

Comportamiento sexual adictivo

Wayne A. Myers¹

El material presentado proviene de dos casos de pacientes que sufren de comportamientos sexuales adictivos. El término adicción es usado dada la cualidad compulsiva e intensa del comportamiento y por sus efectos de mejoramiento del ánimo.

Psicodinámicamente, los actos sexuales de los pacientes ayudaban a los mismos a neutralizar sentimientos de ser rechazados por sus madres y a fortalecer el sentimiento de ser queridos y de autoestima. El comportamiento también contribuía a neutralizar fuertes sentimientos de rabia contra la madre. En uno de los pacientes, los actos ayudaban a aliviar una conmoción interior relacionada con un trastorno subyacente de déficit de atención. Mi hipótesis es que en algunos adultos con comportamientos sexuales adictivos podrían encontrarse como substrato, trastornos debidos a un déficit de la atención. En ambos casos presentados, los comportamientos sexuales cumplían una función auto-regulatoria de aliviar sentimientos internos de incapacidad de disfrutar y depresión. Cuando disminuían la intensidad de la actividad sexual durante el curso del tratamiento, los pacientes necesitaban medicación antidepresiva adicional. Los significados subyacentes de la medicación y de las actitudes contratransferenciales hacia dichos pacientes serán analizados aquí.

¹ Profesor Clínico de Psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Cornell; Analista Didacta y Supervisor del Centro de Formación e Investigación Psicoanalítica de la Universidad Columbia.

En la literatura referente a pacientes sexualmente hiperactivos, muchos de los reportes clínicos revelan similitudes entre los pacientes descritos (Auerback, 1968; Carnes, 1983; Coleman, 1988; Detre y Himmeltoch, 1973; Ever, 1981; Kafka, 1991b; Orford, 1978; Quadland, 1985; Schwartz y Brasted, 1985). A pesar de estas similitudes, diferentes nombres fueron utilizados para estos desórdenes. Estos van desde la ninfomanía y satiriasis, hasta las parafilias (perversiones), desórdenes en el control de los impulsos, comportamiento sexual compulsivo y adicción sexual.

El modelo compulsivo de los desórdenes sexuales relaciona a estos disturbios con desórdenes obsesivo-compulsivos, tales como el síndrome de Gilles de la Tourette y la tricotilomanía (ver Coleman, 1988; Jenik, 1989; Quadland, 1985). Aunque se afirma que los pacientes que sufren desórdenes obsesivo-compulsivos experimentan, en la mayoría de los casos, sus propios síntomas como intrusivos, mientras que aquellos con parafilias o adicciones los ven como placenteros, con frecuencia resulta difícil hacer la distinción entre diferentes pacientes basándose en este criterio.

Stein y otros (1992) describieron un estudio retrospectivo sobre 13 pacientes a los cuales diagnosticaron diferencialmente dentro de tres grupos (parafilias, adicciones sexuales no-parafilicas, y obsesiones y compulsiones sexuales). Estos pacientes fueron tratados con bloqueantes de la recaptación de la serotonina (fluoxetina y fluvoxamina) y con tricíclicos (cloripramina). En su estudio, la respuesta a la medicación fue diferente en los tres grupos, obteniéndose la mejor respuesta en los pacientes con obsesiones y compulsiones sexuales. En un estudio aparte que involucraba el uso de antidepresivos en dichos pacientes (ver Kafka, 1991a), los mejores resultados se obtuvieron en los pacientes con adicciones sexuales no-parafilicas y parafilias. En estos dos estudios se pudo ver, a partir de la variabilidad en las respuestas a la medicación de los diferentes tipos de pacientes, que los criterios de diagnóstico utilizados actualmente podrían no estar tan bien delineados o no ser tan válidos como esperaríamos que fuesen.

En una crítica a la literatura de este área, Barth y Kinder (1987) afirman no creer que las similitudes de comportamiento entre los distintos trastornos sexuales y el alcoholismo, drogadicción y juego sean suficientes para invalidar la "...definición

original de adicción como una dependencia psicológica de alguna sustancia externa, evidenciada por el hecho de que la privación de la misma produce un estado de enajenamiento psicológico” (p. 21).

En apoyo a este punto de vista está el hecho de que la actividad sexual frecuente con los compañeros involucra un elemento observable de “relacionamiento objetal”, el cual no puede ser tan claramente discernido en la adicción a drogas. Se podría argumentar que si la adicción sexual fuese simplemente psicológica, la masturbación debería por sí misma alcanzar para aliviar la presión psicológica y, por lo tanto, un compañero no sería necesario. En respuesta a este argumento, quisiera señalar que el comportamiento sexual adictivo con distintos compañeros, la masturbación y el abuso de diversas drogas cumplen, todos ellos, múltiples funciones. En cada uno de estos comportamientos, una de las funciones sirve a la regulación auto-medicatoria psicológica, mientras que otra tiene el propósito de gratificar fantasías conscientes e inconscientes relacionadas a diversos objetos. En el caso del abuso de drogas, estas fantasías relacionadas a objetos son, en general, inconscientes; a pesar de que pueden volverse conscientes a través de la terapia. Mientras que en el caso de la masturbación y el comportamiento sexual adictivo, las fantasías pueden ser tanto conscientes como inconscientes.

Por lo tanto, al definir el comportamiento sexual adictivo, no enfatizaría solamente la extraordinaria frecuencia de la actividad sexual y la capacidad de reemplazar un compañero por otro manifestada por dichos individuos (generalmente uno o más compañeros por día durante períodos alternantes), sino que también destacaría el objetivo de “automedicación psicológica” de dicho comportamiento, dirigido hacia el alivio de un estado subyacente de incapacidad de disfrutar y depresión. Según mi experiencia, un pronunciado trastorno de depresión anímica adviene en caso de abstinencia sexual en dichos pacientes, estado pasible de ser aliviado por la administración de medicación antidepresiva.

Otros informes en la literatura dan cuenta de respuestas similares de dichas personas a los medicamentos antidepresivos (ver Bianchi, 1990; Emmanuel et al., 1991; Kafka, 1991a, 1991b; Pearson, 1990; Perilstein et al., 1991; Stein et al., 1992). Por lo tanto creo que el término sexualidad adictiva se adecua mejor al comportamiento ejemplificado por los dos pacientes que describi-

ré en este artículo y los tres casos descritos por mí en un trabajo anterior (Myers, en prensa). Carnes (1983) también clasifica a estos trastornos como adicciones; los ve similares a los de abuso de drogas, en el sentido de que ambos son formas de búsqueda de placer que se vuelven habituales y auto-destructivas. También quiero hacer notar que el DSM III-R describe la conjunción frecuente de desórdenes parafilicos y trastornos por abuso de drogas psicotrópicas. Dado que muchos adictos a las drogas abusan de múltiples drogas, creo que es apropiado considerar a la sexualidad como una droga más, a la cual es posible tornarse adicto. Los dos pacientes que describiré en este artículo usaban drogas psicoactivas en conjunto con sus actividades sexuales.

Por lo tanto sostendré el uso del término comportamiento sexual adictivo, resaltando las extraordinarias similitudes entre mis pacientes y aquellos descritos por Krystal (1988) y Khantzian (1978), quienes caracterizaron a los individuos droga-dependientes como individuos anedónicos, alexitímicos y auto-medidores psicológicos que utilizaban las drogas para ejecutar funciones auto-confortantes o de cuidado maternal, hallándose inhibidos de llevarlas a cabo por sí mismos. Uno de los pacientes que describiré practicaba actos claramente sádicos que podrían ser categorizados dentro del grupo de trastornos parafilicos (de perversión). Pero al hacerlo así, nos limitaríamos a entender estos actos, casi exclusivamente, como intentos rabiosos de neutralizar y dominar los traumas tempranos sufridos a manos de la madre en la infancia; y estaríamos dejando de lado la importante función de mejoramiento del ánimo que estas acciones cumplen. Por lo tanto, en base a la extraordinaria frecuencia y a la importante función de mejoramiento del ánimo, sería más prudente diagnosticar tales acciones como comportamiento sexual adictivo o bien como variantes de dichos trastornos tendientes a lo adictivo antes que a la perversión. Según mi punto de vista, nuestra comprensión de las funciones predominantes a nivel consciente e inconsciente dentro de la totalidad de funciones promovidas por estas acciones sexuales es la que debería determinar los términos con que designamos este tipo de trastornos, dado que las entidades nosológicas disponibles actualmente se confunden frecuentemente unas con otras.

El concepto de adicción sexual, como es entendido en este artículo, presenta ciertos problemas al terapeuta o analista tratan-

te, a los cuales volveré más adelante. Luego de la presentación del material clínico, discutiré los puntos relativos al uso de medicación antidepresiva en dichos pacientes y algunos de los problemas de contratransferencia que deben ser enfrentados en esta ardua pero gratificante labor.

MATERIAL CLINICO

CASO UNO:

Danielle era una mujer joven y bella que comenzó el tratamiento conmigo poco después de su graduación en la universidad, a la edad de veintidós años. Era hija única y sus principales quejas se centraban en torno a sentimientos crónicos de insatisfacción consigo misma en la mayoría de las áreas de su vida. La relación con su madre, en particular, era un conflicto constante. Cuando le pregunté acerca de sus amigas mujeres, me informó que no tenía ninguna. “Las mujeres no me quieren mucho”, me dijo, “ellas no me tienen confianza con sus novios. Tal vez mi madre tiene razón... tal vez soy sólo una odiosa y desagradable mujerzuela”.

A pesar de haberse graduado con honores, había conseguido solamente un trabajo de tiempo parcial como profesora de squash en un club de la zona, lo cual intensificaba los sentimientos negativos acerca de sí misma. Sus entrenamientos diarios en el club parecían ser la única fuente de satisfacción en su vida y le daban, al mismo tiempo, la oportunidad de conocer hombres atractivos, con los cuales se involucraba rápidamente en relaciones sexuales. Cuando le pedí que me describiera sus relaciones sexuales con mayor detalle, sus respuestas fueron vagas y evasivas. “Son buenas”, me decía, sin prestar mucha atención.

La única persona de su familia de la cual hablaba con algún sentimiento de afecto era su padre; él era un hombre de negocios que tendía a complacer todos los deseos de su hija. En contraste con esto, su madre peleaba con ella desde épocas muy tempranas acerca de qué ropa debía usar para ir a la escuela, cómo debía comportarse con sus compañeros de clase o de juego, o cuándo y cómo debía hacer su tarea. Los temas más insignificantes generaban discusiones, mientras madre e hija perdían el control tratando de ejercer su “poder” e “impacto” la una sobre la otra. Ambas se sentían frustradas y recurrían al padre pidiendo auxilio. Mien-

tras escuchaba las quejas de la madre acerca de Danielle, su complacencia hacia los deseos de su hija enfurecían a su esposa, distanciándola aún más de Danielle.

La escuela había sido una pesadilla para Danielle por muchos años. Podía concentrarse sólo por períodos cortos y se sentía aburrida e inquieta. Cuando tenía diez años y sus notas comenzaron a bajar, le asignaron varios tutores; finalmente fue enviada a terapia, la cual fue de muy poca ayuda.

Cuando se acercó a la pubertad, se hizo una consulta con otro terapeuta. Luego de un psicodiagnóstico, se llegó finalmente al diagnóstico de trastorno por déficit de atención. Danielle fue medicada con Ritalina; sus sentimientos de agitación interna y sus dificultades en la concentración y atención en clase se aliviaron en cierta medida. Con estos cambios mejoró su rendimiento escolar. Sin embargo, los conflictos con su madre no cambiaron y Danielle aún era incapaz de establecer un vínculo cercano con sus compañeras de la escuela.

Sus relaciones con los hombres era el único área donde sentía alguna confianza en sí misma. Desde su adolescencia temprana, los hombres se sentían atraídos por ella y comenzó a acostarse con ellos, lo cual la llevó a tener aún más conflictos con su madre. Danielle desarrolló una reputación de “mujer fácil” en el secundario y la facultad. Mientras que los detalles acerca de las relaciones sexuales de Danielle en el pasado y en el presente eran vagos en las primeras etapas del tratamiento conmigo, parecía claro que el placer sexual “per sé” no era el objetivo esencial que ella buscaba en sus encuentros con los hombres. Existía una cualidad compulsiva en su necesidad de tener relaciones sexuales. Era como si ella necesitase ser “penetrada” al menos una vez al día por un hombre distinto; de lo contrario se veía a sí misma como un fracaso y su autoestima sufría severamente. Las características de los hombres con los cuales salía parecían vagas y amorfas, como si fuesen cuerpos reemplazables cuya única función era proveerla con inyecciones diarias de un falo erecto, el “nutriente” emocional que ella parecía necesitar para mantener su sensación de autoestima.

A pesar de que el tratamiento de Danielle conmigo comenzó como una psicoterapia orientada psicoanalíticamente, con una frecuencia de dos veces a la semana, pronto fue claro para mí que necesitaba una frecuencia mayor, si se quería lograr algún avance

en la comprensión y el tratamiento de sus problemas de autoestima y de la naturaleza compulsiva de su comportamiento sexual. Cuando le sugerí que viniese a la terapia cuatro veces a la semana y que cambiase de la silla al diván, Danielle rápidamente aceptó aumentar la frecuencia, pero se resistió a pasar al diván. Parecía, sin embargo, no poder o no querer darme razones concretas para ello. Cuando soñó que yo la seducía en el diván, surgió claramente de sus asociaciones la razón del rechazo: ella no quería que yo fuese como los otros hombres en su vida; yo debía ser diferente. En ese momento, a unos seis meses de haber iniciado el tratamiento, verbalizó su deseo de que yo la quisiese como un padre, sin quedar atrapado en la naturaleza frenética de sus relaciones sexuales. Accedí a este pedido y por un año y medio ella vino cuatro veces a la semana y se sentó en la silla.

Durante esta fase del tratamiento recién mencionada, fue elucidándose cada vez más la historia de la traumática interacción de Danielle con su madre. Esta mujer bastante perfeccionista cuyo padre había estado prácticamente ausente durante su niñez y adolescencia, se había convertido así en la niña perfecta en la casa y la escuela, buscando obtener el amor y admiración de su propia madre, lo único disponible. Cuando Danielle fracasó en conseguir el mismo éxito que su madre había tenido en la escuela y, a pesar de ello, siguió recibiendo gratificaciones de su padre, la madre comenzó a sentir rabia hacia ella porque obtenía lo que ella nunca había tenido de niña.

La rabia y frustración de la madre reflejaban los de la paciente; la autoestima de Danielle quedaba atrapada en esta simetría. Las gratificaciones del padre ayudaban, pero la paciente reconocía que mucha de esa condescendencia provenía del deseo de evitar sus berrinches y no de su propia capacidad de ser querida. Siendo ésta la única forma de amor que le era ofrecida, ella sintió que debía aceptarla; así como más tarde sintió que debía aceptar las relaciones sexuales con los hombres como una forma de amor.

A medida que la historia de las relaciones sexuales de Danielle en su adolescencia se clarificaban, se tornó evidente que el intenso atletismo y físico-culturismo que ella desplegaba en sus relaciones sexuales parecían funcionar acorde con la Ritalina que estaba tomando para aliviar los sentimientos de ansiedad y frenesí, asociados por ella con el trastorno de déficit de atención. Por tanto, el alivio del sentimiento de conmoción interna que había

experimentado durante gran parte de su vida servía para reforzar el comportamiento sexual. A medida que comenzó a revelarme estos detalles, soñó ocasionalmente conmigo como una figura confortante y maternal.

Luego de uno de estos sueños, cerca del final del segundo año de tratamiento, Danielle vino a sesión al día siguiente sin ropa interior. La pollera corta se le subió por encima de sus muslos y expuso su vello púbico. Los botones superiores de su blusa estaban desabrochados y parecía que no tenía nada debajo. Se mantuvo callada por un rato, mojando sus labios de manera lasciva. Cuando le pregunté en qué estaba pensando, ella caminó lentamente hacia el diván y me invitó a reunirme con ella.

“Por qué no hablamos sobre sus sentimientos”, dije, permaneciendo sentado. “Deben parecerle bastante obvios a usted”, contestó. “No estoy tan seguro de que sea así”, comenté. “Ayer tuvo un sueño en el cual quería que yo fuese como la madre que nunca tuvo y ahora quiere que me convierta en uno de sus amantes. Esto no me parece tan claro a mí”. “No sea tan malditamente analítico conmigo, doctor”, me respondió, “estoy caliente, eso es todo. No tuve a nadie ayer. Es una de las primeras veces que me pasa este año”.

Ambos permanecimos callados por un corto tiempo, mientras ella se desabotonaba los últimos botones de su blusa y exponía sus pechos desnudos a mí. “¿Le gustan, doc?”, preguntó, mientras sacudía sus pechos provocativamente.

Yo estaba confundido acerca de cómo responder. Por otra parte, la experiencia estaba resultando desestabilizante. Parte de mi incomodidad, provenía del hecho de sentirme sexualmente excitado por las provocativas acciones de una mujer joven, no mucho mayor que mi propia hija. Además estaba en un aprieto por no saber quién era yo para Danielle en esta actuación transferencial. Por una lado, yo era un hombre de la edad de su padre; ella frecuentemente había mencionado que los hombres maduros que dormían con ella tenían más “capacidad de quedarse” sexualmente que los hombres jóvenes. Con esto quería decir que eran capaces de permanecer intravaginalmente erectos por períodos largos de tiempo, de modo que ella pudiese sentirse “llena”. Yo tenía la sensación de que con ellos, podía sentir que poseía un pene para ella sola y así lograr ser el chico-hombre querible por su madre.

Mientras pensaba en estas ideas, gané cierta compostura y dije: “Lo que mencionó hace un momento, acerca de no haber tenido a nadie ayer, creo que le resultó muy difícil tolerarlo. Los hombres siempre han estado allí para aliviar el dolor que sentía consigo misma. Por lo tanto es natural que me pida que yo cumpla esa función ahora. Pero si lo hiciera, me convertiría en otro hombre reemplazable de su vida. Y eso no le ayudaría mucho. Por otra parte, tengo la sensación de que los pechos que me está ofreciendo en este momento son verdaderamente emblemáticos de lo que quisiera que yo le ofrezca. Tal vez, de algún modo, los pechos y los penes se confundieron en su mente, dado que parecen cumplir la misma función para usted.”

“También tengo la sensación de que el sentarse en el diván ahora es una manera específica de probarme y ver qué pasará si comienza a usarlo realmente en el tratamiento. ¿Dormiré con usted y la gratificaré como lo han hecho todos los demás hombres en su vida, o sólo me sentaré detrás suyo y seré diferente, y la ayudaré a convertirse en una persona distinta a la que ha sido hasta ahora?”.

Danielle me miró fijo por un rato, como si dudara cómo responder. Luego comenzó a hamacarse hacia atrás y adelante y a llorar. Tomó una de las carpetas marroquíes que yo había puesto sobre el diván y se envolvió en ella, como si fuese una toga. La transformación de mujer seductora en un momento, a niña herida en el otro, fue bastante sorprendente.

Al día siguiente, comenzó a usar el diván. El cambio de ubicación en el tratamiento, no anticipó de inmediato un cambio en su actividad sexual compulsiva. Por el contrario, parecía aún más frenética en su persecución a los hombres. Cada día encontraría a alguien en el club con quien luego pasaría la noche en la búsqueda atlética de alivio de su dolor interno. A pesar de que yo había notado frecuentemente que los encuentros repetitivos estaban interfiriendo con nuestra capacidad de comprender y modificar su comportamiento y servían como una resistencia a sus sentimientos de dependencia de mí en la transferencia, parecía casi imposible para ella parar esos encuentros. Cuando le mencionaba esto, yo era frecuentemente visto, en sueños y fantasías, como la imagen de una madre crítica y carente de amor.

En una serie de ocasiones, cuando mencioné la posibilidad de disminuir la frecuencia de sus encuentros sexuales, me acusó de

ser igual a su madre. “Usted quiere quitarme la única cosa que es mía: mi sexualidad. Usted quiere que me rinda completamente y me convierta en algo informe y neutro, justo como usted. No lo haré, ¡maldición!. No lo haré.” Esto fue seguido por un resurgimiento de su seducción hacia mí en las sesiones, como si solamente pudiese tolerar ser la agresora activa, fálica, sexual y emocional y no la niña pasiva, dependiente, sin poder, y poco querible que ella creía ser para mí. Cuando no respondía a sus insinuaciones, frecuentemente me llamaba “eunuco” u “homo”, o gritaba y lloraba acerca de sus sentimientos de depresión.

Sin embargo, en el transcurso del tercer y principios del cuarto año del tratamiento, Danielle comenzó gradualmente a faltar a algunas de las noches de sexo con un hombre. Con ello, los sentimientos de depresión y falta de valoración de sí misma comenzaron a intensificarse, apareciendo signos vegetativos claros de un episodio de depresión mayor. “Si no tengo nadie para llenarme”, decía, “entonces no soy más que un hoyo vacío, lleno de mierda y rabia, completamente no-querible. Tiene que ayudarme, doctor; tiene que darme algo para mi dolor.” En esos momentos cuando sentía que para mí ella no valía nada, comenzaba un rebrote de su actividad sexual en un intento de mejorar su ánimo; pero el alivio que recibía era sólo transitorio.

En respuesta al insomnio, pérdida de peso y sentimientos suicidas experimentados por ella, la mediqué con fluoxetina (prozac). En algunas semanas comenzó a responder a la medicación con un alivio en sus sentimientos de depresión y falta de valoración y un descenso en sus explosiones de actividad sexual.

“Las pastillas hacen que sea más fácil para mí estar sin un hombre” me dijo, “No me siento tan vacía por dentro. Ellas me hacen sentir que dependo más de usted, pero me resulta más fácil tolerarlo ahora. La sensación de que usted está a punto de abandonarme no es tan intensa”.

A medida que ella comenzó a mejorar en los meses siguientes, se inscribió en algunos cursos de historia del arte para graduados y consiguió un trabajo de tiempo parcial en una galería de arte. En tanto sus relaciones con su madre continuaban bastante tensas, comenzó a establecer una tenue relación con una de las jóvenes, Michelle, que trabajaba con ella en el raquet-club.

Una mañana, Danielle parecía estar adormecida durante la sesión. Hubo largos silencios y yo sentía como si ella estuviese

ocultando algo. Cuando le pregunté acerca de esto, suspiró hondamente y dijo: “Me acosté con Michelle anoche”.

Mi silencio en respuesta a su revelación fue sólo en parte una manera de permitir que continuase con sus pensamientos. La mayor parte tenía que ver con mi considerable sorpresa al escuchar lo que había dicho. No lo esperaba conscientemente; sin embargo, luego me pareció el modo más obvio para ella de encontrar el amor maternal que siempre había deseado. Yo la había clasificado en mi mente como heterosexual dado que las fantasías de Danielle hasta ese momento habían sido exclusivamente heterosexuales en el sentido de que involucraban hombres y no mujeres. Más tarde me di cuenta de que la confusión inconsciente del pene con el pecho era muy fuerte para ella, y me pregunté cuán precisa había sido mi clasificación.

Danielle se sentía avergonzada de describirme la noche con Michelle en detalle. En los fragmentos que emergieron sobre la relación con su amante mujer, no aparecía nada del hiperatletismo que había marcado sus encuentros sexuales con los hombres. Como supe más tarde, cuando Michelle practicaba cunilingus a Danielle, ésta tenía la fantasía de que su vagina era una boca que capturaba a la lengua-pene-pecho de Michelle, convirtiéndola entonces en un niño querible para su madre y para mí. Adicionalmente, la proveería también del pecho maternal que ella siempre había deseado. Parecía más tranquila internamente pero temerosa de que yo sintiese repulsión hacia su nuevo comportamiento. En este aspecto, Danielle expresó en una o dos ocasiones la fantasía de que al haberse vuelto homosexual, ella había “cortado” mi “pito terapéutico”. “De este modo”, decía, “usted es impotente como mi madre cuando trataba de hacerme hacer algo cuando yo estaba creciendo.” En esos momentos, temía que yo me vengase a la manera de su furiosa madre.

En los meses siguientes, la relación de Danielle con Michelle se intensificó. Se trataba, claramente, de la mejor relación objetal que había tenido; como resultado, pudo disminuir marcadamente sus encuentros sexuales con hombres, a pesar de que aún tuvo que seguir con la fluoxetina. Tener a una mujer que no estuviese furiosa con ella, que cocinase y cuidase de ella, alivió el sentimiento de conmoción interna que había experimentado la mayor parte de su vida. También le permitió sentirse más independiente de su familia. El hecho de que ella sintiese que me había castrado

terapéuticamente y convertido en una mujer como su madre, a través del hecho de que yo fuese incapaz de cambiar su homosexualidad (a pesar de que yo nunca había intentado disuadirla en este área, sino sólo había tratado de llevarla a entender los significados conscientes e inconscientes de su comportamiento), le permitió reconocer más abiertamente sus intensos sentimientos de dependencia hacia mí en la transferencia. Esto era tolerable para ella en la medida en que no dependía exclusivamente de mí para la gratificación de sus necesidades.

En una serie de ocasiones, expresó la idea de que sin Michelle, ella arriesgaba “necesitarme demasiado” y esto era inaceptable porque “obviamente, usted no siente hacia mí los mismos fuertes sentimientos que yo tengo por usted. Es lo mismo que con mi madre (la desigualdad en las necesidad de dependencia), y no estoy dispuesta a exponerme nunca más a tales relaciones unilaterales.” Este miedo de depender exclusivamente de mí permaneció como el núcleo duro irresoluble de la transferencia conmigo, así como había sido en las dificultades reales con su madre.

CASO DOS:

Teddy comenzó el tratamiento a la edad de treinta y cuatro años, cuando empezó a preocuparse por la intensidad de la ira que él sentía contra las mujeres con las cuales se acostaba. A pesar de su temor de contraer SIDA, había recorrido los bares de solteros y sex-clubs de New York casi a diario con la clara intención de encontrar una o más mujeres al día con las cuales acostarse. Cuando no podía conseguir a alguien por sí mismo, buscaba frecuentemente prostitutas en la calle o dormía con una o más mujeres que le eran provistas por servicios de acompañante.

La idea de “sexo rudo” era algo que lo atraía enormemente desde sus días de universidad, cuando había visto una película pornográfica en la cual un hombre había golpeado los pechos y el trasero desnudos de una mujer. A pesar de que sus fantasías sexuales no habían sido particularmente sádicas hasta ese momento, a partir de ese episodio las mismas se organizaron y se hicieron hábito dentro de un modo exclusivamente sádico. Por varios años, la fantasía de “sexo rudo” permaneció como tal, como una fantasía. Cuando tenía relaciones sexuales con las

mujeres, los actos en los cuales se involucraba eran más mundanos y el placer menos intenso que aquel derivado de sus fantasías masturbatorias.

Luego, una noche cuando tenía veintitantos años, una prostituta con la cual Teddy había estado bebiendo se preguntó en voz alta si él no sería homosexual, dado que estaba teniendo problemas en tener una erección. Su respuesta fue enfurecerse con ella, cacheteándola fuertemente en la cara y rompiéndole la nariz. Primero Teddy se sintió impactado por lo que había hecho, después por el hecho de que su pene se puso instantáneamente erecto. La sorpresa y el moderado remordimiento que había sentido fueron rápidamente seguidos de un sentimiento de estimulación y marcada excitación. Luego forzó a la llorosa prostituta y experimentó la descarga orgásmica más intensa de su vida. Luego de eso, indagaba con cada mujer que conocía si le permitiría golpearla. Pocos de los levantes de los bares y clubes accedían a esta rutina, pero por dinero extra le era posible llevar a cabo sus fantasías con prostitutas callejeras y con algunas de las mujeres del servicio de acompañante.

Cada tanto, la ira de Teddy se volvía incontrolable, causándole a la mujer con la cual estaba un considerable dolor físico y, a veces, algún pequeño daño físico. A pesar de que la excitación y el regocijo que sentía eran más intensos en esas ocasiones, usualmente estaban amortiguados por el sentimiento de que había ido demasiado lejos y terminaría en la cárcel o sería golpeado o asesinado por el “cafichio” (proxeneta) de la mujer. También existían sentimientos de culpa por haber lastimado a la mujer, pero éstos no lo molestaban tanto como el temor al castigo. Luego de estos episodios, Teddy restringía sus búsquedas a visitas a los bares por unos días, hasta que se sentía “a salvo” de nuevo.

Alrededor de un mes antes de que viniese a verme, había experimentado algo a lo que se refería como una “epifanía sádica” cuando vio un film “negro” que le había dado uno de los proxenetas que conocía. En la cinta, una mujer que parecía borracha o drogada parecía ser estrangulada hasta la muerte durante el acto sexual. Teddy fue sobrepasado con sentimientos de excitación sexual mientras miraba el film y por varios días luego de ello. Prácticamente no podía sacarse la escena de la cabeza y tenía imágenes vívidas en las cuales él reemplazaba al hombre que estrangulaba a la mujer. Afortunadamente, su sentido de la

realidad estaba suficientemente intacto y se dio cuenta de que era una fantasía que nunca podría permitirse realizarla. También reconoció que no podía permitirse buscar una mujer en ese momento, dado que no podía confiar en sí mismo en cuanto a contener sus deseos dentro del plano de la fantasía. Al interrumpir temporalmente sus búsquedas sexuales, se deprimió mucho y acudió al tratamiento.

No es necesario decirlo, pero yo estaba muy preocupado cuando oí la historia de Teddy por primera vez. No estaba claro para mí si sería realmente capaz de tratarlo y, tampoco, con qué enfoque debía comenzar a hacerlo. Opté por ubicarlo en un hospital psiquiátrico privado; él accedió a esto voluntariamente. Allí pude administrarle medicación antidepresiva (fluoxetina) y antiansiolítica (diazepam), también experimenté cierto sentimiento de seguridad al no quedar Teddy libre de merodear por las calles en busca de mujeres con las cuales realizar sus fantasías.

Teddy permaneció un mes en el hospital, tiempo en el cual me sentí más tranquilo acerca de su potencial homicida. Lo veía varias veces a la semana, seguimos con este esquema luego de que abandonó el hospital. También obtuve una buena cantidad de información acerca de su vida temprana y trabajé para sentar las bases de una alianza terapéutica sólida.

Desde el punto de vista de Teddy, el hecho saliente de su vida temprana fue la muerte de su padre cuando tenía cinco años de edad. El había amado con ternura a su padre, hombre de considerable fortuna que pasaba gran cantidad de tiempo con su único hijo. A pesar de que su madre lo llamaba por su nombre formal: Eduardo, su padre lo apodaba Teddy, y éste era el nombre con el cual se había referido a sí mismo a lo largo de su vida. Su madre estaba a cargo de la disciplina cuando Teddy era chico; siempre preocupada de que adquiriese “buenos modales” y “urbanidad”. Por otra parte, su padre venía a simbolizar la despreocupación y la diversión para él y parecía ser la antítesis justa de su madre.

Entonces, un día, su ídolo de la infancia fue destruido dramática y sorpresivamente. Su padre murió en un accidente de auto, cuando un conductor borracho perdió el control y atropelló la barrera divisoria de carriles, embistiendo el auto manejado por su padre. Para Teddy, el accidente demolió tres vidas al mismo tiempo —la de su padre, su madre y la suya propia. Su madre inicialmente se deprimió y no respondió a la necesidad de Teddy

de lamentarse por la pérdida del padre.

Desde el punto de vista de Teddy, la madre que le quedó después que se recuperó de la depresión por la muerte del padre, era aún peor que aquella que lloraba todo el tiempo y se lamentaba. Por un lado, parecía una caricatura de la disciplinadora que había sido antes de la muerte del padre, en su merodeo constante sobre él y sus intentos por controlar todas sus acciones. Por otra parte, aparecía ante él totalmente fuera de control cuando tomaba alcohol. Lo cual ya sucedía antes de la muerte del padre, pero no tuvo límites luego de su fallecimiento. Teddy se enfurecía enormemente porque nunca estaba seguro acerca del comportamiento que tendría la madre cuando él trajese a su casa a los amigos de la escuela. Rápidamente aprendió a evitar estas invitaciones para jugar en su propia casa, con el fin de evitar la vergüenza que su madre le hacía pasar con sus cargosas demostraciones de afecto frente a sus amigos o bien con sus discursos de borracha sobre la disciplina.

Teddy se molestó aún más cuando su madre comenzó a meterse en su cama noche tras noche luego de haber estado bebiendo. Odiaba ser despertado por sus merodeos y por el fétido olor del alcohol en su aliento. A medida que fue creciendo, se sentía cada vez más perturbado por el hecho de que ella tenía poco cuidado en cómo se vestía en esos momentos, viniendo a su cama con un camisón y, algunas veces, sólo en bombacha. En ciertas ocasiones, cuando lo abrazaba y lo acercaba hacia sí, él se sentía morir. Teddy recordaba haber tenido la primera erección alrededor de los once años cuando estaba acostado con su madre. Tuvo la impresión de que ella se había percatado de ello y lo había acercado aún más a sí misma mientras dormía. Luego de ese episodio, las noches de Teddy con su madre se transformaron en una tortura para él, se excitaba constantemente con la mujer acostada a su lado y sentía repulsión por el hecho de que fuese su madre. Recordaba haber puesto su mano sobre el pecho desnudo de su madre cuando él tenía trece años, ella la apretaba fuertemente con su propia mano. Aunque aparecía clara la dirección hacia donde apuntaba esta pareja, él se sentía impotente para resistir lo inevitable.

Un tiempo antes de cumplir catorce años, Teddy tuvo un sueño en el cual su madre se trepaba encima suyo sin ropa y parecía estar iniciando relaciones con él. De repente vio la cara y el

cuerpo lastimados de su padre surgiendo de un automóvil en llamas, gritó y pegó salvajemente a su madre a fin de evitar el acto de penetración. Teddy nunca supo bien qué sucedió luego, pero retrospectivamente parecía como si las acciones del sueño hubiesen sido llevadas al plano de la realidad; él y su madre se despertaron y se encontraron a él pegándole a ella una y otra vez con todas sus fuerzas.

Luego de esa noche, las cosas nunca fueron iguales en la pareja; Teddy fue rápidamente enviado como interno a un colegio en el otoño siguiente. El alcoholismo de la madre empeoró aún más luego de su partida; murió de cirrosis cuando estaba cursando el primer año de la universidad. Un tío materno se ocupó de los asuntos de la madre y, a pesar de que nunca había sido muy cercano a Teddy, cubrió sus necesidades financieras y lo aconsejó en su educación. Luego de su graduación, Teddy quedó prácticamente librado a su propia suerte. Al extraerle a Teddy este fragmento de su historia pasada, algunas de las raíces genéticas de su enojo hacia las mujeres se clarificaron bastante. En sus acciones contra las mujeres, parecía vengarse de su madre por lo que le había hecho, en particular, por su extraordinaria seducción y por sus intentos de controlar su comportamiento. Además, él deseaba castigarla por su imaginaria complicidad en la muerte de su padre. En sus fantasías, ella era la conductora borracha que había atropellado el separador de carriles, cayendo sobre el auto de su padre; así como en su sueño ella había intentado transgredir o “atropellar” la barrera divisoria imaginaria del incesto que los separaba en la cama y “caía” sobre él. Por lo tanto era justo que fuese castigada aunque sea a través de algún desplazamiento posible; ya sea encarnada en la prostituta borracha a la cual le había roto la nariz o en la borracha y drogada mujer cuya vida era extinguida en el aterrador y sádico film pornográfico.

Lo más notable del tratamiento de Teddy durante su estadía inicial en el hospital era la intensidad con la cual comenzó a sentir la pérdida de su padre. Cada recuerdo negativo relacionado a su madre parecía remarcar los sentimientos de pérdida y deprivación que sentía en relación a su padre. Concomitantemente con el resurgimiento del estado depresivo de su niñez vino la formación de un sentimiento intenso de dependencia de mí. Me había transformado claramente en un sustituto transferencial del padre perdido; comenzó a experimentar sentimientos de ansiedad y

pérdida cuando se cortaba el contacto conmigo durante un fin de semana o por las noches. Aparte de sentirme bastante tocado por estos sentimientos, también me sentí reasegurado de que el hombre con el cual estaba trabajando no era un monstruo psicopático totalmente insensible.

Poco antes de sacar a Teddy del hospital, me dijo que creía poder volver a su vida habitual. Cuando le pregunté qué quería decir esto, me respondió que estaba preparado para salir a buscar mujeres nuevamente. Se cansó de asegurarme que sentía poseer suficiente control sobre sus impulsos sádicos a pesar de su constante necesidad de relaciones sexuales diarias. Con temor, acepté que volviese a su vida anterior con la condición de que continuase con las sesiones. El estuvo de acuerdo con este arreglo.

A esta altura me parecía que la transferencia paterna positiva exhibida por Teddy ocultaba sentimientos negativos correspondientes a una transferencia materna. Para ser más específico, la limitación que yo había impuesto a sus actividades sexuales al ponerlo en el hospital y administrarle medicación psicotrópica le permitió verme como una persona que lo ayudaba y cuidaba como su padre. También parecía que si yo no hubiese acordado con su plan de retomar sus cacerías diarias de mujeres, hubiese sido visto por él como parecido a la madre punitiva y controladora. Yo estaba francamente temeroso de estar cometiendo una equivocación al permitirle dejar el hospital y al acceder a sus deseos de retomar sus actividades sexuales, hecho que él reconoció y verbalizó ante mí, pero no veía ninguna otra manera de permitir el progreso del tratamiento. Por un tiempo considerable, ambos nos sentíamos ansiosos cuando nos separábamos el uno del otro; yo, por mi preocupación de que el podría hacerle algo a alguna mujer, y él, por sus temores de perderme.

En los dos años siguientes de la psicoterapia con orientación psicoanalítica, nuestras charlas oscilaron entre sus relatos de los eventos e interacciones diarias con la multiplicidad de mujeres de su vida actual y sus sentimientos de rabia contra su madre por haber sido un padre tan abominable para con él durante su infancia y adolescencia. Yo seguía buscando algún rastro de amor que él pudiese haber tenido hacia ella en algún momento, pero ninguno aparecía.

Durante el curso de estos dos primeros años de tratamiento,

hubo períodos atemorizantes pero cortos, en los cuales Teddy se mostraba preocupado por el recuerdo de la intensa excitación que había sentido al ver el film “negro”. En dichos momentos, experimentaba fuertes deseos de llevar a la realidad las acciones de la película. Afortunadamente, siempre era capaz de abortar estos deseos llamándome y contándome acerca de ellos por teléfono o en las sesiones. A pesar de nuestra buena suerte en este aspecto, fueron dos años muy difíciles tanto para mí como para él. En la transferencia de ese momento, yo era visto en sueños y fantasías como un padre perdonador, que aceptaba sus sentimientos sexuales y de rabia contra la madre.

Al comienzo del tercer año de tratamiento, me fui de vacaciones. Durante mi ausencia, Teddy tuvo un sueño perturbador en el cual yo era asesinado, y él necesito ver al terapeuta que había quedado a cargo de su terapia varias veces. Esto llevó a la verbalización de un enojo considerable conmigo por haberlo dejado, y con su padre por haberlo abandonado al morir. En este marco, Teddy comenzó a expresar algunos mínimos sentimientos de perdón hacia su madre. Después de todo, decía, aún cuando estaba trastornada, al menos ella había estado ahí. En los meses siguientes, estos sentimientos se tornaron algo más fuertes cuando aparecía en sueños como una figura más benevolente que la seductora borracha o la disciplinadora que había sido hasta entonces. Sus sentimientos de amor y cariño hacia su madre se volvieron dramáticamente evidentes hacia el final del tercer año de tratamiento, cuando visitó su tumba y lloró profundamente por su pérdida.

A continuación de esto, Teddy tuvo fantasías ocasionales de chupar los senos de mujeres y mi pene (para ganar confianza en sus deseos sexuales internos). “Chupar su pene no significa que sea homosexual”, decía Teddy. “Para mí es lo mismo que chupar las tetas de una mujer. Es aliviante. Sin embargo, la gran diferencia ahora es que estoy dispuesto a permitirme a mí mismo pensar en chupar una teta y ya no quiero arrancarla de una mordida como antes. Usted alivió mi rabia, sabe, al reemplazar a mi padre y ser a la vez el tipo de madre que siempre quise tener”. A pesar de que estas ideas no reemplazaron totalmente a la imagería sádica – al mismo tiempo, expresó también la idea de que chupar las tetas de una mujer o mi pene lo hacía sentir “insignificante,” “necesitado” y “dependiente”– había una notable disminución en sus

deseos de herir a las mujeres. Sin embargo, aún siguió buscando mujeres casi a diario y necesitando de la medicación antidepresiva para amortiguar sus sentimientos subyacentes de enojo y depresión.

DISCUSION

En este artículo y en otro sobre este mismo tema (Myers, en prensa), presenté material detallado de casos sobre pacientes que sufrían de comportamiento sexual adictivo. Con esta designación, me estoy refiriendo a personas cuyos encuentros sexuales ocurren con una frecuencia extraordinaria y con compañeros reemplazables (generalmente uno o más por día con un comportamiento cíclico). Igualmente importante para mi definición de este cuadro, es la idea de que la actividad sexual sirve a un fin psicológico auto-medicatorio, dirigido al alivio de un estado subyacente de incapacidad de disfrutar y depresión. En los casos de Danielle y Teddy, así como con mis pacientes anteriores, la interferencia en sus actividades sexuales llevó a la aparición de estados de depresión que podían ser revertidos por la administración de medicación antidepresiva.

Todos los pacientes con este trastorno que he tratado, presentaban un paradigma transferencial fundamental de severa deprivación maternal, con el consecuente enojo, éste se evidenciaba en el comportamiento sexual compulsivo. Estos pacientes exhibían también una profunda incapacidad de proporcionarse a sí mismos cuidado maternal, salvo y únicamente a través de la actividad sexual. Frecuentemente se mostraban negligentes con los hábitos de la buena alimentación y la buena presencia; en este aspecto se parecían a los individuos incapaces de disfrutar y droga-dependientes descritos por Krystal y Khantzian. Khantzian (1978) notó cómo los individuos droga-dependientes tenían “un tipo de auto-descuido asociado con una multitud de funciones relacionadas al auto-cuidado y auto-regulación” (p. 192), y Krystal (1988) nota que en los alcohólicos y drogadictos “el conflicto es generado por la visión infantil de que es prerrogativa de la madre proporcionar la capacidad de organización, nutrición y manutención del niño” (p. 182). Estas ideas eran especialmente aplicables a Danielle, a pesar de la evidencia consciente de la ineptitud maternal de su madre. Mientras ella y Teddy deseaban conscientemente que yo

fuese maternal, les aterrorizaba la idea de permitirse ser dependientes de mí en la transferencia –de allí la resistencia a la disminución de sus actividades sexuales.

La extraordinaria frecuencia y, a menudo, la dramática naturaleza de los actos sexuales plantean una cantidad de problemas al analista. Uno de ellos es que los múltiples determinantes que inicialmente dieron lugar al comportamiento en cuestión, tienden a volverse secundarios frente a la función auto-medicatoria de dichos actos, en tanto éstos se fortalecen cada vez más. Para que un tratamiento orientado analíticamente tenga alguna posibilidad de progresar, el terapeuta debe ser más activo que lo usual; ya sea sugiriendo al paciente que disminuya la frecuencia de sus encuentros sexuales o introduciendo medicación antidepressiva con el fin de controlar los síntomas depresivos que surgen como resultado de la abstinencia sexual.

La introducción por parte del analista de cualquiera de estos parámetros tiende a hacer surgir importantes fantasías en los pacientes, con las cuales he trabajado. Por ejemplo, el terapeuta podría ser visto como una figura parental controladora y duramente punitiva, que ve la sexualidad en general, y a los excesos del paciente, en particular, como malos. En mi experiencia, es bastante común la proyección en el analista de un superyó primitivo. Además, el paciente tiende a ver las intervenciones del terapeuta para limitar los actos sexuales frecuentes y el uso de medicación por parte del mismo, como formas de poder mágico usadas por el terapeuta para regularizar y normalizar los aspectos sexuales fuera-de-control del yo. Dichas creencias generan sentimientos de respeto y amor hacia el analista junto con otros de temor hacia la “castración” química, y de enojo por la pérdida del sentido de autonomía e individualidad que sienten está ocurriendo en manos del analista. Como un ejemplo de esto, cuando administré a Danielle fluoxetina, ella dijo: “Los medicamentos me hacen sentir tranquila y controlada del modo que lo hacía la Ritalina cuando era una niña. Esto es algo que mi madre nunca pudo hacer por mí. De alguna manera lo convierte a usted en la madre que nunca tuve, la que siempre quise tener. Sólo me asusta terriblemente entregarle a usted tanto de mí misma y de mi control con el fin de ganar alguna paz mental.”

Debo notar aquí que entre los efectos secundarios frecuentes e inespecíficos de los bloqueantes de la recaptación de serotonina,

como la fluoxetina, en pacientes tratados con estas drogas (ya sea que estén sufriendo de trastornos sexuales adictivos, distimia o depresión), ocurre una disminución del deseo sexual y, concomitantemente, de la intensidad orgásmica. No creo, sin embargo, que este efecto secundario sea el único responsable de la ayuda brindada por dicha medicación en el tratamiento de trastornos sexuales adictivos. Más bien veo los efectos de mejoramiento del ánimo de estos medicamentos, como los de mayor importancia en la utilidad terapéutica en dichos pacientes. Es más, la necesidad de actuar sexualmente (con el fin de mejorar su ánimo) es tan intensa que, ninguno de los efectos secundarios (la depresión *per sé* o la moderación química) causados por los bloqueantes de la recaptación de serotonina pueden, por sí mismos, suprimir completamente este comportamiento.

Con respecto al tema del control, debo notar que tanto Danielle y Teddy, como dos de los tres pacientes descritos en mi artículo anterior, ocasionalmente acompañaban su actividad sexual con cocaína para mejorar el ánimo y reforzar sus sentimientos de autoestima. También es interesante que el atletismo sexual de Danielle, juntamente con la Ritalina que tomaba en su adolescencia, la ayudaban a aliviar la sensación de conmoción interna que sentía como resultado del trastorno por déficit de atención. No sería sorprendente darse cuenta de que una cantidad de adultos que exhiben comportamiento sexual adictivo, hubieran sufrido tempranamente en su vida, trastornos por déficit de atención.

Permítanme referirme brevemente a otro de los puntos importantes del tratamiento encontrado al trabajar con estos pacientes, específicamente, los sentimientos de contratransferencia que engendran en el analista. Como mencioné, la dramática provocación sexual de Danielle era muy difícil de manejar, así como lo eran los deseos homicidas de Teddy hacia las mujeres. Dichos pacientes producen sentimientos de excitación sexual, ansiedad y temor, sensación de impotencia terapéutica, con el concomitante enojo y necesidad de alejarse emocionalmente del paciente durante la sesión. Estos individuos crean en el terapeuta una mayor necesidad de auto-análisis, con el fin de mantener la calma y la neutralidad terapéutica. Por momentos, esto podría parecer una tarea hercúlea y los pequeños cambios logrados por los pacientes, parecerían no acordes al esfuerzo. Estos cambios, sin embargo, han tenido una enorme importancia en las vidas de los pacientes

con los cuales he trabajado. En el caso de Teddy, por ejemplo, es muy probable que se haya evitado que se convirtiese en un asesino o cometiese algún otro crimen serio contra las mujeres; Danielle pudo encontrar alguna módica cuota de verdadera felicidad con una persona en particular. No son logros pequeños. Esto debería alentarnos a todos a abocarnos al tratamiento, difícil pero altamente gratificante, de estos individuos.

BIBLIOGRAFIA

- AUERBACK, A. (1968). Satyriasis and nymphomania. *Med. Asp. Hum. Sex.*, 2:39-45.
- BARTH, R. J. & KINDER, B. N. (1987). The mislabeling of sexual impulsivity. *J. Sex Marital Ther.*, 1:15-23.
- BIANCHI, M. D. (1990). Fluoxetine treatment of exhibitionism (letter). *Amer. J. Psychiat.*, 147:1089-1990.
- CARNES, P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Adiction*. Minneapolis, MN: Compcare.
- COLEMAN, E. (1988). Sexual compulsivity: definition, etiology and treatment considerations. In *Chemical Dependency and Intimacy Dysfunction*, de E. Coleman. New York: Haworth.
- DETRE, T. P. & HIMMELTOCH, J. M. (1973). Hyperlibido. *Med. Asp. Hum. Sex.*, 7:172-185.
- EVER, M. (1981). Don Juanism. *Bull. Menninger Clin.*, 45:307-316.
- EMMANUEL, N. P., LYDIARD R. B. & BALLENGER, J. C. (1991). Fluoxetine treatment of voyeurism (letter). *Amer. J. Psychiat.* 148:950.
- JENIK, M. A. (1989). Obsessive-compulsive and related disorders: a hidden epidemic (editorial). *New Eng. J. Med.*, 321:539-541.
- KAFKA, M. P. (1991a). Successful antidepressant treatment of non-paraphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J. Clin. Psychiat.*, 52:60-65.
- (1991b). Successful treatment of paraphilic coercive disorder (a rapist) with fluoxetine hydrochloride. *Brit. J. Psychiat.*, 158:844-847.
- KHANTZIAN, E. (1978). The ego, the self and opiate addiction. *Int. Rev. Psychoanal.*, 5:189-198.
- KRYSTAL, H. (1988). *Integration and Self Healing: Affect, Trauma,*

COMPORTAMIENTO SEXUAL ADICTIVO

- Alexitimia. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- MYERS, W. A. (in press). Sexual addiction. In *The Psychology of Addictive Behavior*, de. S. Dowling. Madison, CT: Int. Univ. Press.
- ORFORD, J. (1978). Hypersexuality: implications for a theory of dependence. *Brit. J. Addict.*, 73:299-310.
- PEARSON, H. J. (1990). Paraphilias, impulse control and serotonin (letter). *J. Clin. Psychopharmacol.*, 10:233.
- PERILSTEIN, R. D., LIPPER, S. & FRIEDMAN, I. J. (1991). Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. *J. Clin. Psychiat.*, 52:169-170.
- QUADLAND, M. (1985). Compulsive sexual behavior: definition of a problem and approach to treatment. *J. Sex Marital Ther.*, 11:121-132.
- SCHWARTZ, M. F. & BRASTED, W. S. (1985). Sexual addiction. *Med. Asp. Hum. Sex.*, 19:103-107.
- STEIN, D. J., HOLLANDER, E., ANTHONY, D. T., SCHENIER, F. R., FALLON, B. A., LIEBOWITZ, M. R. & DLEIN, D. F. (1992). Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions and paraphilias. *J. Clin. Psychiat.*, 53:267-271.

Traducido por Lucía Chemes.

Descriptores: Adicciones. Contratransferencia. Depresión.
Psicofármacos. Sexualidad.

Wayne A. Myers
180 East 79th Street.
New York, NY 10021.
U.S.A.