

## PSICOTERAPIA

# MODELO CCHS PARA TERAPIA SEXUAL DE PAREJA (BASADO EN HELEN SINGER KAPLAN)

(Rev GPU 2015; 11; 1: 67-71)

Carmen Gloria Fenieux<sup>1</sup>, Alex Oksenberg<sup>2</sup>

**El presente plantea el modelo de trabajo de terapia sexual para parejas que hemos ido desarrollando en el Centro Chileno de Sexualidad. Este modelo integra técnicas conductuales dentro de una comprensión psicoanalítica del ser humano.**

**Entendemos que la sexualidad es piedra angular en la vida del ser humano. Ésta irradia sus efectos hacia otras áreas de la personalidad tales como el sentido de género, la autoestima, el sentido del propio valor, la seguridad, sentimientos relacionados con la potencia/omnipotencia y/o castración, sólo por mencionar algunos. La sexualidad implica la experiencia de “ser en”, ser en el mundo, estar dentro del mundo más que relacionarse con el mundo. Así, entendemos que “ser en” significa estar insertos en una experiencia que nos toma, nos define, nos delinea, nos transforma sin siquiera tener cabal conciencia de esa inserción. Es en el cuerpo donde encontramos la mayor posibilidad de ser, de sentir que “yo soy”. Así la mayor evidencia de mi existencia concreta es cuando me topo con mi cuerpo, cuando me enfermo o cuando aparece el orgasmo o el cosquilleo de la excitación, o simplemente cuando siento el palpitar de mi corazón en la emoción. Se es en el cuerpo y en la vida cotidiana. Ahí “brota” el sujeto. Es en el cuerpo y en la sexualidad donde brota el sujeto como alguien individual y por ende único.**

## INTRODUCCIÓN

La experiencia sexual no sólo irradia en el ser, sino que también “pone en juego en el escenario de la intimidad sexual las dinámicas más centrales de la historia individual. Recurriendo a Freud, entendemos la sexualidad como un lugar donde se plasman conflictivas primarias, siendo la relación sexual una experiencia actual a la que se asocian aspectos de la vida infantil

como la angustia, la defensa y las fantasías asociadas. En este sentido, en casos donde un trauma ha tenido lugar, allí en la escena sexual queda plasmada y de alguna manera congelada la experiencia traumática obstaculizando el desarrollo de una sexualidad plena” (Fenieux, 2010).

Sabemos que parte del tratamiento específico de las disfunciones sexuales involucra ejercicios en la línea de la terapia conductual cuya efectividad está

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica, psicoanalista .cgfenieux@gmail.com

<sup>2</sup> Psicoanalista APCH.

altamente comprobada (Beck, 1995). Sin embargo, tal como lo planteábamos, los conflictos en la sexualidad ineludiblemente involucran otros aspectos de las relaciones afectivas y suele suceder con alta frecuencia que la conducta disfuncional sexual es extrapolable a otras áreas de la vida, siendo habitual que sea un patrón que se repite.

Desde esta mirada, planteamos un modelo de terapia sexual utilizando técnicas conductuales insertas en una mirada psicoanalítica del ser humano. Pensamos que este tipo de trabajo fortalece los logros alcanzados y consolida la resolución terapéutica de una manera más completa. Sin lugar a dudas, el trabajo práctico se complejiza y no logra tener la regularidad y orden propio de las técnicas conductuales. Sin embargo, a pesar de esta dificultad, creemos que esta integración le entrega al paciente un mayor y más profundo entendimiento de su disfunción sexual, lo que facilita su desarrollo en otras áreas así como reduce las posibilidades de conversión del síntoma. También pensamos que el entendimiento psicoanalítico disminuye las resistencias al trabajo puramente conductual y en consecuencia aumenta las posibilidades de éxito del tratamiento sexual.

## TRABAJO TERAPÉUTICO

En la realización de este tipo de terapias combinadas evaluamos en el transcurso de las entrevistas diagnósticas y a veces propósito de la evolución de la terapia, qué líneas de trabajo debemos seguir o dónde debemos focalizarnos para hacer más eficiente el tratamiento. Es decir evaluamos cómo combinamos estas técnicas de acuerdo con las características y necesidades de cada pareja.

Según este planteamiento y de un modo esquemático que no se condice con la realidad en tanto ésta es más compleja, podemos decir que trabajamos en tres niveles distintos de intervenciones en función de nuestro objetivo de eficiencia. Los tres niveles de intervención serían los siguientes.

- a) Intervenciones de técnicas sexuales básicas
- b) Intervenciones de técnicas sexuales e intervenciones de carácter dinámico
- c) Intervención psicoanalítica más profunda

Cabe aclarar que éste no es un modelo de intervención progresivo, sino que los tipos de intervenciones surgen en el contexto de las características de las parejas consultantes y su necesidad.

## Tipos de tratamiento

### a) Intervenciones de técnicas sexuales básicas

En este grupo ubicamos a aquellos pacientes que logran resolver su problema de disfunción con la aplicación de técnicas sexuales básicas. En general estos pacientes presentan cierta falta de experiencia, conocimiento y/o dificultad en el ámbito de la sexualidad que los lleva a fallar en el "presente" de la relación. En este grupo las técnicas de terapia sexual descritas originalmente por Masters y Johnson (1966), tales como la focalización sensorial I y focalización sensorial II, con prohibición de coito, son de enorme eficacia. Le damos especial importancia a esta prohibición. Sabemos que ésta cumple un rol fundamental al propiciar un espacio menos amenazante y exigente, lo que facilita el arriesgarse a descubrir nuevas modalidades de encuentro sexual en la pareja. Estas indicaciones se realizan junto a intervenciones psicoeducativas en el tema sexual todo dentro de una atmósfera de calidez terapéutica.

Utilizamos luego las técnicas descritas por Singer Kaplan (1978) para tratamiento específico de cada disfunción sexual. Solemos además incorporar la revisión de películas que explican las técnicas sugeridas y que ayudan en la psicoeducación. Somos flexibles en utilizar distintos ejercicios, tales como, por ejemplo, el menú sexual, el que consiste en invitar a la pareja a que escriban de manera individual sus deseos sexuales o sensuales, tal como si fueran a un restaurante y eligieran distintos tipos de comida. No es necesario que desarrollen una fantasía muy elaborada, puede ser sólo la idea de sexo rápido, sexo de degustación lenta o puede ser tal vez sólo una experiencia agradable tal como una puesta de sol. Importante es la revelación en estos escritos frente al otro y cómo ayudar a los pacientes a abrirse a la experiencia del otro de una manera receptiva y respetuosa. Otros ejercicios que realizamos con nuestros pacientes son dibujos acerca del cuerpo propio y sus zonas más erógenas, así como técnicas para el desarrollo del imaginario erótico con la libertad que implica que los pacientes puedan comprender que dicho imaginario se caracteriza por ser privado, personal y transgresor. Entregamos conceptos tales como los tipos de cerebro descrito por Ledoux (1999): El cerebro reptil asociado a respuestas de supervivencia, el cerebro del hipotálamo relacionado con la afectividad básica y el sofisticado cerebro de la corteza cerebral propiamente humano. Esto ayuda a que los pacientes comprendan que la sexualidad se distancia de la respuesta sexual básica. Enfatizamos la idea de la sexualidad como una potencialidad humana

factible de desarrollo transmitiendo la noción de que estos tipos de aprendizaje son los caminos desplegados por un (a) buen(a) amante.

En general, las pequeñas intervenciones educativas o de esclarecimiento emocional pueden aliviar mucho a este tipo de parejas permitiendo nuevas miradas y oportunidades. Por ejemplo, Pamela tenía el prejuicio de debería sentirse muy excitada con Pablo. Al entender que el amor es distinto a la excitación típica de las relaciones ocasionales e incorporar la idea que la sexualidad implica voluntad, riesgos y dificultades, bajó en ella su nivel de expectativas, aliviando bastante la situación. En otra paciente –que se reprochaba por tener fantasías sexuales con otros hombres pese a ser una mujer muy liberal– observamos que pudo destrabar su experiencia sexual al comprender que era libre en su imaginario erótico.

Nos parece importante aclarar que los pacientes que responden a este tipo de intervenciones no necesariamente tienen una estructura más sana o neurótica, sino que son personas que por historia de vida y/o experiencias presentan una mayor facilitación en lo sexual.

b) Intervenciones de técnicas sexuales sumado a intervenciones de carácter dinámico

Con este tipo de pacientes se integra el trabajo conductual con intervenciones de carácter analítico con el objetivo de trabajar algún patrón de conflicto recurrente en la relación de pareja. Esta dinámica suele infiltrar la vida sexual lenta y progresivamente, o actuar gatillado por el nacimiento de un hijo, algún episodio que despertó desconfianza o celos, distanciamientos transitorios por motivos laborales u otros. Frecuentemente en estas parejas se experimenta el problema como culpa o responsabilidad del otro con el cual se repite inconscientemente un patrón de relación objetal arcaica. Esto suele complementarse con el mismo fenómeno en el otro que calza para crear un “ensamblaje inconsciente” que traba la fluidez y espontaneidad de la relación íntima (Spivacow, 2008).

En estas parejas las indicaciones de las primeras etapas de la Terapia sexual suelen traer mucho alivio y a la vez la experiencia de que ellos pueden relacionarse de otras formas aparentemente “olvidadas”. Sin embargo, con el surgimiento de las primeras resistencias aparece el patrón disfuncional inconsciente ya descrito que se presta para ser resuelto a través de intervenciones “interpretativas” alternadamente en uno y otro miembro de la pareja, lo que ocurre de un modo análogo a la “elaboración psicoanalítica”.

La intervención psicoanalítica cumple la función de otorgarle significado al conflicto para el propio paciente y para su pareja con lo cual se logra desarticular el conflicto estéril ligado al pasado. Cuando se consigue interpretar este *impasse* y dar un significado histórico al síntoma la pareja suele dar un giro que permite un nuevo contexto caracterizado por corrientes de afectos amorosos que movilizan activamente a la pareja. Esto resulta importante de destacar en tanto es un efecto muy distinto al que se observa en el proceso psicoanalítico individual. En este último el trabajo tiene un efecto acumulativo, que evidencia un desarrollo que sólo al cabo de un tiempo aparece en toda su expresión. Podemos pensar en el trabajo analítico individual como la pequeña o gran abertura de un ángulo, abertura que en lo inmediato no es evidente, pero que al proyectarse en el espacio muestra una ampliación importante. Es decir, en el tiempo y en el espacio y en la multiplicación de la experiencia la posibilidad de pensamiento y entendimiento de la propia conducta amplía las perspectivas de acción y desarrollo.

A diferencia de la cadencia del proceso de la terapia individual, la intervención sexual en terapia de pareja sexual puede ser un gatillante que cambia el contexto de la pareja, dando paso a un movimiento más inmediato y evidente. Creemos que esto ocurre a propósito del efecto multiplicador de la mirada del otro. Un importante factor que potencia el cambio es el involucramiento de la corporalidad como parte integral del *self*, lo que permite entrar en una nueva dimensión de la experiencia, ello al ser satisfecha la necesidad corporal. Winnicott plantea que el verdadero *self* –aquello más constitutivo de cada uno de nosotros que nos permite la experiencia de sentirnos reales–, se nutre de lo corporal y, más aún, postula que el cuerpo es su sede. Siguiendo al autor, pensamos que la satisfacción sexual amorosa con un otro, como una necesidad humana corporal y psíquica a la vez, genera movimientos hacia la experiencia de integración del *self* que da cabida a sentimientos de mismidad y seguridad. Esto repetido en el tiempo implica la experiencia concreta de sentirse un alguien más real y corpóreo, permitiendo bajar las defensas y mirar el mundo desde un lugar menos amenazante y más seguro.

A modo de ejemplo de este tipo de intervención, podemos pensar en Alberto y Beatriz. Están casados hace 7 años. Durante este periodo han experimentado un progresivo alejamiento mediado principalmente por una falta de iniciativa de Alberto y una constante sensación de inconformidad de Beatriz, como si nada pudiera agradaarla o satisfacerla. En este paradigma surgen interpretaciones tales como que la pasividad

de Alberto con respecto a su mujer tiene relación con la sensación de ser alguien no digno de amor o deseo. Por esta razón no se “anima” a buscarla. Esto a su vez se ve reforzado por Beatriz quien en su sensación de insatisfacción crónica desprecia a Alberto, reforzando en él la sensación de poco valor. Sin embargo, detrás de esta actitud de Beatriz, está el desprecio a lo masculino en venganza a la ausencia histórica del padre. Estas dificultades históricas y personales de Alberto y Beatriz se refuerzan entre sí generando un círculo vicioso, un ensamblaje inconsciente donde cada uno repite su historia sin lograr cambiarla.

Cuando no hay psicopatología grave en general se produce un cambio evidente que permite la baja en las defensas en relación al otro, la comprensión y la compasión por sí mismo y por la pareja. Los movimientos de la pareja en esta ola amorosa se potencian entre sí dando lugar a un nuevo escenario donde tiene más cabida lo lúdico y amoroso.

#### c) Intervención psicoanalítica más profunda

En general los pacientes que requieren de este tipo de intervención, se caracterizan por haber sufrido una falla ambiental temprana que debilitó al yo al punto de inhabilitarlo para soportar los vaivenes de un trabajo reparatorio como lo señalado en las secciones a y b. El trabajo reparatorio ocasionalmente desata tormentas emocionales gigantes que hacen necesario la derivación de uno o de ambos pacientes a terapia individual.

En el caso de Karina y Samuel, quienes llevan 10 años de matrimonio y tienen dos hijas, impacta la apariencia de normalidad cuando son evaluados por separado. Sin embargo, el patrón relacional ha sido de un creciente torbellino emocional que ha dejado poco espacio a momentos de tranquilidad y en consecuencia momentos de intimidad. El trabajo terapéutico partió con intervenciones del tipo A que fueron rápidamente boicoteadas por el clima bélico de la pareja. Las intervenciones del nivel B resultaron útiles sólo en un miembro de la pareja. Aún así, se logró breves momentos de calma e intimidad en estas fases del tratamiento, cuya caída desató tormentas emocionales aun más catastróficas que las anteriores. Esto nos ha llevado a la evidencia compartida de que uno de los miembros, en este caso ella, siente que tiene una herida infantil que no logra reparar en la pareja.

Pensamos que acá aparece una falla en la relación temprana con la madre que tiene un efecto de atracción del mundo interno. Desde la mirada de Bion, ciertas áreas de la personalidad no integradas impiden cualquier intento de desarrollo. Estas dificultades

ameritarían una atención especial más cercana a una psicoterapia psicoanalítica, lo que involucra mayor tiempo y trabajo. En este caso, el beneficio de la terapia consiste en que el miembro de la pareja que requiere de tratamiento individual se haga cargo de sí mismo y con ello permitir más tarde facilitar el trabajo en terapia sexual de pareja.

### REFLEXIONES TEÓRICAS EN TORNO A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO

Entendemos el trabajo en la sexualidad como el espacio de ser, el espacio donde es posible sentirse insustituible y no intercambiable, en el sentido como lo plantea el filósofo Levinas (1991). Es el espacio de la responsabilidad por la vulnerabilidad del otro que me involucra, pero también involucra lo más íntimo y personal del propio ser. Podría ser el espacio donde se articula el ser con el estar con, y en dicha integración es posible un encuentro más sustancial con el otro, un encuentro más real y ficticio a la vez. Podríamos pensarlo como un espacio de encuentro irreplicable e inmanejable, paradójicamente siempre nuevo y siempre igual. Este encuentro se arma desde lo potencial, desde los propios fantasmas, sin que éstos sofoquen la experiencia. Pero también surge desde la potencialidad de cada uno de los miembros de la pareja para poner en acción la creatividad entendida como la posibilidad de crear y recrear cada vez un escenario distinto e igual a la vez, logrado o no logrado (Winnicott). Desde esta mirada es de donde surge el trabajo que buscamos realizar. Estableciendo los ritos necesarios (focalización I y focalización II) que enmarcan artificialmente la relación, para generar un espacio concreto en el tiempo que a la vez permite establecer lo privado, lo íntimo, lo propio, lo nuevo en lo repetido, lo nuevo que hay en la experiencia cotidiana. Así, en la sexualidad, tal vez más que en otros ámbitos de la vida, se expresa la dimensión dialógica de la existencia humana; al mismo tiempo somos y no somos, al mismo tiempo somos pasado y presente, inconsciente-consciente, real y fantaseado, yo - no yo. Sumergidos en la sexualidad, todo vivo y en permanente movimiento, estamos en el mundo de los fenómenos complejos. Allí se articula toda la complejidad de la existencia del ser y del estar con.

Para que este ser dialógico ocurra, para que la pareja logre articular el deseo con la experiencia, el ser con el estar con, consideramos esencial fomentar la necesaria separación e individualidad de los miembros de ésta, tal como lo plantea Esther Perel (2007). Esta separación con el otro, como otro incognoscible, permite el desarrollo del deseo, para que no se vea sofocado por la

sensación de apego, dominio o fantasía de conocimiento total del otro. Fortalecemos en este sentido la idea de individuos distintos que pueden ir en busca del encuentro. Encuentro que transita entre dos polaridades: el apego con la amenaza de fusión y la individualidad que permite el deseo pero que merodea en torno a la posibilidad de abandono. ¿Cómo transitar entre estas angustias básicas y arcaicas, cómo transitar entre el miedo al sofoco del otro y el miedo a ser abandonados? Creemos que la idea es generar un juego entre estas dos orillas. En este "entre" puede ocurrir la intimidad para crear y jugar con las ideas y sensaciones así como para contactarse con las necesidades. Ahí aparece la necesidad de ser tomados, tocados, mirados, usados de cierta manera. Sabemos que la relación sexual se monta en la pulsión pero definitivamente la excede. Hay una necesidad que sobrepasa lo biológico puramente tal. Los pacientes que sufren disfunciones sexuales parecen haber olvidado o querer olvidar esa necesidad. Ese es el entre que necesitamos recuperar.

Por otra parte, como psicoanalistas que trabajamos con parejas no podemos desconocer el triángulo edípico que es posible reeditar en el trabajo terapéutico. El analista tiene la oportunidad de ocupar el lugar del tercero excluido, aquel que prohíbe el coito con el objetivo de facilitar el deseo. En ese lugar tercero, estando la prohibición a cargo del terapeuta, los pacientes, debido a este límite, pueden dejar de lado sus temores, culpas y ansiedades, quedando más libres y protegidos para sentir. Recurriendo a Winnicott, podríamos pensar que en la prohibición los pacientes depositan la función protectora del falso self en el terapeuta, lo que permite una mayor conexión con el verdadero self.

A su vez, en este lugar de investimento del saber, el analista o terapeuta se convierte en un interlocutor válido que ayuda a desarrollar la función psicoanalítica

del superyó de cada uno de los miembros de la pareja a través de re-significar la experiencia. Así, cuando un analista hace una interpretación de la transferencia lo que hace es decir "esto que es"; a la vez no es, instalando la holgura del pensamiento. Esto no es menor en un área de trabajo donde la rigidez de las ideas se manifiesta en un superyó exigente y atacante que no permite el movimiento.

De esta manera, como terapeutas sexuales psicoanalíticos intentamos navegar entre dos aguas. Una, aquella que tiene como fundamento la atención flotante que implica atención a los emergentes del inconsciente, y otra, aquella que tiene relación con lo concreto y específico de la conducta sexual, donde los detalles pequeños y cotidianos tienen mucha importancia.

Creemos que la disfunción sexual es una encarnación de la prohibición de los pacientes a desear. Lo que hace el terapeuta es generar la instancia para dialogar con aquel carcelero e ir así transformando la moral del desalojo del deseo en una ética de lo privado e íntimo.

## REFERENCIAS

1. Beck J (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press. U.S.A.
2. Fenieux CG (2010). Sexualidad, creatividad y conflicto estético: análisis de dos casos. Presentado en Congreso de Pensamiento Winnicottino 202, Argentina. Publicado en *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 2013
3. Kaplan HS (1978). *La nueva Terapia Sexual*. Alianza Editorial, S.A.
4. Levinas, Emanuel (1991). *Ética e Infinito*. Gráficas Róger, S.A., España
5. Master y Jonhson (1966). *La respuesta sexual humana*. Boston
6. Perel E (2007). *Inteligencia erótica*. Grupo Editorial planeta, Buenos Aires
7. Spivacour M (2008). *Clínica Psicoanalítica con parejas: entre la teoría y la intervención*. Lugar Editorial. Buenos Aires
8. Winnicott D (1971). *La creatividad y sus orígenes en Realidad y Juego*. Gedisa Editorial. Barcelona, España