

La importancia del análisis de las resistencias en terapia sexual.

Un caso clínico

Concha Muñoz Soriano

Psicóloga. Psicoterapeuta

En nuestro planteamiento teórico, la persona es considerada en su totalidad, es decir, las manifestaciones psíquicas y las somáticas están totalmente interrelacionadas entre sí en una unidad funcional. Y la sexualidad, es y está ligada a la totalidad del individuo.

Desde la óptica reichiana, las disfunciones sexuales que se presentan como síntoma clínico reflejan, además de una capacidad disminuida de percibir y experimentar placer, un desequilibrio del funcionamiento general, en relación con una estructura de carácter determinada. Además, dicha disfunción sexual va a cumplir una función distinta según la estructura caracterial en la que se inscriba.¹

En consecuencia, planteamos la necesidad de realizar un abordaje unitario, tanto si se trata de una terapia profunda, o de una terapia breve, como es el caso que aquí presentamos. La importancia que esta consideración y abordaje global tiene, también, en terapia sexual se hace más patente si tenemos en cuenta que «... abordar la cuestión sexual supone entrar en lo fundamental de la dinámica personal de un individuo, por lo que el trabajo terapéutico sobre esta cuestión va a tener, siempre, una serie de consecuencias, cambios y reestructuraciones de esa dinámica personal».² Es por eso que se hace fundamental trabajar los aspectos de la transferencia que en toda relación terapéutica se establecen, aspectos éstos que no siempre se contemplan en las consultas de terapia sexual.

La transferencia se produce porque el terapeuta representa todas las figuras cargadas de afectividad para el sujeto, y esto le va a llevar a establecer relaciones de amor, odio y angustia so-

bre la figura del terapeuta; actitudes positivas y negativas, más o menos enmascaradas, que no son sino repeticiones de otras anteriores vinculadas a personas importantes para el sujeto y que tomarán a lo largo del proceso terapéutico diversas formas y funciones. Así, vinculada directamente con la transferencia, emerge la resistencia pues «... cualquier tipo de transferencia se convierte tarde o temprano en una resistencia».³

La resistencia como tal se opone a la reminiscencia de toda emoción, pues el reconocer ésta se vive como angustiante. Pero la resistencia no sólo tiene ese componente histórico-dinámico, sino también un anclaje fisiológico, por lo que la resistencia también actúa «... como defensa ante todo tipo de movilización energética vivida como intolerable».⁴

Estas consideraciones cobran especial relevancia cuando la terapia va dirigida a la problemática sexual, entendida la sexualidad como un todo, e inseparable del funcionamiento psíquico y corporal de la persona. Sin embargo, adquiere algunos matices cuando el abordaje se hace desde una terapia breve, ya que este caso se atiende a las reacciones transferenciales puntuales que se presentan —no se produce una auténtica neurosis transferencial—, y el análisis de las resistencias es más superficial, comparado con el que se realiza en una terapia profunda, pero no por eso menos necesario.

Así pues, el caso que a continuación se presenta trata de llamar la atención sobre la importancia de reconocer y analizar las resistencias desde la relación transferencial, e ilustrar con un ejemplo de qué forma ello nos va a permitir contactar con la dinámica personal y hacer avanzar así el trabajo terapéutico.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Datos personales

— Una mujer, a la que llamaremos Adela, acude a la consulta de la Asesoría Psicológica de un Centro de Planificación Familiar, derivada por el ginecólogo.

— Tiene 23 años; casada desde hace seis meses; trabaja en una industria.

Datos clínicos iniciales

— Plantea una serie de dificultades en las relaciones sexuales que se concentran en: **coitalgia, anorgasmia e inhibición del deseo**.

— Se muestra dispuesta a trabajar en terapia para intentar solucionar sus dificultades.

Otros datos

— Es la tercera de cinco hermanos; los mayores son un varón de 30 años y una mujer de 27 (el primero casado y la segunda separada); detrás de ella van un chico de 21 años y una chica de 17.

— No hay datos evolutivos de especial significación: el embarazo de su madre fue normal, parto normal en casa, lactancia natural durante 4 meses, etc... Dice haber oído que era una niña vivaracha y curiosa.

— El ambiente familiar era afectuoso a nivel personal, pero restrictivo en cuanto a comportamiento social. Ambiente religioso propio de una familia católica practicante.

— Su idea infantil de las relaciones sexuales era que se trataba únicamente de besos y caricias porque eso era lo que sus padres manifestaban delante de los hijos.

— No recibió información sexual propiamente dicha, salvo por comentarios de las amigas, mayores que ella, durante la adolescencia. Estos comentarios le

producían cierto **sentimiento de ridículo** porque no acababa de entenderlos, y le llevaban a una idea de que lo referente a la sexualidad era «feo» y «peligroso».

— Como personas significativas para ella destaca a su padre, que hasta que Adela se hizo mayor se mostraba con ella más permisivo que con sus otras dos hermanas; y una prima, estudiante de enfermería, con la que durante la adolescencia mantuvo una relación de cierta confianza y confidencialidad.

— No hay, ni ha habido autoerotismo. Sólo se masturbó una vez a los 20 años para «saber qué era eso» y se sintió muy **ridícula**.

— **Las primeras relaciones coitales las mantuvo una vez casada, y antes, su novio y ella tenían contactos sexuales sin coito, fundamentalmente besos y caricias.**

Datos médicos

— No toma ninguna medicación especial, excepto anovulatorios.

— Fuma poco (5-8 cigarrillos diarios) y no toma bebidas alcohólicas normalmente.

— No presenta, ni ha tenido ninguna patología especial, salvo dolores, cefaleas y —ocasionalmente— lipotimias durante la menstruación. Y algún episodio de infección vaginal.

Datos actuales respecto a relaciones sexuales y de pareja

— La frecuencia de relaciones sexuales es cada vez menor, una media de 2 veces al mes, y siempre a iniciativa del marido.

— Las caricias le producen espasmos y nerviosismo. También manifiesta sentirse ansiosa por su escasa excitación.

— Dice no desear las relacio-

nes sexuales y por eso su sentimiento hacia las mismas es de «rutina».

— Lo que ella llama «las posturitas», le parecen **ridículas**.

PROCESO TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN

Paralelamente al trabajo sobre sus ideas infantiles de la sexualidad, comparándolas con las actuales, sobre la influencia de la familia y otros factores sociales en su situación actual, se inició un trabajo de sensibilización corporal individual, en principio superficial para no despertar defensas, y se añadió entrenamiento en relajación y ejercicios de respiración. De este trabajo pronto se obtienen resultados parciales positivos: un aumento de su capacidad de contacto con el propio cuerpo, y por tanto, con sus necesidades y deseos, pasando, posteriormente, a elaborar la dinámica «reclamar lo que le gusta y decir No a lo que no desea».

En esta primera etapa, los espasmos y el nerviosismo que las caricias le producían, se fueron decantando hacia un fuerte sentimiento de **rabia** y una sensación de «estar siendo **invadida** en su espacio», junto a un miedo de ser abandonada por su marido que ella misma calificaba de irracional por no tener razones objetivas para sentirlo.

A medida que el trabajo avanzaba, los resultados y las buenas perspectivas terapéuticas se concretaban en un conjunto de **sensaciones nuevas** para ella, tales como:

— Oleadas alternantes de calor y frío.

— Percepción de «electricidad» en el pelo cuando lo acariciaba.

— Hormigueo en los pies durante la relajación y sensación de «gordura y amplitud» en los mismos.

— Percepción de corrientes a lo largo del cuerpo, mientras hacía ejercicios de sensibilización corporal.

Por otra parte se producen **cambios** en diferentes aspectos:

— Acepta mantener relaciones coitales sólo si lo desea.

— Toma la iniciativa de los contactos sexuales en alguna ocasión.

— El motivo inicial de consulta —una ligera coitalgia al inicio de la penetración— desaparece, quedando como cuestión principal su inhibición del deseo o, como



ella lo llama, su «frialdad» frente a las relaciones sexuales.

— El sentimiento de rabia, antes difusa, se concreta al asociarla con que «su marido sienta y ella no».

— Las **sensaciones** corporales nuevas antes citadas, que en un principio eran vividas con cierto desagrado e intentando controlarlas (en el sentido de detenerlas), **se vuelven** —para su sorpresa— **agradables**, y el intento de control se invierte en el sentido de pretender mantenerlas.

Y es a partir de este momento cuando las **resistencias** empiezan a aparecer paulatinamente, de sesión en sesión, bajo diferentes formas:

— Un día llama media hora más tarde del inicio previsto de la sesión para decir que no puede acudir porque tiene una reunión de trabajo urgente.

— Niega percibir sensaciones cuando realiza ejercicios en casa, con un «no siento nada», cuando en realidad tras una mínima confrontación ese «nada» eran sensaciones agradables vividas como angustiantes.

— Manifiesta retos enmascarados del estilo: «tú me dirás» o «qué hay de lo mío» como forma de iniciar una sesión.

— Aparecen «spottings» (ligeras hemorragias) a mitad de ciclo menstrual que la descargan del compromiso de participar y colaborar en la terapia.

— Dice «sentirse ridícula» o sentir «miedo a que le ocurra algo» cuando contacta con sus genitales, así como un «se me pone algo delante que me impide continuar».

Todas estas resistencias se fueron analizando a lo largo de las sesiones, en orden de importancia, y es el análisis de la última lo que marca el que todo el trabajo tome un giro importante hacia la resolución del caso.

EL SENTIMIENTO DE RIDÍCULO

Este sentimiento de ridículo ya había sido verbalizado anteriormente asociado a la masturbación, a lo que ella llamaba «las posturitas» y respecto a las amigas de la adolescencia cuando éstas hablaban de temas sexuales y ella aparentaba que las entendía. Por todo ello, decido incidir sobre el mismo, afirmando y preguntándole a un tiempo: «Este sentimiento de ridículo es el mismo que sentías con las amigas y el mismo que sientes ahora frente a mí». Después de fijar la mirada con sorpresa —como sintiéndose pillada—, me dice que así es. Entonces le pregunto frente a qué otras personas se ha sentido así. Después de reflexionar un momento responde que con frecuencia se sentía ridícula frente a su padre que le criticaba su aspecto cuando era adolescente y le controlaba con qué ropa podía salir de casa y con cuál no. Pero ella, dice, se escapaba del control cambiándose de ropa cuando no la veía. Desde aquí surge toda una cadena de recuerdos y asociaciones, cuyo resumen es el siguiente:

— El padre cambió mucho cuando la hermana de Adela, unos cinco años mayor que ella, se quedó embarazada a los 19 años.

— Ella se lo pasó muy mal cuando tuvo que asumir el papel de intermediaria para comunicar a los padres este embarazo, porque su hermana se negaba a decirlo.

— Su hermana tuvo que casarse y «claro, así le fue». Aclara que está separada en la actualidad.

— El motivo de que su her-

mana se separara fueron las continuas agresiones que recibía de parte del marido.

Todo ello va surgiendo de forma encadenada hasta llegar al último punto en el que Adela empieza a emocionarse, y con la actualización y verbalización de todas estas vivencias aparece el llanto, la rabia y la impotencia, una fuerte reacción emocional que una vez se ha descargado adquiere toda su significación: cuando Adela tenía 14 años, encontró en una ocasión a su hermana encerrada en su propia casa, herida y atada a la cama, enterándose así del tipo de agresiones que sufría su hermana de parte de su marido.

Con estas vivencias, que nunca antes había contado a nadie, estaba conectado su miedo («a que me pase algo malo»), su angustia, y su incapacidad para expresar los deseos («se me pone algo delante que no me deja continuar»), disfrazados de sentimiento de ridículo.

A partir de esta sesión, el trabajo fue haciéndose más fluido, con buenos resultados, no sin que aparecieran algunos miedos y resistencias verbalizados y/o manifiestos en forma de distorsión vegetativa (calor, frío, sudoración, mareo, etc...) conforme iba aumentando su capacidad de placer y se hacían más intensas las irradiaciones de calor desde el plexo solar hacia el resto del cuerpo, o las sensaciones placenteras se hacían más fuertes y de mayor involuntariedad. Poco a poco, su capacidad de acceder al placer, de sentir y de sentirse, de reconocer y gestionar sus deseos, etc... fue instaurándose de forma positiva, aumentando y ampliándose durante la última etapa de trabajo individual, que se completó con algunas sesiones en pareja para trabajar tanto las consecuencias que los cambios individuales podían tener sobre la interrelación, como algunos aspectos de la dinámica interna de la misma.

NOTAS

¹ WILHELM REICH *Análisis del carácter*. Ed. Paidós, 1986.

² XAVIER SERRANO *Aportaciones de W. Reich y la Orgonomía a la teoría sexual y a la terapéutica sexológica*. Curso didáctico de la SEOR (1986-87).

³ W. REICH «El manejo de la transferencia», en *Análisis del carácter*, pág. 135.

⁴ JERONIMO BELLIDO «Transferencia y Resistencia en Vegetoterapia», artículo aparecido en la revista *Energía, carácter y sociedad*, vol. 2, n.º 2 (1984).

