

## Terapias sexológicas

### Introducción

“Me avergonzaba de mi propio cuerpo. Que se presentaba a todos sitios conmigo, rodeándome. De su carne de ropa” (J. Supervielle, Las Viudas)

Si podemos, con Pasini, definir la sexología como “ la disciplina que trata de estudiar y de entender la sexualidad en sus múltiples facetas biológicas, psicológicas y sociales”, nos damos cuenta de toda su complejidad y de la multiplicidad de sus acercamientos; la intrincación del impacto psicosomático, somatopsíquico y sociológico de los comportamientos sexuales impide considerarla como una “especialidad”. En nuestra época de “procreación sin sexualidad” y “sexualidad sin procreación”, la sexología debe intentar escapar de los dogmas paradójicos de nuestra sociedad falsamente libre; pero la mediatización a ultranza favorece el seguidismo mimético y la tentación de nuevas “normalizaciones”; por eso el erotismo, antes proscrito, ahora resulta generalmente prescrito. El consumismo acentúa esta tendencia hacia lo sensacional, incluso hacia lo comercial. Las concepciones existenciales y culturales modernas suponen un problema al encuentro de los sexos: el cambio rápido de estatus social de la mujer y del hombre, a favor de la primera, conlleva a veces un sentimiento de desvalorización de este último. Es sobretudo el lugar del niño que está gravemente en entredicho: a veces agresor posible de la pareja, parece otras veces, que acaece como una verdadera “enfermedad de transmisión sexual”, hasta el punto que la educación sexual está a menudo centrada en la contracepción; algunos científicos investigan una “vacuna” contraceptiva; después el niño se transforma en víctima de una hiperprotección, favoreciendo la inmadurez afectiva. También hay que evocar, desgraciadamente la epidemia del SIDA, que complica los comportamientos sexuales. Ante este panorama, la sexología médica, a pesar de ser la más apta para resolver cada caso particular y para dar los puntos de vista más claros sobre las medidas de higiene y de profilaxis, se encuentra confrontada, tras lo que se presenta como un “sufrimiento localizado” (que debe intentar paliar), a una dificultad mas oculta, manifestando la insatisfacción, la frustración existencial. La duda sexológica alcanza un problema médico fundamental: hay que privilegiar la desaparición del síntoma o, más profundamente, la maduración de la personalidad; afortunadamente, no incompatibles, estas dos estrategias pueden y deben juntarse. Concebimos la necesidad de investigar en esta campo. Uno de los trabajos más importantes nos parece la estrategia de Bateson, a saber, intentar comprender la naturaleza humana en el cuadro de la antropología filosófica, de la psicología del desarrollo, de la ética y de la metafísica.

### Historia

- Desde siempre, los seres humanos han probablemente buscado a mejorar su función sexual, sobretudo si flaqueaba; cuatro siglos antes de Cristo, el ginecólogo Soranos ya proponía afrodisíacos y soluciones contraceptivas. No es hasta hace un siglo cuando aparece realmente un progreso en este campo.
- El abordaje científico médico de la sexualidad remonta esencialmente al siglo 19, principio del 20, marcado al principio por Kraft-Ebing, Havelock-Ellis, Kinsey y Freud. Freud a realmente abordado la cuestión desde un ángulo clínico y terapéutico, dando una importancia máxima a los conflictos sexuales interiorizados, admitiendo que eran la base de toda la psicopatología, incluso de toda la

- problemática psicológica. En cambio, no ha abordado el problema de los síntomas y quejas sexuales.
- Así, en el plano de la terapia sexológica, la revolución esencial remonta a los trabajos de Master y Johnson, empezados en 1954 y publicados en 1971 en su obra *Les mésententes sexuelles*. Su obra fue inmensa; los resultados clínicos dieron un impulso considerable a la investigación sobre la terapia sexual a pesar de múltiples controversias.
  - Mientras se oponían, alrededor de 1950, analistas y comportamentalistas, se desarrollaba en Estados Unidos, el vasto movimiento llamado “psicología humanista”; los acercamientos como la “gestalt-therapie” y la “bioenergía” influenciaban profundamente las terapias sexológicas.
  - H. Kaplan, psicoanalista, introduce su libro declarando: “Los problemas psicológicos tienen a menudo como origen problemas más inmediatos y más simples..., como el miedo al fracaso, la angustia suscitada por las exigencias reales o imaginarias del cónyuge, o el miedo a que te rechace”. Se hace pues adepta a terapias breves dirigidas esencialmente hacia el alivio de los trastornos sexuales del paciente, a la par que aborda el problema de los conflictos psíquicos o de la comunicación en pareja... “Nuestra orientación, añade, es ecléctica y múltiple por el hecho que nos creemos que los trastornos de la función sexual resultan de factores etiológicos múltiples, y nuestro arsenal curativo consiste en una asociación de métodos experimentativos, comportamentales y dinámicos”.
  - La unidad de sexología de Ginebra se desarrolló en una perspectiva muy cercana a la de H. Kaplan. Dio un gran impulso a la investigación sexológica en Europa.

## Acercamientos terapéuticos

La sexualidad, más aún que cualquier otro campo de la higiene y la medicina, es el objeto de actitudes muy diferentes de los terapeutas. Utilizaremos pues el término “acercamiento” para estudiar las principales orientaciones en sexoterapia.

La primera (o biosexología), corresponde al abordaje medico-quirúrgico tradicional, y tiende a “reparar” el cuerpo; sigue siendo importante en las impotencias orgánicas. Las otras aproximaciones, verdaderas formas de psicoterapia, ( o psicosexología), representan modelos eventualmente asociados. La aproximación psicoanalítica sigue siendo una opción general a menudo reivindicada. La aproximación cognitivo-comportamental goza actualmente de una gran acogida. Las aproximaciones humanistas o experimentales se presentan en modos variados, pero pretenden “centrarse en la experiencia”. La aproximación por la hipnosis se define “centrada en la solución. La aproximación sistemática considera al sujeto como un elemento de comunicación en el sistema-pareja o en la familia.

Tres actitudes aparecen fundamentales, utilizadas sobre modos diferentes: las “terapias no específicas”, la utilización terapéutica del imaginario, y las aproximaciones psicocorporales. Las terapias “no específicas” conllevan informaciones, clarificación de la demanda y del diagnóstico, propuestas terapéuticas (codificadas por ciertos terapeutas bajo la forma de un contrato). Las informaciones tratan de la anatomofisiología sexual, la variabilidad de las reacciones según la edad, el rol del estilo de vida, la discusión sobre creencias disfuncionales.

La terapia por el imaginario conlleva orientaciones muy diversas: corregir el imaginario perturbado (psicoanálisis y Gestalt), -terminar con el imaginario bloqueado (Gestalt), -alimentar el imaginario deficitario (métodos audiovisuales), -ayudar a comunicar dentro del imaginario (terapias sistemáticas), -prevenir sus trastornos (programas de educación sexual clarificados).

La aproximación "psicocorporal", capítulo entero por mérito propio, será abordada después.

### ***Aproximaciones médicas tradicionales (biosexología)***

Las numerosas investigaciones sobre la participación orgánica han tratado ante todo acerca de la impotencia masculina.

#### *Exploraciones paraclínicas en la impotencia masculina*

Cada equipo lleva a cabo las exploraciones de manera diferente que no deben llegar hasta después de un interrogatorio y una entrevista atenta. Un examen clínico cuidadoso es indispensable para esos pacientes siempre al acecho de una etiología orgánica.

Este primer análisis permite distinguir las impotencias primarias lo más a menudo psicógenas, excepto algunas afecciones congénitas endocrinas, y las impotencias secundarias, la gran mayoría. Entre estas últimas distinguimos dos categorías de pacientes: los que tienen erecciones sólidas fuera de las relaciones, cuya impotencia es manifiestamente psicógena, y no necesita ninguna exploración complementaria; los otros pueden también ser "psicógenos puros" pero además tener una participación orgánica más o menos importante (25% y 50% de los casos según las series). Necesitan pues exploraciones paraclínicas que conllevan exploración neurofisiológica, un análisis metabólico y endocrino y un análisis vascular.

La búsqueda de un diabetes es capital.

Un aumento franco de la prolactina (superior a 35 ng/ml y controlado) puede ser considerarse causa de impotencia con descenso de la libido según Buvat et al.

Estudio vascular: doppler genital, erectografía nocturna, raramente una aortografía o búsqueda de escape venoso.

El descubrimiento por Virag en 1980 de la posibilidad de provocar erecciones artificiales farmacológicas por inyección directa de papaverina en los cuerpos cavernosos ha acarreado una serie de trabajos sobre el interés de esta exploración (con la puesta a punto de nuevos productos vasoactivos). Su valor en la búsqueda de una etiología, las posibles complicaciones y su valor terapéutico, ya sea como reafirmación, ya sea como, en algunos casos, como autoinyectables. Del conjunto de las investigaciones sobre la cuestión, parece actualmente que estas inyecciones intracavernosas pueden considerarse un test de esfuerzo para el tejido eréctil y los vasos, y que la esperanza de discriminar origen orgánico de psicógeno de la impotencia se ha perdido. Hay en efecto falsos positivos y falsos negativos. Una buena reacción no descarta una causa neurológica; y una respuesta débil o negativa puede obtenerse en disfunciones psicógenas; hay posibles complicaciones, por priapismo anóxico con destrucción de tejido cavernoso y impotencia

definitiva. Este método, verdadera prótesis química, presenta para muchos un progreso indiscutible, pero hay que valorarlo con prudencia y reserva; merece mucha investigación, incluso en el plan de los productos utilizados. El interés se lleva actualmente a la prostaglandina PGE, que podría suprimir las catecolaminas endógenas inducidas por la ansiedad, y permitir una respuesta realmente positiva en las impotencias psicógenas.

### *Tratamientos médicos*

#### · Farmacología clínica

Choca con la reserva y hasta con la reticencia propia de los enfermos y de los médicos en el tema de la sexualidad. La calidad de los métodos de evaluación sigue siendo mediocre. Qué valor predictivo para el enfermo hay que atribuir al efecto de un medicamento sobre la erección obtenida en laboratorio en un sujeto normal? El efecto placebo resulta más importante. Los ensayos clínicos en sexología no utilizan casi nunca el doble ciego con placebo.

Muchos medicamentos pueden disminuir la función sexual en el hombre; antihipertensivos (antihipertensivos centrales, beta bloqueantes, diuréticos, gangliopléjicos); psicotropos (neurolepticos, tricíclicos, litio, barbitúricos), hormonas (estrógenos, antiandrógenos, progesterona) además de la cimetidina, clofibrato, anticancerosos. Conocemos muchos menos que la mejoran. Su diana principal es la impotencia masculina. En función de los límites metodológicos, casi ningún medicamento (aparte de las inyecciones intracavernosas) ha demostrado su eficacia. En cambio, muchos de ellos tienen efectos secundarios considerables.

#### · Medicamentos de los trastornos de la erección

Varios medicamentos por vía local intracavernosa provocan una erección por efecto vasodilatador relajando la fibra muscular lisa. Se trata sobretodo de vasodilatadores: alfabloqueantes, papaverina, antagonistas del calcio, naftidrofuryl, VIP. La propiedad erectógena local de los vasodilatadores a conducido a provocar un efecto análogo administrándolos por vía sistémica. Ningún estudio ha podido demostrar tal propiedad. Algunos alfabloqueantes están propuestos en Francia para esta indicación. Los ensayos clínicos que se alegan sufren generalmente de carencias metodológicas mayores que impiden cualquier conclusión. Como con todos los vasodilatadores existe el riesgo de hipotensión ortostática.

#### · Estimuladores de la libido

El mito del afrodisíaco remonta a la más alta Antigüedad. La apreciación de las virtudes de tales sustancias reposa a menudo sobre bases tan irracionales como poco científicas. Por razones éticas evidentes y visto la diversidad de efectos en la sexualidad, no podemos proponer el uso de estupefacientes. Los dopaminérgicos ejercen efectos sexuales estimulantes en algunos parkinsonianos, facilitan la erección en el voluntario sano, pero faltan datos en impotentes. Los andrógenos se reservan para déficits endocrinos. No tiene efectos, o en todo caso son nefastos en la población mayor normal. Los ansiolíticos y los antidepresivos poseen a veces un efecto deshinibidor favorable.

#### · Medicamentos de los trastornos de la eyaculación

El tratamiento de la eyaculación precoz revela ante todo de la sexoterapia no química. Ciertas observaciones puntuales parecen demostrar efectos benéficos de los alfabloqueantes, de la clomipramina o de la thioridazina.

· Bases farmacológicas de los tratamientos medicamentosos

Son muy insuficientes. Todo progreso en este campo deberá apelar a un perfeccionamiento de nuestros métodos de farmacología experimental y clínica. A corto plazo, es más pragmático, desde un punto de vista farmacológico práctico, saber imputar un efecto indeseado de tipo sexual a un medicamento (y de curarlo retirándolo) que esperar una gran eficacia de un afrodisíaco folclórico potencial administrado por vía sistémica.

*Tratamientos quirúrgicos*

· Tratamientos quirúrgicos de la impotencia

Su objetivo es ó modificar las condiciones vasculares del aparato eréctil, ó paliar ciertas formas incurables de impotencia con prótesis, tras fracaso de las erecciones asistidas farmacológicamente; la dificultad de la puesta en obra de una de estas terapias no reside tanto en su realización como en su indicación.

- la cirugía arterial intenta aumentar el flujo arterial por revascularización de los cuerpos eréctiles. Los resultados parecen bastante buenos, pero existe el riesgo de trombosis secundarias de las anastomosis.
- La cirugía venos intenta paliar un escape venoso.

Los resultados parecen mejorar a medida que se publican nuevos trabajos, pero como mucho la experiencia es como mucho de dos años. El efecto placebo de toda cirugía rara hay que tenerlo en cuenta.

- las prótesis peneanas han llegado a la edad adulta, aunque siguen mejorando. Se trata de una solución de reemplazo, y no de un tratamiento de la impotencia: "La prótesis es al sexólogo lo que el bastón al ortopeda". Los resultados dependen sobretodo de lo vivido por el paciente y su pareja. Las posibles complicaciones son averías del aparato, rechazo de la prótesis, sobreinfecciones, perforaciones del glande...

· Tratamientos quirúrgicos aparte de la impotencia

En el cuadro de las terapias sexuales, tiene como objetivo corregir malformaciones genitales, fimosis, frenillo corto, acodamientos de la verga, monoorquidea, Peyronnie.

*Trastornos de origen orgánico en la mujer*

En nuestro contexto cultural, los trabajos se han llevado a cabo en el campo de la impotencia en el hombre y en el de la esterilidad en la mujer. Después del examen clínico indispensable, las exploraciones paraclínicas conllevan un análisis bacteriológico, un estudio neurofisiológico, un estudio metabólico y endocrino. En este cuadro, un tratamiento sustitutivo de menopausia puede estar indicado, pero en este periodo de la vida entran en juego otros muchos factores en la génesis de los trastornos sexuales. Las

exploraciones vasculares y las del sueño no han aportado nada, aunque haya en la mujer una verdadera erección interna. Farmacológicamente no hay casi datos sobre el tratamiento de la sexualidad femenina.

La cirugía tiene ciertas indicaciones precisas. Por suerte, “ el descenso quirúrgico del clítoris” ha sido abandonado. Existen indicaciones evidentes: cura de las imperforaciones del himen, diafragmas vaginales prietos, bartolinitis, quistes ováricos o fibromas dolorosos. Otros hay que valorarlos seriamente en el contexto psicológico: por ejemplo, el tratamiento de una retroversión dolorosa, o de un desgarró de la cara posterior de los ligamentos anchos (síndrome de Masters-Allen), y particularmente de una episiotomía dolorosa. La cicatriz puede, en efecto, servir de pretexto para evitar retomar relaciones sexuales en este periodo donde el doble rol madre y esposa es difícil de asumir.

### ***Aproximaciones psicocorporales***

Han tomado un lugar importante. Consideradas como “psicoterapias con mediación corporal”, utilizan según Pasini el lenguaje del cuerpo...denominador universal...ofreciendo soluciones a veces eficaces a los que sufren, sea cual sea su clase social y su nivel cultural.

- La reeducación psicomotriz y sensorial constituye una actitud terapéutica básica para un gran número de sexólogos. Retomar el contacto afectivo por un intermediario sensorial general en la pareja, masajes y caricias recíprocas no sexuales (con prohibición de una relación sexual), buscar la distancia adecuada según el concepto de proximidad permitiendo un mejor nivel de comunicación; algunos codifican en diversas fases muy precisas, este tipo de acercamiento físico.
- La relajación está ampliamente utilizada, bajo diferentes formas. El máximo interés en pacientes ansiosos y solicitando ayuda urgente es calmar la ansiedad, aportar una pausa muscular y mental, permitir tomarse su tiempo.
- La musicoterapia preconizada por N. Grafeille parece un adyuvante terapéutico eficaz, de mucho valor, de fácil empleo y adaptable a cada individuo. Dos indicaciones son particularmente interesantes: la eyaculación precoz y la anorgasmia.
- Los masajes representan un medio importante de devolver a la piel y a la musculatura la sensibilidad perdida y un medio de comunicación sexual. El masaje puede ser utilizado en la reciprocidad de la pareja alternando los roles activos y pasivos para restablecer una comunicación no verbal con relación de proximidad.
- La reeducación perineal: Kegel demostró en 1952 que 40% de las mujeres tratadas por anorgasmia presentan una relajación de la musculatura perineal; algunos ejercicios tienen como objetivo tomar conciencia de la contracción y la relajación de esos músculos; no siempre es fácil, por ello se ha usado un estimulador eléctrico adaptado a una sonda vaginal; es capaz, según J.P. Brun de provocar en algunas condiciones “una serie de espasmos perineales involuntarios que conducen a un orgasmo artificial”. En el trabajo de S. Mimoum, paralelamente a unas entrevistas, fueron tratadas por ese medio, 33 afectas de disorgasmia, 17 afectas de vaginismo, 10 afectas de dispareunia. Los resultados se valoran con una extrema prudencia pues, según el autor, “el placer, como el dolor, no se mide”. Parecen alentadores pues de 60 pacientes, 33 se sienten más satisfechas con sus relaciones sexuales.

- El agua representa también un medio excelente de relajación y de regresión; masajes y agua formaban parte del ambiente excepcional del Instituto de Ealenm cuna del modelo californiano de la psicología humanista. El termalismo y la talasoterapia deben sus efectos al hecho de salir fuera del entorno habitual y entran en consonancia con las terapias psicocorporales.
- El grupo. Recordemos su indudable interés en el sentido del apoyo formativo e informativo, del aprendizaje de una nueva forma de comunicación, del descubrimiento de los problemas de otro. Puede aumentar la autoestima, dar al sujeto un sentimiento de que puede ayudar a otra gente; en esta forma prudente puede esconder aspectos favorables al tratamiento de la anorgasmia por una parte, como a los problemas de pareja. Más allá de este aspecto simple, que tiene que velar por una cierta homogeneidad de los participantes, la terapia elaborada en el sentido de una dinámica de grupo puede corresponder a un excelente instrumento de reforma y de cambio, pero sólo la pueden practicar especialistas de gran calidad, con mucha experiencia, para evitar toda desviación patógena.

## **Acercamientos psicoanalíticos**

### *Diferentes acercamientos*

Según la afortunada expresión de Pasini, “el psicoanálisis puede estar indicado en las disfunciones sexuales cuyo origen se sitúa en el pasado del paciente y cuando el síntoma no es más que la punta del iceberg de una organización de la personalidad perturbada, que ha regresado o se ha quedado fija en fases previas del desarrollo psicoafectivo...; sugiere la evaluación de la economía psicológica del síntoma en el contexto de la personalidad... el síntoma como compromiso entre la pulsión y las defensas tiene un valor que tiene que ser respetado... el psicoanálisis nos recuerda la conflictualidad intra psíquica... pero, por su estructura filosófica, no puede ser asimilada a una sexoterapia”.

- Las psicoterapias breves de inspiración analítica han modificado profundamente cantidad de dogmas inicialmente fundamentales del psicoanálisis. Ferenczi salió de los primeros de esa actitud de neutralidad. Malan desarrolló precozmente terapias breves. Sifnéos insistió en las “crisis emocionales” cuyo vencimiento permite acceder a un nuevo escalón de madurez.
  - H. Kaplan asocia la comprensión psicodinámica y la prescripción de experiencias sensoriales y sexuales, recordando el modelo matersiano muy suavizado, no incluyendo obligatoriamente la coterapia y variando los ritmos de las sesiones según la estructura de los sujetos y de las parejas. Insiste en la motivación y el estudio profundo de las defensas y de las fantasías.
  - La unidad de sexología de Ginebra presenta un concepto ecléctico; el postulado básico sigue siendo la comprensión psicoanalítica y las terapias breves; pero se tiene en cuenta, modificándolos, los métodos matersianos: inmersión inicial en sesiones agrupadas en el tiempo y luego espaciadas. El desarrollo de una fuerte cohesión en el equipo permite la suavidad en la aplicación terapéutica; la buena indicación es perseguida, pero el elemento fundamental es el respeto del proceso psicoterápico según el concepto analítico.

### *Investigaciones en marcha*

C. Gellman y C. Garud practican una somatoterapia analítica e insisten en la representación del cuerpo, la relación afectiva con el mundo, técnicas de relajación, masajes, musicoterapia, acuaterapia y terapia de grupo; se refieren a los conceptos de Reich y de Lowen.

R. y C. Gellman utilizan el término sexoterapia analítica que “toma prestado lo esencial a Freud sin el que nada hubiese sido posible; debe el resto a la práctica, a la experiencia sexológica.; las modalidades de transferencia parecen muy estudiadas.

Bajo el nombre de sexoanálisis, C. Crepault insiste en la comprensión dinámica del desorden, la modificación del imaginario erótico, y la integración de los componentes fusionales y desfusionales de la sexualidad, así como sobre las graves diferencias entre diferentes imágenes: tradicionalmente, los roles masculinos no dejaban casi sitio a las necesidades fusionales, mientras que los roles femeninos cortocircuitaban las necesidades de individualización... estos roles ya no son tan rígidos. Pero a pesar de eso, muchos hombres no consiguen expresar sus necesidades y muchas mujeres desarrollan una ansiedad de masculinización cuando intentan satisfacer sus necesidades de individualización.

### **Terapias comportamentales y cognitivas**

Estas terapias permitieron la eclosión y el desarrollo de los trabajos de Masters y Jonson. Ocupan pues un lugar mayor en sexoterapia; insisten en las causas recientes y actuales (factores reforzadores y desencadenantes). Los resultados son estudiados con grandes esfuerzos de objetividad y de retroceso temporal suficiente, permitiendo a los autores definir resultados durables.

### *Terapias comportamentales*

El principio central es la exposición a las situaciones ansiogénicas que acarrea una habituación, después de una preparación por entrevistas, un aprendizaje de la relajación y de la desensibilización (trabajos de Wolpe). El modeling, según la teoría de Banduram permitió a los comportamentalistas utilizar la presentación de modelos mediante audiovisuales y biblioterapia.

Estas aproximaciones son completadas, desde hace algunos años, por teorías cognitivas, que estudian los modos de pensamiento interior relativos a la espera de comportamientos sexuales ineficaces. Las terapias cognitivas intentarán modificar los sistemas de pensamiento del paciente que perturban su sexualidad. En los trastornos del deseo sexual, observamos síntomas depresivos inhibiciones, correspondientes a una experiencia muy negativa para la sexualidad. Las cogniciones negativas intervienen en medio de los procesos psicopatológicos.

Cottraux propone tablas que sintetizan los conceptos de la teoría cognitiva. Estudiando en el o la paciente el comportamiento verbal, motor o los stimuli descubrimos esquemas cognitivos que pueden registrarse en fichas de evaluación. La terapia cognitiva detecta las cogniciones negativas. El análisis cognitivo permite estudiar exhaustivamente las cogniciones relacionadas con la sexualidad, con la imagen corporal del individuo, y con las inhibiciones sentidas en las relaciones afectivas y erotizadas como el sentimiento de fracaso, de culpabilidad... estos aspectos son muy importantes en los trastornos del deseo.

### *Técnicas de auto afirmación*

Encuentran su lugar en diferentes niveles de la terapia, según G. Plumard. Intentan obtener un comportamiento asertivo que sea capaz de permitir a una persona de actuar en su propio interés, de defender su punto de vista sin ansiedad exagerada, de expresar con sinceridad sus sentimientos y de ejercer sus derechos sin negar los de los otros. Dos indicaciones interesantes en sexología están representadas por los trastornos de voyeurismo y exhibicionismo (directamente liadas a un déficit de asertividad) y en las disarmonías conyugales.

### **Acercamientos según la psicología humanista y las terapias experimentales**

-nacido en los años 50 en los EEUU, este movimiento psicológico intentaba rehabilitar a la persona como ser responsable y no sólo como un receptáculo de un trastorno. La actitud fundamental consiste en una mirada optimista sobre el ser humano, esencialmente positivo en su naturaleza “, según Rogers que, alrededor de la noción de persona desarrolla una aproximación centrada en el cliente; la actitud de la neutralidad benévola del analista, ha pasado a empatía calorosa, que incluye la buena distancia; “el grupo de encuentro” está ampliamente utilizado, pero el tacto está excluido. Asimismo, en el análisis transaccional, es la comunicación verbal que facilita el cambio.

- En sexología, las otras orientaciones de la psicología humanista, más individualistas, terapias con mediación corporal, se han garuado en el cuadro de la gestalt-therapie, y de la bioenergía. Algunas actitudes psicológicas recomendadas en la gestalt, merecen ser recordadas: la importancia de la experiencia tiene como objetivo subrayar la responsabilidad de cada uno en lo que le concierne: Vive en el aquí-ahora. El presente es siempre el punto de partida de toda experiencia... para de imaginar, ánclate en el presente, no pienses, siente emociones. Hablar de las cosas puede ser una manera de no vivir las cosas. Hay que vivir las cosas antes de entenderlas... di yo. Hay que comprometerse con la primera persona sin implicar la complicidad del grupo o la responsabilidad de los otros... no busques el porqué, estate atento a cómo las cosas suceden a tu alrededor y en ti. No aceptes ningún deber, herencia de un Superyo severo, busca ser tú mismo, lo que sientes y no lo que la gente espera de ti.
- El objetivo de la terapia es permitir al sujeto salir de las fijaciones de su pasado, responsables de los bloqueos y de devolverlo a si presente, permitiéndole terminar favorablemente la gestalt interrumpida en malas condiciones; así puede encontrar el vacío fértil, es decir, la disponibilidad a la experiencia no intelectualizada de su cuerpo actual; la puesta en acción de los conflictos o de los sueños está realizada en un medio protegido, bajo la forma de monodrama o en el grupo; en este último, la verbalización permite tener en cuenta la experiencia de los otros ( en particular en el grupo de las mujeres anosgásmicas). La actitud del terapeuta tiene que ser suave, permitiendo improvisar según la situación, con una implicación controlada, permitiendo la expresión verbal de sus conocimientos, pero prohibiendo el paso a actos más personales.

### **Hipnosis**

La influencia de M. Erikson sobre las actitudes terapéuticas es considerable; para él el verdadero terapeuta es el paciente, si deja surgir todas sus experiencias ocultas, desconocidas, a través de la hipnosis. La terapia está centrada en la solución, más que en el problema; toda terapia es familiar, aunque se desarrolle en individual sin la presencia de la familia. Gracias a la hipnosis, el terapeuta estimula el imaginario del paciente o propone prescripciones paradójicas, teniendo en cuenta los deseos ocultos del paciente; las resistencias son utilizadas por refuerzo o por desánimo.

D. Araoz aplica la hipnosis según la hipnosexoterapia. Para él, el síntoma más importante no es el trastorno sexual, sino el síntoma escondido, constituyendo una autohipnosis negativa. El terapeuta identifica bajo hipnosis las aseveraciones negativas que el paciente utiliza para reforzar su trastorno. La etapa siguiente consiste en desarrollar afirmaciones contrarias y el imaginario constructivo que suscitan.

Para P. Cudicio, el entorno cultural hace que muchos confundan los roles de esposos (función reproductiva) y de amantes (función lúdica); la hipnosis permite disociar estos roles.

G. Tordjman, viendo el número notable de fracasos de la terapia mastersiana en la eyaculación precoz, propone un tratamiento original de descondicionamiento in vitro bajo hipnosis (dos sesiones) seguido de un descondicionamiento in vivo (6 sesiones) por inyecciones intra cavernosas de prostaglandinas. Tordjman utiliza ampliamente la hipnosis para otras disfunciones sexuales, incluidas hipnosis de parejas.

Según G. Abraham y P. Bourgeois, la hipnosis puede ayudarnos a releer y a escuchar nuestro cuerpo; en caso de disfunciones sexuales, sugerencias bajo hipnosis de la región genital pueden permitir reintegrar esta mancha ciega en la imagen del cuerpo.

### ***Acercamientos sistémicos***

La evolución de la terapia de un sujeto individual hacia el sistema en el que se inserta, representa un cambio mayor en el plan epistemológico. El individuo puede ser percibido, según Kaes, como un sistema grupal, necesitando un esfuerzo permanente de auto integración. La pareja, medio de apertura del sistema-individuo, e menudo tiene que abrirse al sistema familiar, cada uno de entre ellos encontrándose sometidos a las leyes del cambio según Bateson (necesidades a menudo contradictorias de la homeostasis y la evolución).

Las funciones psicológicas de la pareja pueden hacerla aparecer como representativa de los tres grandes grupos a los que se la puede asimilar, clan, colectivo y comunidad: edificado para construir juntos, desea desarrollar el reparto de los valores comunes, pero también está basado en la tentación de fusión que solicita el ser humano, a pesar de su aspiración de autonomía. El sistema pareja tiene pues que realizar varias tareas.

### ***Comunicación en la pareja***

En la pareja ideal, se puede concebir una comunicación privilegiada permitiendo una regresión en la atmósfera de confianza y de intercambio; una búsqueda de grados de autonomía realizando una empresa de valorización mutua.

Las dificultades no faltan en este sistema: niveles verbal y no verbal, táctil, visual, lógica, afectivo pueden estar en el origen de desarmonías. Pasini cita el ejemplo de una mujer con un peinado nuevo que espera sobretodo piropos, enfadada con su marido pues éste, entusiasmado, la abraza y se la estropea. Un modo mayor de discordancia aparece liado

a la dificultad de dialogar sobre los modos de comunicación del otro. Pasini insiste en ciertos aspectos defensivos de la sexualidad: comunicaciones residuales, pseudo-comunicaciones, comunicación estrictamente delimitada.

La complejidad del sistema pareja favorece a menudo una perversión de la comunicación de ligada a dos tentaciones permanentes, el deseo de dominación y la huida fuera del sistema. Intentar dominar se opone al espíritu de compartir e intercambiar; numerosos subterfugios permiten, más o menos inconscientemente de castigar mediante la sexualidad el delito de autoritarismo; Pasini relata el caso de un marido impotente, "castrado" hábilmente por su mujer dominadora, jugando así un modelo sutil de retorsión. La huida del sistema conlleva varias modalidades: alejarse hacia un nuevo sistema; hacia los espacios (donjuanismo tardío, alcoholismo, inestabilidad duradera...). el paso de la pareja a la familia por los nacimientos es una etapa muy difícil, al igual que la crisis de la mitad de la vida.

### *Comunicación terapéutica y pareja*

La comunicación terapéutica tiene que ser prudente pues la neutralidad es casi imposible, pues el terapeuta es un observador-participante. La indicación paradójica puede ser un arma de doble filo. Las actitudes propedéuticas, más simples, pueden permitir a menudo levantar dificultades de comunicación ligadas a la torpeza, y favorecer la metacomunicación. Las resistencias al cambio, frustrantes para el terapeuta, deben, a veces ser respetadas.

Entre los terapeutas sistémicos, Satir insiste en la importancia del desarrollo de la autoestima de cada miembro del sistema, en el desbloqueo de la situación de las familias fijadas, la toma de conciencia y la suavización de las reglas, los juegos psicodramáticos familiares.

### ***Paciente y terapeuta (o quién cura a quién)***

#### ***Indicaciones***

Las indicaciones terapéuticas se basan en el tipo de trastornos de que se queja el paciente. Este paso es indispensable pero hay que situar el trastorno en su contexto.

#### ***Demanda***

La demanda, aquí compleja a menudo, merece que la expliciten para revestir una formulación clara. A veces es simplista, considerada como un simple problema de tuberías, a veces violenta y agresiva, a veces mágica en la espera de un milagro de la todopoderosa medicina. Más a menudo existe la espera de una solución existencial a su queja sexual, que el facultativo no podrá dar, simplemente clarificar. Por ejemplo el caso de un anorgásmica de 40 años casada sin amor a un amigo de infancia y que no conoce a otro hombre y que se pregunta si tiene que tener una aventura o pedir el divorcio. O un hombre de 30 años con una eyaculación precoz con una amante, a pesar de la sexualidad feliz con su mujer, testimonio de poca coherencia y de cierta culpabilidad.

De la misma manera, la diferencia es considerable según la formulación de la demanda, en pareja, o por un sujeto aislado. La primera es deseada por casi todos los autores. Sus ventajas son evidentes; pero puede tratarse de un reclamo, pues comunicación no es transparencia; los beneficios secundarios pueden favorecer las resistencias y cada uno queda profundamente marcado por su mundo interior. El problema se plantea en la

indicación o de una verdadera terapia de pareja (donde se trata al sistema-pareja), o de una ayuda individual a cada uno de ellos, con terapeutas asociados. Recordemos aquí la frecuencia de problemas de pareja cuando nacen vástagos, en la mitad de la vida y en la jubilación. Las parejas de médicos son particularmente frágiles relevando, según Glick y Borus de terapia conyugal o familiar. Aislado, el sujeto consulta también en sexología. La terapia adopta en ese momento un carácter muy diferente, muy difícil si se trata de problemas primarios (a menudo conflictos profundos y ambivalentes con los padres).

La cuestión del número de demandas plantea también un problema. Guillerme evalúa en 1987, a 5 millones el número de parejas que presentan una disfunción sexual, y a un millón, los graves; teme que la pequeña cohorte de sexólogos acabe desbordada el día que la demanda se exprese íntegramente; recomienda a los generalistas que se interesen por la cuestión; la insatisfacción que concierne la sexualidad entra en el cuadro, creciente en gran número de las preocupaciones narciso-hipocondríacas de la población.

El terapeuta tendrá en cuenta las indicaciones aprendidas, los conocimientos, su sentido clínico; su persona tiene, aquí particularmente, una gran importancia, sobretodo si lo que es tiene tanta importancia como lo que dice. Hay que desear que se aclare consigo mismo, esperando que la autoestima, tan necesaria, no desborde hacia la auto sobreestima, más allá de sus competencias, en un campo donde la transferencia puede ser particularmente intensa. Masters y Johnson pensaron utilizar a partenaires de reeducación, como la mujer de reemplazo; el sexólogo tiene que evitar imperativamente ese camino, peligroso tanto para el paciente como para él mismo. Desgraciadamente en la sexología hay mucho intrusismo.

### ***Respuestas a la demanda***

El primer punto que hay que evocar es el de la búsqueda de la organicidad; pero existen falsos positivos y falsos negativos; algunos ven organicidad por todos sitios y viceversa.

Otra dificultad teórica y práctica es la gravedad del trastorno; Crepault propone distinguir "sexosas benignas" y "sexosas malignas"; pero es verdad que la manera de observar del facultativo, su optimismo o pesimismo intervendrán en el proceso. Cottraux remarca que ciertos sujetos solicitan permisos, informaciones o sugerencias, otros desean una terapia intensa; la primera de las actitudes puede constituir a la vez etapa y un test terapéutico y diagnóstico. En lo que concierne la terapia intensiva, pensamos que la decisión debe venir de un acuerdo común entre paciente y terapeuta; éste no debe caer en el clásico furor curandi; debe tener en cuenta la realidad social del individuo y de la pareja, para evitar toda decisión desestabilizante.

### ***Casos particulares***

Los /as homosexuales consultan o por disfunciones sexuales o por insatisfacciones sexuales; Beltrami distingue la conversión o la reversión a la heterosexualidad; propone planes terapéuticos establecidos por Masters y Johnson para la reconstrucción cognitiva y la conquista de la intimidad. Crepault propone su técnica sexoanalítica.

El transexualismo representa un problema raro, pero de una particular complejidad; verdadero y falso transexualismo merecen ambos atención y ayuda; pero sólo el verdadero transexualismo permite plantearse la transformación física del sujeto, con enorme prudencia, tras reflexionar acerca de las consecuencias familiares, físicas, personales, sociales, jurídicas y culturales de tal decisión. No se puede realizar nunca una

transformación total en el plano de una sexualidad global. El número de resultados subjetivamente satisfactorios es incierto.

Enfermedades mentales crónicas. Que sepamos, no se ha publicado ningún trabajo exhaustivo sobre demandas sexológicas de estos pacientes.

## **Resultados**

Nos parece difícil, casi imposible, a pesar de los esfuerzos de objetividad científica de los comportamentalistas, distinguir entre incertezas ligadas a la multiplicidad de los trastornos, de los modelos, de técnicas por una parte, y a la calidad de la autoestima de su propia eficacia por los autores por otra. Más que en ningún otro sitio es difícil hablar de curación, satisfacción o mejoría: estamos en un campo donde no se pueden objetivar datos y fluctuamos en impresiones de calidad. Basta con mejorar el síntoma sexual, la comunicación de la pareja, y/o más profundamente, la personalidad del sujeto y su sexualidad? La importancia de la resistencia al cambio, de los beneficios secundarios, vienen a complicar el problema: el fracaso, total o relativo, no suele manifestarse..

La impresión global de la literatura sexológica sería más bien optimista. Cottraux evoca entre 65 y 80% de buenos resultados, sobre un modo rápido y sin peligro con la aproximación comportamentalista o la combinación con la psicodinámica; evoca según Wright, 44% de curaciones y 33% de mejorías, con tratamientos psicoanalíticos con las mismas indicaciones. Asimismo, Masters y Schwartz obtendrían 70% de reversión en las homosexualidades egodistónicas. Tales balances dejan admirativos. Algunos insisten en el interés de sus propios métodos: Araoz evalúa a 10% los buenos resultados de la sexoterapia clásica por 70% de la hipnosexoterapia.

Algunos autores se permiten ciertas críticas. Aun reconociendo "la honestidad científica y ética de Masters y Johson, Pasini muestra la fuerte motivación de su población que les permite abandonar su medio habitual durante dos semanas, recorrer miles de kilómetros y gastar 3000 dólares para resolver el problema sexual". Desde un punto de vista diferente, y sobretodo en reacción con la cirugía, Geraud denuncia "una nueva clase de inválidos, los accidentados de la sexología... los recambios están n el cirujano plástico, pero el servicio postventa está en el psiquiatra, pues el cerebro es el primer órgano sexual del hombre".

Por eso, concluiremos con este párrafo de Abraham: "El interés científico por la sexualidad a crecido demasiado rápido. Las sexoterapias se han presentado como fáciles, casi milagrosas, geniales. Los fracasos se han achacado a secuelas represivas, o de incapacidad de ciertos terapeutas sin experiencia. Ahora se está poniendo a punto una critica más juiciosa, confirmando que en sexología la suavidad en las convicciones teóricas, y el sentido común, deben prevalecer sobre las posiciones a ultranza".

Los seres humanos han tendido en un siglo a disociar una sexualidad procreadora de una búsqueda erótica, donde el sexo se olvida por momentos. Intentará algún día llegar a una sexualidad creadora de alegría y de felicidad? Pero "la felicidad, idea animal", de Paul Valery tendría que redefinirse con flexibilidad e inteligencia, para que el rol del sexólogo, ni el del psiquiatra, no sea, según Franny en la novela de Salinger, "hacer probar las alegrías de la televisión, de la revista Kife cada miércoles, de los viajes a Europa, de la bomba H, de las elecciones presidenciales, de las responsabilidades de la Asociación de Padres de Alumnos... y de todo lo que tan gloriosamente normal".