

# CLÍNICA DE LOS PROBLEMAS SEXUALES

## ENCUADRE TEÓRICO E INSTRUMENTOS OPERATIVOS

Antonio Caruso<sup>1</sup>

*Estamos convencidos de que la Terapia Sistémica y su inclinación al enfoque socio-construccionista posee la epistemología y los instrumentos para hacer frente al tratamiento de los problemas sexuales; es necesario considerar el contexto en el cual encuadrar el problema sexual y su tratamiento. Consideramos además necesario sistematizar algunas ideas a fin de que la sexología clínica, que hoy representa la disciplina a la cual con frecuencia recurren los psicoterapeutas también sistémicos para encontrar comprensión e instrumentos de tratamiento, no sea el pensamiento único en el ámbito del estudio de la sexualidad humana.*

El artículo que sigue pretende ser una primera sistematización de algunas ideas, fruto del trabajo en terapia sexual que desde hace años conduzco, y que hoy funcionan como guía para el mismo trabajo. Mi formación en sexología antecede a la especialización en Terapia Familiar y el encuentro entre los dos caminos ha sido fuente de dificultades alternas y sinergia positiva. Hoy mi práctica me permite confrontar las reflexiones clínicas también con la formación de psicoterapeutas que buscan perspectivas teóricas e instrumentos para trabajar con los disturbios de la relación sexual. En el escrito que sigue, además de un reencuadre sintético teórico, se ilustrará un esquema que guíe nuestra praxis operativa<sup>2</sup>, haciendo hincapié sucintamente en los otros instrumentos usuales en nuestra práctica.

¿Cuál es el contexto que da sentido a la profundización específica de las modalidades de psicoterapia de los problemas sexuales? ¿cuál el contexto que da sentido probablemente al hecho mismo de dedicar un número de esta revista al tema de la sexualidad? ¿cuál el contexto que da sentido a diseñar cursos específicos de formación para el tratamiento de los temas inherentes al comportamiento sexual?

Consideramos<sup>3</sup> que en parte, para formar el contexto en el cual buscar el sentido del artículo que hemos escrito y la necesidad de profundizar en la temática de la sexualidad humana, de sus malestares y de las modalidades de tratamiento, son las preguntas y las dudas avanzadas de los psicoterapeutas que se encuentran casi al término de su formación en psicoterapia sistémica, así como de profesionales ya formados. Reportamos algunos comentarios de psicólogos de formación especializada que pueden ser didácticos para lo que acabamos de decir. «No se habla nunca de sexualidad durante la entrevista, se dan titubeos en este ámbito y no se logra enfrentar este tema. No es una dimensión que ha sido trazada como según nosotros debería hacerse». «Tengo un prejuicio: el aspecto de la sexualidad debe ser abordado porque es algo fundamental para la pareja, para la relación y para como se maneja en la familia», «A veces se piensa que el problema sexual sea necesariamente la consecuencia de un problema relacional. ¿Puede ser una alternativa tal vez un poco más incómoda?», «Sería también interesante hablar de la sexualidad en las relaciones homosexuales: ¿cómo una pareja homosexual vive la sexualidad? ¿qué diferencias hay en este ámbito respecto a una pareja estándar?» «¿Cómo entrar en la sexualidad de una pareja donde no hay una petición en este sentido y cómo enfrentar esos prejuicios?, «en una pareja ya estable, cuáles son las expectativas de cómo debería ser y qué peso debería tener la sexualidad? ¿Hay estadísticas acerca de esto?» «Es necesario también hablar de las reacciones del terapeuta sobre el tema de la sexualidad».

Si pedimos a los mismos alumnos que nos hacen estas preguntas, cuáles instrumentos de la terapia sistémica consideran poder utilizar para tratar los problemas de la relación sexual nos damos cuenta que las respuestas no faltan ni tampoco en quien está todavía al inicio de la profesión. He aquí algunas de sus respuestas: «Me preguntaría cuáles funciones tiene aquel síntoma, qué cosa comunica a la pareja, cómo se colocan en la historia personal de cada uno». «Las historias familiares y personales: pueden ser conexiones entre el momento presente y cómo han vivido la sexualidad los

---

<sup>1</sup>Psicólogo, psicoterapeuta. Director del Centro Panta Rei de Milán.

<sup>2</sup> En el Centro Panta Rei funciona un equipo de profesionales, psicoterapeutas y consejeros que compara constantemente sus prácticas a través de reuniones de revisión.

padres», «Investigar el tipo de relación entre los padres, no por fuerza en el plano de la intimidad, que influye en el individuo y por consecuencia la relación con la pareja. Los mitos familiares...», «Pensaría el significado atribuido al problema dentro del ciclo de vida», «El valor que el síntoma ha asumido en las diversas fases del ciclo de la pareja y

2

de la persona en particular y cómo puede variar en el tiempo», «Exploraciones de las historias de la familia con relación al placer», «Conocer el prejuicio que tiene el terapeuta sobre la sexualidad en general».

Estamos convencidos de que la Terapia Sistémica y su inclinación al enfoque socio-construccionista posee la epistemología y los instrumentos para hacer frente al tratamiento de los problemas sexuales; es necesario considerar el contexto en el cual encuadrar el problema sexual y su tratamiento. Consideramos además necesario sistematizar algunas ideas a fin de que la sexología clínica, que hoy representa la disciplina a la cual con frecuencia recurren los psicoterapeutas también sistémicos para encontrar comprensión e instrumentos de tratamiento, no sea el pensamiento único en el ámbito del estudio de la sexualidad humana.

## **Enfoque del síntoma**

El significado más comúnmente compartido de la palabra «síntoma» nos lleva a considerar ese fenómeno particular así llamado como señal de cualquier otra cosa, como signo «en lugar de...»; también considerando su significado original («caer juntos», «molestarse») (Barbetta, 1990), el acento se pone siempre en la búsqueda de lo invisible, del «the dark side of the moon» y no sobre el fenómeno más fácilmente perceptible, el síntoma preciso. Esta semántica favorece, a mi manera de ver, a una lógica lineal, también cuando hipotetizamos que un cierto fenómeno sea provocado por la disfuncionalidad de las relaciones familiares o de otro sistema. De hecho, por cuanto a la metáfora del sistema nos lleve a la circularidad y complejidad, se mantiene una linealidad causal

---

<sup>3</sup> El autor del artículo tuvo la colaboración de la Dra. Nicoletta Citterio, psicóloga y asesora en sexualidad en el Centro Panta Rei; de la Dra. Fiorenza Rizzuti, psicóloga y psicoterapeuta, colaboradora en la Maestría en Asesoría y terapia de la relación sexual en curso en el mismo Centro y de la Dra. Daniela Pauroso, becaria de posgrado.

entre circularidad sistémica y síntoma. Si en lugar de eso no se considera el síntoma «en lugar de» o «señal de», pero si se le considera eso mismo como parte de un todo, esto es, de un circuito de conexiones que globalmente representa «la totalidad del individuo», entonces creo que se mantenga más fácil el pensamiento sistémico.

La metáfora de un cuadro abstracto (Kandinsky) me parece útil para expresar mis ideas acerca del sentido del síntoma, de la terapia y del cambio. Podemos pensar que los diferentes colores y formas presentes representan de vez en vez , o al mismo tiempo, las relaciones familiares, la personalidad individual, las representaciones cognitivas, el contexto social, etc., conectados con una cierta coherencia estética y significativa, por lo cual el «síntoma» antes de ser expresión de patología, sufrimiento, problema, sea simplemente una parte coherente junto a los otros comportamientos, emociones, ideas, relaciones que forman un cuadro con una «ley» de composición intrínseca. En tal sentido, el síntoma no es expresión de otra cosa, sino más bien «junto a», es del mismo nivel lógico que los otros fenómenos. El sujeto o los sujetos que nos piden ayuda, y/o expresan malestar y sufrimiento, nos comunican que aquella composición ya no es más placentera, sino que frecuentemente su comunicación llega a través del énfasis de una forma/color: el síntoma. Tarea del terapeuta puede ser antes que nada evitar vivir y hacer vivir al paciente el sentimiento de extrañeza del síntoma (extrañeza/amenidad, de sí y del paciente), recolocándolo en su «sensatez», en la composición pictórica, con una óptica no causal, sino constructivista, emergente, generadora. La terapia se configura entonces, como el «atelier» en el cual técnica y fantasía se combinan para producir un contexto generativo: la co-creación de un cuadro diferente, más agradable, por medio de reestructuración y/o iluminación y/o conjunto de formas y colores.

Con el paciente no se buscan más las causas del malestar, más bien, su función en la composición. Este cambio del síntoma, cambia el foco de la terapia, el síntoma se coloca sobre el mismo plano de los otros fenómenos y así se pueden «naturalmente» investigar los otros fenómenos, exactamente con el mismo punto de vista.

El «comprender» junto con el paciente el «cuadro con síntomas» y no «explicarlo» y «anticipar la mirada» puede restituir la libertad. Paradójicamente

la aceptación a través de la comprensión, en cuanto aceptación y comprensión de un «cuadro» que el paciente ya no quiere, implícitamente tiene una función de crítica al existente, pero restituye al sujeto el sentido de autodeterminación, librando el imaginario como tensión entre la realidad y el deseo, entre el presente con historia e historia con futuro.

Es, de hecho el presente que «explica» el pasado: basta pensar en el hecho de que cada historia es escrita y puede ser escrita solo «desde» el presente, vista también la imposibilidad de conocer el futuro antes de que se realice en el presente.

Entonces en terapia se puede «hacer historia» sólo cuando se habla del pasado, pero para volver a poner en movimiento el proceso evolutivo, para pensar en construir el futuro, hace falta el instrumento del relato, porque para el futuro no se hace historia, sino narración.

## **Problemas sexuales y psicosomáticos**

«Como deja entrever de su misma denominación de medicina psicosomática nace [...] como `ciencia integrada por excelencia´ y está fundada sobre un principio inspirador de unidad del «individuo humano» (Onnis, 1988). Pero siguiendo siempre el pensamiento de Luigi Onnis, en verdad este principio inspirador es traicionado constantemente porque se mantiene la dicotomía mente/cuerpo donde un problema que se expresa a través del cuerpo en toda la evidencia de las manifestaciones somáticas, parece reenviar a otra «entidad», la psique confirmando la duplicidad del ser humano. Por eso prefiero, ya sea para los problemas sexuales o para otros problemas hablar de «síntoma somático», esto es cuando es el cuerpo el que comunica la molestia evitando la referencia a problema psicosomático.

En el pensamiento de Bateson y sobre todo en su idea de mente, encontramos las ideas que nos ayudan a superar esta dicotomía y a construir un mapa que permite describir la organización de todas las funciones, de hacer existir en el mismo circuito cibernético el soma y el lenguaje, lo material y lo mental porque «la mente es inmanente, no sólo al cuerpo sino también a las vías y a los mensajes fuera del cuerpo; existen por lo tanto, manifestaciones

más amplias de la mente, de las cuales nuestra mente singular es solamente un subsistema» (Onnis, 1988). «[...] se puede afirmar que cualquier conjunto dinámico de eventos y objetos que posea circuitos causales oportunamente complejos y en los cuales estén vigentes relaciones energéticas oportunas, mostrará seguramente características propias de la mente» (Bateson, 1976, pag. 346). Y si entonces consideramos al individuo como unidad mínima contextual en el cual colocar el síntoma somático, podemos todavía decir con Bateson que «[...] aquello que más cuenta en este contexto, [...] que ninguna parte de este sistema en interacción puede ejercer un control unilateral sobre el resto del sistema o sobre cualquier otra de sus partes» (Bateson, 1976, p. 347).

Esto que andamos buscando, por lo tanto en nuestro enfoque de los problemas provenientes del cuerpo son el patrón que conecta. La sexología tradicional se presenta como multidisciplinaria y puede hacer pensar en la capacidad de integrar diferentes perspectivas. Por el contrario, mantiene la yuxtaposición de las diferentes perspectivas que después se subordinan a la vertiente clínica dentro de la perspectiva biomédica. Rifelli escribe: «Es reciente la reflexión sobre el concepto de la sexología como ciencia, se vuelve difícil desde la interdisciplinariedad que vuelve difícil individualizar un lenguaje común; esto porque la sexualidad no tiene instrumentos operativos autónomos ni su lenguaje propio, y su conocimiento deriva de los protocolos de otras ciencias, indispensables para comprender la sexualidad misma; sus lenguajes son múltiples y, en caso de que cada aporte no esté encuadrado de manera precisa, se correría el riesgo de transformarla en una `tología' sin valor» (Rifelle, 1989, pag. 435).

La multidisciplinariedad se presagia, pero en la perspectiva de la teoría del observador de von Foerster: a partir de disciplinas diferentes con epistemologías y premisas diferentes, e intencionalidades de observación distintas, cambia la relación con el mundo que observamos y esta relación diferente produce «mundos» diferentes. Aparentemente es el mismo mundo, pero de hecho, la parte de mundo que se ve, depende de la relación entre observantes.

En síntesis, las intenciones del observador y el lenguaje del que dispone determinarán el nivel de descripción de los fenómenos.

## El mapa socio-construccionista

¿A quién pertenece la sexualidad? O, ¿a quién pertenece el problema sexual? ¿Quién tiene la sexualidad? ¿Quién tiene el problema? ¿La pareja, el individuo, la relación? Podemos suponer que todas y las tres respuestas son buenas. Y si nos preguntáramos «¿hay alguno a quien no le pertenezca?» ¿si utilizáramos la modalidad de la explicación cibernética? Aquella para entendernos, sugerida por Bateson (1976, pp.,435) cuando escribía: «Normalmente, la explicación causal es positiva; se dice que la bola de billar B, está colocada en una cierta dirección porque la bola A la ha golpeado según un cierto ángulo. Al contrario, la explicación cibernética es siempre negativa; se consideran las probabilidades alternativas concebibles que habrían podido presentarse y después se pregunta por qué muchas de esta alternativas no se han realizado, por lo que el evento particular ha sido uno de aquellos pocos que habrían podido presentarse en realidad». ¿Cuáles reflexiones desarrollaremos a partir de estas consideraciones?

Consideraríamos la sexualidad como epifenómeno de un sistema. Puede pensarse como expresión del contexto al cual pertenece, pero que va individuándose en lo particular.

Esta es la perspectiva sistémica y socio-construccionista: la sexualidad, el comportamiento sexual, la disfunción, son epifenómenos en un contexto. El cambio de operatividad en la práctica de la entrevista clínica es inmediato: si el paciente viene a terapia diciendo «yo tengo» o «nuestra pareja tiene...» nosotros, en nuestra perspectiva exploratoria deberíamos tender a preguntarnos y a decir que aquello que el paciente tiene no pertenece a él, sino al sistema y al contexto. Cuando el paciente viene, es como si tuviera un rompecabezas y dijera que aquello que tiene no le gusta. Quien tiene una pregunta con frecuencia tiene una valoración de un sentimiento suyo o una problemática suya que él connota negativamente. ¿Qué sentido tiene? ¿Cómo se ha co-generado? Debe haber sido construido en varios niveles: relacional, conductual, semántico, emotivo, de las historias familiares. En otras palabras, en todos aquellos niveles, cuya posición en la jerarquía contextual no se ha dado de una vez por todas, sino en un constante juego de contextualización y jerarquización

de contextos, nosotros vamos a encontrar cómo se ha co-generado el problema, su sentido.

Permanecer dentro de esta perspectiva, es difícil, porque para quien trabaja en psiquiatría, en neuropsiquiatría infantil o con discapacitados, también en sexología los diagnósticos son francamente individuales. Sabemos, sin embargo, que podemos meternos en una perspectiva diagnóstica de aquel tipo y saber de lo que estamos hablando, que asumimos por necesidad o utilidad un punto de vista diferente al nuestro.

Pongamos un ejemplo. ¿Cómo es el contexto o el sistema que genera una situación dada de eyaculación precoz o de vaginismo? Podemos imaginar una señora que sufre de vaginismo que considera clarísimo el motivo de su problema, por ejemplo, la relación con su madre. El matrimonio ha creado una co-evolución perfecta, tanto como para generar dos hijos con inseminación artificial. La señora imagina que también el marido tenga algunos problemas, puesto que se resiste a penetrarla. El ginecólogo, tal vez le ha reforzado esta idea, diciéndole que no era posible que él aceptara no tener ninguna relación coital. Quiere decir que los varios sistemas, médico-tratante y marido-amigo, están conectados con ella y se han intercambiado información y han co-evolucionado creando un sistema permanente respecto a un único problema; a la manera de contarse la historia. Esta co-evolución hace que la mujer no tenga sentimiento de culpa hacia el marido. Es fantástico desde el punto de vista del equilibrio. Si después, sin embargo imaginamos que encuentra un amante potente, más joven, cualquier cosa podría surgir, porque se encontraría frente a un hombre del cual se esperaría que actúe como hombre y que no tenga problemas, porque de otra manera sería como el marido. Todo está conectado. Así ahora ella «debe» cambiar, «debe» curar su vaginismo por el riesgo de perder al amante.

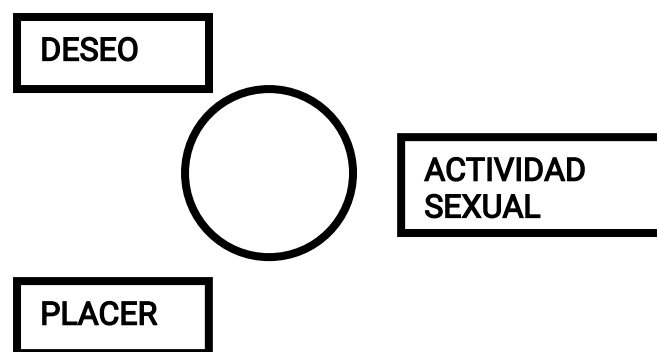
## **Mapas para la práctica clínica**

La formación en sexología orienta a los clínicos hacia la lectura del problema sexual según el esquema trifásico (Kaplan, 1976) ligado a la llamada fisiología de la respuesta sexual; disturbios de la fase del deseo, de la fase de la



excitación y de la fase del orgasmo. Por otra parte, propone la visión del comportamiento sexual como un *continuum* lineal que parte del deseo, atraviesa la excitación y lleva al orgasmo, visto como el «resultado» y el cumplimiento de un proceso: el acto sexual.

El «modelamiento» que esta perspectiva parece tener sobre los terapeutas de cualquier orientación cuando se acercan al tratamiento de los problemas sexuales, con frecuencia homologando las prácticas, nos ha llevado a proponer un «antídoto», un esquema que pueda llegar a ser un lineamiento para los terapeutas, una postura cognitiva para afrontar ya sea la fase «diagnóstica», ya sea el proyecto terapéutico.



Deseo, Placer y Desempeño sexual deben ser leídos de manera circular, como en la figura: no hay causalidad lineal.

En el momento en el cual no hay linealidad, hay diversos órdenes posibles, podría ser deseo, placer, desempeño; pero podría ser que el deseo lleve a una actividad sexual y después al placer; o bien, se parte de la actividad sexual para después experimentar placer, por lo tanto, deseo. Tal vez cada aspecto puede ser visto ya sea como causa, ya sea como efecto de otro elemento. Estas áreas pueden ser leídas sobre diferentes planos: emocional, corporal, de los significados personales, de las premisas culturales y así por el estilo.

Por lo tanto, cada uno puede llevarnos a niveles y a contextualizaciones

diferentes: podemos hablar del cuerpo, por lo tanto del deseo del cuerpo, y de placer como dimensión corporal y de actividad sexual como funcionalidades corporales o bien de deseo como elemento cultural, del placer como elemento cultural, de la actividad sexual como elemento cultural por la dimensión emocional u otro.

El deseo, el placer y la actividad sexual son declinables en el individuo y en la pareja, no dependen de lo individual, son determinados por las relaciones en un contexto.

Este esquema permite explorar la vida sexual del individuo y de la pareja. Una vida sexual vista, no con la visión funcional o mecanicista del encuentro sexual, sino en la perspectiva de tres áreas que aunque pudiendo connotarse sexualmente, pueden estar incluidas en muchas otras dimensiones. Podemos darnos cuenta que la actividad sexual puede derivar en otras acciones; o más bien podemos darnos cuenta que hay una dimensión del placer que no es sólo sexual.

Estos elementos encuentran correlación y realización en el individuo y en la pareja, los cuales nos permiten explorar las dificultades.

En nuestra experiencia, algunas problemáticas sexuales parecen remitirnos a una carencia de armonía entre estos tres elementos, como si fuese un exceso de uno sobre el otro, por lo cual no logran conectarse y armonizarse.

Subrayar el desempeño sexual, significa por una parte evidenciar el aspecto del funcionamiento, pero la actividad sexual remite también al ser al grado de crear dimensiones de placer.

Un gran pene erecto podría hacer feliz al macho, pero la capacidad de suscitar placer, es otra cosa. Cuántas veces las mujeres se quejan del hecho de que la pareja no las sabe tocar, o más bien, ¿los hombres se lamentan de la insistencia de las mujeres? Estamos en el área del desempeño sexual, esto es, la capacidad de tener algunas competencias y desempeños que suscitan placer.

¿Pero la actividad sexual tiene que ver también con el deseo? ¿Se es capaz de crear una situación en la cual se participa generando el deseo en la propia pareja? ¿Qué cosa se hace para hacer apetecible ese día? Si se trabaja siempre y no se ve nunca a los amigos ¿se cultiva de todas maneras el deseo? ¿Cómo aumentar la posibilidad de que nazca el deseo? Estamos hablando de algo antes de la actividad sexual. Sin deseo, ¿cómo hago para llegar al placer?

A diferencia del esquema lineal trifásico, en el nuestro, por ejemplo, el placer no se conecta exclusivamente con la excitación: eso no quiere decir excitación. El deseo es algo que mueve, pero con frecuencia se ve como relacionado con cualquier otra cosa; por lo tanto en las clasificaciones de la respuesta sexual, el deseo se necesita para generar placer y para inducir a la actividad sexual. Con el esquema propuesto, el deseo tiene relevancia en sí mismo; desear tiene valor en sí. No está necesariamente ligado a otra cosa. Con frecuencia, el solo hecho de sentirse vivo y tener ganas de algunas cosas, de por sí, aunque esas cosas no se alcancen, nos hacen sentir bien.

Así como el placer: ¿qué tiene que ver el placer con la actividad sexual? El placer existe por sí mismo. ¿Puedo tener el placer después de la actividad sexual? ¿Puede ser el placer del orgasmo? Pero existe también el placer del placer, es decir, ¿experimentar deseo puede dar placer? ¿estar excitado puede dar placer? Consideremos el encuentro sexual con el esquema de Kaplan: todo lo que está junto a las zonas erógenas es interesante porque te excita y te hace estar dispuesto a la relación. Las zonas erógenas dan placer y ¿por qué esto no puede bastar? ¿ser algo «completo en sí mismo»?

Con nuestro esquema, hay una dimensión del placer de por sí más allá de que eso pueda ser funcional o no para la actividad sexual. Pero, atención, no estamos diciendo que no deba nunca ser así porque si contextualizamos el placer en función de la actividad sexual, entonces será el placer «para llegar a...» O bien será el deseo «que nos llevará a...».

Cuando hacemos una profundización diagnóstica, vemos cómo cambian tales elementos: así como se parte de un problema expresado, explorarlo a través de la valoración de las conexiones de estas áreas, y de cómo dialogan, nos permite la formulación de nuevas hipótesis sobre el motivo de la queja.

El deseo es como si fuera un motor que mueve el placer; pero nosotros sabemos bien que el placer puede desencadenar el deseo, si se experimentan algunas sensaciones bellas, después vendrán ganas de cualquier otra cosa. Si no se logra hacer o el otro no llega a hacer, esto influye en el deseo; si la inhibición es muy fuerte puede crear problemas.

«Dejemos de lado el desempeño sexual, pero ¿cómo está tu deseo? No tengo. Entonces hacemos cualquier cosa por la cual te nazca el deseo. Pero

después no hay actividad sexual. Pero no debes ni siquiera tenerla».

A veces, debemos ayudar a las personas a desconectar estos tres elementos, a considerarlos aparte, no el uno al servicio del otro, sino válidos en sí mismos; con el fin de encontrar el camino para superar la insatisfacción sexual.

Todo esto es una lente de exploración de la vida sexual de las personas, pero es también un instrumento de terapia, porque nos orienta sobre cómo intervenir respecto a los problemas.

Utilizamos por ejemplo, una versión del genograma sexual donde exploramos a través del mismo, los tres elementos: deseo, placer, desempeño sexual y cómo han sido transmitidos y han sido aprendidos en las redes familiares.

Pongamos algunos ejemplos.

En el caso de vaginismo señalado anteriormente, la señora no buscaba solución en el área del placer, ni en la del deseo; consideraba que debía tener un desempeño sexual apto para permitirle la relación con el amante. Hasta el punto de que antes de presentarse a nuestro centro, se hacía penetrar, no obstante la rigidez muscular, obteniendo una laceración de la parte vaginal de 15 puntos de sutura.

Si una esposa nos dice que ya no experimenta deseo hacia el marido, el fenómeno es la ausencia de deseo; nuestro fenómeno a explicar es qué cosa produce en la pareja el hecho de que se produzca un no-deseo.

Utilizo el deseo como línea de exploración, busco ver en aquella pareja cómo se modulan los elementos deseo, placer y actividad sexual.

En el caso en el cual fuera una determinación mayor del nivel de la actividad sexual o una determinación menor del nivel de placer, me pregunto qué cosa ha generado el contexto por el cual no hay placer.

Pongamos otro ejemplo: un caso de eyaculación precoz. El paciente dice: «No llego a la penetración y tengo riesgo de perder a mi esposa». «O.K., le preguntamos -¿Y su gran deseo cuál es? ¿Qué cosa cambiaría si usted ya no fuera eyaculador precoz? ¿Lo que a usted le falta es provocar placer? ¿O tiene el problema de no estar a la altura de su mujer? ¿Hay una inconformidad y sobre todo una expectativa en el área del placer o estamos siempre en el área del desempeño sexual?»

Hay hombres que se ven a sí mismos en términos de desempeño y no de relación. Piensan en términos de «yo debo tener ese desempeño sexual» y no «nosotros dos generamos mi desempeño sexual». Es normal pensar en términos de «yo», porque cuando hablo, pienso en mi sexualidad, si el otro no estuviera, yo tendría de todas maneras una sexualidad. Nosotros, sin embargo, como profesionales del área terapéutica, debemos darnos cuenta que cada aspecto de la vida de una persona se configura en un cuadro de relaciones, de contextos diversos, en los cuales llegamos a encontrar sentido, también en la individualidad de las declaraciones.

¿Y la inconformidad del orgasmo femenino? ¿El orgasmo lo consideramos como deseo, placer o desempeño? Una función de los tres y demás ya que debe estar inserto en el contexto cultural, en nuestras premisas individuales, en la historia de la pareja y en la relación.

Imaginamos, por ejemplo que se dirija al sexólogo una mujer diciendo: «Tengo un problema de orgasmo por culpa de mi marido y esto podría tener consecuencia a nivel de pareja».

Esta afirmación nos orientaría acerca del desempeño del otro. Sabríamos por lo tanto que ella razona en términos de desempeño. Las respuestas que se ha dado a sí misma nos harían comprender que a esta mujer no le interesa el placer. Un terapeuta que se orientara hacia el placer, haría una hipótesis incorrecta. Esta señora nos ha hablado del desempeño del compañero y del mantenimiento de la relación, que no corresponden al área del placer. Parece evidente que a ella no le interesa que su problema con el orgasmo no le permita experimentar placer. Este problema nace de las preguntas concernientes al desempeño de la pareja y tal vez también concernientes al área del deseo. Esta es una batalla sobre el desempeño, es una batalla de poder: el miedo de perder la relación. Esto no tiene nada que ver con el placer de la intimidad sexual. Con frecuencia entre otras cosas, el «problema» del orgasmo» es expuesto más por parte de los hombres que de las mujeres, las cuales pueden también sentirse satisfechas por la dimensión de placer que permea de cualquier forma la relación sexual. Pero el hombre que sobrevalora el componente de desempeño del propio comportamiento sexual induce también en la compañera esta atención a la capacidad de tener un orgasmo, con frecuentes recaídas infelices, precisamente sobre la experiencia

de placer.

## **La comunicación**

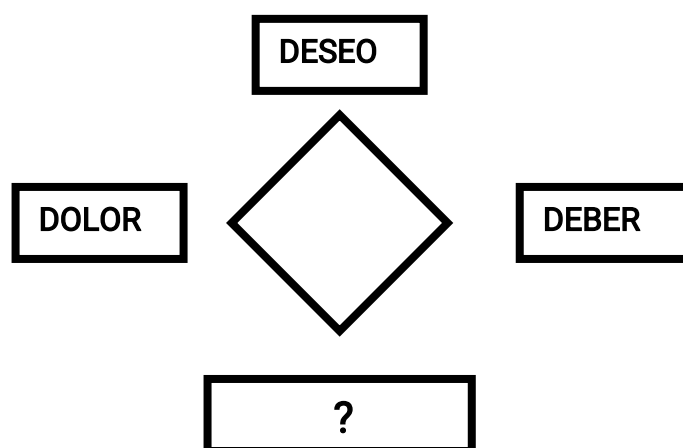
Me parece que se puede afirmar con suficiente seguridad, que en psicoterapia el síntoma somático no se presenta nunca separado de una comunicación digital, con frecuencia es presentado en terapia sólo por medio de la comunicación verbal. Además, la mayor parte de las terapias enfatizan la comunicación verbal y por lo tanto es en el encuentro de narraciones lingüísticas más que de cuerpos donde se constituye el contexto terapéutico. Pienso que en una terapia de tal tipo la «traducción» representa un componente fundamental. Como afirman Watzlawick et al. (1971, pp.58) «El Hombre tiene la necesidad de combinar estos dos lenguajes (como trasmisor y como receptor) y debe constantemente traducir de uno a otro, operación que lo pone frente a dilemas bastante curiosos...» De hecho, mientras la comunicación verbal tiene un «grado de complejidad, de versatilidad y de abstracción» muy elevado, a la comunicación analógica le faltan tanto calificadores como indicadores y en ella no es posible una sintaxis, faltando elementos del discurso como «si-entonces», «o» disyuntivo, la negación, etc. Por otra parte «cada vez que la relación constituye el problema central de la comunicación, el lenguaje numérico está casi privado de significado» mientras que el modo analógico tiene «un predominio neto en la transmisión del aspecto de relación». Creo que en la mayor parte de las interacciones humanas la suficiente coherencia de los mensajes verbal y analógico no requiera una atención particular a la traducción, que antes bien, esté ausente la misma «consciencia» de la presencia del proceso de traducción, precisamente porque todo es «más fácil».

En la terapia de pacientes con problemas sexuales, al contrario, la problemática de la traducción se presenta en toda su intensidad: el paciente debe traducirse a sí mismo el fenómeno somático, debe traducirlo al terapeuta que a su vez debe transmitir mensajes verbales sobre fenómenos somáticos. Es como si para el paciente se hubiera roto aquella armonía entre su cuerpo y el mundo de los significados, de las intenciones, de las voluntades que es un mundo fundamentalmente narrable lingüísticamente. Objetivo de la terapia sexual es también la recomposición de una nueva armonía.

El cuerpo manda mensajes físicos al sujeto, de los que él elabora el sentido y el significado al interior de la relación y de las creencias relativas a las emociones que tiene: los dos elementos continúan, sin embargo, siendo distinguibles. El cuerpo es siempre el cuerpo; las narraciones, los significados y las emociones permanecerán siempre en otro contexto, pero están estrechamente conectadas en el diálogo. Tal vez dicho diálogo genera bienestar; tal vez la co-evolución genera molestia o cronicidad de los comportamientos. En esta co-evolución el cuerpo puede ser visto como contexto que da significado a ciertas ideas y ciertas emociones. Más bien estas ideas, relaciones y emociones, a través del cuerpo adquieren sentido. Estamos hablando simplemente de diferentes énfasis de una mente única y de un sistema único. Co-evolución significa que se está cambiando en el tiempo y en conexión de uno con el otro.

### **El esquema de las «tres D»**

Otro esquema que nos ayuda también en la clínica de los trastornos sexuales, y al cual recurriremos a menudo brevemente, lo hemos denominado, a sugerencia de algunos alumnos de la escuela de especialización en psicoterapia del Centro Siciliano de Terapia de la Familia, el esquema de las «tres D»:



Deseo, Dolor, Deber. El asunto del cual partimos es que estos tres elementos pueden ser considerados como esencia de la existencia humana, en el sentido que cada sistema humano en el proceso de su propia vida encuentra, y podremos decir, experimenta deseo, dolor y deber. Obviamente consideramos esta perspectiva como un mapa que nos ayuda a explorar las premisas de nuestros pacientes, sus historias de vida, sus contextos familiares y culturales, su red relacional en el aquí y el ahora. Nos preguntamos cómo el sistema afronta o presenta estos tres elementos y de qué manera los modula o los inviste. Cómo estos tres elementos dialogan entre sí, obviamente en la experiencia del sujeto, cómo se armonizan. El esquema se completa con un cuarto elemento que se considera como la resultante, la cual se genera por la interrelación entre los tres elementos a priori: el placer. La premisa que usamos es que la experiencia de placer es posible para un sistema como efecto de la modalidad con la que afronta las «tres D», por lo tanto el placer se convierte en una prueba de la salud del sistema. Preguntamos explícitamente por ejemplo al paciente, qué calificación daría del 0 al 10 al área del placer en este momento de su vida y partimos de su respuesta para buscar en la relación con los tres elementos, qué es lo que está desequilibrado.

Especificamos la constelación semántica que relacionamos con estas tres palabras. En el área del deseo consideramos todo lo que se configura



como motor hacia, atracción por, impulso hacia, pasión. En el área del deber introducimos lo que pertenece a los deberes inducidos por los demás (have to), autoinducidos (must), a los roles, a los mitos familiares, a las tareas sociales, a la responsabilidad. El dolor incluye todo lo que es frustración, sufrimiento, pérdida, enfermedad, carencia.

Llevado al contexto del tratamiento de los problemas sexuales, el esquema de las «tres D» se declina como mapa que nos permite explorar los procesos que el sistema desarrolla en su existencia enfrentando estos aspectos en general y como después se puedan reencontrar analogías más próximas al contexto de la relación sexual.

## BIBLIOGRAFÍA

**Bateson, G.** (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi

**Caruso, A.M., Cardin S., Gandini I. e Lunari S.** (1996). *Piacere ed efficacia:*

*proposte per la costituzione di una buona équipe.* Connessioni, 13/14, p.68

**Fruggeri, L.** (1998). *Dal costruttivismo al costruzionismo sociale*, Psicobiiettivo, XVIII, p. 37-48.

**Kaplan, H.S.** (1976). *Nuove terapie sessuali*. Milano, Studi Bompiani.

**Kenney, B. e Ross, M.J.** (1986). *La mente nella Terapia*. Roma, Astrolabio.

**Lang, P. e Mc Adam, E.** (1997). *Narrative-ating: Future dreams in present living*, Human Systems, 9, 1-8.

**Masters, W.H. e Johnson, V.E.** (1966). *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*. Milano, Feltrinelli.

**Rifelli, G. e Moro, P. (a cura di).** (1989). *Sessuologia Clinica: 1° Sessuologia Generale*. CLUEB, Bologna.

**Onnis, L.** (1988). *Famiglia e malattia psicosomatica*. Roma, La nuova Italia scientifica.

**Tomm, K.** (dicembre 1990). *Lo «strategizing» come quarta linea guida per il terapeuta*, Il Bollettino, 22-

**Von Foester, H.** (1987). «Cybernetics», voce per *l'Encyclopedia of Artificial Intelligence*, John Wiley e Sons, New York, pp.2.

**Watzlawick, P., Beavin, J.H. e Jackson, D.D.** (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio.