

## Aspectos controversiales en la teoría psicoanalítica de la homosexualidad y bisexualidad\*

*Otto F. Kernberg*

### **Resumen**

---

En este artículo el autor discute algunos aspectos controversiales de la teoría psicoanalítica de la homosexualidad y bisexualidad. Define el concepto de perversión y demuestra que la homosexualidad no puede ser clasificada dentro de esa definición. También desarrolla los conceptos de identidad nuclear de género, la identidad de rol de género, la elección de objeto y la intensidad del deseo sexual, como componentes, relativamente independientes, de la conducta sexual. Discute la presentación clínica de las homosexualidades en diferentes niveles de la organización de la personalidad y los problemas contratransferenciales. Propone que el conocimiento acerca de individuos homosexuales con altos niveles de organización de la personalidad será mayor en la medida en que ha ido aumentando el número de personas con orientación homosexual que solicitan la formación psicoanalítica en los Estados Unidos y otros países.

---

**E**n primer lugar, quizá donde haya un acuerdo general es en que ya no pensamos que la homosexualidad es parte de las perversiones, simplemente porque las perversiones, desde un punto de vista clínico, se definen como una restricción de la conducta sexual a una pulsión sexual infantil perversa parcial, que, en vez de ser parte de un polimorfismo perverso sexual normal, llega a ocupar exclusivamente el enfoque de la conducta sexual del individuo; y también a ser una conducta habitual obligatoria esencial para obtener gratificación y orgasmo en la relación sexual con una inhibición o aparente falta de interés en cualquier otro aspecto de la conducta sexual.

---

\* Transcripción y edición del Consejo Editorial de Tropicós

Desde ese punto de vista, la homosexualidad no cuadra dentro de esta definición porque la homosexualidad -o las homosexualidades- incluye múltiples conductas sexuales. Puede incluir una integración entre impulsos genitales y ternura al igual que la heterosexualidad, y un polimorfismo sexual igual que la heterosexualidad. Así que claramente se diferencia totalmente de las perversiones en el sentido clínico, a pesar de que todavía existe cierta controversia con respecto a aquellos psicoanalistas, especialmente de la escuela francesa, que rechazan la posibilidad de una homosexualidad normal y consideran que la homosexualidad siempre es patología; al mismo tiempo, todavía la consideran perversión, pero creo que por las razones que les di, eso es cuestionable.

Quizá valdría la pena para los no psicoanalistas clarificar qué es lo que llamamos la sexualidad perversa polimorfa infantil. Tanto por el estudio analítico de adultos y de niños como por la observación directa de niños, sabemos que prácticamente desde el nacimiento se manifiesta una excitabilidad de la piel, una excitabilidad sensual que se marca principalmente alrededor de las mucosas, boca, ano, vagina, y en los órganos genitales, a pesar de que hay otras zonas también de estimulación erótica significativa como son los pezones, las orejas, y zonas que pueden estar especializadas, diferenciadas para distintas personas; pero, por supuesto, las más importantes son la excitabilidad de las zonas genitales, la zona bucal, la zona anal. Desde el nacimiento y los primeros meses de vida se produce un enorme placer y euforia con la estimulación sensual de la piel, y desde un punto de vista psicoanalítico pensamos hoy en día que inconscientemente la madre erotiza el cuerpo del bebé. Lo erotiza a través de la estimulación de sus cuidados, que crean una reacción placentera en la piel, la cual toma desde el comienzo un aspecto sensual, máximo en la zona genital; esto lo saben las niñeras que cuidan a los bebés y que los masturban para que se queden dormidos contentos, para escándalo de todo el resto de la población.

Conocemos por reconstrucciones psicoanalíticas que estas estimulaciones placenteras rápidamente adquieren un sentido también en la relación objetal entre bebé y madre, en tanto llegan a ser estimulaciones específicas que fomentan la sensación de fusión en el placer con el contacto de la madre; sensación de fusión máxima en las zonas de estimulación sensual, como la describí. Al mismo tiempo, también sabemos que en esta estimulación sensual se produce un curioso fenómeno como es que la fantasía de fusión sensual es estimulada, no simplemente por el contacto sino por su pérdida. El deseo erótico hacia la madre en forma simple, es estimulado por el “abandono” entre comillas que la madre hace del bebé para nuevamente dirigirse a ser la mujer de su hombre; es decir, hay una especie de alternancia entre estimulación y frustra-

ción que aparece muy central en la estimulación sensual y que se expresa en la palabra inglesa *teasing* o en el francés *taquiner* (no hay una expresión ni en alemán ni en castellano que indique esta estimulación frustrante). La estimulación y frustración activan la fantasía sexual que entonces incorpora la relación de objeto y las zonas erotizadas, y gradualmente se desarrollan fantasías sexuales alrededor de chupar, de penetrar, de ser penetrado. La estimulación anal durante el período anal, con la defecación, crea las fantasías de penetración anal; la estimulación de la mucosa bucal crea la estimulación de la penetración oral, del contacto oral genital. El cuerpo se ve como dividido entre zonas penetrantes y penetradas. Pezones, lengua, pene, son protuberancias potencialmente penetrantes que se estimulan durante la penetración; y vagina, ano y boca son zonas penetrables que se estimulan al ser penetradas.

Al mismo tiempo, también esta frustración estimulante evoca agresión y esta agresión toma la forma de querer penetrar en forma agresiva, o de querer englobar en forma agresiva, y por el contrario, de ser el objeto de esta agresión en una identificación inconsciente con el objeto que agrede. Entonces se desarrollan gradualmente fantasías de penetrar y ser penetrado, que condensan algo sexual y agresivo, con el predominio normalmente de lo sexual sobre lo agresivo, pero siempre con una pequeña dosis de agresión, como fue escrito por Robert Stoller, un psicoanalista e investigador de sexología sumamente importante. Todo eso cristaliza en varios tipos de relación sexual entre el infante, el niño, y el objeto parental edípico, que son fantasías de tipo sádico y masoquista; sádico en el sentido de penetrar agresivamente, masoquista en el sentido de ser penetrado en forma forzada o de experimentar dolor discreto en un acercamiento sexual. También fantasías exhibicionistas, en el sentido del deseo de excitar a la otra persona como venganza a ser excitado y frustrado; voyeristas, en el sentido de penetrar con la vista a la otra persona, lo que después en la situación edípica se transforma en el deseo de penetrar el secreto de la relación de los padres. Entonces, tenemos fantasías sádicas, masoquistas, exhibicionistas, voyeristas y de idealización parcial de aspectos del cuerpo; y de la vestimenta, como las fantasías fetichistas. Todas ellas forman el complejo de varias actividades y fantasías que se llaman polimorfas porque son múltiples, perversas, y dan origen a las perversiones más adelante, e infantiles porque derivan de la infancia. Espero que con esto quede explicado el concepto de sexualidad perversa polimorfa infantil.

Lo único que me queda agregar es que, desde un punto de vista libidinoso, existe una idealización de estas zonas que expresan amor y permiten fusión, especialmente una idealización de la superficie del cuerpo materno que después se transfiere a la superficie del cuerpo paterno, que originalmente es una idealización de la superficie del cuerpo materno. Esta idealización es la que

para el analista inglés Donald Meltzer, da origen a nuestra capacidad de apreciación estética. Nuestro sentido estético proviene en último término, según Meltzer, de esta idealización sexualizada del cuerpo materno, y por el otro lado, señala también que los aspectos excesivamente agresivos son proyectados al interior del cuerpo de la madre, lo que da origen a temores de destructividad que pudieran ocurrir en el interior del cuerpo de la madre. Esto daría lugar eventualmente a fantasías hipocondríacas y temores a aspectos destructivos en la relación sexual que se condensan con la angustia de castración edípica. La excitabilidad y las fantasías sexuales que gradualmente pasan a ser controladas por los órganos genitales, incorporan todas estas fantasías tempranas y se expresan en la relación sexual y en la excitación sexual que acompañan la relación sexual en actividades de fantasía y juego polimorfo perverso infantil, que son parte de la sexualidad adulta normal. De modo que la libertad de gozar con un juego masoquista, sádico, exhibicionista, fetichista, voyerista -y agreguemos inmediatamente-, fantasías en las cuales se toma el rol tanto femenino como masculino, es decir, fantasías que terminan siendo homosexuales y heterosexuales, son un aspecto normal del potencial de excitación sexual y de deseo erótico. En el momento en que esta capacidad de excitación sexual se dirige a un objeto infantil determinado en la excitación sexual, se transforma en deseo erótico, y ese deseo erótico contiene todos esos deseos polimorfo sexuales infantiles, un deseo de intimidad y de fusión sexual, y el deseo de ser deseado a su vez por el objeto de deseo. Cuando a esto se agregan emociones de ternura derivadas de la integración de la posición depresiva o de la relación total de objeto de las que hablé en la conferencia anterior, se combina el deseo de lo erótico con ternura y llega a constituir la base del amor sexual, que es ya, más que un estado afectivo, una emoción muy compleja que reúne múltiples planos de su relación. Sobre eso vamos a volver en la última conferencia más adelante, cuando hablemos de la relación de pareja. Aquí lo que interesa, entonces, es que hablamos de la sexualidad perversa polimorfa infantil normal, cuando es parte del patrimonio de la relación sexual íntima, y aprovecho para decir inmediatamente que la inhibición sexual más frecuente es la inhibición de este polimorfismo sexual infantil, de modo que una persona puede gozar de una relación genital pero sin atreverse a gozar de las fantasías polimorfo perversas infantiles que constituyen su aura, por decirlo así.

En las perversiones -por ejemplo, en la perversión sádica- una persona no puede tener excitación sexual y orgasmo a no ser que ejerza un acto sádico frente al objeto sexual. Esto es obligatorio, indispensable, repetitivo, crónico, y tiende a ser idealizado de modo que las personas con perversión sexual están convencidas de que su perversión es lo más divino que hay y que ninguna otra actividad sexual es igualmente atractiva. Mi primer paciente con un fetichismo

de zapatos, era un hombre, un industrial. Su secretaria llegaba y se cambiaba los zapatos durante el trabajo y él estaba todo el día pensando en los zapatos, y la mandaba con las zapatillas de trabajo para sacarle los zapatos, olía los zapatos y se masturbaba; o si no, tenía relación con la mujer desnuda, pero tenía que tener puestos los zapatos, y le besaba los zapatos. Me explicaba que esto de oler y besar zapatos era lo más divino, que los zapatos de mujer finos eran lo más divino del mundo, con tal convicción que yo empecé a dudar.

De modo que decir que la homosexualidad es una perversión no se justifica desde este punto de vista de una definición exacta. Aprovecho para recordarles que para Freud las perversiones sexuales eran una sintomatología en la cual una satisfacción parcial de los impulsos sexuales permitía defenderse de la angustia de castración ligada a todo aquello que no se toleraba, de modo que la perversión era, al mismo tiempo, un reconocimiento del temor a la castración, y una negación; negación porque ese aspecto parcial era supremamente satisfactorio, y reconocimiento, en el sentido de la inhibición del resto de la sexualidad. Esta estructura de reducción a un impulso parcial como defensa frente al resto de la sexualidad -idealización, castración denegada- es la estructura que todavía encontramos hasta el día de hoy en las perversiones sexuales en estructuras neuróticas en los pacientes con buena identidad, en contraste con perversiones en las estructuras con trastorno de personalidad grave, en las cuales la dinámica es mucho más compleja, porque a esa dinámica edípica de temor a la castración, se agrega una dinámica oral, y muchas veces, profundas ambivalencias frente a la madre, con agresión intensa hacia la madre proyectada en la mujer, que aparece como muy peligrosa; tendencia a la escisión de la imagen de la mujer idealizada y persecutoria, traspaso de la agresión hacia la relación paterna en el peor de los casos, con también escisión del padre, un padre idealizado y persecutorio, y un aumento de la angustia de castración. Todo este complejo descrito por Melanie Klein, puede dar a múltiples inhibiciones y múltiples formas de perversión que afectan también la homosexualidad como una complicación de la homosexualidad, pero no necesariamente un aspecto esencial de ella.

El primer punto, entonces, es que la homosexualidad no es una perversión común y corriente; dicho de paso, la palabra perversión tiene dos utilizaciones en psicoanálisis que tienden a confundirse en la literatura, especialmente en la literatura francesa. Una es “perversión” y la otra es “perversidad”. Perversión se refiere a lo que ya expliqué, una patología sexual. Perversidad es el reclutamiento de amor al servicio de la agresión. La perversidad no tiene nada que ver con perversión. Si bien se suponía que las perversiones contenían perversidad, no es cierto. Sólo en las perversiones más graves, con grave infiltración agre-

siva - especialmente en estructuras narcisistas graves-, la perversidad consiste en que el paciente extrae amor del analista usándolo para atacar al analista, o extrae lo mejor del terapeuta para atacarlo. Por ejemplo, un paciente con un conflicto conyugal seducía a su terapeuta a encontrar modos de cómo explicar a su cónyuge las dificultades que había entre los dos, y esto lo usaba para tiranizarla y sádicamente disminuir la seguridad de ella; de modo que lo que fue dado para ayudarlo, fue transformado por él en forma destructiva. Esto es una ilustración de perversidad, reclutamiento del amor, si ustedes quieren, al servicio de la agresión. Es casi lo contrario de lo que pasa en la relación sexual normal en la que la agresión es reclutada al servicio del amor, porque la frustración que produce esta estimulación de frustración en el despertar sexual da al deseo sexual un aspecto agresivo: el deseo de penetrar, el cual tiene un elemento agresivo. El deseo de englobar, el deseo de mirar, de ser mirado y excitar, todos tienen un elemento agresivo, pero agresivo al servicio de la excitación sexual, de modo que siempre hay un elemento de agresión en la relación sexual.

Esto se ve en la forma más típica en la edipalización del deseo sexual derivado de la fantasía de invadir la relación de los padres, porque la relación sexual en ese momento aparece como una actividad secreta, prohibida, que es máximamente *teasing*, máximamente seductora. Los padres, en su intimidad sexual, al excluir a los hijos les están indirectamente mostrando lo que es la experiencia más maravillosa de la vida, de la cual los hijos están excluidos, y entonces el deseo sexual, toma la forma de querer invadir la relación de los padres, del deseo de que la relación sexual sea revolucionaria, destructora de barreras, y secreta, prohibida. Lo secreto, revolucionario, destructor, el triunfo sobre un mundo convencional que niega lo sublime de la relación sexual, es un aspecto esencial de nuestras fantasías y de nuestros deseos sexuales. Se manifiesta desde el romance inesperado y peligroso de Romeo y Julieta que se rebelan contra sus núcleos sociales respectivos, o con su convencionalidad en un amor que en su felicidad niega un mundo externo que lo prohíbe, y que, por supuesto, es castigado con la muerte de los dos, completando la rebelión y castigo edípico. También en la forma más banal, en la *striptease* en que es excitante que la mujer que lo hace, se desvista; todo esto es lento y gradual, aumentando la excitación, la frustración y estimulación, pero en el momento en que está totalmente desnuda, el acto termina rápidamente, porque sin haber estudiado psicoanálisis, los organizadores saben que una vez que el desnudo está allí en forma prolongada, el interés decae bastante rápidamente; así que la estructura del *striptease* muestra claramente la ligazón de la excitación sexual a lo secreto, prohibido, a lo que se invade.

La homosexualidad, entonces, no es ni perversión ni perversa. El siguiente

punto en que hay acuerdo general es que no existe una homosexualidad sino un espectro de homosexualidades, desde la enfermedad más grave hasta posiblemente la normalidad. Es allí donde surge la controversia porque ciertas escuelas psicoanalíticas, aceptando que hay todo un espectro, dirían que nunca es normal, y que, por definición, es anormal. Dejemos abierta por el momento esta pregunta acerca de si existe una homosexualidad normal o no, y veamos algunos de los hechos.

En primer lugar, qué es lo que llamamos homosexualidad. Llamamos homosexualidad al deseo sexual hacia un objeto del mismo género, del mismo sexo; técnicamente deberíamos decir del mismo género. La homosexualidad nos plantea de inmediato la siguiente consideración: ¿qué es lo que determina la heterosexualidad? Hoy en día sabemos que la conducta sexual en el sentido más amplio tiene cuatro componentes que se desarrollan relativamente independientes:

- 1. La identidad nuclear de género** se refiere a que uno se sienta hombre o mujer. Esa identidad está determinada psicológicamente, no biológicamente. Está determinada por asignación, la asignación que los padres hacen del bebé en los primeros años de vida determina si el bebé se considera hombre o mujer. No está determinado biológicamente. Esto lo encontraron, independientemente, las investigaciones biológicas de John Money en la Johns Hopkins y Robert Stoller en sus reconstrucciones psicoanalíticas. Los seres hermafroditas, que por razones de enfermedades congénitas del aparato glandular, tienen los genitales de los dos sexos, llegan a sentirse hombre o mujer, no según cuál es el componente genético sino según los padres los consideraran hombres o mujeres. Los transexuales, es decir individuos que sienten que tienen un cuerpo equivocado -sienten “yo soy mujer, tengo un cuerpo equivocado de hombre, yo no soy hombre, yo soy mujer”-, tienen en general graves trastornos de personalidad y típicamente han sido sometidos a asignaciones sexuales que no corresponden a su estructura anatómica por patología de los padres, o en casos raros, por hermafroditismo o subdesarrollo de sus órganos genitales en general.
- 2. La intensidad del deseo sexual.** Sabemos que depende del nivel de testosterona en ambos sexos, si bien depende de un nivel mucho más alto de testosterona en el hombre que en la mujer, la falta de testosterona disminuye los deseos sexuales en ambos sexos (hay que mantener la diferencia de los niveles normales de testosterona en hombres y mujeres). Pero la inmensa mayoría de las inhibiciones sexuales, de la falta de deseo sexual, no es por falta de testosterona sino por motivos de inhibición psicológica, de modo que el deseo sexual está garantizado por un aparato genital normal, un aparato sexual normal, que incluye las glándulas sexuales, el desarrollo

anatómico, pero muy especialmente las hormonas sexuales normales y el aparato anatómico normal. Hay ciertas enfermedades que pueden inhibir el deseo sexual, y por encima de esto, y en forma predominante, por factores psicológicos, represión de impulsos sexuales o falta de desarrollo de la estimulación primaria por graves traumatismos agresivos, falta de la estimulación normal en relación madre-bebé; de modo que la patología sexual más frecuente para los terapeutas sexuales es la falta de deseo sexual, y la causa de la falta de deseo sexual, en la gran mayoría de los casos, es de tipo psicológico, causada por conflictos psicológicos inconscientes.

- 3. La identidad de rol sexual.** Son las conductas designadas como masculinas o femeninas en la cultura. Las conductas femeninas típicas de las mujeres y de las niñas, y las conductas masculinas típicas de los hombres están determinadas, en parte, por factores biológicos, y en su mayor parte, por factores psicológicos. Sabemos que enfermedades endocrinas en las que se produce un exceso de hormonas masculinas, un exceso de testosterona en niñas, determina en ellas juegos de tipo agresivo que consideramos masculinos. Sabemos que el déficit de hormonas masculinas en niños tiende a producir inhibición de la agresión expresada directamente en juegos de tipo femenino. De modo que jugar con muñecas o jugar con tanques y ametralladoras, está determinado, en parte, por una tendencia a expresar agresión hacia fuera o por falta de una expresión agresiva determinada biológicamente. Pero, en su gran mayoría, estas tendencias son determinadas culturalmente, de modo que lo que es considerado afeminado o amasculinado varía con la cultura. En nuestra cultura, por ejemplo, consideramos que los hombres que muestran sus sentimientos muy abiertos, y lloran y se abrazan desesperados en la calle, no son bien hombres. En el Renacimiento era todo lo contrario, el ser libre en la expresión, el llanto, el abrazo, el beso, la intimidad entre hombres, era considerado parte de la cultura masculina; o sea, lo que llamamos los caracteres de conducta secundaria masculina y femenina provienen, en parte, de lo biológico, y en su mayor parte, de lo psicológico.
- 4. Elección de objeto sexual.** El último aspecto de lo sexual, y el más misterioso de todos es ¿quién nos excita, alguien del mismo sexo o del otro sexo? Nuestros conocimientos acerca de la causa de eso: cero. Empezamos discutiendo la homosexualidad con una ignorancia de aquello que determina si nos vamos a fijar en alguien del propio sexo o del otro sexo, y sólo tenemos teorías; en este sentido, algunas con más base que otras. Ya ven ustedes que la discusión sobre la homosexualidad empieza sobre un terreno muy inseguro porque sabemos tanto, como declaré, con seguridad sobre la identidad nuclear sexual, la intensidad de deseo sexual, las características se-



cundarias de las conductas sexuales porque de todo esto hay estudios estadísticos empíricos. En cambio, no hay ningún estudio sobre los deseos sexuales de los niños. Por el tabú contra la sexualidad infantil, todos los esfuerzos por estudiar la sexualidad infantil han sido inhibidos. En los Estados Unidos se produce un tremendo escándalo apenas alguien trata de estudiarlo, el puritanismo de nuestra cultura influye en la limitación de nuestros conocimientos.

Así, por ejemplo, hemos observado niños en los cuales no se inhibe la conducta sexual -sabemos que normalmente la masturbación empieza en los dos sexos entre nueve y once meses-, pero en el caso de la niña tiende a inhibirse a los dieciocho meses, mientras en el caso del niño la masturbación sigue prácticamente ininterrumpida toda la infancia. Lo explicamos con varias teorías, pero no tenemos las observaciones de los niños. Sabemos que los niños que tienen trastornos en su identidad de rol sexual - las conductas que son masculinas o femeninas, un síndrome muy frecuente, por ejemplo, el niño afeminado o la niña amasculinada-, es decir, que tienen un problema en su identificación de rol, no tienen un problema de identidad nuclear; el problema está en las identificaciones secundarias. Todas estas distorsiones de la identidad sexual que vemos como un síndrome en algunos niños están en las identificaciones secundarias. Entre esos niños vemos que una proporción significativa llegan a ser homosexuales, de modo que uno podría decir que los conflictos psicológicos en cuanto a la identificación con los dos padres son un factor que determina la homosexualidad. Yo creo que esto es razonable pero la inmensa mayoría de los homosexuales no tienen antecedentes de este tipo de problemática infantil. Es una explicación muy parcial y limitada.

Hay varias teorías que apuntan hacia la determinación psicológica de la elección de objeto sexual, el gran misterio. Primero, Freud señaló que en tanto existe una identificación profunda con ambos padres, existe una bisexualidad psicológica original. Este concepto de la bisexualidad psicológica original, creo que tiene apoyo en la experiencia clínica en la cual, en la inmensa mayoría de los casos en análisis, descubrimos tendencias de identificación masculinas y femenina, y también tendencias de interés sexual tanto heterosexual como homosexual. Noten que estoy usando el término bisexual en dos sentidos: uno, como fantasía inconsciente de ser de ambos sexos; dos, como tendencia a elegir objetos sexuales de los dos sexos. Este uso del término bisexual también se confunde mucho en la literatura porque, para Freud, la bisexualidad es una disposición profunda a sentirse de ambos sexos. En la práctica, hoy en día, cuando hablamos de bisexualidad hablamos de la orientación hacia un objeto sexual. Es importante ver que estamos usando el mismo término para dos conceptos distintos, lo que también confunde. En resumen, para Freud hay una

bisexualidad original en ambos sentidos, y parece razonable pensar que en el momento en que se constituye la identidad nuclear —“yo soy niño, yo soy niña”— es en ese momento en que se constituye también la orientación definitiva.

Toda esta definición de la relación de objeto en la vida sexual, que ocurre en los primeros tres años de vida, es eminentemente razonable y explicaría que, efectivamente, se podría producir un camino normal hacia la homosexualidad o hacia la heterosexualidad. Este es el punto de vista de una serie de teóricos e ideólogos que defienden la normalidad de la homosexualidad. En contraste con eso, los analistas que piensan que la elección del camino homosexual siempre es un camino patológico, señalan que ésta selección se debe a una patología de agresión expresada en las relaciones tempranas frente a la madre y el padre; patología grave ligada con agresiones edípicas y preedípicas, angustia de castración y defensas regresivas y regresión anal, etc. Tienen ejemplos de esto en los casos estudiados en la literatura psicoanalítica, que son muy pocos casos. El más importante investigador de la homosexualidad, a mi juicio, o los dos más importantes investigadores son Richard Friedman y Jennifer Downey en los Estados Unidos. Han publicado un libro que se llama “Homosexualidades homosexuales” -no sé si está traducido al castellano- y han estudiado todos los casos publicados de homosexualidad en la bibliografía en inglés. Hasta hace unos ocho años había 76 casos de homosexualidad masculina y 11 casos de homosexualidad femenina, o sea, una casuística muy pequeña, para empezar, y segundo, que eran todos pacientes graves. Su posición era que los homosexuales que llegan a tratamiento, lo hacen porque tienen alguna patología, y que los analistas no ven a los homosexuales normales, y por lo tanto, hacen decisiones sobre la homosexualidad normal que no se justifican. Frente a esa crítica podemos decir que, en efecto, hoy en día en que por razones más que nada políticas se ha terminado con la discriminación contra los homosexuales en los Estados Unidos, y por ley, los institutos psicoanalíticos han aceptado candidatos homosexuales para no discriminar contra la homosexualidad, tenemos la posibilidad de analizar homosexuales mucho más normales que los descritos en la literatura. Desde ese punto de vista, en nuestro instituto hemos analizado candidatas lesbianas y candidatos *gay*, y la impresión general es que encontramos el mismo espectro y las mismas dificultades que encontramos en nuestros candidatos heterosexuales. Así que la primera evidencia parece ser que, efectivamente, la problemática que encontramos en los homosexuales más sanos no es distinta a la problemática que encontramos en pacientes heterosexuales; eso hablaría a favor de la normalidad potencial del camino homosexual.

Desde luego hay dos argumentaciones con respecto a eso, es decir, hay una argumentación a favor y otra en contra. La argumentación en contra la dan los psicoanalistas franceses y gente con mucha experiencia. Sé que uste-

des han tenido un seminario con Joyce McDougall, entonces ustedes conocen su posición. Ella y yo estamos muy de acuerdo en insistir en la normalidad del polimorfismo sexual infantil como parte de la sexualidad madura adulta, digamos que los dos hemos defendido este punto de vista muy fuertemente contra el puritanismo tradicional de las instituciones psicoanalíticas. Por otro lado, ella, de acuerdo con el psicoanálisis francés, piensa que en tanto que la identificación sexual normal implica desde un punto de vista psicológico identificarse no sólo con la parte de conducta sexual sino con el aspecto generador paterno o materno de la sexualidad, el homosexual masculino que renuncia a la función paterna de tener hijos con una mujer, como una aspiración profunda, está indicando con eso mismo su bloqueo edípico; lo mismo que la mujer homosexual que niega la relación con el hombre, que no se atreve a identificarse con su madre y a identificar a su marido, su hombre, con el padre, y tener con él un hijo, esa mujer tiene inhibido el aspecto generador de su identificación con la madre edípica. Es decir, la argumentación es que, desde un punto de vista psicológico, la homosexualidad implica una renuncia a la identificación plena con la pareja edípica. Ese sería un argumento en contra, pero, por el otro lado, la argumentación de los que consideran la homosexualidad como normal, es que las parejas homosexuales muchas veces quieren tomar funciones parentales, adoptan niños o tienen por inseminación hijos que ellos desarrollan normalmente, y que pueden educar en forma perfectamente normal sin imponerles una limitación a su vida sexual. Así, por ejemplo, Martha Kirkpatrick, psicoanalista norteamericana, analista didáctica, lesbiana, investigadora, ha demostrado que los hijos de parejas lesbianas no son a su vez homosexuales, sino heterosexuales en su gran mayoría. Se ha aducido también el hecho de que si los homosexuales parecieran tener más problemas que los heterosexuales, es porque la cultura está dirigida contra la homosexualidad, y la homofobia cultural que va contra la elección sexual es la que crea problemas psicológicos, reforzando todos los demás problemas infantiles.

De modo que, en resumen, desde un punto de vista psicológico, en teoría la normalidad o anormalidad potencial de un núcleo homosexual, es hasta hoy en día todavía un aspecto controversial. Desde un punto de vista biológico muchos teóricos que defienden la homosexualidad como normal, han sugerido que son factores biológicos los que determinan la homosexualidad. Ha habido investigaciones para demostrar diferentes tamaños de zonas hipotalámicas en homosexuales a diferencia de los heterosexuales. Estos estudios no han podido ser replicados y está abierto si realmente existe una diferencia de estructura del cerebro o de núcleos cerebrales en homosexuales a diferencia de los heterosexuales, de mujeres y hombres heterosexuales. Se ha estudiado desde un punto de vista genético, y se ha visto que existe un discreto grado de disposi-

ción genética en ciertas familias. Todo esto todavía en parte está siendo cuestionado pero da la impresión de que pudiera haber un aspecto genético biológico que podría actuar a través de la organización cerebral por las hormonas genitales que se producen ya durante la vida fetal.

Quiero decirles a propósito que la determinación de la identidad sexual en animales -en los mamíferos no primates- está totalmente regida por controles biológicos y hormonales. En los primates, en parte, por controles biológico hormonales, y en parte, por las primeras experiencias de vida, en el sentido que han demostrado las experiencias de Harlow. La falta de una madre -el tener una madre de alambre, para los que recuerdan esos viejos experimentos-, una madre alambre con falta de contacto tiende a desorganizar la conducta sexual significativamente, y se ve también, estudiando la conducta homosexual en monos, que está regida por la jerarquía sexual. De modo que el sometimiento sexual a machos más poderosos y conducta homosexual penetrante controladora en machos más sometidos en la escala social, es un modo en que se manifiesta la conducta homosexual, al mismo tiempo que la heterosexual en grupos cautivos de macacos rhesus. Hay ciertos indicios de que puede haber una disposición biológica a la homosexualidad, con un entendimiento claro de que esto sólo cubriría una pequeña parte de la disposición final, y que la más importante sería de tipo psicológico, conflictual o normal.

Desde un punto de vista clínico, si en realidad la determinación homosexual o heterosexual depende en una pequeña parte de fenómenos biológicos pero en la mayor parte de fenómenos psicológicos, entonces esperaríamos que la gran mayoría de los hombres fuesen heterosexuales, pero habría una zona bisexual -bisexual en el sentido de elección de objeto- y una zona homosexual; o sea habría como la transición bisexual entre heterosexualidad, bisexualidad, homosexualidad, y lo mismo en las mujeres.

Eso no se ve en la clínica. Existe esa zona bisexual en la mujer pero no en el hombre. En la mujer, en la forma de una homosexualidad tardía que se ve en mujeres después de los 40 o 50 años, que han perdido a su marido por divorcio, muerte, los hijos están grandes, han salido, y en una etapa tardía de su vida desarrollan una relación homosexual como parte de un núcleo social cultural. Tienen una relación muy satisfactoria sexual y tierna en una relación lesbiana sin que eso indique ni rechazo de sus impulsos heterosexuales ni odio a los hombres, ni conflictos profundos en su vida heterosexual. Es como si realmente tuvieran la libertad de elección y la elección de una relación homosexual muy armoniosa y no conflictual; claramente existe este tipo de homosexualidad femenina pero no la encontramos en los hombres. Por el contrario, la bisexualidad, definida como la tendencia crónica a oscilar entre selección de

hombres y mujeres como objetos sexuales, se ve tanto en los hombres como en la bisexualidad temprana femenina, ligada, en general, con serios trastornos de personalidad. Así que encontramos esta zona en la mujer, en esta forma especial que no tiene equivalente en el hombre, pero no en la gran mayoría de bisexuales femeninas y bisexuales masculinos. De modo que yo creo que se justifica decir que en general la bisexualidad significa patología de carácter o trastornos de personalidad significativos o graves con la excepción de un grupo de mujeres. Eso puede ser explicado de dos modos: uno, desde un punto de vista psicodinámico, y otro, desde un punto de vista social, cultural.

Desde un punto de vista psicodinámico se ha propuesto una teoría psicoanalítica según la cual la primera identificación del bebé es con la madre, por lo tanto es una identificación femenina, y que los hombres tienen que desidentificarse de la mamá para adquirir su identificación masculina. Por eso los hombres tienen una identificación sexual más insegura, y tienen, por lo tanto, menos tolerancia a sus impulsos homosexuales porque se aferran desesperadamente a una rigidez de objeto sexual como defensa contra esta inseguridad de su identidad nuclear; a diferencia de las mujeres, con más seguridad en su identidad sexual nuclear, y que por lo tanto estarían menos preocupadas o con menos temor de sus impulsos homosexuales. Hay una evidencia en esto, una evidencia indirecta en el sexo grupal que fue una gran moda en los Estados Unidos en los años 70, y dos sociólogos, Barret y Barret, se metieron como una pareja al mundo de sexo grupal. Los hombres que no son homosexuales, y a quienes se les enfrenta homosexualmente con invitaciones homosexuales en sexo grupal, reaccionan con intensa angustia y rechazo. En cambio, las mujeres no homosexuales se sienten curiosas y tienen mucha más libertad para aceptar contactos homosexuales. Esto sería una ilustración indirecta de esta afirmación. Por otro lado, habla a favor de factores culturales. Hay mucha mayor tolerancia general de la cultura hacia la homosexualidad femenina que hacia la homosexualidad masculina, especialmente en una cultura patriarcal. Tiene sus grandes tabúes la homosexualidad masculina, y en este sentido, habría factores culturales que determinarían la rigidez de la homosexualidad masculina. Existe evidencia de que relaciones homosexuales masculinas exclusivas sólo existen en culturas que al mismo tiempo tienen profundas prohibiciones contra la homosexualidad, mientras que culturas que son muy tolerantes frente a la homosexualidad, manifiestan una prevalencia mucho mayor de conducta homosexual en los hombres.

El ejemplo es la Grecia clásica en la que la conducta homosexual fue tolerada entre hombres adultos y muchachos, antes de cambiar la voz, antes de desarrollar la barba. Fue tolerada e idealizada, pero con prohibición estricta fuera de ese marco de relaciones homosexuales porque estaban sólo permiti-

das con esclavos homosexuales y mujeres. Había una restricción sumamente estricta, clasista, si ustedes quieren, de modo que la homosexualidad en Grecia era altamente restringida y regulada, pero dentro de esa homosexualidad, fue como una puerta abierta.

En resumen, entonces, yo creo que toda la evidencia está, en primer lugar, en un espectro de patología en la cual la gravedad de la patología depende de la gravedad del trastorno de personalidad. No tengo aquí el tiempo para hablar de las dinámicas específicas de la homosexualidad en el paciente *borderline*, o la homosexualidad en el paciente narcisista, porque sentí que lo más importante era la controversia fundamental sobre la homosexualidad. La evidencia, entonces, de si la homosexualidad es equivalente a la heterosexualidad o no, o si siempre es patología, no está decidida. La mayor parte de los elementos hablan a favor de la existencia de una homosexualidad normal dentro de un gran espectro, y desde un punto de vista clínico cuando vemos un paciente homosexual, lo que nos interesa es cuál es la gravedad de la patología de personalidad que nos indique indirectamente los dinamismos dominantes de esta patología.

En el tratamiento de pacientes homosexuales, para el psicoanalista contemporáneo, por lo tanto es importante mantenerse con una actitud honradamente neutra frente a la homosexualidad, darse cuenta de que, prácticamente, en los casos clínicos no vamos a poder nunca predecir a un paciente cuál va a ser su orientación sexual definitiva, una vez que resolvamos sus conflictos inconscientes. Esta actitud honradamente neutra significa, para el terapeuta, honrada aceptación de sus propias tendencias homosexuales y bisexuales, para poder identificarse con las regresiones correspondientes de pacientes en la relación terapéutica. Esto toma formas específicas según el analista sea del mismo sexo que el paciente o del sexo contrario, es una variable que determina cómo se van a desarrollar las transferencias principales, y segundo, si la estructura del paciente es neurótica o narcisista, porque hay diferencias significativas de las transferencias dominantes, según el paciente sea narcisista o neurótico, hombre o mujer, y el analista sea del mismo sexo o del sexo opuesto. Si tuviera tiempo describiría estas transferencias específicas diferenciadas, pero lo haré solamente si hacen preguntas al respecto.

## Preguntas

*Daniel Benveniste (psicólogo clínico):* Dos preguntas. En psicoanálisis tenemos un concepto de “primacía genital” que es explícitamente un concepto heterosexual. En su formulación ¿cómo quedaría el concepto de “primacía genital” en el homosexual?, ¿sería una expansión del concepto de genitalidad o un concepto diferente? Y mi segunda pregunta es la siguiente: usted presenta los diferentes tipos de personas homosexuales, heterosexuales o bisexuales, y tengo interés en su comentario sobre la homosexualidad de un heterosexual y la contratransferencia del analista heterosexual.

*Otto Kernberg:* Con relación a la primera pregunta, esa definición justamente es cuestionada por aquellos que dicen que implica un prejuicio heterosexual. El cuestionamiento de esa definición es el comienzo de la discusión de la cual traté de la forma más objetiva de darle los dos puntos de vista. Para mí, personalmente, en la práctica, si viene una paciente lesbiana o un paciente homosexual, y me dice “yo quiero cambiar”, “yo quiero ser heterosexual”, le digo al paciente “yo no le puedo cambiar de orientación sexual, podemos ver si usted necesita un tratamiento analítico. Lo que sí puedo asegurarle es que al final usted va a tener mayor libertad de adjudicar su vida sexual a sus propios deseos y necesidades”. En ese sentido, el que el paciente diga “quiero que usted me analice pero no me toque la homosexualidad” o que el paciente me diga “quiero que me quite la homosexualidad”, para mí es igual; las dos son peticiones que no pueden ser correspondidas.

En cuanto a su segunda pregunta, en la contratransferencia, el analista siempre tiene que tocar su capacidad de impulsos homosexuales. Por ejemplo, una paciente me cuenta de la aventura de la relación sexual, una maravillosa relación sexual que ella tuvo anoche con su amigo, y me describe con lujo de detalles toda su experiencia sexual. Yo creo que en la contratransferencia se produce una relación erótica que tiene óptimamente la capacidad de identificarse en cómo experimentó la paciente, cuando la paciente habla de la excitación con el pene de su amigo, el poder identificarnos con la excitación del pene de su amigo. Normalmente tenemos la capacidad de apreciar lo erótico del cuerpo del mismo sexo, tenemos la capacidad en el amor entre hombres, en la amistad, en el aprecio de la belleza masculina, de utilizar nuestros impulsos homosexuales; lo mismo va para las mujeres. Así que en un tratamiento heterosexual normal se activa esto. Con el caso del tratamiento de homosexuales, por ejemplo, el hombre homosexual nos cuenta de sus conflictos con su pareja y tenemos que identificarnos con el paciente, que no es tan fácil. Es mucho más fácil identificarse con la excitación de una relación genital homosexual,

excitarse con una película de una relación sexual homosexual, que identificarse con los complejos sentimientos en la vida cotidiana de una pareja homosexual para un heterosexual. Así que hay muchos bemoles en esta situación.

Los problemas importantes son: un homosexual neurótico, en una relación con un analista del mismo sexo, desarrolla intensos sentimientos eróticos y estos tienen que ser tolerados, experimentados en la contratransferencia, para poder analizarlos en vez de ser rechazados. Un paciente narcisista homosexual utilizará sus deseos sexuales para dominar al analista y eso puede crear intensa angustia persecutoria al analista heterosexual. Le doy esto como ejemplo, de modo que el tipo de patología, el tipo de regresión y el género de los dos participantes van a determinar esto. Así que es un desafío para el analista heterosexual, que nunca ha analizado pacientes homosexuales, analizar pacientes homosexuales; lo mismo que es un desafío para el analista homosexual analizar a una mujer heterosexual que desarrolla intensos sentimientos eróticos frente a él. Se trata de una problemática de cómo no reaccionar con temor o rechazo, cómo poder responder en una forma erótica positiva. Ese es el test que, a mi juicio, de acuerdo con la experiencia limitada que yo tengo, es perfectamente factible. En este sentido, la experiencia preliminar que tenemos habla a favor. Yo me opongo, en principio, a la declaración ideológica de ciertos teóricos homosexuales de los Estados Unidos, como, por ejemplo, Richard Isay, que dice: “sólo homosexuales masculinos pueden analizar a homosexuales masculinos, son los únicos que los entienden”. Es lo mismo que los que dicen que sólo mujeres pueden analizar mujeres, lo único que falta es que sólo los niños puedan analizar a los niños.

*Carlos Rasquin* (Sociedad Psicoanalítica de Caracas): Yo quisiera hacer una pregunta con respecto a algo que usted ha mencionado y que aparece mucho en la literatura, incluyendo el libro del doctor Richard Isay acerca de que existe un espectro de homosexualidad, pero eso queda muy confuso, y yo quería preguntarle en razón de qué es ese espectro. Abundando un poco sobre eso, yo tengo una idea al respecto que tiene que ver con el narcisismo. Yo encuentro que esto va paralelo a este planteamiento de que personas homosexuales o personas heterosexuales puedan tener la misma cantidad de patología o la misma cantidad de adaptación; se pueden encontrar en unos o en otros. Ese puede ser otro criterio para pensar en el espectro de esa variedad de homosexuales de acuerdo a la adaptación, entonces creo que el tema se hace muy confuso porque entran factores psicológicos y factores culturales que uno no sabe en qué momento discriminar. Pero también encuentro algo que quise comentar en el caso que yo presenté ayer, que era justamente un homosexual, y que siendo un individuo bastante adaptado, un individuo que estudió en la universidad, que



tiene un trabajo, que tiene aspiraciones de tener una pareja estable, y tener compromisos bastantes profundos y responsables y capacidad de ternura etc., yo encontraba en él algo que podría ser un prejuicio, lo reconozco, pero una capacidad de moverse en un espectro que va de la normalidad, que más o menos se veía en la sesión de ayer, a situaciones que se mencionaban en los antecedentes, de una gran desorganización, y de relaciones más sádicas, más inestables, más disociadas, etc. También le pregunto esto, si en el homosexual esa movilidad es mayor que en el llamado heterosexual.

*O.K.*: Le agradezco su pregunta porque permite aclarar un poco más un tema que en realidad es muy complejo. Primero, desde luego influye lo cultural, el grado en que la cultura prohíbe, acepta, reglamenta la homosexualidad. Segundo, hay diferentes patrones de relaciones de amor de hombres y mujeres, que se ven en las relaciones homosexuales y heterosexuales, y hay una tendencia mayor en los hombres de poder disociar la conducta sexual de la relación de amor. Esto se ve en las relaciones heterosexuales, son más frecuentes los encuentros con terceras personas, y la infidelidad de hombres que de mujeres. Si bien hay factores culturales, también hay factores psicodinámicos más profundos, la disociación Madonna-prostituta es un problema muy especial del hombre.

Eso se ve también en las relaciones homosexuales. Mujeres relativamente maduras, en una relación homosexual, no tienen relaciones con terceros; mujeres con patología *borderline*, claro que tienen todo tipo de enredos, igual que los pacientes *borderline* heterosexuales. En cambio, hombres con estructura neurótica normal, en una buena relación, en una pareja homosexual estable, dicen, “bueno, este sábado, por qué no nos buscamos un tercero para un juego erótico”, y frecuentemente pescan a otro homosexual para tener un *menage a trois*. Ese es un patrón masculino. Si el analista dice, “esta es una pareja enferma, triangulación, terceros metidos”, puede estar aplicando un criterio que viene de las relaciones heterosexuales y que no corresponde a lo que va a ser la estructura de la relación homosexual. Hay ciertos *cruising* (“levantar en la calle”), que son un patrón muy masculino de ir buscando pareja, el deseo de tener rápidamente relaciones sexuales con muchos hombres, como en los baños turcos. Esto es un *cruising* masculino, no vemos el equivalente femenino. La conducta masoquista es diferente en mujeres que en hombres. Su paciente, que de repente se mete en tremendos líos, ese individuo puede tener una conducta masculina también inmadura, si se quiere. Cuando yo hablo de espectro me refiero no a la conducta sino a la estructura de personalidad, hablo de homosexualidad en un individuo normal o neurótico, como del más sano, y hago equivalencia de normal y neurótico en cuanto a buena identidad del Yo.

Segundo, la homosexualidad en una estructura *borderline*. Allí hay dos casos: homosexualidad como parte de un polimorfismo sexual que no tiene mayor importancia -como parte del polimorfismo sexual perverso infantil de un *borderline* - y homosexualidad estable en una estructura *borderline*. Ahí ya tenemos un caso más serio de patología. Después, la estructura narcisista con homosexualidad ocasional, como parte de una fantasía narcisista de tener los dos sexos -una de las fantasías más importantes de la estructura narcisista es el deseo de ser ambos sexos al mismo tiempo-, y homosexualidad estable en una estructura narcisista en que hay patología mucho más grave. Luego tenemos perversiones sexuales homosexuales con agresión peligrosa muy grave. En nuestro instituto hemos desarrollado un esquema de siete niveles de patología de vida sexual y hemos desarrollado un test de conducta sexual. Estamos evaluando en este punto la relación entre la estructura del comportamiento sexual y de la personalidad, todo esto está en investigación. En la mujer existen niveles equivalentes. En mi libro sobre agresión en los trastornos de personalidad y perversión, hay un capítulo sobre la clasificación de homosexualidad, donde hablo de este esquema dando también información sobre las características descriptivas a cada uno de esos niveles y las dinámicas subyacentes

A eso me refiero al hablar de espectro, y lo mismo en el caso de la mujer. Estructura neurótica, estructura *borderline*, estructuras narcisistas. El pronóstico del tratamiento depende de la estructura de la personalidad. Sea cual sea la salida al final, ¿cómo podemos adivinar si el individuo es predominantemente homosexual o heterosexual? En general, si combinamos el estudio de la conducta sexual del individuo a través de los años, si su excitación sexual es exclusivamente homosexual o heterosexual; sus enamoramientos, si es capaz de enamorarse o no, y si es capaz de enamorarse con uno u otro sexo, y coinciden sus relaciones sexuales con sus enamoramientos. Hay un *split*, hay ciertos homosexuales que tienen sólo sexo con los hombres y se enamoran de mujeres, y viceversa. Pensamos en conducta sexual, enamoramiento, fantasía masturbatoria; la fantasía masturbatoria es una clave sumamente importante de la vida sexual y es sorprendente las muchas veces que en el diagnóstico no se estudian las fantasías masturbatorias, y los sueños, que también dan información sobre un contenido de lo reprimido. La combinación de estudios de sueños, masturbación, conducta, amor, enamoramientos, historia de la conducta sexual, le da a uno una pauta aproximada de hasta qué punto el individuo es homosexual 100% o heterosexual 100%, o no queda claro, pero esto sólo es una aproximación muy relativa y lo más seguro es no asegurar al paciente dónde va a terminar al final.

*María Leonor de Planchart* (psicoterapeuta junguiana): Yo tengo dos preguntas que están relacionadas entre sí, la primera es que me da la impresión de

que ayer usted se basaba más en un origen biológico del comportamiento humano, y hoy me da la impresión de que usted se está refiriendo más a un origen psicosocial, incluido el ejemplo que puso de los primates y los macacos. Quisiera saber si es que los dos enfoques se tienen que unir o si hay situaciones en que se debe enfatizar más en el aspecto biológico que en el psicosocial. Por otra parte me hizo recordar al doctor Joseph Henderson, que habla de un inconsciente cultural, que es toda esa simbología que se manifiesta en el estrato de un grupo de personas de determinada cultura, y que se traduce en una actitud cultural. Y ese aspecto cultural me hace pensar si pudiera ser que en Estados Unidos la homosexualidad esté de moda y que eso pudiera influir en que aumente la cantidad de homosexuales. Acabo de venir de allá y lo vi mucho en televisión, en radio, en las propagandas. Pensando en este grupo de mujeres que se quedan viudas o divorciadas, entonces ¿son homosexuales por qué está de moda hoy? ¿Hay algún estudio crítico que diga que hace 30 o 40 años sucedía lo mismo?

*O.K.*: Con respecto a la primera pregunta, acerca de lo biológico y lo psicosocial, yo creo que el sexo está construido por factores biológicos y por factores socioculturales, es decir, estoy resumiendo lo que dije antes de que hay formas culturales de lo que se considera masculino y femenino, y que estas formas culturales llegan a ser dominantes, dada la flexibilidad humana. Así que nuestra conducta está determinada, ser hombre o mujer está determinado. Básicamente la sexualidad es masculina o femenina por lo biológico y lo sociocultural, porque desde un punto de vista psicodinámico tenemos el potencial de ambos desarrollos. Lo que llamamos masculino y femenino, en el fondo, es identificación con nuestro padre y nuestra madre, y a su vez, nuestro padre se identificó con su padre y su madre, y nuestra madre con su padre y su madre; de modo que las identificaciones paternas no son lo mismo que masculinidad, las identificaciones maternas no son lo mismo que femineidad. Es por eso que yo creo que hay un potencial muy amplio y complejo psicodinámico entre lo biológico y los patrones culturales.

Lo segundo, acerca del inconsciente cultural y la moda homosexual. Eso ilustra lo que yo acabo de decir. Es cierto que en los Estados Unidos hay en este momento una insistencia entre aquello que rompe el patrón clásico de la relación sexual clásica. Estamos viviendo en este momento una fase en que culturalmente la ruptura de la relación clásica entre sexo y amor, es una fuente de excitación y gratificación cultural. Eso no significa que haya aumentado la homosexualidad o bisexualidad sino que se la subraya y que culturalmente está recibiendo atención. Esta descomposición se ve en el hecho de que, en todos los planos, en lo genital, podemos tener relaciones sexuales sin mucha excitación sexual usando Viagra. Podemos tener relaciones sexuales con implante penial. Una mujer puede comprarle un óvulo a otra mujer, implantarlo y comprar semen

a otro hombre, de modo que el niño que va a nacer no va a saber quiénes son sus padres biológicos. La relación entre el amor y el sexo, entre sexo y reproducción, están explotando, en el sentido de una explosión cultural.

¿Hasta qué punto estas modas influyen en tendencias humanas básicas o no? Yo pienso que no, porque históricamente, si estudiamos la sexualidad en el mundo occidental, vemos oscilaciones entre períodos puritanos y libertinos; y la tecnología influye en todo esto fundamentalmente, pero yo creo que hay ciertas realidades y necesidades psicológicas humanas que tienen mucha flexibilidad, por un lado, y que tienden a favorecer en el fondo parejas estables con función parental. No sé si esto les suena terriblemente controlador y a la antigua pero espero que en la próxima conferencia va a parecer un poco más claro, por qué estoy diciéndoles esto.

*Carlos Valedón* (Sociedad Psicoanalítica de Caracas): Concretamente, con relación a la bisexualidad, yo creo que hay una serie de evidencias que muestran un aspecto evolutivo de la presencia de la bisexualidad; por ejemplo, sabemos que en la adolescencia, tanto en mujeres como en hombres, la bisexualidad tiene una gran aparición, muchas veces no conflictiva; incluso la experiencia es que los homosexuales, en general adultos, se nutren, se aprovisionan de adolescentes tanto femeninos como masculinos, que, en la medida en que lo viven como una situación transitoria, se lo permiten. Los masculinos en la medida en que penetran, porque ya el prejuicio no queda en tener contacto homosexual sino en si se es penetrado o no penetrado, y muchas veces vemos jóvenes que tienen una actividad homosexual abundante, y después de una determinada época, desaparece completamente y se orientan hacia una situación homosexual, heterosexual o bisexual.

También hay situaciones en donde el hombre o la mujer pueden regresar a una situación homosexual, cárceles, campos de concentración, etc., sin que eso determine una problemática. Yo estoy trabajando un poco en esto debido a unas experiencias clínicas y tengo una opinión de que la bisexualidad también es una escogencia con relación al objeto sexual; es decir, así como hay heterosexuales, homosexuales, hay bisexuales, donde al igual que en el trabajo con un homosexual, la posibilidad que tenemos los analistas es ayudarlo a asumirla y a disfrutarla en la medida de lo posible. El problema es que la bisexualidad es más complicada que una de las dos opciones porque los somete a un vaivén que una pareja o la otra no acepta, lo cual le genera un conflicto de realidad permanente que le dificulta el despliegue de su tendencia sexual. Además hay una idealización de la condición mono, hetero u homosexual, hay una condición interna que le hace vivir insatisfactoriamente esta oscilación. Muchas veces lo que vemos es que personas con otros desórdenes de personalidad, se permiten, entonces, el disfrute. No sé cuál es su opinión en esto.

*O.K.*: En cuanto a la bisexualidad adolescente, sí, yo creo que esto es un buen argumento lo que dijo el doctor Valedón acerca del potencial bisexual en ambos géneros porque, efectivamente, durante la adolescencia, en prisiones, cárceles, durante largos viajes de mar, se produce una conducta homosexual donde no existiría (en instituciones puramente unisexuales), pero cuando termina la adolescencia, cuando desaparece la prisión, la restricción externa, en general se tiende a estabilizar la conducta hacia uno u otro lado, y a mi juicio se ven estas diferencias entre la bisexualidad de hombres y mujeres que manifesté.

*Addys Attías* (Sociedad Psicoanalítica de Caracas): Siento muy importante las palabras del doctor Kernberg pero me dejan llena de muchas dudas, de mucha angustia. Me ha tocado muchos años trabajar con homosexuales hombres y mujeres, y he visto los que van a consulta con bastante capacidad de sufrimiento, y he estado observando una cosa que me parece que la hemos dejado a un lado, y es cómo es la escena sexual de estas personas. En ambos veo que se queda en algo parcial, por ejemplo, en los hombres homosexuales que estoy viendo, con muchos años de verlos, ya no hay penetración, se quedan solamente en masturbación, besos, *felatio*; y las mujeres lesbianas, también están en los mismo, no hay uso de más penetración de aparatos. Entonces, yo me pregunto, ¿qué ocurre entonces?, ¿nos quedamos detenidos?, ¿se elimina la penetración como algo tan importante?

*O.K.*: Por último, la deterioración de las relaciones sexuales de las parejas homosexuales. Eso es cierto, se ha estudiado que existe una disminución significativa de la conducta sexual entre parejas de largo tiempo homosexuales masculinas, y también en parejas femeninas. No sé si hay estudios empíricos comparando lo que pasa en las parejas heterosexuales de larga duración, porque también existen curvas de disminución de la conducta sexual de los hombres, mucho más acentuada que de las mujeres. La frecuencia de orgasmo entre los hombres es máxima entre 14, 16, 20 años, y enseguida decae lentamente a través de toda la vida hasta (nunca llega realmente a cero cuando no hay patología especial) decaer significativamente, mientras que el interés sexual de la mujer aumenta, llega a un máximo entre los 30 y 60 años, y después hay una declinación lenta, lo que produce una problemática de relación. Pero esta curva que podría explicar la disminución de relaciones homosexuales entre los hombres, no explicaría de por sí la disminución de relaciones sexuales entre mujeres lesbianas, así que la observación es cierta pero el punto de porqué la disminución de las relaciones sexuales lesbianas, en una edad en que la mujer en general tiene alto interés de frecuencia de orgasmo, es una pregunta abierta, no tengo la respuesta a eso pero es un fenómeno que se ha observado y se ha descrito en la literatura.

**Bibliografía**

- Abraham, K. Manifestations of the female castration complex. In *Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Brunner/Mazel, 1979, pp. 338-367, 1920.
- Bancroft, J. *Human Sexuality and Its Problems*. New York: Churchill Livingstone, 1989.
- Bell, A.P., Weinberg, M.S. *Homosexualities: a study of diversity among men and women*. New York: Simon & Schuster, 1978.
- \_\_\_\_\_. Weinberg, M.S., Hammersmith, S.K. *Sexual preference, its development in men and women*. Bloomington: Indiana University Press, 1981
- Braunschweig, D., & Fain, M. *Eros et Anteros*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1971.
- Chasseguet-Smirgel, J. *Female Sexuality: New Psychoanalytic Views*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press, 1970.
- \_\_\_\_\_. *Sexuality and Mind: The Role of the Father and the Mother in the Psyche*. New York: New York University Press, 1986.
- Chodorow, N. *The Reproduction of Mothering*. Berkeley: University of California Press, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Femininities, Masculinities, Sexualities*. Lexington: University of Kentucky Press, 1994.
- Coates, S., Friedman, R., Wolf, S. The etiology of boyhood gender disorder. *Psychoanalytic Dialogues*. 1: 481-524, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Gender identity disorder in boys: an integrative model*. In: Baron, J.W., Eagle, M.N., Wolitzky, D.L. eds. *Interface of psychoanalysis and psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association: 242-65, 1992.
- Freud, S. 1905. *Three essays of the theory of sexuality*. S.E. 7:125-243. London: Hogarth Press, 1953.
- \_\_\_\_\_. 1905c. *Fragment of an analysis of a case of hysteria*. *Standard Edition*, Vol. 7:1-122. London: Hogarth Press 1953.
- \_\_\_\_\_. *The Psychogenesis of a case of homosexuality in a woman*. *Standard Edition*, Vol. 18:145-172. London: Hogarth Press, 1920.
- \_\_\_\_\_. *The Ego and the id*. In *Standard Edition*, Vol. 19:3-66. London: Hogarth, 1923.

- Friedman, R.C. *Male Homosexuality. A Contemporary Psychoanalytic Perspective*. New Haven, London: Yale University Press, 1988.
- \_\_\_\_\_. Downey, J. *Psychoanalysis, psychobiology, and homosexuality*. *Journal American Psychoanal. Association*: 41:1159-98, 1993.
- \_\_\_\_\_. Downey, J. *Homosexuality*. *New England Journal of Medicine*, 331:923-930, 1994.
- Green, R. *Gender identity in childhood and later sexual orientation: follow-up of 78 males*. *American Journal of Psychiatry*: 142:339-41, 1985.
- Halenta, B. *Zwischen Skylla und Charybdis*. In: E.M. Alves, *Stumme Liebe – Der »lesbische Komplex« in der Psychoanalyse*, Freiburg. pp. 133-162, 1993.
- Isay, R.A. *Being homosexual: gay men and their development*. New York: Farrar, Straus, Giroux, 1989.
- Kernberg, O. *Aggression in Personality Disorders and Perversion*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Love Relations*. New Haven, Conn: Yale University Press, 1999.
- \_\_\_\_\_. *The Influence of the Gender of Patient and Analyst in the Psychoanalytic Relationship*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*: 48: 859-883, 2000.
- Kestenberg, J. *Zur weiblichen Homosexualität*. In: E.M. Alves, 1993. *Stumme Liebe – Der »lesbische Komplex« in der Psychoanalyse*, Freiburg.45-72, 1993.
- \_\_\_\_\_. Eve's reflections: On the homosexual components of female sexuality. In H. Meyers ed. *Between Analyst and Patient*. New York: Analytic Press, 1986a.
- Kirkpatrick, M., Smith, C., Roy, R. *Lesbian mothers and their children: a comparative survey*. *American J. Orthopsychiatry*: 51:545-51, 1981
- \_\_\_\_\_. Panel Report. *Female homosexuality*. Held at Annual Meeting of American Psychoanalytic Association, San Diego, CA, May 4, 1984.
- Klein, M. The oedipus complex in the light of early anxieties. In *Contributions to Psychoanalysis, 1921-1945*, pp. 311-338. London: Hogarth Press, 1945
- Künzler, E. *Der homosexuelle Mann in der Psychoanalyse: Theorie und Praxis im Wandel*. Verlag: Forum der Psychoanalyse, 1992.
- Laplanche, J. *Seduction, Translation, Drives*. London: Institute of Contemporary Arts, 1992

- Layton, L. *The Psychopolitics of Bisexuality*. Studies in Gender and Sexuality. Hillsdale, NJ: The Analytic Press 1:41-60, 2000.
- Maccoby, E. *The Two Sexes: Growing Apart, Coming Together*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998.
- \_\_\_\_\_ and Jacklin, C.M. *The Psychology of Sex Differences*. Palo Alto, CA: Stanford University Press, 1974
- McDougall, J. 1964. *Homosexuality in Women*. In: J. Chasseguet-Smirgel (1970): *Female Sexuality: New Psychoanalytic Views*. Ann Arbor, MI.: University of Michigan Press. pp. 171-212.
- \_\_\_\_\_ Eve's reflections: On the homosexual components of female sexuality. In H. Meyers ed. *Between Analyst and Patient*. New York: Analytic Press, 1986.
- Money, J. *Gay, straight, and in-between: the sexology of erotic orientation*. New York: Oxford University Press, 1988.
- \_\_\_\_\_ and Erhardt, A. *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1972.
- Morgenthaler, F. *Homosexualität*. In: V. Sigusch (Hg.): *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart/New York (Thieme), pp. 329-367, 1980.
- Poluda, E. *Das Bild der lesbischen Frau in der Psychoanalyse*. Psyche 54: 322-353, Klett-Cotta, 2000.
- Siegel, E. 1988. *Weibliche Homosexualität*. München (Reinhardt), 1992.
- Socarides, C.W. *Homosexuality*. New York: J. Aronson, 1978.
- Stoller, R.J. *Sex and Gender*. New York: Science House, 1968.
- \_\_\_\_\_ *Presentations of Gender*. New Haven, CT: Yale University Press, 1985.
- Tyson, P. *Theories of Female Psychology*. Journal of the American Psychoanalytic Association: 42:447-467, 1994.



## Summary

---

*Unresolved Issues in the Psychoanalytic Theory of Homosexuality and Bisexuality.* In this article the author discusses a number of unresolved issues in the psychoanalytic theory of homosexuality and bisexuality. He defines perversion and demonstrates how homosexuality cannot be classified under this definition. He discusses core gender identity, gender role identity, object choice and the intensity of sexual desire as relatively independent components of sexual behavior. He discusses the clinical presentation of the homosexualities at different levels of personality organization as well as problems in the countertransference. Finally he proposed that we will be learning much more about homosexuals with higher levels of personality organization as homosexual candidates in psychoanalytic training increasingly seek out analyses in the United States and other countries.