

# **LAS SUPUESTAS “ANHEDONIAS” SEXUALES DE LOS ESQUIZOFRENICOS**

**José Manuel Olivares Diez**

**Psiquiatra.Complejo Hospitalario Xeral-Cíes. Vigo.**

La discusión acerca de si los esquizofrénicos tienen capacidad o no para disfrutar de la sexualidad es muy antigua. Para ceñirnos a polémicas relativamente recientes y de cierto interés diremos que algunos autores definieron que la dificultad de los esquizofrénicos para experimentar placer era nada menos que “la clave” de la esquizofrenia, siendo el resto de la sintomatología algo “accesorio” a esta discapacidad. Así, Rado desarrolló la hipótesis de que existía una predisposición heredada para la esquizofrenia que interaccionando con el ambiente produciría la esquizotipia. Llamó a dicha predisposición “*anhedonia*” y la definió como el “*bloqueo de la capacidad de recompensa ante estímulos habitualmente reforzantes*”. Denominó al placer la “*enzima esencial*”, la falta de la cual dañaría el funcionamiento sexual, reduciría la auto-confianza, disminuiría el interés social y sabotearía emociones como el amor, la alegría, el orgullo y el afecto. Incapaz de experimentar placer, el esquizofrénico es percibido, según este autor, como aplanado y apático. Es más, su incapacidad para conseguir placer le priva del deseo de realizar las actividades que son recompensadas por la sociedad, llevándole al aislamiento o a la realización de conductas desviadas. Rado fue duramente atacado por otros autores de la época que defendían la etiología psicogénica de la anhedonia y la conceptualizaban como un mecanismo de defensa. La crítica de Arieti se basaba en su impresión clínica de que el comportamiento de los esquizofrénicos en las últimas décadas había cambiado considerablemente, debido, en su opinión, a los acusados cambios que se habían producido en el entorno sociocultural en esos años. Cito textualmente: “*En otro tiempo, los*

*pacientes inhibían o reprimían su vida sexual hasta tal punto que fueron considerados por Rado como anhedónicos, es decir, que eran incapaces de experimentar placer, sexual o de otro tipo. Ahora muchos de ellos tienden a seguir impulsos heterosexuales, homosexuales o de carácter exhibicionista". Y añade: "Algunos psiquiatras que creen ciegamente en la teoría de Rado sobre la anhedonia, se muestran escépticos cuando antiguos esquizofrénicos refieren obtener gratificación sexual. Estos terapeutas tienden a creer que el orgasmo no tuvo lugar realmente, sino que es una fantasía del paciente o una alucinación. Mi experiencia clínica con antiguos esquizofrénicos me ha convencido de que esto es una tontería".*

Cuando uno habla con los pacientes de esta cuestión percibe con claridad que los esquizofrénicos no son, en general, ni mucho menos “anhedónicos” sexuales. Ahora bien, al margen de los prejuicios que –también- hemos tenido los psiquiatras acerca de la supuesta incapacidad de los esquizofrénicos de disfrutar del sexo, podemos entrar a preguntarnos qué es lo que hace que la idea de que estos pacientes no sean capaces de disfrutar del sexo (o del placer en general) se haya extendido tanto como para formar parte, nada menos, que de un grupo de síntomas “definitorios” de las “auténticas” esquizofrenias.

Así, podríamos hallarnos ante las siguientes situaciones:

1) Puede haber, efectivamente, un grupo de pacientes esquizofrénicos que tengan una “incapacidad para experimentar el placer sexual *como sensación*”. Términos equivalentes podrían ser “anestesia o insensibilidad hacia el placer sexual”. Estaríamos, psicopatológicamente hablando, ante un “rasgo”, con un probable componente genético, en el que unos supuestos “centros” del placer en el sistema nervioso central están alterados o inhibidos. Podríamos decir que estaríamos ante una auténtica “anhedonia sexual” primaria.

2) Un segundo grupo de pacientes percibidos como “anhedónicos sexuales” sería aquel formado por aquellos que presentasen una “incapacidad para ser conscientes del placer”. Es decir, lo que estaría alterada sería la emoción que debe acompañar a la sensación producida por un estímulo placentero. El placer estaría “embotado”, es decir, el individuo no reconocería la sensación

placentera como tal. Psicopatológicamente sería un “estado”, limitado en el tiempo, y podría ser debido a diversas causas: trastornos neuropsicológicos transitorios (episodios depresivos, abstinencia de cocaína, por ejemplo), toma de neurolépticos, atención centrada en una idea fija o delirante, trastornos del aprendizaje, estrés, etc. Estaríamos en este caso ante una “anhedonia sexual” secundaria.

El resto de posibilidades no serían auténticas “anhedonias”, como veremos a continuación:

3) Una tercera posibilidad sería la de aquellos que presentasen una “incapacidad para ser conscientes acerca de cualquier tipo de emoción, no sólo del placer”. Sería esta una dimensión más general que abarcaría desde la despersonalización leve hasta el afecto embotado. En estos casos, la anhedonia sexual sería solamente una parte de un desorden más amplio.

4) Una cuarta opción sería el caso de aquellos individuos que experimentan el sentimiento (sensación más emoción) de placer, pero tendrían una “incapacidad para expresarlo”. Podríamos definirlo como un placer “aplanado”, que podría deberse a factores psicológicos o a variables socioculturales (diferencias entre las distintas culturas en el modo de expresar las emociones, en este caso las relacionadas con la sexualidad).

5) Una quinta posibilidad sería como la anterior, pero extendido a todo tipo de sentimientos. Dos conceptos distintos serían adecuados aquí: el “afecto aplanado” y la “alexitimia”. Estos individuos podrían ser así incorrectamente también catalogados como anhedónicos sexuales.

6) Un sexto concepto sería el del paciente con “pérdida del interés”, incluido en la definición de anhedonia en el DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV. Considero que la pérdida de interés y la anhedonia son conceptos diferentes. Una persona puede estar interesada en algo, pero no necesariamente debe obtener placer de ello y viceversa. El que un paciente no muestre interés por obtener relaciones sexuales con otras personas no significa que no pueda disfrutar de

las mismas llegado el caso o la oportunidad. La pérdida del interés estaría, a mi juicio, más en relación con la apatía que con la anhedonia. Estaría en relación con la falta de refuerzos o recompensas, trastornos neuropsicológicos, o problemas de aprendizaje en un entorno anormal.

7) Por último, algunos pacientes esquizofrénicos pueden tener una “falta de deseo o impulso”, que podría ser una variante del anterior. Dicho concepto estaría, a mi juicio, más en relación con la “avolición” o la “abulia” (bastante más frecuente en los esquizofrénicos) que con la anhedonia.

En resumidas cuentas, es el clínico el que habitualmente diagnostica la “anhedonia sexual” del paciente, sin preguntar directamente y sin “afinar” psicopatológicamente lo suficiente. Resulta evidente que, dependiendo del supuesto en el que podamos encuadrar al paciente de entre los que hemos citado, el “problema” del paciente y la “solución” serán dramáticamente distintos. El interés que pongamos en considerar la sexualidad de los pacientes esquizofrénicos como algo importante en su calidad de vida y en su recuperación como individuos integrados y completos redundará sin duda en un importante beneficio para ellos, razón última de nuestra existencia como psiquiatras.

## **Bibliografía**

- Arieti S. (1974): The Interpretation Of Schizophrenia, New York, Basic Books.
- Arieti S. (1960): Discussion Of Rado's Theory And Therapy: The Theory Of Schizotypal Organization And Its Application To The Treatment Of Descompensated Schizotypal Behaviour, En Scher S.C. & Davis H.R. (Eds.). The Outpatient Treatment Of Schizophrenia, New York, Grune & Stratton
- Berrios GE, Olivares JM (1995) The anhedonias: a conceptual history". History of Psychiatry, 6: 453-470.
- Olivares JM, Berrios GE (1998): Anhedonia: Clinical And Neurobiological Aspects. International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice, 2 (3): 157-171.
- Rado S (1956) Psychoanalysis Of Behaviour: Collected Papers (2 Vols). New York, Grune And Stratton.
- Rado S (1960) Theory And Therapy: The Theory Of Schizotypal Organization And Its Application To The Treatment Of Descompensated Schizotypal Behaviour. In Sc Scher, Hr Davis (Eds) The Outpatient Treatment Of Schizophrenia. New York, Grune & Stratton.
- Rado S, Daniels G (1956) Changing Concepts Of Psychoanalytic Medicine. New York, Grune & Stratton.