup de oameni se concentrează asupra unei anumite probleme și o discută cu un terapeut calificat.

### **GINECOLOG**

Medic specializat în acea ramură a medicinei care se ocupă de sistemul reproductiv al femeii.

### **GINECOMASTIE**

O creștere în dimensiuni temporară și anormală a unuia sau a ambilor sâni la bărbați. Afectează în general băieții, la pubertate.

### **CĂLDURI**

Perioada de ovulație a unei femele. Nu se regăsește la oameni.

### **HEDONISM**

Un set de valori care pun accentul pe plăcerea sexuală în raport cu constrângerile morale.

### **PAPILOVIRUSUL UMAN**

Un virus care cauzează negi, unii fiind transmisibili prin contact sexual.

### **HIPOXIFILIE**

Excitare sexuală provocată de lipsa de oxigen.

### **HISTERECTOMIE**

Îndepărtarea chirurgicală a uterului.

### **HISTEROTOMIE**

Un gen de avort în care fătul e îndepărtat chirurgical, prin incizarea uterului.

### **COPII NĂSCUȚI ÎN AFARA CĂSĂTORIEI**

Un copil născut în afara căsătoriei.

### **IMPLANTARE**

Fixarea ovulului fertilizat în peretele uterin.

### **INCUBATOR**

Un aparat medical folosit pentru a furniza un mediu controlat unui copil prematur.

### **AVORT PROVOCAT**

Un avort provocat prin mijloace artificiale.

### **INFERTILITATE**

Incapacitatea de a rămâne gravidă.

### **INTERSEXUALITATE**

O stare intermediată în care o persoană posedă caracteristici masculine și feminine în diverse proporții.

### **SARCOMUL KAPOSI**

Un tip de cancer care îi afectează, în general, pe bolnavii de SIDA.

### **LABIE**

Cele două pliuri de piele care formează marginile exterioare și interioare sau "buzele" vaginului.

### **TRĂVĂLIU**

Nașterea unui copil.

### **METODA LEBOYER**

Tehnica nașterii fără dureri.

### **POZIȚIE LITOTOMICĂ**

Poziția unei femei la controlul pelvian. Femeia stă întinsă pe spate, cu genunchii îndoiți și tălpile sprijinite pe niște suporturi.

### **LIMFOGRANULOM VENERIC**

O boală transmisă sexual, provocată de chlamydia trachomatis, care provoacă tumefierea nodulilor limfatici din zona inghinală.

### **MADAMĂ**

O femeie care conduce un bordel.

### **MISOGINISM**

Atitudinea unor bărbați care consideră că masculii sunt superiori femelelor.

### **GLANDĂ MAMARĂ**

Sânul feminin.

### **MAMOPLASTIE**

Modificarea chirurgicală a formei sânelor.

### **CONSILIERE MARITALĂ**

Un gen de consiliere în care se iau în considerare toți factorii implicați în căsătorie.

### **MASAJ**

Atingerea țesuturilor ca să se refacă sau ca să se provoace plăcere.

**MENARHĂ**

Prima menstruație a unei femei.

**MENSTRE**

Scurgerea normală de sânge și celule uterine care are loc în timpul menstruației.

**MINI-PILULĂ**

Pilulă orală de contracepție care nu conține estrogeni.

**AMANTĂ**

O femeie care e partenera sexuală și prietena unui bărbat însurat.

**MITTELSCHMERZ**

Durere resimțită în partea inferioară a abdomenului. E provocată de ovulație.

**MONITRICE**

Un îndrumător în timpul nașterii, specializat în metoda Lamaze.

**MONOGAMIE**

Căsătoria dintre un singur bărbat și o singură femeie.

**MUNTELE PUBIAN**

La femei, ridicătura de țesut adipos care acoperă osul pubian.

**PILULA "DIMINEȚII DE DUPĂ"**

O metodă de contracepție care presupune să iei o pilulă cu o mare doză de estrogeni la 72 ore de la contactul sexual. Din cauza riscurilor pe care le implică, se administrează doar în caz de viol sau incest.

**GREȚURI MATINALE**

Grețurile pe care le au femeile în primul trimestru de sarcină, în general dimineața.

**NARCISISM**

Iubirea sau dorința sexuală manifestată față de propria persoană.

**BURIC**

Zona abdomenului în care cordonul ombilical se unește cu fătul.

**ÎMBRĂȚISARE**

O formă de exprimare sexuală și emoțională în care cuplul mai mult se sărută și se îmbrățișează, încolăcindu-și brațele unul de gâtul celuilalt.

**NECROFILIE**

Plăcerea sexuală provocată de vederea ori contactul cu un cadavru.

**MICȚIUNI NOCTURNE**

Ejaculare în timpul somnului.

**URETRITĂ NEGONOCOCICĂ**

O infecție a uretrei provocată de alți agenți infecțioși decât gonococul.

**OBSTETRICĂ**

Ramura medicinei care se ocupă de graviditate, travaliu și naștere.

**OLIGOSEPRMIE**

Lipsa spermatozoizilor la ejaculare.

**CĂSĂTORIE DESCHISĂ**

O căsătorie în care amândoi partenerii sunt liberi să aibă relații sexuale cu alte persoane.

**ORGIE**

Un act sexual între mai mulți oameni.

**OVULAȚIE**

Eliberarea unui ovul din ovar.

**OVUL**

Celula germinativă feminină.

## **PROXENET**

Pește.

## **PEDERASTRIE**

Activitate sexuală cu băieți mici ca vârstă.

## **PEDOFILIE**

Activitate sexuală cu copii, indiferent de sex.

## **"CURIOSUL"**

Cineva care simte plăcere sexuală urmărind pe furiș alte persoane care se dezbracă sau fac sex. Voyeurist.

## **PELVIS**

Partea inferioară a trunchiului, formată din cercul în formă de bazin al oaselor pelviene.

## **IMPLANT PENIAN**

Proteză introdusă în penisul unui bărbat incapabil să aibă erecții.

## **PENIS CAPTIVUS**

Penis blocat în vagin în timpul contactului sexual.

## **PERINEU**

Zona dintre anus și organele genitale interne: vaginul la femei și scrotul la bărbați.

## **PERVERSIUNE**

Comportamentul sau practicile sexuale care se abat de la normal.

## **PERVERS**

O persoană care practică perversiuni.

## **INSTRUMENT DE BLOCARE**

Un instrument introdus în vagin. Diafragma, care funcționează ca barieră contraceptivă, e un astfel de instrument.

## **MÂNGÂIERI**

Activitate sexuală, practică mai ales de tineri, care implică săruturi lungi, atingerea zonelor erogene, uneori inclusiv a organelor genitale. Deși poate aduce la orgasm ambii parteneri, nu include contactul sexual.

## **FALUS**

Penis, de la cuvântul grecesc phallos.

## **FIMOZĂ**

Strâmtorare a prepuțului penisului, așa încât nu poate fi tras pentru dezgolirea vârfului.

## **PEȘTE**

Bărbat care trăiește din câștigurile uneia sau mai multor prostituate.

## **IUBIRE PLATONICĂ**

O prietenie între doi oameni care nu sunt rude și care nu implică o legătură sexuală.

## **TEHNICI DE SATISFAȚIE SEXUALĂ**

Activități erotice, altele decât contactul sexual, care te satisfac fizic.

## **POLIANDRIE**

Căsătoria dintre o femeie și doi sau mai mulți bărbați.

## **POLIGAMIE**

Căsătoria dintre un partener de un sex și doi sau mulți de sex opus. Se referă, în general, la căsătoriile în care există mai multe soții.

## **POLIGENIE**

Căsătoria dintre un bărbat și mai multe femei.

## **POTENȚĂ**

Abilitatea unui bărbat de a avea erecție și ejaculare.

## **CONSILIERE PREMARITALĂ**

Să discuți despre intenția de a te căsători cu un specialist în consiliere. Unele religii impun ca viitori soți să discute despre căsătorie cu un consilier sau conducător religios.

### **SEX PREMARITAL**

Sex între doi oameni necăsătoriți; se referă uneori la perioada în care cei doi hotărăsc să se căsătorească.

### **NAȘTERE PREMATURĂ**

Nașterea unui copil înainte de termen.

### **EJACULARE PREMATURĂ**

O disfuncție sexuală în care bărbatul ejaculează înainte să vrea, de obicei la scurt timp după ce pătrunde în vagin.

### **ÎNGRIJIRE PRENATALĂ**

Tehnici de îngrijire a sănătății urmate de o femeie gravidă, ca să aibă un copil sănătos.

### **PRIAPISM**

O disfuncție sexuală în care penisul rămâne prea mult în erecție.

### **CARACTERISTICI SEXUALE PRIMARE**

Organele sexuale masculine și feminine, așa cum apar la copii, înainte de pubertate.

### **PROMISCUITATE**

Să ai relații sexuale cu mai mulți parteneri într-o perioadă scurtă de timp.

### **PROFILACTIC**

Care împiedică apariția sau răspândirea unei boli.

### **PSIHOSEXUAL**

Relativ la aspectele mentale și emoționale ale sexului.

### **DEZVOLTARE PSIHOSEXUALĂ**

Cele cinci etape pe care trebuie să le parcurgă o persoană ca să ajungă la maturitate sexuală, conform părerii lui Freud.

### **PĂR PUBIAN**

Părul care a apare la pubertate în jurul organelor genitale. E una din caracteristicile sexuale secundare.

### **PUDENDUM**

Organe genitale externe.

### **PRIMA MIȘCARE**

Prima mișcare a fătului simțită de mamă.

### **RECT**

Porțiunea terminală a intestinului gros, înainte de orificiul anal.

### **PERIOADĂ REFRACTARĂ**

Perioadă după orgasm, în care bărbatul nu răspunde la stimularea sexuală.

### **SISTEM REPRODUCTIV**

Glandele și organele sexuale masculine și feminine care sunt implicate în procesul procreării.

### **EJACULARE ÎNTÂRZIATĂ**

Stare în care bărbatul nu poate să ejaculeze în vaginul femeii nici după lungi perioade de contact sexual.

### **EJACULARE RETROGRADĂ**

Ejaculare prin care sperma ajunge retrograd în vezica urinară, în loc să se elimine prin uretră.

### **METODA CALENDARULUI**

O metodă naturală de contracepție care se bazează pe regularitatea ciclului menstrual, pentru a stabili în ce zilele trebuie să evite contactul sexual neprotejat.

### **DREPTUL LA VIAȚĂ**

Mișcarea politică împotriva legalizării avortului.

### **PERIOADĂ SIGURĂ**

Perioada ciclului menstrual în care femeia poate avea contact sexual neprotejat, fără să existe riscul să rămână gravidă.

## **AVORT SALIN**

Un tip de avort indus în care se injectează o soluție salină în lichidul amniotic, care ucide fătul și declanșează travaliul.

## **SERVEȚEL SANITAR**

Pansament folosit de femei pentru a absorbe sângele menstrual.

## **SCABIE (RÂIE)**

O boală contagioasă provocată de un parazit. Se poate transmite prin sex.

## **SCROT**

Tegumentul care susține testiculele.

## **CARACTERISTICI SEXUALE SECUNDARE**

Caracteristicile fizice care apar la pubertate și care deosebesc adulții de copii, cum ar fi păr pubian, păr axilar și sâni.

## **SEDUCȚIE**

Convingerea cuiva să facă un lucru pe care nu-l dorește.

## **AUTO-SATISFACȚIE**

Masturbare.

## **VEZICULE SEMINALE**

Două mici pungi localizate în spatele prostatei. Eliberează lichid seminal la ejaculare.

## **SENZUAL**

Să te lași în voia simțurilor, mai ales a plăcerii sexuale.

## **OPERAȚIE DE SCHIMBARE A SEXULUI**

O operație prin care un transsexual adoptă fizic celălalt sex.

## **DISCRIMINARE SEXUALĂ**

Tratament inegal al unei persoane din cauza sexului căruia îi aparține.

## **ÎMBUJORARE SEXUALĂ**

Reacție vasoconstrictoare care provoacă înroșirea pielii în timpul unui contact la o excitare sexuală maximă.

## **ORGANE SEXUALE**

Părțile corpului implicate în actul sexual: penisul la bărbați și vaginul la femei.

## **DORINȚĂ SEXUALĂ**

Imboldul sau dorința de a avea activitate sexuală. Se mai numește și imbold sexual.

## **HĂRȚUIRE SEXUALĂ**

Orice gen de avans sexual verbal sau fizic care continuă după ce a fost respins inițial.

## **ISTORIE SEXUALĂ**

Informațiile luate de un terapeut sexual despre viața sexuală a unei persoane.

## **IDENTITATE SEXUALĂ**

Senzația de acceptare a unei persoane că e femeie sau bărbat.

## **ORIENTARE SEXUALĂ**

Preferința sexuală manifestată față de cineva, pentru a întreține o relație hetero, homo sau bisexuală.

## **SISTEMUL RĂSPUNSULUI SEXUAL**

Părțile corpului implicate în sexualitatea umană.

## **SEXUALITATE**

Exprimarea naturii sexuale a cuiva, fie că e bărbat sau femeie.

## **SMEGMA**

Substanța cu aspect brânzos care se acumulează sub prepuțul unui penis necircumcizat sau sub pielea clitorisului.

## **SODOMIE**

Un termen folosit pentru a descrie acte sexuale contra naturii.

## **SPERMATOGENEZĂ**

Procesul prin care se creează spermatozoizii în testicule.

### **SPERMICID**

Substanță care ucide spermatozoizii.

### **AVORT SPONTAN**

Pierderea sarcinii.

### **VIOL STATUTAR**

Relația sexuală cu o femeie minoră. Nu contează acordul ei.

E considerat un delict.

### **STERILITATE**

La bărbați, incapacitatea de a fecunda o femeie. La femei, incapacitatea de a rămâne gravidă.

### **TEHNICA DE OPRIRE-PORNIRE**

Metodă recomandată de terapeuții sexuali pentru vindecarea ejaculării premature.

### **METODA ABSORBȚIEI**

Metodă de avort în care se folosește absorbția pentru scoaterea embrionului.

### **TEHNICA SIMPTOTERMICĂ**

O metodă contraceptivă care combină diverse metode folosite în planificarea familială naturală.

### **TABU**

Intangibil, fie că ține de credința religioasă, fie de gust.

### **TAMPON**

Un mic cilindru absorbant introdus în vagin ca să absoarbă sângele menstrual.

### **SEX TELEFONIC**

Comunicarea de material erotic prin telefon, pentru a excita și a provoca orgasm.

### **COPII ÎN EPRUBETĂ**

Un copil creat prin fertilizare in-vitro.

### **TRAVESTIT**

Persoană care poartă hainele sexului opus. cineva, în general un bărbat, care obține plăcere sexuală îmbrăcându-se ca persoanele sexului opus.

### **TRICHOMONAS**

Un agent infecțios. Se poate transmite sexual.

### **LEGAREA TROMPELOR**

O metodă de sterilizare feminină în care se taie trompele ovariene.

### **SARCINĂ EXTRAUTERINĂ**

Sarcină ectopică în care ovul fertilizat s-a implantat în altă zonă decât endometrul uterin.

### **ULTRASONOGRAFIA**

O metodă de investigație a organelor interne fără efecte secundare, folosită pentru vizualizarea evoluției sarcinii, între altele.

### **CORDON OMBILICAL**

Un cordon care unește placenta de copil, asigurând hrănirea lui, oxigenul și îndepărtarea produselor reziduale.

### **TESTICULE NECOBORÂTE**

Testicule care n-au coborât în scrot.

### **UNISEX**

O manieră de a te îmbrăca și un stil care poate fi adoptat de ambele sexe.

### **CONTRA NATURII**

Un termen neștiințific aplicat comportamentului sexual care se abate de la normă.

### **URETRĂ**

Tubul prin care trece urina din vezică. La bărbați transportă și sperma.

**TRACT URINAR**

Traseul urmat de urină din rinichi, prin uretere în vezică și în uretră.

**UROLOG**

Medic specializat în afecțiunile tractului urinar la ambele sexe. În cazul bărbaților, se ocupă și tractul genital.

**UROFILIE**

Excitare sexuală provocată de contactul cu urina.

**ASPIRAȚIE ÎN VID**

Cea mai obișnuită metodă de avort, în care se absoarbe conținutul uterului, inclusiv embrionul.

**ORGASM VAGINAL**

Un orgasm limitat la vagin. Existența sa e controversată.

**VAGINISM**

O stare în care mușchii vaginului se contractă involuntar, făcând actul sexual dureros sau imposibil.

**VAS PURTĂTOR**

Vasele care transportă sperma din testicule în uretră.

**VASOCONGESTIE**

Intensificarea fluxului sanguin în țesuturi, făcându-le să se umfle; cauza erecției.

**BOALĂ VENERICĂ**

Boală transmisă sexual.

**VIABILITATE**

Momentul în care fătul care nu a ajuns la termen poate supraviețui în afara uterului cu îngrijirea medicală corespunzătoare.

**METODA RETRAGERII**

O metodă contraceptivă în care bărbatul scoate penisul din vagin înainte să ejaculeze.

**ZIGOT**

Celula unică rezultată din fertilizarea unui ovul de către un spermatozoid.