

LA TERAPIA PSICOANALÍTICA Y EL HOMBRE HOMOSEXUAL

CAPÍTULO VII: LA POSTURA DEL TERAPEUTA

del Dr. Jack Drescher

“La personalidad se hace manifiesta en situaciones interpersonales, y no de otra manera”.

Harry Stack Sullivan, *Los datos de la psiquiatría* (1938)

“Si uno realmente logra mostrarle a un sujeto lo que está haciendo, se vuelve menos temeroso, se siente más seguro acerca de sí mismo, de manera que cuando tiene una duda genuina, o un conocimiento genuino de su propia ignorancia, no busca un consejo, busca información”.

D. W. Winnicott, *Cómo hablar con los padres*, (1957)

“Así... el hombre es el principio fundacional y la mujer el opuesto excluido de esa parte; y, siempre que dicha distinción se mantenga clara, todo el sistema puede funcionar eficazmente. La ‘deconstrucción’ es el nombre que se le da a una operación crítica por medio de la cual dichas oposiciones pueden ser socavadas parcialmente, o que muestra que dichas oposiciones se socavan mutuamente en el proceso de la significación textual.”

Terry Eagleton, *Crítica literaria* (1983)

El trabajo psicoterapéutico con hombres homosexuales centra la atención en aspectos del proceso terapéutico que a veces suelen pasarse por alto en una terapia con pacientes no homosexuales. De hecho, así como Freud se dio cuenta de que la categoría de homosexualidad podía convertirse en un constructo útil para ilustrar sus teorías de la libido bisexual, el desarrollo psicosexual y la identificación, el trabajo psicoterapéutico con hombres homosexuales también permite comprender más profundamente algunos de los principios generales del psicoanálisis, y algunas de las creencias y prácticas psicoanalíticas básicas. Estas incluyen, aunque sin limitarse, a lo siguiente: la naturaleza del marco psicoanalítico, los valores y los riesgos de la auto-revelación del terapeuta; las limitaciones de los datos psicoanalíticos para respaldar teorías de etiología; cómo los preconceptos terapéuticos limitan o inhiben la escucha clínica del paciente; la respuesta del terapeuta de la experiencia-cercana contra la experiencia-distante; la incorporación del terapeuta en preconceptos culturales, y el impacto que tienen sobre la terapia; el rol de las identidades subculturales, tanto del paciente como

del terapeuta, y cómo co-construyen las narrativas en la terapia; por último, los significados y los usos terapéuticos de la contra-transferencia.

En este capítulo se discuten algunos factores que influyen y caracterizan la postura del terapeuta cuando trata con pacientes homosexuales. Desarrollar una postura terapéutica propia depende de la capacitación especializada en psicoterapia, estudios continuos, el propio análisis del terapeuta y un auto-análisis vigente y sostenido. Asimismo, la postura del terapeuta no sólo implica lo que uno sabe, sino que también incluye lo que el terapeuta no sabe, y requiere de una capacidad para dar lugar a una interacción dinámica de saber y no saber en el paciente, en el terapeuta y en el espacio de transición que existe entre ellos. Bion (1967b) describió dicho estado mental como un estado que "no tiene memoria o deseo", y que es esencial para construir la "actitud analítica" a la que se refiere Schafer (1983).

La postura psicoanalítica que se presenta aquí se apoya en Winnicott y define un ambiente terapéutico de contención como un espacio en el que se permite que se manifiesten las ideas y los sentimientos del paciente. En la atmósfera de un ambiente de contención, los significados se describen, se crean y se descifran. Todos los pacientes, no solo los homosexuales, pueden beneficiarse a partir de un ambiente terapéutico de contención basado en principios de respeto. El respeto hacia el paciente es un factor fundamental, pero, por sí solo, puede no ser suficiente. Como se ha visto en los capítulos anteriores, el tema de la homosexualidad a menudo evoca sentimientos de incomodidad y significados de humillación. Cuando tales sentimientos emergen en la terapia, ciertamente necesitan que el terapeuta los aborde con respeto. No obstante, es un prerrequisito cuando se trata de hacer psicoterapia con hombres homosexuales que los terapeutas mismos deben aceptar la homosexualidad de sus pacientes como una variación normal de la sexualidad humana, y que deben valorar y respetar los sentimientos y comportamientos homosexuales. Debe tenerse en cuenta que, para algunos hombres homosexuales, ser tratados con tanto respeto por un terapeuta constituye una experiencia sencillamente novedosa.

B: La idea de respeto. Ese es el tema. La falta de respeto hacia mí mismo, la forma en que me denigro a mí mismo... y usted me pide que yo desafíe, que me rebele a esa forma de pensar. Es difícil, pero tiene sentido. La diferencia entre el respeto con el que me muevo con otras personas, y la falta de respeto con la que yo me trato a mí mismo... ahora es obvia. Y misteriosa. Parte de la motivación surge de que no quiero tratar a nadie de la forma en que me trato a mí mismo. Pero siento esta rigidez, el sacerdote moviendo el dedo dentro de mí. Eso de destruirme a mí mismo, creo que usted se había

referido a ese proceso como "odio a mí mismo", es algo casi palpable. De alguna manera me ha ganado y ha dominado otras partes de mí persona.

Además del respeto, la postura terapéutica que aquí se presenta se centra en los significados más que en los orígenes de la sexualidad humana. El terapeuta entusiasta que busca las causas de la homosexualidad, terminará siendo víctima de las defensas etiológicas del paciente (véase más abajo) y, en consecuencia, confundirá los significados de la sexualidad con otra cosa. De aquí se sigue que esta postura terapéutica se centra en los significados afectivos del lenguaje del paciente, así como en los del terapeuta, y en sus implicaciones en cuanto a la transferencia y contra-transferencia. Para ampliar la comprensión que se tiene de la subjetividad del paciente homosexual, en este capítulo se explica cómo el concepto tradicional de una orientación sexual se deriva ambiguamente a partir de múltiples planos de referencia. Los usos intercambiables y no examinados de estos diferentes significados de la orientación sexual, como se ha visto en gran parte de la literatura científica y psicoanalítica, hace que el concepto de utilidad clínica se vuelva cuestionable. Los conceptos alternativos –atracciones sexuales, identidades sexuales y jerarquías sexuales– son más flexibles y, en consecuencia, más significativos a nivel clínico. El capítulo concluye entonces al discutir la contra-transferencia y la auto-revelación por parte del terapeuta, dado que esos conceptos se refieren no sólo a cuestiones de identidad sexual, sino a la terapia en general.

El argumento de este capítulo tiene su eje en un mandato paradójico que involucra al terapeuta. En cierto sentido, un terapeuta no homosexual que trabaja con un paciente homosexual está trabajando con alguien que pertenece a una cultura o subcultura diferente. No obstante, en la mayoría de los casos, el tratamiento de los hombres homosexuales no es diferente del tratamiento de otros pacientes. En consecuencia, debería tenerse en cuenta que existen riesgos similares para el paciente que surgen de la utilización que hace el terapeuta de un conocimiento especializado para arriesgar suposiciones injustificadas, aunque positivas, acerca de la identidad sexual de dicho paciente y de las cuestiones que surjan de este punto, dado que surgen de la ignorancia del terapeuta sobre el tema o de la devaluación latente de dicha identidad.

La defensa etiológica

Por lo general, los pacientes que comienzan un tratamiento suelen buscar explicaciones más profundas acerca de sí mismos. Una de las consecuencias de las exigencias que postulan a sus terapeutas para comprenderse se condensa en una literatura psicoanalítica repleta de casos de estudio, casos escritos por

terapeutas que intentan hacer uso de los datos del tratamiento psicológico para arribar a teorías etiológicas. No obstante, La teoría psicoanalítica contemporánea ha trazado los límites de los datos psicoanalíticos en este sentido, aceptando, por lo general, que las formulaciones etiológicas sólo pueden ser respaldadas a partir de una investigación extra-clínica y longitudinal. Más aún, al menos desde Peterfreund (1983), algunos clínicos han pensado que los supuestos e hipótesis etiológicos del propio terapeuta pueden presentar un riesgo al proceso clínico, en tanto que conducen a interpretaciones estereotipadas e inhiben una exploración abierta. Asimismo, la propia búsqueda de un paciente de explicaciones etiológicas puede mezclarse con las ansiedades y limitar una exploración psicoterapéutica más útil. De hecho, la meditación etiológica de un paciente puede formar parte de una estructura del carácter que busca mantener mecanismos estables y disociativos.

Lo que es cierto en términos generales también es cierto con respecto al paciente homosexual. Un paciente inició una terapia con sensación de ansiedad y confusión respecto de su identidad sexual. En la primera sesión, recordaba haber sentido atracción hacia los hombres cuando era un niño, pero se aseguró de remarcar al terapeuta que también encontraba atractivas a "algunas mujeres". Luego añadió, tímidamente, que sus deseos heterosexuales no eran tan intensos como los que sentía hacia los hombres. Presentó su historia sexual de manera espontánea, rápidamente, bajo presión, casi como en un monólogo en el que él mismo presentaba las preguntas, las respuestas y las refutaciones: "Si veo a un hombre atractivo y a una mujer atractiva, ¿a quién miro? ¿Quiere saber a quién miro? Miro al hombre".

Pronto, el terapeuta supo que, incorporados a estos monólogos, venían memorias de un tratamiento anterior en el que otro terapeuta no había discutido la creencia del paciente de que la homosexualidad había sido causada por una "madre sofocante" y un "padre ausente". Según el paciente, ambos estaban de acuerdo en que la relación "enfermiza" con su madre lo hacía ponerse incómodo en la presencia de mujeres, y que el abandono de su padre "lo había hecho buscar el amor en otros hombres. Esos hombres ocupan el lugar del padre que nunca tuve". A pesar de haber estado de acuerdo con esta teoría patológica, el terapeuta anterior también le había asegurado al paciente que "ser gay estaba bien".

A pesar de lo experimentado durante esa terapia previa, el paciente nunca creó lazos emocionales con un hombre o con una mujer. Asociaba su soledad con sentimientos de vergüenza e incomodidad. Terminó con su terapia previa sin haber llegado a ninguna conclusión con respecto a su identidad sexual,

pero se encontró pensando con más frecuencia en que "es posible que yo sea gay". Le contó a un amigo que era homosexual, y consideraba contarles a otros también. No obstante, no estaba preparado para contarles a sus padres, y se sentía horrorizado ante la idea de que pudieran enterarse.

En la primera sesión, el paciente hacía muchas preguntas al terapeuta: "¿Cree que lo que digo tiene sentido? ¿Cree que eso puede explicar que yo sea gay?". El terapeuta le respondió que él no sabía por qué las personas eran homosexuales. El paciente volvió a postular sus teorías etiológicas y persistía en su deseo de saber qué era lo que el terapeuta pensaba de ellas. "¿Entonces no cree que yo pueda ser gay a razón de que mi madre era sofocante conmigo? ¿No cree que podría ser gay porque mi padre me dejó cuando yo lo necesitaba?" El terapeuta señaló que estaban en la primera sesión y que él no sabía tanto acerca de la vida del paciente. Asimismo, el terapeuta indicó que no contaba con conocimientos definitivos que explicaran por qué las personas eran homosexuales o heterosexuales. Esto incitó la siguiente respuesta: "¿Entonces, lo que me está diciendo es que la gente nace gay?" Nuevamente, el terapeuta respondió que no lo sabía. El paciente respondió en un tono ofuscado: "No puedo creer que no piense que soy gay debido a mi madre sofocante. Ni siquiera puede decirme si nacemos gay. ¿Cómo puede ser que un psiquiatra no sepa qué es lo que causa la homosexualidad? ¿Está seguro de que no lo sabe? Ahora me siento confundido".

Estos intercambios ocurrieron reiteradamente a medida que procedía la evaluación en las sesiones siguientes. El paciente se interrumpía con ansiedad cuando estaba narrando alguna escena acerca de su historia familiar o personal, y volvía a presentar el interrogante de por qué era homosexual. Al principio de la quinta sesión, el paciente dijo: "¿Sabe lo que ocurrió la semana pasada? ¿Recuerda que me dijo que no sabía por qué era gay y que nadie sabía por qué la gente era gay? Cuando me fui de aquí, me quedé pensando en eso. Luego sentí un fuerte deseo sexual hacia otro hombre. Es como si me hubiese dicho a mí mismo: "Ser gay está bien".

Aquí debería resaltarse que esta última declaración fue una sorpresa tanto para el paciente como para el terapeuta. Hasta ese momento, el terapeuta creía que estaban en el plano de la duda de si el paciente era homosexual o no. A pesar de que el paciente siempre se refería a sí mismo como "gay", era claro que no se sentía demasiado cómodo con la denominación. Parecía que estaba probando ese apelativo, para ver cómo le sentaba a sí mismo y para ver cómo le sentaba al terapeuta. Más adelante en esa misma sesión, el paciente volvió a preguntarle a su terapeuta si él era homosexual debido a su madre sofocante. Esa no fue la última vez que el paciente postuló la pregunta. A medida que la

terapia fue progresando, la naturaleza obsesiva de ese interrogante se fue haciendo más clara, ya que surgía cada vez que el paciente se sentía ansioso al discutir sus dificultades interpersonales.

En términos de las subjetividades delineadas en el capítulo anterior, uno diría que el paciente se presentó a sí mismo como un hombre conciente de sus deseos homosexuales, que pensaba que podría ser gay. El terapeuta escuchó su debate de la siguiente manera: Si el paciente estuviera hablando de declarar su homosexualidad a un familiar, eso indicaría la posibilidad de que él se aceptara como hombre gay. No obstante, el temor de que sus padres se enteraran dejaba en manifiesto sus propios miedos respecto de ser gay. Estas contradicciones incrementaban la ansiedad del paciente.

El terapeuta trató de escuchar y respetar ambos lados del debate. Le comunicó que el objetivo del tratamiento no era juzgar o denigrar ninguna de las dos posibilidades, sino hablar acerca de ellas e intentar comprenderlas. A pesar de las reiteradas invitaciones del paciente a que lo hiciera, el terapeuta se abstuvo de formular interpretaciones genéticas. "Es muy importante...que el analista *no* conozca las respuestas a menos que sea el paciente el que dé las claves" (Winnicott, 1960a, p. 50). Esta es la única forma de adquirir un conocimiento más detallado sobre un paciente más específico. Sin embargo, el paciente quería que el terapeuta hiciera uso de su autoridad profesional para resolver un debate interno. El terapeuta no cooperó y respondió, de manera franca y poniendo lo mejor de sí en cuanto a la información, lo que él entendía acerca de los "hechos" etiológicos y no brindó respuestas definitivas a las preguntas del paciente. Lo que el paciente experimentó fue que el terapeuta no le dijo que "está bien ser gay", pero tampoco dijo que no lo era.

La postura del terapeuta socavó las propias prohibiciones del paciente y lo hicieron sentirse más ansioso. Esta ansiedad avivó sus esfuerzos por conseguir una respuesta autoritaria, de cualquier tipo, por parte del terapeuta. Así, arribó a la creencia de que la gente nace homosexual. Nuevamente, el terapeuta se negó a usar su autoridad para respaldar ese otro argumento. En vez de hacerlo, usó su autoridad para defender una posición de incertidumbre respecto de los orígenes de la homosexualidad. La voluntad de mantener una posición de incertidumbre es una de las cosas que diferencia el abordaje psicoanalítico de una terapia reparadora.

Al comienzo, el paciente se sentía demasiado ansioso para prestar atención a su debate interno. Definir sus sentimientos homosexuales en el lenguaje de la patología los inhibía parcialmente. Le había pedido a su terapeuta que confirmara sus teorías patologizantes para apuntalar y apoyar sus inhibiciones

antihomosexuales. Esto es lo que había ocurrido en su tratamiento previo cuando el primera terapeuta le había dicho que "estaba bien ser gay", mientras respaldaba una teoría patológica de la homosexualidad. En efecto, el paciente oyó que el terapeuta le decía: "Ser gay está bien, incluso si eso significa que estés enfermo". Luego de dejar de tratarse con ese terapeuta, las inhibiciones sexuales del paciente fueron disminuyendo en forma gradual, y dio algunos pasos indecisos para declararse homosexual. No obstante, esto le generó más ansiedad, dado que no se había tratado su debate interno para definir su identidad sexual. Buscó tratamiento terapéutico nuevamente para ayudarse a restaurar esa suerte de débil tregua interna que ahora estaba en peligro de desmoronarse. El nuevo terapeuta discrepó respetuosamente con la teoría etiológica del paciente y con el marco moral condenatorio en el que estaba incorporada. El paciente leyó esto último como si el terapeuta hubiese dicho: "Como no conocemos las causas de la homosexualidad, no sabemos necesariamente si ser gay es algo malo".

En las sesiones que siguieron, la postura del terapeuta fue molestando más y más al paciente. La falta de respuestas definitivas llevó al paciente a cuestionar la aptitud del psiquiatra. No obstante, el terapeuta resistió el embate. Gradualmente, el paciente comenzó a experimentar a su terapeuta en un rol paradójico de la autoridad que no es ni será autoritaria en sus juicios. Esto último distrajo al paciente de sus frecuentes debates internos, y eso lo desorientó. Sorprendentemente, esto hizo que sus deseos homosexuales se vieran incrementados, y liberó ese sentimiento de que en realidad sí era homosexual.

Es importante recordar que esas interacciones constituyeron sólo el primer paso de un largo tratamiento en el que fueron apareciendo nuevas inquietudes que no estaban vinculadas específicamente a la identidad sexual del paciente. La aclaración de estas inquietudes, a su vez, coincide en un marco general con una comprensión más cabal del estilo obsesivo del paciente. En otras palabras, el paciente había comenzado con el asunto que más le urgía en su agenda: saber si era gay o no. Sus inquietudes etiológicas, razonables como eran a nivel aparente, también estaban vinculadas a su estructura defensiva. El terapeuta anterior había intentado abordar la cuestión etiológica que le presentaron, pero no supo leer los propósitos defensivos a los que dicha cuestión favorecía. En este sentido, los hombres gay no son esencialmente diferentes de otros pacientes cuyas teorías etiológicas sobre sí mismos forman parte de su estilo de carácter. Hay pacientes de todo tipo que pueden buscar que su terapeuta ratifique sus teorías etiológicas y, en el proceso, pueden manipular a sus terapeutas para que formulen promulgaciones inconscientes que sirven para reforzar las defensas del paciente.

Hablando de sexo

Contar con un conocimiento de las teorías etiológicas sobre la homosexualidad, y de los propósitos defensivos a los que éstas pueden servir, es un aspecto a tener en cuenta para desarrollar una postura terapéutica para tratar a pacientes homosexuales. Otra área importante de conocimiento especializado es la familiaridad con las prácticas sexuales de los hombres gay. A un terapeuta le conviene bastante no asumir nada respecto de las prácticas sexuales de un paciente específico o, en efecto, de cualquier paciente. Asimismo, cuando los pacientes homosexuales sí revelan a sus yo sexuales, pueden evocar una gama de respuestas de contra transferencia, incluso de un terapeuta más avezado e independientemente de la identidad sexual del terapeuta. Cómo se siente el terapeuta respecto de las conductas homosexuales en particular se hará manifiesto inevitablemente en su participación terapéutica de una forma u otra. Esto podría incluir la elección de palabras que hace el terapeuta, la clase de temas que explora, o sobre qué tópicos prefiere no intervenir. Una cosa es definirse a uno mismo como una persona que acepta la homosexualidad en abstracto; pero sentirse lo suficientemente cómodo para indagar en una cuestión de una forma totalmente cercana a la experiencia del paciente es algo totalmente diferente. Y es en el lenguaje del terapeuta donde uno suele encontrar actitudes tácitas, de contra-transferencia, hacia lo que el paciente presenta de sí mismo:

C: Hoy me fui temprano del trabajo. Tenía la fantasía de ir a la [Greenwich] Village, meterme en una librería, que me la chuparan, conseguir popper. El tren de mierda se había retrasado tanto que apenas tuve tiempo de llegar ahí. (Risas) Está claro que el nivel de frustración que siento se acrecienta cada vez más.

T: ¿Cuál es la vinculación entre ir al Village a que te la chupen y tu nivel de frustración?

El terapeuta respondió con una aproximación al lenguaje del paciente, que incluía una descripción gráfica de un deseo sexual. El lenguaje explícito del paciente, en este caso, tenía una carga afectiva y era de experiencia-cercana. En general, este es un abordaje terapéutico razonable con cualquier paciente, independientemente de la identidad sexual, y no debería limitarse a preguntas acerca de los deseos y fantasías sexuales.

C: Tengo metido en la cabeza que quiero que alguien me la chupe, y que no va a ser mi amante quien lo haga. El sexo que tenemos ni siquiera es erótico, y al menos poder hacer eso es erótico para mí. Me siento como me sentía en mi soltería feliz y despreocupada, esos sábados a la noche cuando lo único que quería era tener sexo

T: ¿Qué es lo que te daría esa experiencia erótica en una librería?

En el segundo comentario del terapeuta, algo cambia. Idealmente, el terapeuta podría haber seguido cercano a la experiencia del paciente y decir: "¿Qué te brindaría una chupada en la librería?" En vez de eso, el terapeuta habló de la "experiencia erótica" del paciente. A pesar de que el paciente había usado la palabra "erótico", el terapeuta debe de haberse sentido un poco ansioso con la discusión y decidió usar inconscientemente esa palabra en vez de la alternativa disponible:

C: Podría acabar de una manera estupenda. Con algo diferente de mi propia mano. A pesar de que ayer traté de hacerme la paja, no la pude mantener dura. Mi mente se iba a otra parte. Creo que me daría este orgasmo increíble. Después probablemente me sentiría culpable y deprimido y asqueado. Hoy eso no importaba. Hoy era justo lo que quería.

¿Es posible que este hombre homosexual haya escuchado inconscientemente la incomodidad del terapeuta con respecto al uso de un lenguaje sexual explícito? A pesar de que comenzó por hablar de "acabar de una manera estupenda" y "hacerme la paja", y "no la pude mantener dura", su referencia a "acabar" fue luego desinfectada y se convirtió en "un gran orgasmo". Alentado inconscientemente por el éxito aparente de su intervención previa, el siguiente comentario del terapeuta, aunque sonaba razonable, seguía de-sexualizando la conversación:

T: Tal vez sea esa una acción que te permite abordar diferentes sentimientos.

C: ¿Es una pregunta capciosa?

T: Sí.

C: (Risas) Qué bien trabajamos juntos.

El paciente estaba comunicando sus inquietudes sexuales en un lenguaje explícito, mientras que el terapeuta optó por términos que trataban de reducir la intensidad de la conversación. Esto puede deberse a las insinuaciones contenidas en el último comentario del paciente, cuando las inquietudes sexuales pasan de la esfera del mero discurso a la de los actos. El paciente no sólo estaba siendo rechazado sexualmente por su amante, sino que, en el marco de la transferencia y contra-transferencia, también era rechazado por el terapeuta. No obstante, el paciente persistió en su intento de que el terapeuta prestara atención a sus inquietudes sexuales.

C: Sería como darle una cachetada a mi compañero. Aunque él no se diese cuenta, sería como decir: "A la mierda con todo, de algún lado lo voy a sacar." Tal vez lo que quiero es que alguien me mire y me encuentre atractivo; que alguien diga: "quiero acostarme con vos".

T: ¿Que le sugiere la idea de que el acto sexual sea una forma de tratar con muchas inquietudes?

“Coger” y “chupar” se convirtieron en sinónimos de “el acto sexual”. En este punto, resulta más y más obvio que el terapeuta está teniendo dificultad para lidiar con los sentimientos expresados en las palabras del paciente:

C: Me acuerdo de la última conversación que tuvimos sobre este tema. De alguna manera, era consciente de que la idea que de me cogieran era que alguien tomara el control, tomara las decisiones, asumiera el poder para hacer las cosas. De alguna manera, que me la chuparan me hizo tomar conciencia del concepto de “dar placer”. Una persona se tomando tiempo para hacer algo que es muy íntimo. Cuando era más chico, pensaba que lo estaban haciendo para mí, sin tener que recibir nada a cambio. Con el tiempo, chuparla me empezó a gustar más, y me di cuenta de que no era como pensaba, porque me da tanto placer chuparla como que me la chupen. Así que me parece que es así como los actos sexuales tienen que ver con las emociones. En muchos sentidos es como un lazo, un vínculo que se forma.

T: ¿Un lazo?

C: Quiero decir, en el sentido de que hay intimidad. Si lo veo como que quien me chupa esta haciendo algo por mí, entonces, hay nivel mayor de intimidad, se crea un vínculo.

T: ¿Tu compañero no te la chupa?

A pesar de la resistencia inconsciente del terapeuta, el paciente continúa usando un vocabulario totalmente franco. En su lucha por vencer la incomodidad de la contra transferencia e intentar conectarse con el paciente, el terapeuta vuelve, una vez más, a utilizar las palabras de aquel, y le retribuye. Al hacerlo, la narración del paciente se vuelve todavía más explícita.

C: No puede. Se cansa. Lo hizo un poco, con la punta del pene, es como si no lo disfrutase. Le dije que me frustra que no lo haga. Y él lo sabe. Me acuerdo de cuando era más chico, y me querían coger. Una vez, dejé que me cogieran y me acuerdo de que sentí una pérdida de toda sensación de placer sexual. Pensé: “no tengo por qué hacerme esto”. Lo paré y me fui. Salí con un tipo, hace 20 años... lo dejaba cogerme y se sentía muy bien, me acuerdo. Hubo períodos en los que disfrutaba de que me cogieran. Ha habido momentos, con mi compañero, en los que también lo disfrutaba. Pero en muchas maneras, lo asocio con aquella primera experiencia. No permitir que alguien me coja es como mantener algo cerrado. Me gusta la idea de ser yo quien penetre. A mi compañero le gusta, pero no lo disfruto, porque se necesita toda una producción. Ya traté de explicarlo antes: pasamos del juego

previo inicial, a la penetración. Y el salto es demasiado abrupto para mí. Y después toda la preparación... Él asume todo control de la situación; le gusta demasiado dar indicaciones. .

Durante un acto sexual íntimo, una persona se mete dentro de la otra. Lo mismo sucede metafóricamente, durante la psicoterapia. Los sentimientos más íntimos de un paciente pueden meterse dentro del terapeuta, y a la inversa, el paciente puede quedarse con algo proveniente del terapeuta.

Mientras el paciente habla ininterrumpidamente, interpreta el silencio de su interlocutor como indiferencia frente al intercambio íntimo que se produce. Tal vez con el deseo de volver a absorber al terapeuta reduciendo el nivel de intensidad sexual entre ellos, el paciente desexualiza espontáneamente sus propias palabras:

C: Ya hablamos de esto. Cuando hablamos, fue de cómo nos masturbamos. Él se masturba y acaba en entre dos y cuatro minutos. Cuando yo me masturbo tardo entre treinta y cuarenta minutos. Somos totalmente diferentes en cómo llegamos al orgasmo. Siento que nunca llegué al punto de tener un buen orgasmo. Y no sé si no ha sido así durante gran parte de mi vida sexual. Siempre pienso en esas mujeres que fingen el orgasmo. Obviamente, nunca fingí mi propio orgasmo cuando estaba solo con un video puesto y estoy perfectamente satisfecho del hecho de que sí puedo tener un orgasmo fabuloso. Entonces. ¿Para qué necesito a alguien más?

El paciente plantea una pregunta transferencial: si el terapeuta no tolera la sexualidad del paciente, ¿para que lo necesita? Sin una respuesta de parte del terapeuta, las inquietudes sexuales del paciente se ven acompañadas de un enojo en aumento:

C: Estuve leyendo algunos artículos sobre prácticas sexuales sadomasoquistas, alguien que hace que los hombres participen de estas prácticas. El autor decía que las prácticas de sadomasoquismo son consensuadas; ambas personas deciden hasta qué punto están dispuestas a llegar. Yo no sabía eso. Ahora, mi compañero está comprando revistas y videos sadomasoquistas. Está con este tipo de relaciones y yo pienso: "¿El Sr. Vainilla¹ esta yendo para ese lado?" Si quiere tener sexo, tenemos que cerrar todas las persianas. Aunque yo esté caliente, y quiera que él me coja,

¹Cada identidad sexual utiliza un marco subjetivo de referencia para describir otras identidades. "Sexo Vainilla" es una colocación utilizada por aquellos que practican el sadomasoquismo para referirse a aquellos que no lo practican.

pierde la erección. Como para que yo quiera seguir intentándolo. Le pasa todo el tiempo, y todavía es como si no se ocupara del tema. Me dan ganas de decirle: "¿Cómo puede ser que tener que cogerme te haga perder la erección?"

T: Es como si el sexo y la bronca estuviesen juntos, atados, en el buen sentido...

La interpretación del terapeuta introduce una broma espontánea que pretende establecer una conexión entre las inquietudes sexuales y la agresividad del paciente, y por contra transferencia, trató de disminuir la tensión entre ellos:

C: (Se ríe) Si, me doy cuenta. De alguna forma, el sexo se usa de esa manera. Lo veo como una manera de dominar a alguien, de castigarlo, de vengarse. Creo que es eso lo que quería hacer hoy. Hacerlo y chau. A la mierda.

Como se desprende de este ejemplo, hablar de sexo puede suponer ciertas demandas en la relación que se establece con el tratamiento. Afortunadamente para este terapeuta, su paciente no necesitaba a un analista perfecto, sino a uno que solamente pudiera hacer el esfuerzo de mantenerse en contacto a pesar de su incomodidad. De hecho, los esfuerzos que haga un terapeuta por mantenerse en contacto son parte importante del ambiente de contención.

Terapia de Contención

Winnicott (1965), pediatra y psicoanalista, fue un terapeuta extremadamente respetuoso. Sus teorías surgen de la observación del vínculo materno-infantil y proveen el modelo para al ámbito de la contención terapéutica. Los niños no requieren de una madre perfecta. Una lo suficientemente buena sirve igual. Los impactos maternos son inevitables y necesarios en la totalidad del ambiente de contención. Aunque estos impactos son dolorosos para el niño, lo ayudan a adaptarse a un mundo que, al igual que su madre, no puede satisfacer todas y cada una de sus necesidades.

Hay momentos en los que las intervenciones o interpretaciones del terapeuta se sienten como una contención. Otras veces, pueden sentirse como una especie de pinzamiento. Esto es inevitable en la psicoterapia con cualquier paciente. El trabajo del terapeuta es mantenerse abierto al escuchar las quejas del paciente, sean éstas sexuales o de cualquier otra índole. El pinzamiento, el impacto, puede sobrevenir en cualquier tratamiento expresamente ideado para brindar apoyo. De hecho, el impacto también puede ocurrir en un tratamiento basado en los principios de la afirmación de la homosexualidad. El siguiente paciente era bastante tranquilo, en términos generales; durante el tratamiento se mostró

colaborador y productivo. Al estar en desacuerdo con alguien, se mostraba reacio a hacérselo saber:

E: Todavía me resulta difícil imaginar que yo encontrase a alguien con quien pudiera tener intimidad física y emocional; me tomó mucho tiempo encontrar una manera de conocer gente nueva. Tengo que decir que Ud. Ha sido muy paciente conmigo. Mi terapeuta anterior no hubiera podido pasar por esto. Recién ahora estoy haciendo lo que el quería que hiciese hace tres años.

T: ¿Que pasó con su terapeuta anterior?

E: No me gustaba. Tenía demasiadas sugerencias. Me daba consejos que yo no quería escuchar.

T: ¿Cómo se sentía usted al escucharlos?

E: Era muy autoritario. Me sugirió publicar un aviso en el *Village Voice* como método para conocer hombres. Como fuere, yo sabía que no eran nada más que consejos, porque a la semana siguiente, cuando llegué, lo primero que me preguntó fue si había publicado el aviso. Ése era el problema.

T: ¿Usted. sentía que su analista le exigía cosas?

E: Era su método, la manera que tenía de hacer las cosas. Pienso en el tiempo que me tomó y cómo Ud. me dejó avanzar a mi propio ritmo. Eso lo aprecio. Siento que las cosas tienen que nacer de mí y que tengo que estar listo. Ha tomado mucho tiempo.

A pesar de las quejas y del testimonio espontáneo que brinda al terapeuta actual, el paciente también se identifica con su terapeuta anterior. De hecho, quiere que el actual lo presione un poco más, y se enoja al no conseguirlo. Pero se mantiene dentro de su personaje y contiene el enojo en forma de reserva silenciosa. Hubiese sido un error que el terapeuta actual criticase al anterior, ya que sólo hubiese demorado el momento en que el paciente pudiese expresar su enojo hacia el nuevo terapeuta en la transferencia. Una vez más, vemos que la psicoterapia con un paciente homosexual no difiere fundamentalmente del trabajo que se realiza con otros pacientes.

De la misma manera que sería un error tomar posición con respecto a las terapias realizadas previamente, es muy importante entender las consecuencias de tomar una posición con respecto a las luchas en las relaciones interpersonales del paciente con amigos o familiares. Idealmente, todos aquellos a los que el paciente se refiere deben ser tratados con respeto. Esto incluye también a aquellas personas con las que él está en desacuerdo a nivel consciente. Esta postura terapéutica permite una exploración más vasta de los sentimientos e identificaciones del paciente:

F: Una parte de mí quiere entender más a mi padre y aceptarlo tal como es. Yo sé todo lo que él significa para mí, pero el hecho de que todavía busco tener la atención y la aprobación de mi padre lo siento como una atadura. Me siento limitado, es como si todavía estuviese atado a él. Ojalá no sintiese esa conexión tan fuerte con él.

Este hombre pensaba que su madre es una santa que sufría bajo el dominio despectivo de su padre. La lectura estrecha que este hombre tenía de la relación entre sus padres se fue abriendo a medida que adquiría una mirada más amplia de sí mismo:

T: El afecto por su padre siempre se ha visto afectado por el comportamiento de él para con su madre. Ud. se enoja con el trato que él le da y por eso se le hace difícil sentir afecto por él.

F: Claro. Pero también sentí enojo con mi madre el último fin de semana. Enojo mezclado con felicidad y alegría por verla. Era consciente de que lo estaba sintiendo. Parece todo tan frágil, el tratar de entender estas cosas. Es casi como si estuviera esperando la llamada en la que me avisaran que mi padre ha sufrido una apoplejía, o mi madre, un paro cardíaco.

T: Es como si su enojo con sus padres pudiera esconderse tras su preocupación por los problemas de salud que tuvieron recientemente. Su preocupación le impide conocer la medida de su enojo.

F: Puedo entender lo del enojo por varios motivos, cuando pienso en las cosas que hicieron y las que no hicieron.

T: El enojo con su padre es más accesible para Ud...

F: Es que el enojo con él, lo puedo justificar. Es más difícil en el caso de mi madre. Ella era que hacia las cosas llevaderas. Él era desatento y ella, todo lo contrario.

Desde la perspectiva de la transferencia, deberá notarse aquí que el paciente cree que la cortesía que le dispensa el terapeuta le dificulta enojarse también con él.

T: Ud. siente que su madre fue víctima de su padre...

F: Eso me permite enojarme más con él, redirigir mi ira. Para así no señalarla a ella con el dedo y decir: "vos sos débil, vos permitiste que esto pasara. Vos dejaste que este hombre hiciera de mi vida un infierno". Ella era una mujer con recursos, que tenía los medios para mantenerse sola, no es que estuviera atada a él en cuanto al dinero. Tal vez sí era débil. Él era autoritario y tal vez eso le resultara atractivo. Tal vez le resultara atractivo, y llenara algún vacío que ella tenía... Puede ser que fuera débil, o que tuviera miedo. Sus acciones parecen egoístas. Me resulta difícil pensar en todas estas cosas juntas. Le

construí una imagen, y cuando trato de verla de otra manera, de considerar todos estos aspectos juntos, se me hace muy difícil.

T: Ver todas esas cosas juntas genera ansiedad.

F: Es como tratar de juntar dos imanes...

T: Sus emociones dividen a la gente en santos y mártires o demonios y diablos.

F: Y ángeles: es más fácil. Era algo que solía hacer en mi infancia. Es triste. También me retrotrae. Yo era como un chico de la calle aferrándome a una caja. La única cosa que este chico tenía en el mundo era la caja; la caja lo mantenía a salvo de un mundo malvado y amenazante.

T: También puede ver en qué se parece su padre a ese chico...

F: Si, me doy cuenta de eso. Una parte de mí puede entender que hizo lo que pudo. Pienso en el ambiente en el que él creció. Pensar en eso me revuelve el estómago. Me vienen a la cabeza todas estas imágenes de intrigas, mentiras, conspiraciones, abuso...Me dan náuseas, sinceramente. ¿Esto es una familia? Me revuelve el estómago pensar que somos una familia, y fue así, ¿cuántos años? No parece real, y sin embargo, este es el ambiente en el que crecí y lo arrastro conmigo a todos lados. No creo que las cosas puedan cambiar demasiado. Supongo que en realidad lo que busco es una manera de relacionarme con mis padres tal como son. Podría comunicarme con mi padre mucho mejor si pudiese entender quién fue. Hay toda una historia de traición, falta de confianza.... Aprender a ver la situación desde una óptica diferente, o aprender a hacer las cosas de manera diferente, es casi como aprender un idioma nuevo.

La exploración de las múltiples identificaciones del paciente con sus progenitores y sus sentimientos conflictivos hacia ellos es ya una tarea terapéutica que está en lineamiento con los principios generales de la practica terapéutica. Si el terapeuta alberga internamente una teoría etiológica que denigra a una madre restrictiva y a un padre sádico, puede que resulte difícil identificarse desde el respeto con la contracorriente en el historial de desarrollo del paciente. De hecho, el paciente tiene una teoría etiológica propia y, evidentemente, la exploración de las ventajas del padre y la debilidad de la madre no le resulta fácil. En este hombre, las barreras internas que levanta contra tal exploración están conectadas con el sentido de su homosexualidad. No obstante, estas defensas no difieren fundamentalmente del tipo de barrera que experimentan muchos pacientes frente a la ambivalencia. Asimismo, la dirección de tal exploración no debe estar limitada al interés exclusivo de asuntos relacionados con la sexualidad del paciente. De esta manera, en última instancia

resulta valioso explorar el interrogante de qué significó para este hombre en su infancia esa sensación de "estar aferrándose a una caja", así como también vale la pena preguntarse cómo es que esa experiencia se transmitió de padre a hijo.

Un paciente puede tratar de resolver sus propios conflictos internos acerca de su homosexualidad ignorando selectivamente ciertas conductas antihomosexuales propias. Esto a veces se observa en hombres homosexuales que mantienen una doctrina rígida consigo mismos, para poder lograr así afirmar su sexualidad. Y como son incapaces de tolerar sentimientos conflictivos acerca de homosexualidad, pareciera que estos hombres trataran de convencerse de que "está bien ser gay". Sin embargo, esta solución sólo logra dar marcha atrás en cuanto a los sentimientos e identificaciones previos. En la subjetividad de una identidad sexual secreta, la heterosexualidad es idealizada y la homosexualidad, disociada. Una vez que el paciente se declara homosexual, esta condición puede pasar a ser idealizada, a la vez que los sentimientos de desaprobación son negados. La contención terapéutica implica el poder contener ambas posturas.

Como se ha demostrado anteriormente, la lucha interna de un paciente por la auto-aceptación puede presentarse como una lucha externa con algún miembro de la familia. Reconocer los aspectos interpersonales de esa lucha, y el dolor que ésta conlleva, no debe descartar la exploración de la dimensión intrapsíquica del conflicto. Para complicar las cosas, las actitudes incorporadas de un paciente están a veces compuestas por rígidos absolutos morales, caracterizados por un intenso desdén por la concesión o el relativismo. La exploración de tales actitudes y las identificaciones de las que emanan requieren de un tremendo tacto. El profesional a veces descubre que el sistema de creencias dogmáticas del paciente no reconoce el concepto de desavenencia respetuosa. Esto se aplica en el caso de muchos pacientes, cualquiera sea su inclinación sexual, y no sólo para aquellos pacientes homosexuales que han tenido que enfrentarse con actitudes e identificaciones autoritarias y antihomosexuales:

G: Fui al casamiento de mi hermano y no fue tan malo como esperaba. Hablé con sus amigos, el ministro y su esposa. No los conocía, pero era gente con la cual mi hermano habla hablado del tema de mi homosexualidad. La esposa del ministro me dijo: "¿Lo querés de verdad, no?" Me pareció muy fuera de lugar. ¿Por qué una persona que no conozco viene a interrogarme acerca del amor que siento por mi hermano? El ministro me dio la mano y me miraba...la mantuvo apretada demasiado tiempo. Era como si creyesen que me iban a cambiar con el amor de Cristo. Dije que me tenía que ir y me fui.

T: ¿Que le viene a la cabeza al recordar la experiencia?

G: Creo que mi hermano procesó mi homosexualidad con mucha de esta gente religiosa. Hasta el souvenir que me dieron por ir al casamiento me pareció poco apropiado. Se lo dieron a todos los hombres que fueron. No es para mí: era un libro para heterosexuales. Se lo traje para que lo vea.

El libro era una suerte de manual para que el hombre se encontrase con la oración, una formase familia, tuviera hijos...La queja del paciente puede verse de dos maneras. Por un lado, está indignado por el trato que le dio su hermano, habiendo invertido mucho tiempo, dinero y esfuerzo para participar de su casamiento. Siente que su hermano es mala persona, un traidor. No obstante, y aunque es menos consciente de esto, también se identifica con la posición de su hermano. El paciente ya ha abordado el tema de su conservadora educación y creencias religiosas, y de cómo ha tratado de escapar de ellas. En la sesión, el terapeuta vuelve a la misma línea de preguntas:

T: En el pensamiento de su hermano, no existe distinción entre el hombre homosexual o heterosexual. Si es cristiano, uno elige pecar o no pecar...

G: Hay un capítulo sobre de la pureza sexual, que habla de los impulsos sexuales cuando uno está de viaje, lejos de casa. Podés juntarte con otros hombres, cristianos, en la ciudad en donde estés, y formar un vínculo con ellos. Me parece tan fuera de lugar que me haya dado eso. El libro no menciona la homosexualidad en absoluto, pero habla de cómo entablar amistad con otros hombres, entrando en contacto con su lado femenino, sus sentimientos... Fue muy raro estar en el casamiento conociendo esa actitud, de la que estoy al tanto, pero de alguna manera pensé que él iba a entender la mía. ¿Sabe qué me molesta de estos cristianos tan creyentes? Que sientan que tienen el derecho de imponerle a todo el mundo sus creencias.

T: Piensan que pueden salir a salvar almas...

G: Se creen que tienen ese llamado interno. Él no se molestó demasiado, tampoco. No se tomó el tiempo para pensar en mí o en mis sentimientos. Me parece que él cree que tiene una misión, que es salvarme a mí. Una parte mía tiene sentimientos encontrados; esto los avivó de vuelta. La esposa del ministro, que cuestiona mi amor por mi hermano. Toda esa gente habla sólo con aquellos con los que está de acuerdo. Eso me hace sentir atacado.

T: ¿En qué sentido se siente atacado?

G: Lo siento como un juicio de valor. Lo siento como si estuvieran forzándome sus creencias y sistema de valores.

Las creencias, los valores y los ideales del hermano que el paciente trata de rechazar son también parte de su propia experiencia de vida. Hay una parte del

paciente que sólo quiere relacionarse con gente que está de acuerdo con su juicio de que todas las personas creyentes son malas:

G: Si me hubiera agradecido por ir al casamiento, nada más, hubiera sido mucho mejor que el libro. Para mí, este libro representa algo: hace que la posición de mi hermano me parezca muy real, y me hacer verla rígida. Pero no hay manera de cambiarla. No podés cambiar lo que los otros piensan. Le lavaron el cerebro.

¿Le han lavado le cerebro al paciente, por adoptar una identidad homosexual? ¿O al hermano, por rechazarla? Para el paciente, ambos enunciados son ciertos. La metáfora del lavado de cerebro descarta despectivamente toda identificación inconsciente del paciente con su hermano. A continuación, el terapeuta intenta enunciar la posición del hermano, porque percibió que ésa era también la posición tácita del paciente:

T: Posiblemente él también piense que a Ud. le han lavado el cerebro.

G: Sabiendo que él tiene esa posición, no veo cómo puede ser que algún día lleguemos a ser más unidos. ¿Aquella mujer me pregunta si quiero a mi hermano? Debería preguntarle a él si me quiere a mí. Me parece hipócrita....

T: Jesús te ama, pero no incondicionalmente. Te exige cosas...

G: A mi me criaron con eso, pero ya no lo creo. Si lo creyese, no me causaría una repulsión, o una reacción tan fuerte en contra.

T: Ud puede no obrar en consecuencia, pero hay una parte suya que todavía cree que está mal ser gay.

G: Seguro que hay partes así dentro de mí. Pero ahora puedo verlo de manera diferente. Le puedo encontrar la parte ilógica. Entiendo por qué la gente se vuelca hacia la religión: hace las cosas más simples. Hace la vida más fácil y llevadera y explica las cosas en términos simples. Te dice qué hacer cuando te sentís o pensás de determinada manera. Te ayuda a controlar tu vida, eso hace. Pero la religión vuelve malas cosas que no lo son. La gente que es religiosa se muestra abierta, afectuosa, y no lo es. Son lo opuesto. Son rígidos y para nada abiertos. Si no son abiertos, ¿cómo pueden ser afectuosos? Eso mi hermano no lo puede ver.

T: Su dios es amoroso, pero, El tiene ciertas reglas. Dios te ama, pero quiere que te comportes de determinada manera.

G: (enojado) Ese es su Dios. Mi comprensión de Dios ha cambiado.

T: ¿De qué manera?

G: Me parece que si existe un dios, no es sentencioso. No nos daría sensaciones que no quiere que tengamos. La posición de mi hermano es que el Señor me esta probando. ¿ Y para que haría eso Dios? Yo puedo demostrar

mi amor por Dios a través de mis interacciones con otras personas. Puedo demostrar, de esa manera, cuánto lo quiero, en vez de que me esté probando, me haga sentir cosas, haga que me gusten los hombres, y negarlo y no hacer nada al respecto. No tiene ningún sentido que Dios me haga sentir cosas y que espere que no haga nada. Los sentimientos homosexuales no se compran en absoluto con sentimientos homicidas. No hay nada de malo.

T: ¿No está haciendo una interpretación propia de las Escrituras?

G: Seguro, todo el mundo lo hace. Mi manera de entenderlo tiene mucho más sentido para mí. Esos sentimientos no son malvados, ni enfermos, ni malos.

T: ¿A quién está tratando de convencer? ¿A mí, a usted o a su hermano?

G: Es lo que quiero creer, y me parece que lo creo. Pero cuando tengo que enfrentarme con gente como mi hermano, de vuelta caigo en que lo que me pasa es antinatural y malo. Soy un poco hipócrita. Quiero que él me acepte pero yo no lo acepto a él.

T: Él siente que sus comportamientos niegan sus creencias. Ud. cree que sus creencias niegan su existencia.

G: ¡Claro! ¡Exactamente! No se pueden conciliar.

T: Ud. siente que esas posturas no se pueden conciliar dentro suyo tampoco.

G: Pero yo ya no opino así...

T: Yo creo que sí.

G: (Silencio) Ojalá pudiera deshacerme de eso.

El espacio disponible no permite que se reproduzca la última parte del diálogo en la cual el paciente, con considerable tristeza, empieza a sentir sus distintas identificaciones como un conflicto interno aún sin resolver. No obstante, la sesión reveló que las creencias religiosas internas del paciente no se limitaban a condenar la homosexualidad. También incluían opiniones éticas y morales integrales de su yo adulto. No podía deshacerse unilateralmente de la autocondena sin cercenar sus apegos a otras identificaciones importantes. El reto de la psicoterapia fue integrar sus sentimientos adultos, así como también su comprensión de la sexualidad, la ética y la moral con aquellas creencias incorporadas de su infancia.

Otro aspecto de la sesión que merece ser señalado es el juego de rol que estaba teniendo lugar. Es decir, parte del tiempo, el terapeuta asume la voz de la autoridad religiosa interna del paciente y éste se lo permite. Esto abarca dos dimensiones; en una tanto el paciente como el terapeuta saben lo que ocurre y en la otra el juego de rol se da inconscientemente. El juego de rol que se da inconscientemente es, por supuesto, una fórmula para las representaciones no

analizadas, incluso el juego de rol que se desarrolla conscientemente es tolerable sólo bajo ciertas circunstancias. Si el ámbito de la terapia pudiese compararse con un espacio para el juego (Freud 1914a, p. 154), el juego de roles constituiría tal vez, el límite aceptable para un juego rudo y sin reglas.

El juego de rol no es la única forma de jugar en la psicoterapia. En un ámbito de la terapia de contención, el juego es algo serio, además de constituir una gran responsabilidad para el terapeuta: "La psicoterapia tiene lugar en la superposición de dos instancias de juego: la del paciente y la del terapeuta; la psicoterapia son dos personas jugando juntas. La prueba de ello es que cuando un paciente se siente incapaz de asumir un rol, el trabajo del terapeuta es llevarlo de un estado donde no se siente capaz de jugar a otro en el que sí" (Winnicott, 1971, p. 38). Puede haber un sinnúmero de razones por las cuales un paciente y un terapeuta en particular se sienten inhibidos frente al juego. Entre ellas, podemos citar las diferencias culturales y subculturales. Por ejemplo, un terapeuta de raza blanca simplemente no sabrá como interactuar dialógicamente, cómodamente, con un paciente afro-americano su propia jerga idiomática. De la misma manera, decirle al otro cosas desagradables es un juego bastante común en algunas subculturas gay. Un terapeuta heterosexual puede no conocer el término o sentirse incómodo frente a esta representación. Sin embargo, un terapeuta necesita encontrar las maneras adecuadas de jugar con el paciente: "Si el terapeuta no es capaz de jugar, entonces no es idóneo para el trabajo" (Winnicott, 1971, p. 54).

Un hombre homosexual tuvo un sueño acerca del cual conversó con su terapeuta, y ambos retornaron a una suerte de juego de palabras, elemento siempre presente en sus sesiones:

H: Soñé con un murciélago todo blanco. Salió volando de un sofá con plumas. Mi novio también estaba, y me parece que había otro murciélago, también. Era blanco, símbolo de pureza.

T: ¿A qué te remiten los murciélagos?

T: Son sucios, y dan miedo. Muerden, o eso dicen. Se te meten en el pelo. Son criaturas de la noche, asociadas al mal.

T: ¿Tuviste alguna sensación, en el sueño?

H: Ansiedad. El murciélago blanco salió del sofá y había plumas por todos lados. No podía distinguir entre las plumas que volaban por todos lados y el murciélago. ¿Que hacés con un murciélago? No lo querés tocar.....

T: ¿Y el sofá, con las plumas?

H: Me hizo acordar a los sofás que había en casa cuando era chico: muy suaves, y a veces se les salía alguna pluma... No he vivido la experiencia de un sofá que se rompe...

T: ¿Y si el sofá representase una acción?

H: Salir a la luz, o expresar las cosas en un lenguaje mullido, suave...Soy muy cuidadoso con las palabras que uso...

Ya habían jugado el juego antes, es por eso que el paciente interpreto rápidamente la invitación del terapeuta a jugar con la formulación del sueño:

T: En el sueño, el murciélago sale de adentro del sofá.

H: (Se ríe) Sí, y de un murciélago negro transformado en uno blanco. Como si estuviera camuflado Desde luego, es así como me siento por la delicadeza y el cuidado con los que le invento a mi novio alguna mentira.

T: Las historias que le inventás a tu novio son una mentira, y eso te produce algo...

H: Un sensación de ansiedad. Mientras más tiempo pasa desde la infidelidad, más calmo me siento. Pero, siempre está la posibilidad de que se repita...

T: Puede haber otro murciélago en el sueño. No importa cuántas veces pases por el proceso, puede volver a repetirse.

H: Claro. Pero por otro lado, otra noche tuve un sueño diferente. Tenía una sensación de calma maravillosa. Un sueño en la universidad, muy similar a mi otro sueño sobre la universidad. El mismo aspecto, muchos cuartos, dormitorios. Lo que sentía era que no tenía que estudiar más. Fue un sueño increíble, no tenia que hacerlo más... Un sueño sobre exámenes, estudiar, y yo ya no tenía que hacerlo más. Creo que soy una persona temerosa, no me definiría como paranoico, porque suena muy fuerte, pero los paranoicos le tienen miedo a ciertas cosas, miedo a las reacciones de la gente. De hecho, cuando era chico le tenía muchísimo miedo a las reacciones de la gente. Tenía miedo de hacer algo que pudiera disparar alguna reacción equivocada.

El miedo a provocar una "reacción equivocada" puede ser considerado como la antítesis de la espontaneidad del juego. Al presentar el segundo sueño, el paciente también introduce la idea de inhibición y, de hecho, el esquema interpersonal subyacente a la interacción que se lleva a cabo está a punto de cambiar cuando la susceptibilidad del paciente frente a la crítica le impide seguir en la misma línea. Aun así, algo de ese tono de juego se mantiene cuando la sesión da un giro y se transforma en una suerte de juego de escondidas, en el que el paciente alterna entre esconderse del terapeuta e invitarlo a buscarlo, encontrarlo, y reconocerlo. Esconder la verdad, de la misma manera que revelarla, puede provocar ansiedad. Esconder y revelar (se) son las reglas del

juego de las escondidas. Este hombre descubrió que el juego puede provocar ansiedad. Estaba empezando a entender que es él mismo quien decide tanto esconderse como revelarse. Más tarde en la sesión, el terapeuta aborda el tema directamente, aunque en el proceso haya frustrado el juego:

T: Estás tomando una decisión. Preferís lidiar con la ansiedad que provoca esconder cosas, antes que la ansiedad que provoca revelarlas...

H: La idea no me brinda ningún consuelo, aunque tengas razón...

H: tuve un sueño sobre un murciélago puramente blanco. Salió volando de un sofá de plumas. Mi novio también estaba allí, y tal vez había otro murciélago. Era blanco como el símbolo de pureza.

T: ¿Qué te viene a la mente cuando pensás en murciélagos?

T: Que son sucios y dan miedo. En teoría muerden. Se meten en tu cabello. Son criaturas oscuras, de la noche, asociadas con el demonio.

T: ¿Tuviste alguna sensación en el sueño?

H: Ansiedad. El murciélago blanco salía de un sofá de plumas y estas volaban hacia arriba. Es difícil decir dónde estaba el murciélago y dónde estaban las plumas. ¿Qué hay que hacer con un murciélago? No querés tocarlo.

T: ¿Y el sofá con plumas?

H: Me recordó a los divanes que había en casa cuando yo era un niño. Eran muy suaves, y de vez en cuando se salía una pluma. No he tenido la experiencia de un sofá rompiéndose.

T: ¿Qué pasa si "sofá" es un verbo?

H: Que la usaría sucesivamente, para expresar las cosas de manera específica, en una lengua particular. Soy muy cuidadoso con el lenguaje que uso.

Como ya han jugado este juego previamente, el paciente rápidamente comprendió la invitación del terapeuta a jugar con las palabras presentes en el relato del sueño:

T: En el sueño, el murciélago sale del sofá

H: (risas) Sí, un animal negro transformado en uno blanco. Como si lo hubiesen sometido a un blanqueo. Es, sin duda, la manera en que yo me siento cuando de cuento a mi novio una historia encubierta con delicadeza y cuidado.

T: Entonces, sabes que las historias que le contás a tu novio son blanqueadas y tenés sentimientos al respecto.

H: Sentimientos de ansiedad. Cuanto más lejos me encuentro de la experiencia de ser infiel, más tranquilo me siento. Pero siempre existe la posibilidad de repetirlo.

T: Puede haber otro murciélago en el sueño. No importa cuántas veces hayas pasado por este proceso, siempre puede ocurrir de nuevo.

H: Correcto. Por otra parte, otra noche tuve un sueño distinto. Viví una sensación de calma maravillosa. Un sueño universitario nuevamente. Fue similar a otro sueño de universidad. La misma geografía, muchas habitaciones, muchos dormitorios. La idea del sueño era que yo no tenía que estudiar más. Fue un sueño increíble, no tenía que hacerlo más. Un sueño sobre preparar exámenes y estudiar y yo podía dejarlo todo. Creo que soy una persona temerosa. La palabra paranoica es demasiado fuerte, pero los paranoicos tienen miedo, miedo a las reacciones de la gente. Por supuesto, cuando era niño era terriblemente temeroso de las reacciones de la gente. Muy miedoso de hacer algo que pudiese dar lugar a una reacción negativa.

El temor que evoca una "reacción negativa" podría ser considerado la antítesis de la espontaneidad en el juego. Al traer el segundo sueño, el paciente presentó la idea de inhibición. De hecho, el esquema interpersonal en que se basaba nuestra interacción estaba por cambiar, en tanto la sensibilidad del paciente a la crítica le impedía continuar por el mismo camino. Sin embargo, algunos residuos lúdicos permanecieron en la sesión a medida que esta se convertía en el juego de las escondidas en el que el paciente alternaba entre ocultarse del terapeuta e invitarlo a que lo busque y lo reconozca. Ocultar la verdad provoca ansiedad, pero también es muy revelador. Ocultar y descubrir son las reglas del juego de las escondidas. Este hombre consideraba al juego como provocador de ansiedad. Estaba logrando entender que era él quien decidía si debía ocultarse o descubrirse. Avanzada la sesión, el terapeuta abordó el tema directamente, pero al entrar en este proceso, rompió el juego:

T: Estás haciendo una elección. Preferís lidiar con las angustias de ocultar, en vez de hacer frente a las angustias que provoca el descubrirse.

H: Aunque creo que tenés razón, la idea no me reconforta.

Como cualquier persona traumatizada, la necesidad de seguridad de este paciente era la prioridad absoluta, y su vulnerabilidad a ser desestabilizado por la interpretación era importante. Él podía tolerar el juego de palabras, pero el subsecuente juego de las escondidas era demasiado duro para él. No pudo tolerar

ese grado de dureza verbal y juego de tropiezos, mientras que otros pacientes pueden encontrarlo estimulante, energizante y, en última instancia reconfortante. Entonces, el terapeuta se preguntó si hablar directamente sobre ocultar y revelar ha abierto heridas relacionadas a las humillaciones que este hombre ha sufrido por ser gay, o si estaban relacionadas a otros traumas. Aunque no todos los traumas derivan del hecho de ser gay, es importante que un terapeuta no subestime la posibilidad de que un varón gay puede haber sido traumatizado desde pequeño. Muchos gays han sido abusados, física o verbalmente, debido a sus identificaciones y deseos sexuales (DeCecco, 1985; Herek y Berrill, 1992). Como consecuencia, sus vidas pueden estar marcadas por esta vivencia de no ser aceptado ni respetado por lo que son. Estas experiencias se integrarán a un sistema defensivo del paciente. Como resultado, ocultarse y descubrirse puede suponer, no sólo un juego, sino una cuestión de supervivencia.

De orientaciones sexuales a atracciones sexuales e identidades sexuales

Algunos terapeutas creen que pueden trabajar con varones gays como trabajan con varones heterosexuales, sin ningún tipo conocimientos adicional o capacitación especial. Esta creencia se basa en una falta de información sobre las experiencias culturales que forman, en modo diferente, la identidad sexual de una persona gay y de una heterosexual. Muchos terapeutas tienen una comprensión limitada sobre las teorías sexuales contemporáneas que no derivan de la fuente analítica. Sin embargo, la comprensión de los significados de las narrativas de los pacientes gays requiere, por un lado, de un conocimiento sofisticado de los límites del conocimiento contemporáneo sobre desarrollo sexual; por otro, requiere la voluntad de cuestionar muchos de los supuestos culturales sobre la sexualidad humana.

La *orientación sexual* se define como la suma de las atracciones y las fantasías sexuales del individuo durante un período de tiempo determinado. Si las vivencias acumuladas de atracción sexual son hacia personas del mismo sexo, la orientación es *homosexual*, como el hombre que siempre se encuentra buscando o fantaseando con hombres y no siente ninguna atracción sexual hacia las mujeres. Si las atracciones son principalmente hacia personas con un sexo anatómico diferente, la orientación se define como *heterosexual*. Un hombre que siempre se ha sentido atraído hacia las mujeres, pero que inconscientemente se encuentra en la playa admirando el cuerpo de otro hombre, todavía tiene una

orientación heterosexual. Si uno tiene períodos importantes de atracción o fantasías con miembros de ambos sexos, la orientación se define como *bisexual*. Money (1988) ha informado sobre la experiencia de hombres que han experimentado cambios en sus sentimientos sexuales de uno hacia otro género. Esta serie bisexual manifiesta un período de actividad y fantasía homosexual seguido por un período heterosexual que puede luego, girar a la homosexualidad nuevamente.

La *atracción sexual* es un concepto alternativo que puede definirse con menos ambigüedad que la orientación sexual. La práctica clínica demuestra que cada ser humano está dotado de un amplio repertorio de sentimientos y emociones. En el modelo de psicoterapia presentado aquí, las atracciones sexuales son similares a emociones, tales como ira, vergüenza, y tristeza, en el sentido de que son estados emocionales subjetivos. El psicoanálisis clínico sugiere que la mayoría de los estados emocionales tienen raíces que se remontan al desarrollo temprano - donde se organiza y reorganiza la experiencia - y siempre están impregnados de significados psicológicos. Dicho de otro modo, las atracciones sexuales, al igual que otros estados emocionales, son parte de la dotación innata de todo ser humano; lo que difiere de una persona a otra, es el sentido atribuido a estos estados. Como adulto, los sentimientos en el presente pueden ser enlazados, consciente o inconscientemente, a los significados de nuestras experiencias más tempranas. Esto puede ser cierto en el caso de la ira, como lo es con los sentimientos sexuales, "Cuando me enojo, soy igual que mi madre", o "Cuando estoy en los brazos de mi amante, recuerdo la sensación de ser sostenido por mi padre".

La sinécdoque, nombrar la parte como representativa del todo, reduce el campo de observación (Magee y Miller, 1997, pág. 96). Las emociones son una parte de la identidad de una persona, pero la identidad de uno no se define por una sola emoción. Se puede caracterizar a una persona que demuestra enojo todo el tiempo como "una enojón", o a una persona con sentimientos por el mismo sexo sentimientos, como "un homosexual", pero al hacerlo, potencialmente uno pierde de vista de el resto de los sentimientos y cualidades de la otra persona.

La identidad sexual es un concepto más flexible que la orientación sexual o la identidad de género (ver debajo). Incluye todos los sentimientos y actitudes posibles hacia el género y la atracción sexual. Las personas hacia las cuales uno

se siente atraído, no definen la identidad de uno, aunque los amigos, los conocidos, los cónyuges y los amantes revelan algunas cosas sobre una persona. La identidad sexual de un varón gay no es el mismo que una orientación homosexual. Las atracciones hacia personas del mismo sexo no son la totalidad de la identidad gay. En el capítulo anterior se describieron cuatro posibilidades amplias de pensar sobre las identidades sexuales, en tanto se refieren a atracciones por el mismo sexo: el closeted (tapado / no asumido), el homosexually self-aware (consciente de su homosexualidad), el gay-identified (gay asumido) y el nongay-identified (identificado como no gay). Sin embargo, las atracciones u orientaciones heterosexuales se utilizan a menudo como sinónimo de una identidad heterosexual; esto es previsible en una cultura que define la heterosexualidad como la norma. Ser llamado "un heterosexual" no se siente tan delimitante como ser denominado "un homosexual", ya que ser un heterosexual suele entenderse como ser normal.

Sin embargo, entre las categorías de orientación sexual e identidad sexual, existe un amplio margen para que los terapeutas inserten los supuestos derivados de su propia cultura o bien, fallen en escuchar los matices de los supuestos que los pacientes han internalizado. A menudo, estos supuestos, tanto para el paciente como para el terapeuta, derivan de oposiciones binarias que se confunden entre sí (Ricketts, 1984). Por lo tanto, uno de los usos comunes del concepto "orientación sexual" se deriva de una perspectiva de género binaria que distingue entre hombres y mujeres. Según este uso, la atracción de un varón gay hacia otros hombres es equiparado a la atracción de una mujer heterosexual hacia los hombres; es decir, como femenino. En otras palabras, la atracción homosexual de John hacia Bill (John>>Bill) sería considerada como igual a la atracción heterosexual de Mary hacia Bill (Mary>>Bill). Entonces, John>>Bill = Mary>>Bill. Pero también existe otro sentido de la orientación sexual comúnmente usado y que se desprende de una distinción binaria completamente diferente entre homosexualidad y heterosexualidad. Esta distinción binaria infiere, o directamente dice que la atracción de una mujer hacia otra mujer es la misma cosa que la atracción de un hombre hacia otro hombre: "El término lesbiana...ha ganado considerable uso en los últimos años... Aunque no habría objeción en designar las relaciones entre mujeres con un término especial, debería reconocerse que dichas actividades son equivalentes a las relaciones sexuales entre hombres" (Kinsey, Pomeroy, and Martin, 1948, p. 613). La distinción homo/hetero define a las atracciones hacia el mismo sexo, sea hombre o mujer, como una forma de desviación de las formas de expresión sexual. El estado

natural es la atracción por el otro sexo, sin importar si uno es hombre o mujer. Entonces, la atracción sexual de John hacia Bill (John>>Bill) significa lo mismo que la atracción sexual de Mary hacia Sue (Mary>>Sue). Aquí, John>>Bill = Mary>>Sue. Pero si John>>Bill = Mary>>Bill, y si John>>Bill =Mary>>Sue, entonces Mary>>Bill = Mary>>Sue. En la medida que estos dos significados de la orientación sexual son intercambiables involuntariamente, uno llega a la conclusión tan peculiar de que la atracción heterosexual de Mary hacia Bill no se puede distinguir de su atracción homosexual hacia Sue.

A pesar de lo políticamente correcto de la ecuación previa, pocos autores contextualizan adecuadamente estos dos significados diferentes de la orientación sexual, y la mayoría de los estudios sobre la sexualidad humana también los usan de modo intercambiable, agrupando experiencias y subjetividades diferentes (Rickett, 1984; Haumann, 1995).

de los conceptos de atracción sexual e identidad sexual, el terapeuta debería estar familiarizado con el concepto de *jerarquía sexual*. En pocas palabras, la jerarquía sexual se refiere al orden de las prácticas sexuales de mejor a peor, según algún sistema de valores establecido implícita o explícitamente (Schwartz, 1995). Pese a la primera aproximación, del enfoque del constructivismo social, a la cuestión del valor de las diferentes prácticas sexuales en *Tres ensayos sobre sexualidad* (Freud, 1905), en general, los psicoanalistas han perpetuado un viejo discurso, aunque oficial, en el cual la sexualidad genital heterosexual (coito pene - vagina) es la forma más elevada de sexualidad adulta. Para ejemplificar, muchos analistas contemporáneos no creen que sea erróneo tener encuentros sexuales fuera del matrimonio, siempre que estos sean heterosexuales. No obstante, en la jerarquía de valores sexuales del psicoanálisis, la forma más idealizada y preferible es todavía la heterosexualidad monógama. Algunos analistas todavía usan las categorías de "perversión" para describir los comportamientos sexuales que pertenecen a un rango inferior al ideal genital. La primacía de la sexualidad genital heterosexual es una creencia cultural sostenida por la mayoría. Teniendo en cuenta esto, la ideal de la heterosexualidad es conscientemente rechazada por algunas subculturas. Por lo tanto, existen ciertos varones gays que celebran su identidad como "marginales sexuales" (Rechy, 1977). Otros, sin embargo, pueden cuestionarse su sexualidad debido a que esta se ubica en un rango menor de la jerarquía de valores sexuales. A pesar de que algunos podrían directamente argumentar que sería preferible no tener tal jerarquía, en la práctica todas las personas lo hacen.

Cuando se realiza una psicoterapia, el terapeuta debe ser consciente de su propio sistema de valores, incluido el tipo de jerarquía sexual a la que adhiere. El terapeuta también debe ser consciente del grado con que la teoría que aprendió se ha incorporado a su juicio sobre las jerarquías sexuales. Finalmente, y más importante, el terapeuta debe estar abierto para captar las jerarquías sexuales explícitas e implícitas del paciente. Se podría decir que todo es molienda para el molino terapéutico. Pero en la práctica, a menudo no resulta tan fácil separar entre sí estos tres tipos de juicio de valor diferentes, especialmente cuando el propio paciente está en conflicto con sus propias prácticas sexuales. Estos conflictos surgen en el sueño del siguiente paciente, quien todavía está aprendiendo cuáles son sus gustos sexuales:

J: Hay un par de cosas que tengo en mi mente. Por un lado, la vergüenza que siento como varón gay. He hablado sobre esto anteriormente, pero aún está allí. Anoche tuve dos sueños y no puedo recordar mucho de ellos, excepto que ambos involucraban "*rimming*" [sexo oral-anal]. De alguna manera u otra tenía la parte posterior de un joven frente a mi cara y me quedé enterrando mi cara en su culo. Y creo que podría haber habido algunas otras personas alrededor, o algo, fue una cuestión de hecho. En el sueño no sentí vergüenza.

T: ¿Qué sentiste en el sueño?

J: Según recuerdo, en ambos casos fue bueno. Fue emocionante. Fue algo que me excitó, una fantasía. No quisiera que mis amigos supiesen de mi interés en el rimming. Se inscribe en el ámbito de las peculiaridades sexuales. Peculiaridad sexual u obscenidad. Me siento algo avergonzado por esta sensación de ser diferente a la mayoría.

T: ¿Qué te parece vergonzoso del rimming?

J: Lo dije antes, creo que es sucio. Es perverso. Es una perversión de mi madre hablando de la sexualidad como algo lindo. Esto no es una cosa bonita.

T: ¿Has conocido el sexo como una cosa bonita?

J: He visto películas pornográficas en las que es muy hermoso. Dos chicos lindos lindos besándose y haciendo el amor, y por supuesto se ven genitales también. Por lo general, incluye chupar y coger.

T: ¿Qué es lo que hace al rimming más vergonzoso que otras actividades sexuales?

J: Que el ano es más sucio.

T: ¿Más sucio que qué?

J: Más sucio que la pija. (Pausa) Excepto que la orina sale de la pija...

La jerarquía sexual de este hombre se basa en un ranking de productos y secreciones corporales. La traducción literal no puede comunicar o capturar la manera en que se presentaba a sí mismo, bastante tímido y remindón, con frases en un tono ingenuo, casi desconcertado. Se sorprendió bastante ante las preguntas sobre qué es más sucio: ¿excremento u orina? ¿Es más sucio tragar el semen, la secreción vaginal o la saliva de una pareja sexual? ¿Qué rango tienen estas actividades en comparación con tragar orina o heces? En términos generales, uno queda reflexionando si la higiene es el factor que, en última instancia, determina la clasificación jerárquica de una determinada práctica sexual. Esta reflexión, es el prelude a la consideración de cuestiones más profundas como son los significados de las palabras limpieza y suciedad. Y además, ¿qué relaciones de objeto tempranas y tardías, reales o deseadas, pueden haber influido en hacer estos significados tan fuertes?

T: Parece ser una broma del destino que nuestras funciones excretoras estén conectadas a nuestras funciones sexuales.

J: Creo que el rimming ha quedado a un lado ya que no es una actividad de sexo seguro. Pero esto sólo confirma mi sensación de que el ano es más sucio que el pene. Las bacterias, los gérmenes o lo que sea. Es una aberración. He visto películas fuertes, pero no han tenido mucho de esto. Hay fetichismo, tickling (tortura de cosquillas), esclavitud, sadomasoquismo, todo tipo de variaciones. Mi vida de fantasía, principalmente es anal.

T: ¿Oral anal?

J: Tal vez solo visualmente anal. Para ver el ano de un chico.

T: Entonces, el ano te parece atractivo pero te hace sentir avergonzado.

J: Sí. Un amigo dice que el rimming "excita" y que lo añade a su repertorio de placeres sexuales. Fue directo en esto y no tuvo vergüenza. Otro chico que conocí también me dijo que estaba muy interesado en el rimming. Ahora lo quiero evitar porque es obsceno y, además, habla abiertamente sobre este tema.

Este hombre estaba sorprendido por la capacidad de su amigo de hablar abiertamente sobre su interés sexual poco convencional. También sentía repulsión por un conocido, a quien describió peyorativamente como obsceno, por ser abierto y directo sobre sus preferencias sexuales. Alejándose de una persona obscena, el paciente mostraba sus intentos por disociarse de estos sentimientos inaceptables para él. Si evitaba una persona obscena, tal vez podría evitar sus sentimientos obscenos:

T: La actividad sexual que más te excita es la que también te genera más vergüenza.

J: Me daría miedo decírselo a alguien. Para ser honesto, nunca he practicado rimming con otro hombre y no estoy seguro si es sólo una fantasía. No estoy seguro de querer hacerlo en realidad. Sin embargo, la posibilidad de que alguien esté interesado en mí, me genera ansiedad ante la incertidumbre sobre qué haremos si vamos a la cama.

T: La vergüenza que sentís por tus fantasías sexuales es el obstáculo que existe para involucrarte con otro hombre.

J: Creo que sé por qué tengo vergüenza. La culpa es de mi madre. No es algo que recuerdo totalmente, pero me lo han contado. Me ponía enemas antes de que yo tuviera dos años. No sé cuántas veces lo hizo. No tengo ningún recuerdo de ello. No sé si fue con frecuencia o solo alguna que otra vez.

T: ¿Cuál es la relación entre la vergüenza y los enemas cuando tenías dos años?

J: Supongo que se trata de una preocupación por el ano.

Este hombre gay no tenía recuerdos de haber usado enemas. De hecho, esta fue la primera vez que lo había traído a la terapia en sus relatos. Su explicación poseía una tentativa por intelectualizar, lo cual fue diferente a respuestas anteriores:

T: ¿Podría haber algunas otras razones que recuerdes para sentir vergüenza?

J: La gente pensaría mal de mí si supiesen esto.

T: ¿Qué te hace sentir menos?

J: En parte porque no creo que muchos hombres gays estén interesados en el rimming.

T: ¿Por qué es tan importante el tema de los números?

J: Me sentí avergonzado de ser gay toda mi vida. Cuando finalmente me asumí como tal, sentí vergüenza por pertenecer a una minoría que la sociedad consideraba pervertida y enferma. Luego descubrí que, como varón gay, estoy interesado en el ano de otros varones, y que esto también parece ser una minoría. No es el "coger" lo que me atrae. Chupar y coger parece ser lo principal entre hombres gay. Es una cosa de números, creo que algo está mal si sólo una minoría de las personas está interesada en eso.

Las curvas estadísticas pueden crear historias oficiales: "Infantil, frígida, no desarrollado sexualmente, poco activo, excesivamente activo, sobredesarrollado,

hipersexualizado, o sexualmente hiperactivo ... puede, en cualquier análisis objetivo, no ser más que una posición en la curva de un continuo. A veces uno sospecha que normal y anormal son los términos que [uno] emplea con referencia a [su] propia posición en la curva "(Kinsey et al. 1948, p.199).

T: ¿Puede desarrollar esa idea?

J: Es anormal. La norma es lo que la mayoría de la gente es y hace.

T: Entonces, ¿tenés vergüenza de pertenecer a una minoría sexual dentro de otra minoría sexual?

J: Correcto. Y luego está el riesgo de ser rechazado si alguien se entera. Esto es todo un tema en mi vida.

T: Si la gente supiera lo que realmente te excita no querrían tener nada que ver con vos.

J: Ese es el riesgo. En realidad, no he probado el rimming y no sé si me gustaría.

T: Pero no sabes si tus amigos no se excitarían si les hablas de tu interés.

J: En los pocos encuentros sexuales que he tenido, nadie manifestó ningún interés. He tenido tan pocas experiencias que es difícil generalizar. El último chico con el que salí, quería que juegue con su ano. Quería que lo cogiera. Tuve problemas haciéndolo. Me puso nervioso y me asustó. Tratar de tener sexo con él me trajo recuerdos de las veces que traté de tener sexo con mujeres y la ansiedad que esto me provocó. Me sentí un fracaso.

T: La vergüenza parece estar conectada a algún sentimiento de fracaso o incapacidad.

J: Desde que dije que era gay abiertamente, no he podido tener sexo con hombres en el que haya llegado a un orgasmo.

Este hombre tiene años de psicoterapia en la cual ha tratado de modificar sus atracciones homosexuales. Un hombre inteligente y erudito que complementó su terapia con lecturas en las que fue expuesto a la jerarquía sexual del psicoanálisis, con conceptos como "fijación anal" (Socarides, 1968, pág. 75), o "atracción visual anal" como él lo denomina. Invitó al terapeuta a expresar con palabras las críticas que por mucho tiempo ha dirigido hacia sí mismo; a saber, que sólo lo excita el sexo si es sucio y furtivo. El terapeuta lo obligó parcialmente:

T: Si yo fuera un psiquiatra que aseguro que podría curar la homosexualidad, interpretaría que estas tratando de decirme que no sos gay realmente.

J: (risas) En realidad, tuve muy buenas relaciones sexuales con hombres antes de salir del closet.

T: Tal vez, salir del closet ha hecho que el sexo no te excite tanto.

J: Está bien ahora.

T: Has salido con mujeres durante años con el fin de ocultar tu sexualidad. Dejando las cuestiones de higiene de lado, ahora tu vergüenza no te permite explorar tu sexualidad. Saliste de un closet y te metiste en otro.

Como lo he definido anteriormente, las jerarquías sexuales refieren a prácticas corporales. Sin embargo pueden combinarse de manera imperceptible en una diversa clase de ordenamientos jerárquicos relacionados. Por ejemplo, se puede valorar las relaciones monogamas por sobre las relaciones no-monogamas, aún cuando estas últimas pueden durar décadas. También hay una jerarquía que valora las relaciones duraderas por sobre las relaciones esporádicas y/o transitorias. Es aquí, cuando el terapeuta necesita distinguir entre sus opiniones personales, creencias, el modelo teórico que el terapeuta maneja y las creencias y opiniones del paciente.

El paciente siempre viene a las sesiones manifestando cuan fracasado se sienten por nunca haber estado en una relación de largo plazo. Desde su punto de vista, las personas que han estado en relaciones de ese tipo son "mejores" que aquellas que nunca lo han estado. Un día el terapeuta sintió que algo llamaba su atención de este patrón de autocrítica o autoreproche. En sesiones anteriores el terapeuta nunca había respondido directamente a esta crítica tan particular. De repente se dio cuenta que también compartía esta creencia. El terapeuta buscó dentro de él mismo, dentro de sus creencias para entenderlo mejor. Finalmente se dio cuenta que la vasta literatura psicoanalítica que tenía en su haber, acompañaba la auto-crítica del paciente. En ese momento el terapeuta experimentó una sensación extraña. El paciente se sentía mal sobre si mismo por que nunca había estado en una relación seria. El terapeuta reforzó la idea de que esto era algo sobre lo cual cabía la posibilidad de que se sintiera mal. Finalmente la teoría psicoanalítica también decía que esto era algo por lo cual alguien debía sentirse mal.

El terapeuta comenzó a indagar más allá sobre lo que le que pensaba a el con las relaciones. ¿Qué era lo que el valoraba sobre las relaciones? ¿Estaban sus valores basados en la experiencia que tenía en las relaciones? ¿Encontraba él, como aquel hombre gay, que las relaciones de largo plazo eran significativas por que un gran número de personas estaban en éstas? O Podía ser que sus propias

relaciones le daban un sentido a su vida. ¿Había algún tipo de compensaciones por no tener una relación? A través de este auto análisis, el terapeuta pudo ir haciendo conciente esta identificación inconsciente con la autodenigración del paciente. Esto surgió, desde la idea que tiene el paciente y una imagen de una pareja heterosexual llegando a su quincuagésimo aniversario de casados. No importa cuales fueran los méritos de esa relación para haber llegado hasta allí, el terapeuta sintió que las bodas de oro de ese matrimonio era el estándar dorado al cual las relaciones debían llegar. Una vez que clarificó sus sentimientos hacia él mismo, el terapeuta pensó que el paciente podría llegar a la misma conclusión

El terapeuta dijo "a veces tener una relación puede ser sobre valorado". El paciente se enojó con el terapeuta por atreverse a cuestionar y preguntar sobre su ideal fantaseado. Más tarde en la discusión el paciente se dio cuenta que el estaba enojado por tener que conformarse y adecuarse con su ideal. Sus sensaciones de desesperación por no haber tenido nunca una relación seria lo mantenía lejos de pensar en por que tenía que tener una relación seria. Desenredar estas sensaciones condujo a la exploración adicional de las relaciones tempranas y decepcionantes del paciente y lo que ellas significaban para él. El comenzó a llorar argumentando que nunca sintió la contención de su madre. A su vez, el asoció el tener que ocultar su identidad sexual con la posibilidad de que fuese despedido de su trabajo. El creía que dejar saber a los demás o transmitir los propios sentimientos, inevitablemente conduciría al final de las relaciones. El pudo ver como las convenciones sociales que idealizan las relaciones pueden hacer que la gente defina a un soltero o soltera como deficitarios. Al haber internalizado estas creencias, el podía tan sólo criticarse a si mismo. En la medida que esas creencias fueron modificadas, el gradualmente criticó menos su situación.

Contra transferencia y apertura del si mismo.

En el ejemplo antes dado, las sensaciones y creencias limitadas del terapeuta eran el resultado de querer ayudar al paciente en su conflicto con un juicio crítico sobre el mismo. Este juzgamiento contrasferencial era el resultado y estaba basado en la idealización inconsciente sobre los matrimonios de muchos años de duración, lo cual hizo que se sintiera apesadumbrado y que actuara despectivamente sobre lo que sentía su paciente gay. Estas creencias fueron reforzadas por el entrenamiento psicoanalítico y psiquiátrico. Así como los sentimientos son significados por las creencias sociales compartidas, el terapeuta

asumió que el paciente debía sentirse de acuerdo a lo que se establece como normal y es estandarizado por la sociedad. En este ejemplo, el significado de la fantasía o ideal de la persona del terapeuta, no fue directamente revelada al paciente. Sin embargo su interpretación reveló el escepticismo sobre la idealización de las parejas en una relación de larga duración. Usando la contratransferencia, definida como los propios sentimientos y subjetividad, es una forma de poder entender los significados del paciente.

El mito del observador objetivo ha sido provocativamente reconstruido, y puesto a prueba tanto fuera como dentro de la teoría psicoanalítica (Foucault, 1978; Gould, 1981; Spence, 1982; Eagleton, 1983; Fausto-Sterling, 1992; Frommer, 1995; Levenson, 1995; Arons, 1996; Stern, 1997). Sin embargo una creencia oficial en intervenciones neutras, afirma que un terapeuta correctamente entrenado no trae asuntos personales al setting terapéutico, excepto en contratransferencias indeseables. Esa forma de ver las cosas pasa por alto las maneras en como la homofobia se introduce en las culturas en las cuales los analistas crecen y son educados, incluyendo el entrenamiento psicoanalítico en si mismo (Lewes, 1988; Drescher, 1995; Martin, 1995; Isay, 1996; Magee and Miller, 1997).

En los últimos años en concepto de neutralidad ha sido cuestionado por los psicoanalistas que a su vez se han hecho una pregunta epistemológica, "¿Cómo es que un analista sabe lo que está sucediendo?" (Spence, 1982; Greenberg and Mitchell, 1983; Schafer, 1983; Eagle, 1984; Stern, 1991, 1997; Langs, 1993; Spezzano, 1993; Frommer, 1994; Domenici and Lesser, 1995; Arons, 1996; Drescher, 1996a; Magee and Miller, 1996b). Y aunque pueda significar mucho más, la identidad sexual puede ser vista como una narrativa sobre el significado de los propios sentimientos y sensaciones sexuales. Por lo tanto, la trayectoria realizada por los terapeutas para definir sus propias identidades sexuales hace inverosímil el hecho de ser tomados como neutrales sobre sensaciones o actividades sexuales, tanto las propias como las de los pacientes. El reconocimiento de su propia subjetividad significa saber sus preferencias y aquello que no prefieren. El saber y prestar atención a estas, es una parte importante del hacer psicoterapia. Ocasionalmente, puede incluso ser necesario que un terapeuta revele a un paciente lo que él o ella está pensando o aquello que está sintiendo sobre el tema. La revelación del si mismo, contradice el modelo tradicional de la neutralidad, que impulsa terapeutas a hablar lo menos posible sobre sí mismos:

“Los jóvenes y ansiosos psicoanalistas no dudaran en estar tentados para traer su propia individualidad libremente a la discusión, con el fin de llevar al paciente con ellos al camino para superar las barreras de su estrecha visión sobre su propia personalidad. Es esperable y de utilidad y con el objeto de superar las resistencias existentes del paciente, que el médico vea sus propios conflictos y defectos mentales. Lo que le permitiría dar luego información íntima sobre su vida, es decir, ponerse en el “zapato del otro”. Una confidencia merece ser respondida con otra, y cualquiera que demanda entrar al mundo interno e íntimo de alguien debe estar listo para ofrecerle entrar a su mundo íntimo a cambio...No tengo ninguna duda en decir que este tipo de técnica es incorrecta. El terapeuta debe ser opaco a sus pacientes, y como un espejo, no debe demostrar nada salvo lo que le muestran a él los otros [Freud, 1912, pp. 117-118]”

Un terapeuta puede tener la necesidad de evitar tener ciertas sensaciones o sentimientos hacia los pacientes. Es difícil que muchos terapeutas admitan que son atraídos sexualmente, que los odian, o que los disgustan sus pacientes. Los terapeutas pueden también estar poco dispuestos a hablar o admitir esas sensaciones o sentimientos a sí mismos. Sin embargo, los teóricos en las escuelas interpersonales y del objeto de las relaciones del psicoanálisis creen que las respuestas contratanferenciales, son no solamente inevitables en el tratamiento, sino que cuando son traídas a la conciencia, pueden también servir como fuente de la información sobre el terapeuta, el paciente, y su relación (Winnicott, 1947; Racker, 1968; Levenson, 1983; Bollas, 1987; Ogden, 1990).

Todos los interpersonalistas contemporáneos... acentúan la naturaleza transitiva, interactiva, e intersubjetiva del proceso analítico. Se consideran la transferencia y el countertransferencia son vistas como creadas mutuamente por ambos participantes analíticos, más que como las expresiones endógenas exclusivamente el mundo intrapsíquico de cualquiera de los dos. Las expresiones analíticas de la transferencia y del countertransferencia son... amalgamas variables del inconsciente del paciente y del analista. Una implicación técnica central de este acercamiento interpersonal moderno es que la comprensión de la personalidad del paciente implica inevitable una comprensión de la personalidad del analista. El análisis de la countertransferencia se convierte así en un aspecto integral del análisis de la transferencia. Los analistas interpersonales se centran no sólo en sus pacientes, sino que además en sus propias experiencias analíticas,

invitando a menudo al paciente a que haga lo mismo. Así como Sullivan señaló hace un tiempo atrás, si los analistas piensan que pueden estudiar al paciente de manera "separada" o aislada de lo que a ellos le sucede, sus datos serán incomprensibles [Fiscalini, in Stern, et al., 1995, p. 7].

Un hombre gay, con HIV positivo y sintomático, con sentimientos de ansiedad y depresión se presenta a la primera consulta. Consume cocaína y tiene relaciones sexuales sin protección. Cuando está drogado le gusta practicar sexo introduciendo su puño o siendo introducido por otros (Fist- fucking). A su vez, le pagaba a acompañantes masculinos quienes eran adictos al crack y practicaban sexo sin protección. A medida que el paciente seguía describiendo sus actividades de alto riesgo para su salud, el terapeuta comenzó a tener una creciente sensación de horror. Sin embargo no dijo nada sobre sus sensaciones internas y creencias en su primer encuentro.

En el siguiente encuentro, el paciente manifestó tener una sensación de horror y miedo que lo mantuvo despierto la noche anterior. El atribuyó sus sensaciones a comenzar psicoterapia, a su vez recordando tratamientos anteriores, los cuales fueron difíciles y dolorosos. La revelación sorprendió al terapeuta. El le dijo al paciente que había experimentado sensaciones de horror y dolor en la sesión anterior. El terapeuta no estaba seguro sobre lo que provocó esto, y lo atribuyó a una sensación de no poder contar con ayuda. Al escuchar el relato del paciente, el terapeuta se sintió asustado y fuera de control. Le dijo esto directamente al paciente para ver si lo que sentía tenía sentido para él. El paciente pensó luego sobre esto. Admitió al terapeuta que el estaba asustado por su propio comportamiento pero que no lo podía detener. El también se sentía fuera de control. Pero como de chico aprendió a decir que el no sentía nada, al ponerse detrás de una fachada estructurada el pudo sobrevivir al abuso físico y verbal por parte de sus padres alcohólicos. Como era de esperar este patrón fue creando los problemas que acarrea hasta la actualidad. Haber sido diagnosticado como portador del virus HIV en los comienzos de la epidemia del Sida fue traumático. Pretendiendo no sentir nada por su estado seropositivo, hizo que realizara todo tipo de actividades que le permitieran no tener conciencia y recordar que era portador del HIV. La revelación del terapeuta pudo desmitificar y reducir la intensidad emocional en el intercambio entre ambos. Juntos discutieron como introducir medidas de control en la vida del paciente.

Ocasionalmente, revelar directamente la countertransferencia de los terapeutas puede ser útil. En el caso antedicho, el terapeuta no conocía al paciente aún, ni él entendía completamente los significados de su respuesta countertransferencial. Él no podría ofrecer ninguna interpretación indirecta o directa basada sobre análisis de la countertransferencia. Él no había planeado revelar sus respuestas emocionales en la primera sesión. En la segunda sesión, sin embargo, el terapeuta fue sorprendido al oír el relato espontáneo del paciente sobre sensaciones similares. La presentación del blasé del paciente en la sesión anterior había calmado al terapeuta, quien no había considerado la posibilidad de que hubo una comunicación indirecta de las sensaciones del paciente al terapeuta. Este, se dio cuenta que había fingido no sentir nada delante del paciente y que el hacerlo sirvió para establecerse como un oyente comprensivo pero distante del paciente. La aparente neutralidad del terapeuta en la primera sesión fue reflejada en el desapego del paciente. El terapeuta contratransferencialmente detectó la estrategia defensiva del paciente. El terapeuta se puso en contacto con sus propios sentimientos de horror y espanto dando la apariencia de que nada de lo que escuchó lo perturbaba. Esto fue, en parte apoyado por el entrenamiento analítico del terapeuta, lo cual produjo que tomara precaución sobre la revelación espontánea.

No hacemos referencia directa a lo que nos afecta y que puede haber sido integrado en nuestros comentarios o interpretaciones. Es una parte crítica de nuestra tradición, ya que no identificamos generalmente nuestros propios estados afectivos en el curso de la terapia. De hecho, la frase "acceso a uno mismo" parece ser reservada específicamente para la revelación de nuestros estados afectivos...Claramente, esta es una teoría de cómo se afectan mutuamente en una relación interpersonal, y como resultado de tener esta teoría se afecta en como operamos en las relaciones, queremos que los pacientes logren estar en contacto con "lo suyo" durante el análisis mientras nosotros no decimos mucho sobre "lo nuestro" [Spezzano, 1993, p. 43].

En la segunda sesión, el terapeuta asumió que la fachada neutral del paciente cubría una situación cada vez más peligrosa. La revelación del terapeuta sorprendió a paciente. Sin embargo, también le dio el espacio al paciente para poder hacer una revelación sobre lo que le sucedía. La perspectiva del terapeuta sobre sus propias sensaciones, desmitifica el proceso de vivir con sensaciones incómodas y ocultas, una táctica que el paciente había aprendido en niñez. De esta manera, un paciente asustado y con conductas de autodestrucción comenzó

a aprender una nueva manera de introducir, una cierta medida de control en su propia vida.

A pesar de su utilidad clínica, la revelación de la subjetividad de los terapeutas a un paciente sigue siendo un tema polémico en algunos lugares psicoanalíticos. Mientras que el concepto de Freud de la neutralidad se enredó con su concepto de la abstinencia, condujo a la creación del paradigma denominado "tabla rasa" de la relación psicoanalítica. Sin importar lo que pudo percibir el paciente sobre el analista, este acercamiento desalentó cualquier admisión abierta sobre la subjetividad del analista, dejando solamente su identidad sexual. Visto desde esta perspectiva, el terapeuta abiertamente gay podría promulgar contratransferencialmente que lo es, en tanto que no interfiera con la eficacia del tratamiento. Aún así tratar de mantenerse neutral no significa que el terapeuta puede ser una pantalla en blanco, y que el terapeuta puede estar mágicamente libre de la contratransferencia. Mantenerse neutral no significa que el terapeuta se mantenga lejos de sus propios valores.

De hecho, los cambios culturales han conducido a nuevas relaciones en psicoterapia que eran inimaginables para psicoanalistas de generaciones anteriores. Hoy, las analistas lesbianas tratan a lesbianas y pacientes gays y los terapeutas gays tratan a lesbianas y a pacientes gays. Las terapeutas lesbianas y gays ahora tratan a hombres y a mujeres heterosexuales, intersexuales y transgenero también. Las posibilidades intersubjetiva permite combinaciones de terapeuta y pacientes, lo que a su vez aumenta a medida que las categorías binarias del género y de la sexualidad continúan siendo expuestas. Una consecuencia de estos cambios es la cuestión sobre si los terapeutas deben declarar a los pacientes sobre sus propias identidades sexuales.

Esta clase de revelación sobre uno mismo se ha discutido de manera inadecuada por varias razones. Históricamente, la posición psicoanalítica era que todos los terapeutas eran heterosexuales. Si no lo eran, tenían que fingir que si lo eran. Los terapeutas gays tuvieron que ocultar sus verdaderas identidades sexuales o podrían sufrir el ostracismo y la deshonra profesional (Drescher, 1995; Goldman, 1995; Isay, 1996; Magee and Miller, 1997). Con respecto a la identidad sexual del terapeuta, el modelo de "pantalla en blanco" satisfizo a los terapeutas heterosexuales quienes no querían saber o darse cuenta sobre los terapeutas

gays, tanto como para aquellos terapeutas gays quienes no querían revelar su identidad sexual. Estas condiciones históricas condujeron al eventual fenómeno moderno de pacientes gays que buscaban tener un tratamiento con terapeutas gays.

Sería un error asumir que un terapeuta, por ser gay, tendrá automáticamente mayor penetración en las problemáticas que traen a hombres gays al tratamiento. Por ejemplo, el ser gay no es un sustituto para hacer psicoterapia o para llevar a cabo un análisis. Y la identidad sexual de los terapeutas puede no ser necesariamente la manera más significativa de calibrar la eficacia en una terapia. Uno no necesita ser gay para tratar pacientes gays, al igual que no se necesita ser heterosexual para tratar a pacientes heterosexuales. Esto es también una verdad para el género, la raza, la religión, o para cualquiera de las categorías que los terapeutas y los pacientes utilizan para identificarse. La eficacia de una psicoterapia no está determinada necesariamente por las presuntas semejanzas entre un paciente y un terapeuta. Una mejor manera de evaluar la eficacia de una psicoterapia está dada en cómo las semejanzas y las diferencias entre dos personas se manejan en la relación terapéutica. Sin embargo, en todas las ciudades, los hombres gays tienen la opción de encontrar terapeutas bien entrenados, ya sea heterosexuales o gay, con quienes pueden sentirse cómodos y quienes tienen conocimiento sobre la vida de los gays. Un terapeuta principiante y curioso, que sabe poco sobre la vida de las personas gay, encontrará a veces pacientes que estén dispuestos a compartir la información con ellos. Otros pacientes pueden expresar que su tiempo no será utilizado para educar terapeutas principiantes.

Aunque puede haber momentos en los cuales revelar la identidad sexual del terapeuta puede ser de ayuda para el paciente, este no es un tema que atañe a muchos heterosexuales. Viviendo en un mundo que naturaliza sus identidades sexuales, los heterosexuales no están acostumbrados a declarar su identidad. Los terapeutas heterosexuales pueden asumir que si no revelan directamente sus intereses sexuales, el paciente no puede determinar sus verdaderas identidades sexuales. Sin embargo la identidad sexual, gay o heterosexual, es más que apenas una orientación, y los terapeutas proporcionan siempre pistas indirectas sobre sus propias identidades, incluso cuando no hagan una confirmación directa. Debido a que los hombres gays han crecido en un mundo donde revelando sus identidades sexuales eran expuestos a peligros, algunos de ellos han desarrollado una sensibilidad aguda con respecto a las identidades sexuales. Este radar, o

"gay-dar" como cierta gente lo llama, puede ayudar a determinar con quienes pueden proseguir para intimar sexualmente, y detectar con quien se puede ser honesto y revelar la identidad, y quien puede ser un potencial peligro. En otras ocasiones pueden ser una forma de establecerse en un mundo binario de gays y heterosexuales.

La autorevelación puede tener otros significados cuando un terapeuta es gay. Un terapeuta gay puede hacer deliberadamente preguntas acerca de que es lo que sucede en el entorno social de un paciente gay, incluso cuando ya sabe las respuestas. Esta está fuera del objetivo de mantener una pantalla en blanco. Un terapeuta heterosexual podría pretender, por razones técnicas, que el paciente no sepa que han compartido el mismo lugar de vacaciones. Un terapeuta gay, puede buscar el anonimato por razones técnicas, pero también desea que nadie sepa que ha ido a un lugar gay. Los terapeutas gays que viven sin haber demostrado su identidad sexual, tiene una particular necesidad de ocultar todo lo relacionado en sus vida profesional con su identidad sexual. Ellos también experimentan su homosexualidad como algo secreto y algo por lo cual se avergüenzan. Isay (1991, 1996) cree que los terapeutas gays y lesbianas deben siempre decirle a sus pacientes sobre sus identidades sexuales a fin de cortar el circuito perpetuo de secretos y vergüenza que rodean al tema. Sin embargo este no es el único significado del "coming-out", ni decirlo previene actos de transferencia y contratransferencia de secretos y vergüenza sobre otros temas. Cualquier terapeuta, sin importar su identidad sexual, debe evaluar su necesidad de hablar claramente sobre esto, sobre una base individual y particular y estar preparado para hacerlo cuando esto sea necesario.

COLABORARON CON LA TRADUCCION Y EL PROYECTO:

PABLO GAGLIESI

INES ARISTEGUI

AIME OLGUIN

VICTOR FABRIS