

CURAR LAS HERIDAS: LA PSICOTERAPIA DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Ugo Sabatello, Elena Perozzi, Renzo Di Cori

Starting from a general description about opportunities and risks in facing the Child Abuse, the authors point out on the importance of the therapy in the case of abuse, especially sexual, to elaborate the traumatic experience which in the beginning cannot be acknowledged. Using the therapy the abused child can experiment –perhaps for the first time- a trusted and protective relationship. The therapist should use the theory to involve him/herself in such relationship instead of use the theory to keep him/her apart from the patient.

Key words: Sexual abuse, psychodynamic therapy, childhood, psychic trauma.

INTRODUCCIÓN

La temática del abuso sexual infantil o de las víctimas ya adultas de este tipo de abuso sigue ofreciéndonos una posibilidad y un riesgo.

El riesgo es que el acontecimiento del abuso, con su halo de sufrimiento, culpa y excitación (ver “*Un bambino viene picchiato*”) o las innumerables intervenciones sobre el tema de los abusos sexuales, invadan el desarrollo completo de los niños y representen la única clave de lectura para acercarse a la realidad infantil, mal interpretándola y distorsionándola.

De hecho, ocurre con demasiada frecuencia que los padres pidan una consulta psiquiátrica para los hijos, movidos por una fantasía de abuso puesta en primer plano por un sufrimiento previo real del niño. En efecto, el abuso macroscópico - real o imaginario- encubre a menudo situaciones de maltrato crónico, de continua mistificación de las necesidades y de los derechos infantiles.

Al contrario, el abuso nos brinda, a través de un tema que atrae el interés de los medios de comunicación, la posibilidad de ocuparnos verdaderamente de los niños y de volvernos más conscientes y más atentos hacia sus realidades y sus vivencias.

Desde nuestro punto de vista de psicopatólogos de la edad evolutiva está claro que se nos presentan especialmente situaciones de abuso actuales, sin embargo, la práctica terapéutica también permite encontrar y conocer las secuelas del abuso a

distancia, a veces, de decenios.

Green (1993), en sus trabajos, ya distingue entre secuelas a corto y a largo plazo y en una literatura ya incommensurable ha descrito los síndromes agudos por estrés y los Trastornos por Estrés Postraumático relacionados con el maltrato y con los traumas sexuales.

De hecho muchos factores pueden influir en las secuelas de un abuso, tanto es así que a veces llegan a dificultar la elaboración de un esquema. Como es obvio, la gravedad del abuso, la violencia en él empleada, su repetición, y el daño físico y psíquico causado, pueden determinar consecuencias psíquicas más o menos significativas, si bien también es lógico que la entidad del daño esté relacionada con las condiciones de la víctima precedentes al trauma, con el nivel de desarrollo de sus mecanismos de defensa y con la respuesta del ambiente de soporte circunstante. Algunos autores (Mac Farlane y Waterman, 1986) definen estos factores como “mediadores” del abuso, por lo tanto serían elementos capaces de determinar la mayor o menor gravedad del trauma. Nos parece que se hace referencia sin reconocerlo al concepto freudiano de “serie complementaria”, que permite comprender la respuesta individual al trauma.

Desde el punto de vista operativo, nos parece útil volver a plantear en este contexto la distinción propuesta por Leonore Terr (1991, 1994) entre trauma Tipo I, que se corresponde a un acontecimiento repentino, a un incidente único imprevisible que no se puede repetir, y Tipo II, representado por un evento crónico, repetido y esperado. Según los estudios llevados a cabo por Terr, en el primer caso la víctima tiende a no olvidar y a reconstruir el acontecimiento de manera fidedigna y detallada, mientras que en el segundo, los niños expuestos a traumas repetidos tienden a desarrollar una tendencia a la represión automática, a la movilización de ingentes mecanismos defensivos y a la protección del recuerdo.

Otra ayuda significativa para comprender las secuelas de los abusos infantiles, sobre todo los sexuales, nos la proporciona la teoría de Fonagy de los estados borderline¹, según la cual la ausencia en las relaciones tempranas de figuras provistas adecuadamente de empatía, coherencia y seguridad no permite al niño experimentar la gama de las intenciones y de los sentimientos del objeto, y el desarrollo de la “teoría de la mente” queda bloqueado, “autoimpuesto y parcial”. Desde esta óptica se pueden comprender varios aspectos del funcionamiento borderline y de los sujetos abusados. De entre los tantos elementos clínicos ilustrados por Fonagy recordamos: la dificultad en comunicar experiencias emocionales; la desesperada dependencia, manifestada por el paciente en la transferencia, como expresión de la dificultad para mantener la imagen del analista como entidad mentalmente activa y no sólo como presencia física; la ausencia de preocupación por el objeto y la crueldad, ambas reconducibles a la incapacidad de representarse el pánico en la mente del otro; las dificultades y el sentimiento de fracaso en las relaciones sociales, dada la escasa capacidad para prever el comportamiento ajeno,

etcétera. Una implicación interesante de este modelo concierne la conceptualización de la “transmisión del maltrato” en el estudio de la transmisión intergeneracional del maltrato: los resultados de las investigaciones llevadas a cabo en el marco del “*London Parent-Child Project*” ponen de relieve que las madres procedentes de experiencias de abuso y de privación, tienen menos probabilidades de transmitir a los hijos cuando sus historias infantiles muestran una alta capacidad reflexiva sobre sí mismas y sobre el estado mental de otra persona.

De todas formas, la mayor parte de los autores concuerda en que el evento traumático ejerce una acción destructiva en mayor medida si existe una fragilidad previa del individuo (o sencillamente si el acontecimiento traumático coincide con determinados momentos evolutivos), si el trauma es especialmente violento, si comporta prevaricación y traición de una relación anterior de confianza, si se prolonga en el tiempo –creando por lo tanto fantasías de complicidad culpable– y si invade el espacio personal de la víctima, por ejemplo la vivienda. Además, un indicador de ulterior gravedad está relacionado con la efectividad de la respuesta terapéutica tanto por parte de los profesionales de la salud mental como de los familiares, en función de evitar la que se define como una “victimización secundaria” de quien ha padecido el abuso, por ejemplo por parte de los servicios o de los organismos de justicia.

Los datos epidemiológicos relativos al abuso sexual en Italia son escasos y poco convincentes, tanto es así que las previsiones más aceptables proceden de una extensión de los índices y de los valores establecidos en los Estados Unidos² y en otros países europeos³ o de una revisión de los procedimientos judiciales. Según esta aproximación dos niños entre mil sufren cada año violencia sexual en Italia.⁴

Además, de los procedimientos penales se puede deducir que en el 70-90% de los casos el abuso puede suceder dentro de la familia, mientras que sólo el 8% de los casos es extrafamiliar y el 2% por parte de desconocidos.

En general el abuso intrafamiliar no es episódico sino que se prolonga en el tiempo, y contrariamente a lo que normalmente se cree, el uso de violencia física es insólito. No obstante la violencia está siempre implícita, por la diferencia de rol y por la relación de subordinación y de vínculo recíproco entre la víctima y el abusador (Vasalli, 1993; Vetrone y Berti, 1991). El abuso sexual es más frecuente en la pre-adolescencia en las edades comprendidas entre los ocho y los doce años, y se produce mayormente entre padres –padrastrós– e hijas. Sólo una pequeña parte de los adultos que incurren en abuso presenta un verdadero trastorno psiquiátrico⁵.

Por consiguiente, el abuso sexual en Italia es un fenómeno básicamente doméstico, que no está connotado por diferencias de censo, clase social o pertenencia geográfica, sino que es más bien transversal con respecto a los diferentes componentes sociales.

De estos datos se desprende que, como justamente observa el CENSIS⁶, la caza al “monstruo pedófilo” y las intervenciones dirigidas a obtener una mayor seguri-

dad social, sencillamente evitan tomar en cuenta que las raíces del abuso residen en el malestar y en la violencia intrafamiliares y en la distorsión de las normales relaciones afectivas.

Por otra parte también es verdad que el mercado de la pornografía infantil es en la actualidad un fenómeno mundial en que están implicados grandes intereses económicos, sin embargo la mayor parte de los abusos tienen lugar dentro de casa, en la subversión de los roles y de las funciones familiares.

PSICODINÁMICA DEL ABUSO

En el abuso sexual, a la intromisión del abusador en el espacio físico y psíquico del niño, se vincula una cantidad de excitación y de placer directamente relacionada con los fantasmas y los deseos edípicos más o menos reprimidos. Esta circunstancia específica es la que hace que el trauma del abuso sea un caso completamente especial de evento traumático. En efecto, en el mismo el hecho externo sigue las huellas y realiza el deseo reprimido del niño, y representa su fantasma inconsciente de seducción y de violencia en la realidad. El vínculo entre el exterior y el interior se vuelve así más íntimo y oscuro.

En los casos de incesto, la paradoja, la inversión de sentido y del orden generacional, la subversión de la ley y del orden simbólico, son todas características que diferencian la dinámica de la familia abusadora. En su interior el adulto trata al niño como objeto erótico, pasando de una “ternura educativa” a una “super-ternura no casta” (Yves-Hiram Haesevoets, 1997). Los miembros viven los intercambios violentos como tratos habituales, herencia de las generaciones anteriores. De hecho, estas familias están profundamente perturbadas en su eje transgeneracional. La mayoría de los progenitores abusadores lleva consigo una carga psicológica debida a su propia historia infantil, hasta el punto de que no pueden integrar una imagen parental interna suficientemente buena. Por ello tampoco les es posible adquirir una capacidad o función efectiva de progenitores, y su control de las pulsiones es siempre deficitario. El abuso como episodio puede ser entonces una manifestación extremada que se ubica en un escenario más amplio, en el cual, en la mayoría de los casos, la inadecuación de los cuidados primarios constituye la estructura de la relación distorsionada entre el abusador y el abusado.

La membrana protectora “ofrecida” por el progenitor al niño está dañada y desgarrada, y si la angustia por la amenaza de pérdida del objeto devasta el mundo interior del niño, el niño real se verá cargado por elementos ajenos a él.

La relación madre-hijo

M. Mahler ha descrito detalladamente la relación que se va estructurando entre madre e hijo inmediatamente después del nacimiento. Por un lado está una madre con una personalidad bien definida y poco flexible, y por el otro se halla un individuo en formación que todavía no ha estructurado su propio yo en el mundo

y utiliza sus energías para adaptarse a éste.

“Tanto si la madre representa un objeto sano como patológico a los fines de tal adaptación, el niño toma forma en armonía y en estrecha colaboración con los modos y el estilo de ella” (Malher, M. et al., 1984). El riesgo entonces es que la madre que vivió una distorsión relacional precoz pueda utilizar al niño para intentar satisfacer sus necesidades primarias, la carencia afectiva padecida, y moldearlo según sus exigencias.

Yves-Hiram Haesevoets (1997, op.cit.) opina, además, que los progenitores abusadores se identifican de forma retroactiva con sus propios padres violentos, pidiendo al niño victimizado reconocimiento, ternura, reparación y abnegación. Los progenitores esperan del niño que sea él el quien borre su trauma, como si los impulsara un “cuerpo extraño interno”, un pasado traumático “falto de vínculos psíquicos”. El hijo de esta forma ocupa “el lugar de la elaboración del duelo” y la misión imposible de reparar sus propios padres le absorbe. El niño imaginario reemplaza al niño real y le priva de un lugar, de un “espacio” para pensar.

El efecto de esta dinámica compleja es lo que Haesevoets llama “*blocage de l'enfance*”. La víctima, cuestionada en su ser infante y en su palabra, se manifiesta por medio de una incapacidad para jugar y una pseudo-precocidad en la relación (personalidad pseudo-madura). El niño abusado pierde su infancia y olvida que es un niño. Su gusto por la imaginación, por el mundo de lo fantástico y por el juego desaparecen. Las pesadillas reemplazan a los sueños y al pensamiento onírico. El incesto confunde los límites entre sueño y realidad y concreta lo que debería quedarse en deseo, lo que explica la elevada incidencia de trastornos del sueño en niños abusados: ellos temen que, como en una serie de películas muy apreciadas por los adolescentes⁷, el sueño espantoso de sus deseos pueda concretarse.

La fisura narcisista se ensancha paulatinamente y la herida simbólica deteriora la imagen de sí mismo.

El trauma del incesto

Efectivamente, el abuso sexual introduce un “sin sentido existencial”. Al no poder pensar en el entorno familiar como culpable de sus carencias, el niño carga con la autoría de su trauma. Gracias a la omnipotencia infantil atribuye a las propias pulsiones y emociones rechazadas por el entorno la responsabilidad del fallo de los padres: la culpa traumática invierte la causalidad. Así como en la personalidad neurótica el sentimiento de culpabilidad encuentra una explicación en la dimensión intrapsíquica, relacionada con los fantasmas edípicos y con las pulsiones reprimidas por efecto de la prohibición parental del incesto, en el caso de la víctima de abuso la culpa adquiere una dimensión y una consistencia reales, soportada por la identificación con el agresor y por la repentina inversión del orden natural de los cuidados parentales.

Bollas en su escrito “*El trauma del incesto*” explica que el padre abusador

desestructura la relación con la hija porque viola la ley del “nombre del padre actuando con un nombre distinto”. “Éste actúa –escribe BOLLAS– en el nombre de la madre, o mejor dicho, representa el cuerpo de la madre y anula al falo en cuanto objeto intrapsíquico que facilita la evolución de los hijos hacia la independencia. De este modo la víctima del incesto es empujada de nuevo a la relación con la madre, la madre precoz de los primeros tres años de vida. Este regreso es un trauma temporal, una distorsión del tiempo, porque la niña es trasladada a la vida del pasado”. El padre incestuoso ofrece sus cuidados sexualizados en el lugar de los maternos que han faltado en los inicios.

Es como si en un momento dado el niño hallara en el adulto una respuesta concreta a sus fantasías, en tanto que éste intercambia sus juegos por los de una persona sexualmente desarrollada.

El niño que empieza por vivir su relación objetual erotizada como juego a través del abusador, frente a una respuesta no adecuada a sus fantasías siente un miedo inmenso, y en el intento de adivinar los deseos del adulto se produce una gradual sumisión, hasta una completa identificación con éste. Este proceso de identificación guía la introyección del agresor, anulando así el miedo sentido con anterioridad, sin embargo el placer y el sentimiento de culpabilidad del adulto se hacen propios. En definitiva, la personalidad no está aún desarrollada, no responde al “displacer” por medio de mecanismos de defensa adecuados, sino con procesos de mimetismo debidos al miedo. Aquí se anula la reciprocidad, se anula la confianza básica y el lenguaje se confunde.

La “inversión topográfica”

El secreto se convierte así en el núcleo de cristalización de un sistema desquiciado, inconcebible, que se autoperpetúa, de una psicosis simbiótica relativa al área sexual. Efectivamente, nadie puede acceder a la relación a tres y la única manera para no arriesgarse es no permitir el acceso a lo simbólico, quedándose en el nivel de la acción y no del pensamiento.

BOLLAS recurre al concepto de “inversión topográfica” para mostrar que “el acto del padre invierte la dirección del deseo sexual de la niña”. De hecho el padre ya no es el contenedor del deseo y de las fantasías de la hija, sino que es su propio deseo el que abusa de la niña, invirtiendo el orden de las cosas, restándole espacio físico y mental. Es como si el objeto libidinal dijera: “Estoy aquí para utilizar tu deseo de mí, lo que constituye una inversión topográfica de la vida instintiva”. El padre, el adulto, secunda la fantasía de la niña haciendo de ella una presa y poniéndose a sí mismo como objeto concreto, “real”.

La sexualidad infantil, la normal curiosidad del niño, que Ferenczi sitúa cronológicamente en el curso del estadio del amor objetual pasivo y de la ternura, es subvertida por la seducción, por la pasión del adulto; de esta forma, el orden simbólico y el normal recorrido pulsional se alteran.

La substitución de las fantasías por lo real, del cuerpo imaginario por el concreto, abren el camino a las patologías de la mentalización, que substituyen la expresión verbal y afectiva por el acto. Muchos estudios, como ya se ha mencionado, han relacionado la patología borderline con abusos previos, que se encuentran con una frecuencia sorprendente en las anamnesis de estos pacientes (ver Van der Kolk et al., 1994). Por su parte, Masud Khan (1983) ya había escrito sobre la posible evolución de una patología histérica en niñas que hubieran tenido como respuesta a sus necesidades infantiles una sexualización precoz, tal vez menos traumática.

Sobre lo beneficios implícitos en el respeto de la prohibición, sabemos que los progenitores conservan su lugar en el ámbito familiar en la medida en que permiten al hijo elaborar sus propias fantasías, aun vetando su actuación. Al contrario, en los casos de incesto, el niño se encuentra en una situación límite en la cual está “fuera de la ley”. En estos casos el factor traumático reside en que al niño no se le garantiza su seguridad ni desde el punto de vista físico ni desde el simbólico. La aproximación y la subversión de la ley, así como la cercanía de unos familiares que han perdido, ellos mismos, el rol de primeros garantes de la norma, dejan al menor en una situación de impotencia e inanidad absolutas. El efecto en el niño es destructivo, en tanto en cuanto destruye las barreras al amparo de las cuales los fantasmas inconscientes se desvanecen naturalmente.

EL MARCO TERAPÉUTICO

El abuso es un fenómeno real y concreto, que tiene sus raíces no sólo en la psicopatología familiar o individual, sino también en la sociedad civil, en cierta manera de percibir y entender la infancia y los niños, y en la percepción social y cultural de lo que es una persona, de sus fronteras, sus derechos y sus necesidades. No quisiéramos ahondar en una investigación sociológica que no es de nuestra competencia, sin embargo tememos una lectura unívoca y simplista del abuso.

Existe, además, una serie de condiciones necesarias, aunque no suficientes, para que una víctima de abuso sexual pueda ser tratada y ayudada, y se trata de condiciones al menos en parte extra-clínicas pero indispensables para que se pueda efectuar un recorrido terapéutico.

Piero ingresa en nuestra unidad de internos para adolescentes precedido por una fama de intratable y por un clima de alarma y de emergencia. El chico, de catorce años, grande, torpe y desgarbado, se encuentra en un estado de agitación con elementos autolesivos graves. El nuevo ingreso, el último de una larga serie, es motivado por sus actos agresivos hacia los familiares y vandálicos. Pero lo que más llama la atención de los médicos es la alternancia entre tales actuaciones incontrolables y una docilidad casi servil acompaña por su necesidad de ser aceptado a cualquier precio, incluso adaptándose de forma servicial a realizar las tareas más humildes. Por otro lado, el grupo de iguales, los demás internos, responde con un

rechazo instintivo y cruel a los ofrecimientos de Piero, marginándolo también dentro de la unidad, así como lo había sido en la familia y en la escuela.

La madre, deprimida y poco afectiva, y el padre, cómplice y un tanto demasiado invasivo e inquisitivo, recuerdan al chico siempre aislado y diferente de los demás. Los padres, así como los iguales, parecen percibir en mayor medida los aspectos histriónicos del chico y su avidez afectiva, en tanto que el tema del sufrimiento y del malestar de Piero parece inconscientemente reprimido. Sus exageraciones lo encubren todo, es ávido en el comer, excesivo en los modales y en las mismas manifestaciones somáticas de los afectos, pasando del rubor intenso por la incomodidad a la lipotimia, de un hipersexualismo exhibido a la difícil admisión de su propia inexperiencia y de su frustración afectiva.

El proyecto terapéutico se articula a lo largo de los meses únicamente con la continuidad de nuestra atención, entre más ingresos, comunidades, centros de acogida de día. Teníamos la sensación de que existía un secreto fluctuante, algo inexpresado que determinaba la insuficiencia de las terapias farmacológicas y la imposibilidad de un proceso real de psicoterapia.

Es el mismo Piero, el que con un golpe de efecto teatral halla una solución, presentándose en el servicio de urgencias de su pueblo con las señales corporales aún evidentes de una relación homosexual con un pariente político suyo, que había reemplazado al abuelo, fallecido hacía ya unos años. Esta vez, lúcido y coherente en su denuncia, Piero es capaz de acceder a una relación terapéutica, a condición de que el “proceso” de curación vaya de la mano del “proceso” penal de su abusador, como parte integrante de un recorrido de mejora.

Los dos procesos paralelos, la terapia y la intervención judicial, han reafirmado a Piero, que de esta forma ha podido establecer una relación válida y de confianza con el terapeuta.

La importancia de las intervenciones institucionales

La magistratura reconoce un abuso sexual perpetrado a un menor como “delito” y por ello es de competencia de varios organismos y servicios institucionales.

En este caso, cobra importancia el que los servicios se puedan coordinar a fin de que el niño reciba el soporte que necesita para afrontar el itinerario procesual sin que se sienta solo y abandonado. En este tipo de circunstancias, el éxito de una terapia está directamente relacionado con las intervenciones complementarias dirigidas en general a la tutela del menor.

Las intervenciones institucionales pueden empezar en el momento en que se da a conocer la violencia sufrida por el menor, tanto después de la revelación por

parte de la propia víctima, como después de comprobaciones diagnósticas acerca de una sintomatología psicofísica determinada, o de dibujos y de cuentos que el niño hace en la escuela o en otros contextos extra-escolares.

Desde este momento en adelante, según Vassalli (1993) el marco general que se construye alrededor del niño abusado debe tener el objetivo de:

Proteger y tutelar al menor interrumpiendo la violencia.

Realizar un análisis atento de las dinámicas familiares que han permitido el nacer y el perpetuarse del abuso.

Intentar restablecer las relaciones entre los distintos miembros de la familia, cuando eso es posible.

En la situación de emergencia, tutelar al niño puede significar alejarlo temporalmente del núcleo familiar, escenario de la violencia, pero esto se tiene que evaluar en cada caso para evitar que el menor pueda sentirse invadido por sentimientos de vergüenza o de culpa por haber destruido el núcleo familiar.

Al haber depositado su confianza en las personas que deberían haberle protegido y guiado durante los años de su crecimiento, el niño asustado ha sido profundamente traicionado, sin embargo, una vez desvelado el secreto, siente que él mismo es el traidor.

Si después de la denuncia la familia se disgregara, esto reforzaría su vivencia. “Una ruptura automática y definitiva de los contactos entre el menor abusado y sus familiares, incluso en los casos más graves es un presagio de serios efectos psicopatológicos”. (Crivillè et al., 1987)

En su lugar se debería ayudar al niño a restablecer las relaciones con los distintos miembros de la familia, como los hermanos o el progenitor no abusador, aunque todos ellos han formado parte de la relación patológica intrafamiliar que ha llevado al incesto.

Se tiene que informar al menor acerca del itinerario procesual al cual se someterá el progenitor abusador y ayudarle para que pueda aceptarlo, tanto si el progenitor se ha declarado culpable del delito del que es acusado, como si lo niega.

Sin duda alguna una intervención terapéutica en una situación invadida por tanta concreción es difícil de llevar a cabo, pero en este caso empezar por la tutela del menor significa darle la posibilidad de establecer una nueva relación de confianza con un adulto protector. “Es imposible hacer una buena clínica en ausencia de protección” (Malacrea, 1999).

EL ENCUADRE DEL TERAPEUTA EN EL PROCESO DE CURACIÓN

Quisiéramos ahora volver al tema, también muy debatido, de la terapia del abuso y de lo que ocurre cuando en el contexto de un tratamiento analítico o psicoterapéutico se evidencia la realidad o la fantasía de un abuso.

La literatura acerca de la intervención terapéutica es inconmensurable pero decepcionante. En ocasiones los autores de diferentes escuelas y orientaciones han

intentado una modelización y una esquematización de las distintas fases de la terapia, dejando sin resolver el problema de la extremada variabilidad de las situaciones de abuso por la forma en que se presentan en la clínica. Otros, en cambio, y nosotros nos incluimos entre éstos, prefieren empezar por un examen de los efectos del trauma en la estructura psíquica, efectos que representan otros tantos objetivos de la intervención terapéutica, a pesar de que puedan manifestarse en momentos distintos de la vida de un paciente. En otras palabras, la intervención sobre el trauma actual, dirigida a contener los efectos destructivos y a permitir que se reanuden las funciones psíquicas normales, difiere de la terapia de las secuelas traumáticas activas y destructivas, a distancia incluso de decenios, como demuestran los suicidios de Levi, de Bettelheim y de muchos otros. El siguiente caso descrito de forma más detallada en un trabajo anterior (Catarci, Natali y Sabatello, 1989) resulta ilustrativo al respecto:

Los señores T. acuden a terapia de pareja por un grave trastorno obsesivo del hijo de doce años, para el cual se les aconseja una intervención terapéutica propedéutica para la psicoterapia del niño.

Forman una pareja juvenil, Marta es mona y extrovertida, mientras que el marido, Renato, es sombrío y reservado, y a ratos estalla en repentinas crisis de llanto por razones para nosotros incomprensibles, sobre todo cuando evoca su propia infancia o habla del hijo.

La terapia sigue durante meses sin acontecimientos relevantes, y se va evidenciando una relación caracterizada por la fusión y la escasa diferenciación, hasta el punto que: "...nos sentíamos como espectadores de una 'relación' que describía un área mental sin fronteras y sin distinciones entre las partes, y estábamos proponiendo con dificultad un tipo de relación en la que fuera posible la separación y la individuación, aunque necesariamente frustrante y menos satisfactoria". No obstante, nuestra sensación era la de un trabajo que de todas formas estaba progresando, y que se alimentaba de los sueños de los señores T. que los cónyuges se contaban por la mañana, y que se analizaban en las sesiones como expresión de los procesos afectivos e imaginativos de la pareja. El nivel de fusión era tal, que cada uno de los dos podía expresar en sueños no sólo los deseos y los temores compartidos, sino también los negados y reprimidos por el otro, anulando entre ellos incluso cualquier diferencia de sexo y de género. Teníamos así la impresión de que, aunque a través de distintas formas expresivas, la sexualidad constituía el "trauma común compartido" por la pareja, por lo que las valencias excitatorias se evitaban por medio de mecanismos fóbicos.

Las crisis de llanto de Renato, sus celos y los sueños recurrentes en que Marta le traicionaba señalaban un área dolorosa y traumática que se reflejaba en la actitud seductora contrafóbica de Marta, pero también en

sus recuerdos atemorizados de la sexualidad violenta de sus propios padres, que había experimentado como espectadora desde su adolescencia.

Sin embargo, al regresar de las vacaciones de verano, Renato relata un sueño que, después de un impacto perturbador, se convierte durante meses en el eje de la elaboración terapéutica. Caminaba por la calle con Marco, más pequeño que en la actualidad. Marco pide a un hombre por la calle que le compre unos juguetes. Renato está descontento, se pregunta por qué no se los ha pedido a él, por qué tiene que ser otro quien se los compre a su hijo.

Bajan al metro junto a este hombre. Renato va a sacar los billetes, pero salen centenares de monedas de la máquina. Piensa adueñarse de ellas, pero luego cree que no sería justo. Se da la vuelta y ya no encuentra al hijo, le llama, le busca desesperadamente, sube hasta la calle, siempre buscándolo.

Ve a Marco que corre hacia él, lo levanta y lo coge en brazos, poniéndole un brazo debajo, para sujetarlo. Se mira la mano, que está manchada de sangre, y el rostro de Marco también, ¿o es el suyo?

A pesar del dramatismo el sueño tiene inicialmente un efecto paralizante, tanto en la pareja como en los terapeutas, sin que sea posible realizar trabajo de elaboración alguno.

Sentíamos que estábamos coludiendo con las resistencias de los pacientes en la medida en que la repetitividad de los contenidos y de la misma estructura de las sesiones nos volvía a proponer de forma contratransferencial el universo cerrado y repetitivo de su vida familiar. Propusimos entonces establecer un final para la terapia, desconfiando acerca de cualquier posibilidad de cambio, pero también con el proyecto de transformar la crisis de la terapia en una ocasión para focalizar en la situación de estancamiento, que había comenzado justamente por el sueño de Renato, tal vez no por casualidad.

En la sesión sucesiva, Marta nos dice llorando que Renato había empezado a hablar tan pronto como había salido de la consulta. Habla del sueño, de que el niño seducido y violado había sido él, a los ocho y a los diez años, por dos personas distintas. Renato esta vez no llora sino que sigue el relato. Afirma que nunca ha hablado antes a nadie, ni siquiera a sus padres, de lo ocurrido; recuerda las sensaciones, los lugares, los detalles. Se siente culpable e indigno frente a sí mismo y a su mujer porque a los catorce años la seducción se ha repetido con sus primos, pero esta vez él era activo, con todas las tensiones y la excitación de su adolescencia.

Marta reasegura al marido y describe la semana anterior como “otro mundo”. Se han quedado siempre hablando, unidos como nunca, y, por

primera vez, Renato ha pedido a Marco no entrar en su habitación y dejarlos a solas.

Marco se ha ido a su habitación, ha cogido unos papeles dejados allí por el padre y los ha llevado a la habitación del matrimonio: "...si me echas de vuestra habitación, entonces quédate con tus cosas, ¿por qué tienen que estar en mi habitación?"

La "ley del silencio"

La inhibición respecto a hablar del trauma, acompañada por el sentimiento de impotencia, es uno de los escollos más difíciles de superar tanto en el diagnóstico como en la terapia. "La violencia sexual en el niño es una de las formas de maltrato más eludidas: el niño tiene miedo a hablar, y, cuando lo hace, el adulto tiene miedo a escucharlo" (Gabel, 1992).

El primer cometido que se nos presenta como psicoterapeutas concierne la constitución de un encuadre interno que pueda consentir que el abuso no vuelva "del silencio al silencio". Romper la lógica del secreto, la "ley del silencio", es decir, la lógica de sumisión de la víctima al abusador, es ciertamente la cuestión crucial en el diagnóstico y en el tratamiento de los menores abusados (ver Gauthier, 1994) así como de los adultos victimizados.

En realidad, se trata de saber acoger las palabras del niño sin traicionar la confianza que nos deposita revelándonos lo ocurrido, exponiéndose además de este modo al grave riesgo de una violencia suplementaria. El prejuicio según el cual los relatos infantiles siempre son el fruto de fabulaciones, enfrenta el menor a menudo con la incredulidad del adulto, encerrándolo en un ciclo interminable de violencia. Si el adulto decide creer las palabras del niño se compromete a entenderlo y ayudarlo en resolver su conflicto interno y relacional, descifrando el "deseo doble pero no contradictorio" de acabar con la violencia sin represalias hacia el progenitor o el familiar abusador, ofreciendo así el espacio para un intento de representación y de elaboración.

Por otra parte es necesario decir que también aceptar cualquier afirmación de un niño en tema de abuso como una verdad, corre el riesgo de generar otra violencia, al dar soporte a la confusión del menor entre realidad y fantasía, y al exponerle, junto con su familia, a las consecuencias de la sospecha y de una investigación que es de todas formas crítica y difícil. En estos casos, ahora ya más frecuentes de lo que se pueda llegar a creer⁸, la "construcción" del niño se consolida y se convierte en "realidad", soportada por las preguntas y las suposiciones, o incluso más por las fantasías del adulto, y en los casos en que el relato no se corresponde con una verdad "histórica", esto reduce la posibilidad de un desarrollo fantasmal adecuado del niño. Lo que se olvida con demasiada frecuencia es que la sexualidad infantil, aunque distinta de la del adulto, de todos modos existe, y se desarrolla en la normalidad por medio de fantasías que involucran a los padres en el escenario edípico. Se trata de

una responsabilidad que debería quedar clara para cualquiera que se ocupe de abuso en la infancia, y que marca la diferencia, a nuestro parecer esencial, entre peritos y terapeutas, para los cuales, en cambio, la “verdad” del niño siempre se acepta como expresión del mundo interno y no necesariamente de una verdad histórica.

En todo caso, las dificultades de la víctima no acaban con la interrupción de los abusos. A menudo se instaura una neurosis de indemnización, una queja por el modo en que la comunidad trata al superviviente; la víctima pide compasión y curas para compensar el daño causado a la confianza y a la autoestima, a veces complicado por necesidades contradictorias de expresar rabia y furia reprimidas, y reencontrar competencia e independencia.

El terapeuta como contenedor

A causa de estas circunstancias cualquier intento por parte del terapeuta por ofrecer su disponibilidad y una contención afectiva, elicitó vivencias de intrusión, vuelve a activar los mismos componentes traumáticos y genera reacciones terapéuticas negativas intensas. En la propuesta de Montecchi (1994) la inadecuación del objeto primario justifica una posición terapéutica de soporte y flexible, además de alguna gratificación de la necesidad de dependencia del niño. Por todo ello, se pone en evidencia la eficacia de una actitud de escucha analítica y de un “silencio interpretativo” útil para la constitución de un espacio potencial “en el que el niño halla las condiciones ideales para hacer una experiencia en que sean ausentes las interferencias posibles por parte del terapeuta”. El terapeuta tiene que ser una “presencia transicional” (como una madre que presencia el juego de su hijo sin interferir) y debe ofrecerse como “contenedor” de las angustias profundas de fragmentación de la víctima, garantizando la vivencia de una función materna suficientemente buena.

Sin embargo, según nuestra experiencia la posición desde la cual trabajamos en la terapia no puede prescindir de la etiopatogénesis específica del abuso sexual infantil. El objetivo principal del tratamiento consiste en deshacer el nudo entre factores traumáticos externos y fantasmas internos (de seducción), en donde obviamente la edad de la víctima justifica la expectativa de la existencia de una temática edípica. En definitiva, se trata de restablecer o establecer ex novo esos normales nexos que el trauma ha cortado. A diferencia de las condiciones “ordinarias” de una terapia, a menudo nos encontramos obligados a albergar la duda sobre la verdad histórica de lo que cuentan nuestros pacientes. Soportar tal duda sin transmitirla al paciente de forma prematura es la única oportunidad de que disponemos para evitar *acting out* dolorosos y exasperados dirigidos a convencernos de la “verdad”.

A pesar de todo ello, en estos casos también existe un margen de posibilidad para la elaboración. Como para los supervivientes: “... estamos frente a la necesidad de negar (para sobrevivir) una realidad externa demasiado intolerable para poder ser

metabolizada en términos psíquicos. En la psicosis también el paciente niega una realidad insostenible, aunque la misma no sólo está hecha de realidad externa objetiva, sino también de una realidad externa alterada y deformada, en tanto que sede de proyecciones de una realidad interna conflictual y por ello, al menos en parte, elaborable. Entonces, la imposibilidad de elaboración parece relativa a la alteración estructural derivada del tipo específico de trauma o conjunto de traumas que la ha producido, y que la vuelve irreversible, al no estar causada por un conflicto intrapsíquico. Es como una mutilación perenne, y en el ámbito psicoanalítico tal vez sólo podamos ayudar a hacer más tolerable la convivencia del resto de la personalidad con esta área dañada o reconocida como tal” (Amati, 1984). Por estos motivos, durante el tratamiento la víctima necesita movilizar resistencias extremas.

La manifestación misma de la transferencia tiene la finalidad de inmovilizar paciente y terapeuta, y reproducir una vez más una dinámica que los vincula de forma colusiva, como víctima y agresor, a sus fantasmas más terroríficos, estimulando las áreas de la personalidad del terapeuta que por ser desagradables o ligadas a eventos graves nunca se han podido llegar a conocer suficientemente. El riesgo, entonces, en el intento de gobernar las partes más extremadas e inquietantes de nuestra mente, es el de ser colusivos con el paciente.

Para los pacientes gravemente traumatizados la revelación es a veces liberadora, como en el caso de Piero, pero en otros momentos puede ser una confesión traumática e insostenible. El cometido del terapeuta es modular constantemente la relación transferencial y respetar las áreas imposibles de ser pensadas y opacas que el paciente puede mantener durante largo tiempo, incluso para siempre.

Por todo ello, nos parece tranquilizador pero poco adecuado proponer unos modelos de las fases de la terapia, dado que en palabras de Bermann (1966): “...Lo que debemos aprender no es un listado de reglas inmutables, sino una sensibilidad introspectiva y empática hacia las fuentes reales y el real impacto de nuestras acciones y de nuestras no-acciones” (Berman, 1996).

LA NEUTRALIDAD DEL CLÍNICO EN LA EVALUACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL ENTRE REVELACIÓN TRAUMÁTICA Y TERAPIA NO VIOLENTA.

La historia de Piero, en su simplicidad, muestra la tendencia iterativa de la vivencia traumática que se vuelve a producir independientemente del contexto y de los significados de la relación. Por ello, al terapeuta se le requiere una mayor prudencia y también una conciencia más profunda de su propio encuadre interno. Como ya hemos visto en el abuso, en lugar de asistir a una simplificación de la etiología, es decir una fácil evidenciación del trauma y de sus efectos, nos adentramos en un terreno de mayores incertidumbres. Además, a causa del tipo específico de violencia, de las inevitables cuestiones deontológicas y éticas, o del cometido especial que se le encarga al profesional (como en el caso de los peritajes

médico-legales), su neutralidad se ve constantemente amenazada.

Las resistencias para reconocer que puedan existir unos padres malos, la identificación con la víctimas así como la irrupción del material inconsciente de los familiares y de sus fantasías disociadas de la memoria en el escenario diagnóstico, más que nada constriñen al terapeuta en la trampa de la “duda patológica” y corrompen su imparcialidad de juicio, volviéndole “opaco”.

El concepto de neutralidad se define en el “Vocabulaire de la psychoanalyse” de Laplanche y Pontalis (1967) como ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales. El que da interpretaciones y es objeto de la transferencia debería no intervenir como individuo psicosocial, ser neutral hacia las manifestaciones transferenciales y hacia el discurso del analizado, es decir, no privilegiar a priori, en base a prejuicios teóricos, un fragmento determinado o cierto tipo de significado. En suma, la neutralidad se refiere exclusivamente a la curación y es una recomendación técnica que no implica ni garantiza una objetividad total del psicoanalista.

Por otro lado, llama la atención que concluyendo la definición del diccionario, los autores casi reprenden el que incluso los psicoanalistas más clásicos en algunos casos específicos (especialmente en la angustia de los niños, en las psicosis, en determinadas perversiones) pueden ser inducidos a no considerar deseable o posible una neutralidad absoluta.

Ferenczi en 1932 escribía críticamente a este respecto:

“La situación analítica –la frialdad reservada y la hipocresía profesional que sirven para esconder la antipatía hacia el paciente, que no obstante la percibe con cada parte de su cuerpo– no es substancialmente diferente del estado de cosas que en su momento, en la infancia, ejerció una acción patógena. Si en la situación analítica así encuadrada nosotros inducimos al paciente a reproducir también el trauma, creamos un estado de cosas insostenible; no hay que sorprenderse de que de todo ello no pueda nacer nada distinto y mejor que la reproducción del trauma originario. Si, al contrario, damos libre curso a la crítica, si somos capaces de reconocer nuestros errores y de no cometerlos más, obtenemos la confianza del paciente (Ferenczi, 1932).

La “neutralidad” del terapeuta

A su manera Ferenczi propone que el analista se ofrezca como “nuevo objeto” capaz de un comportamiento distinto y de autocrítica, aunque es difícil comprender por qué un paciente tiene que soportar los “*mea culpa*” del analista. A distancia de decenios Stolorow (1997) se arriesga a afirmar que si consideramos la situación analítica como un sistema intersubjetivo de influencia mutua y recíproca, el concepto de neutralidad entendida como abstinencia, anonimato, equidistancia y empatía se revela como una ilusión, una forma de “grandiosidad defensiva” que distrae de la dolorosa vulnerabilidad del terapeuta.

Nos parece además que el problema de la neutralidad es muy complejo y a menudo cargado de malentendidos. La definición canónica de Laplanche y Pontalis efectivamente no se refiere a una total e inhumana distancia entre el operador y el paciente, estigmatizada por Ferenczi, sino más bien a la abstinencia que el terapeuta tiene que guardar, dentro de sí mismo, para evitar que sus propias convicciones ideológicas, éticas, políticas y sus mismos gustos, puedan “colonizar” al paciente utilizando la asimetría propia de la relación terapéutica o diagnóstica. Se trata de una participación emotiva e intelectual del analista (en la vivencia del paciente) que vigila para que las convicciones más profundas no lleguen a condicionar peligrosamente el campo de observación.

Aun manteniendo el valor del concepto de neutralidad y de abstinencia, hay que afirmar claramente que en los casos de abuso se debe reconocer a la víctima como tal si no se quiere mantener el *status quo*. Esto no significa que los aspectos colusivos propios de los abusos sexuales no se tengan que analizar, pero es fundamental que el niño sienta que el adulto no le juzga ni le recrimina. El terapeuta, además, tiene que ayudar a distinguir por medio de la interpretación entre los persecutores reales y los objetos internos persecutorios, entre el pasado y el presente, y, en un momento posterior, debe indicar las áreas de superposición e influencia por parte del mundo interno del paciente. El analista tiene entonces que permanecer expuesto, no atrincherándose detrás de un asunto teórico de distancia emocional, sino garantizando en sí mismo un reflejo y unos nuevos modelos de relación, sin por ello influenciar al paciente y tampoco perdiendo su propia visión giroscópica, circular, de los fenómenos psíquicos.

Reducir a un niño, a un paciente, a un trauma sufrido, significa realmente reiterar una violencia y perder de vista la globalidad de la persona aun cuando a veces esto parece interesar únicamente al sistema de la justicia o a quien se encarga de escuchar al niño. Con frecuencia es el mismo niño quien propone como posición de observación de todo el proceso diagnóstico o terapéutico, su propia memoria cristalizada del trauma, tanto es así, que el terapeuta adopta la perspectiva de la imagen “virtual” del niño violado, y se arriesga constantemente a despojarse de sus cualidades neutrales y a caer en la colusión, alimentando el “mito personal” del mismo menor, con la escena-modelo propuesta. De forma análoga a lo que ocurre en la relación abusador-abusado el profesional (y el niño con él) puede quedar atrapado en una especie de “estancamiento terapéutico”, de fracaso en el cual todo el proceso de elaboración, y con él la transferencia, amenazan con interrumpirse.

Estamos convencidos de que la única garantía de neutralidad y de praxis no violenta hacia el niño durante y después del diagnóstico, tanto clínico como pericial, es proceder más allá de la “representación traumática extrema”, más allá del episodio de seducción o del maltrato como “epifenómeno”. En efecto, éste tiende a la cristalización del trauma en la relación transferencial, empujándonos hacia una actividad indebida, falsamente reparadora, mientras que nuestra tarea sigue siendo

por encima de todo la de conseguir “pensar y sentir” junto con el paciente la violencia que el abusador sólo consigue actuar (Crivillé, 1992).

Pensamos que sólo con una mirada que vaya más allá de la representación traumática del abuso, que tenga en cuenta el mundo interno y sus motivaciones, podemos garantizar esa neutralidad que necesitamos como clínicos o como asesores al servicio de la justicia, para poder hacer frente al área de la fascinación y de la seducción narcisista que estos niños y sus vicisitudes proponen a nuestra atención.

La construcción de la “zona franca”

También tenemos que tener en cuenta que la víctima de un abuso ha perdido cualquier confianza en la capacidad de protección por parte del adulto, así que en lugar de promover un contenedor inerte o hasta hostil para acoger al niño abusado, la institución y/o el terapeuta debería garantizar una buena atmósfera, facilitando el encuentro y la relación con el especialista, sin reiterar la dimensión predatoria del niño por parte del adulto. Antes que nada hay que ofrecer una “zona franca” que sirva de contenedor, que permita hacer uso de una pantalla protectora ante las vivencias amenazadoras y perturbadoras de impotencia, de culpa y de vergüenza. No se trata de sofocar la tendencia a la reproducción del escenario traumático de violencia o de seducción, sino de circunscribirlo ya desde la primera fase de evaluación y diagnóstico dentro de un encuadre que promueve el restablecimiento o el establecimiento ex novo de una “membrana” capaz de regular el flujo de impresiones, imágenes y fragmentos de memoria, de otra forma tóxicos para la psique.

En síntesis extrema, reconocer la zona gris que une abusador y abusado significa suspender el juicio y evitar la polarización entre víctima y verdugo, que no permite al niño elaborar su propio sentimiento de culpabilidad y su propia ambivalencia hacia el adulto, y que sólo facilita fenómenos de escisión y de negación antiterapéuticos. La confusión, entonces, debe clarificarse dentro de la relación transferencial por medio de la precoz consideración –no necesariamente verbalizada– de la proyección actuada sobre el terapeuta. Utilizando una metáfora podemos pensar que si ha habido destrucción se trata de aportar recursos estables en el tiempo y en el espacio, en los cuales poder iniciar una reconstrucción de un objeto que se mantenga constante. Esto significa que, incluso dentro del debate, abierto con las necesidades de los asesoramientos y de la magistratura, es poco ética una investigación de conocimiento sin que se concrete inmediatamente un espacio terapéutico para los pacientes.

La evaluación diagnóstica y el proyecto terapéutico

Estamos convencidos de que el éxito de la intervención terapéutica depende en gran medida del complejo encuentro del niño con el operador, y que ya desde la primera sesión, la evaluación diagnóstica no debe ocurrir fuera de un proyecto

terapéutico. Dejamos sin resolver el problema de que esto coincida con las exigencias judiciales, sin embargo intentaremos definir las condiciones necesarias, aunque no suficientes, para que el diagnóstico se pueda efectuar.

El niño y el operador intentan, ambos inconscientemente, defenderse, el uno de una conciencia intolerable, y el otro de angustias individuales causadas por lo “perturbador” propio de cada abuso sexual. La tendencia repetitiva del trauma vuelve a aflorar constantemente en la relación. Sin embargo, de forma paradójica, las fantasías del operador no sólo pueden tergiversar la comunicación del niño, sino incluso favorecerla por medio de la interacción de las dos mentes de la pareja analítica (Gill, 1993). Esto requiere tanto una formación específica por parte del operador que tiene que estar cercano a su propio mundo interno, como la constitución de un verdadero grupo de trabajo, cuya actividad puede en el mejor de los casos garantizar la contención de las angustias y una posición suficientemente objetiva.

La adopción de la perspectiva psicodinámica puede lentamente restablecer los roles y las funciones, así como el tiempo y el espacio subvertidos por la seducción y la violencia, puesto que utiliza la “representación metapsicológica” (*Darstellung*) del niño y la identificación de sus necesidades internas, asociadas a un trabajo constante de análisis y de supervisión de la relación transferencial y contratransferencial, como elementos privilegiados en el diagnóstico y en la terapia del niño abusado, a través de las reglas del encuadre.

El niño maltratado requiere un ambiente confortable, un espacio físico y psíquico adecuado para sus necesidades de anaclisis en el cual experimentar una cómoda experiencia de apego al objeto, una especie de “apego al suelo” (Rangell, 1976) primario como el experimentado por las víctimas de los desastres naturales.

Finalmente, el trabajo de diagnóstico y de terapia del niño maltratado requiere un trabajo constante dentro de un equipo multidisciplinario formado específicamente, que permita restaurar la pensabilidad del trauma a través de la elaboración interna a nivel individual y de la discusión del caso particular con otros especialistas.

Por medio del lento y doloroso trabajo de construcciones y reconstrucciones se puede devolver su lenguaje al niño, el más familiar para él, aligerado de los contenidos “secretos”, que no se pueden conocer ni digerir, procedentes del mundo de los adultos. Esto significa restablecer el orden subvertido, de la “confusión de lenguajes entre adultos y niños”, por ejemplo el transgeneracional (Okell y Bentovin, 1992), a través de la elaboración de la misma experiencia traumática por medio de palabras simples que aclaren lo acontecido. Para poder hacerlo, hay que vencer las “resistencias, pero esta vez en nosotros mismos y no en el paciente”, “permaneciendo al descubierto” (Kuak y Pelento, 1984) sin “obstinarnos en determinadas construcciones teóricas” y sin dejar “que pasen inobservados hechos que podrían comprometer nuestra seguridad en nosotros mismos y nuestra autoridad”. (Ferenczi, 1932, op. cit.)

Sólo exponiéndonos podremos devolver al niño víctima de violencia su lenguaje originario de la ternura, ofreciéndole la posibilidad de reconocer sus necesidades primitivas y de promover su capacidad para representar simbólicamente y para responder creativamente al trauma (Solint, 1992). La alianza con el paciente es la “confianza” de que habla Ferenczi (1932, op. cit.): “...gracias a la cual se pone en evidencia el contraste entre el presente y el pasado traumático intolerable, el contraste indispensable para que el pasado pueda ser revivido como recuerdo objetivo antes que como reproducción alucinatoria”.

Cada niño tiene derecho a un pasado útil, que le ofrezca un sentimiento sólido de su propio valor y de su futuro. Por ello opinamos que hay que ofrecer un marco dentro del cual encontrar o reencontrar las palabras adecuadas para “nombrar” lo ocurrido, es decir, recomponer ese lenguaje personal del niño, a fin de que pueda reanudar su propio “discurso interrumpido”, sin que este lenguaje originario suyo, verdadera matriz del Sí mismo, sea nuevamente confundido por la pasión del adulto y sin que sea arrollado por el pasado.

A partir de una descripción genérica de la oportunidades y de los riesgos que plantea el tema del abuso sexual en la infancia, los autores se centran en la importancia de la terapia, que en estos casos tiene como objetivo hacer posible la elaboración de una experiencia traumática que inicialmente no puede ni siquiera ser reconocida. A través del trabajo terapéutico el menor que ha sido abusado tiene que poder experimentar, tal vez por primera vez, una relación de confianza y de protección. El terapeuta debería por tanto evitar atrincherarse detrás de los esquematismos de la teoría, utilizándola más bien para exponerse en la relación.

Palabras Clave: Abuso sexual, terapia psicodinámica, infancia, trauma psíquico.

Traducción: Maria Monini

Notas del autor:

- ¹ La literatura que establece una relación entre el desarrollo de la personalidad borderline y traumas previos, sobre todo de naturaleza sexual, ya ha alcanzado también un tamaño enciclopédico, tanto es así que hace pensar en una conexión causal real entre el trauma y el desarrollo anómalo de la personalidad.
- ² Unas encuestas telefónicas conducidas en los Estados Unidos con 2000 niños de entre 10 y 16 años muestra que el 3,2% de las chicas y el 0,6% de los chicos han sufrido abusos sexuales con contacto físico en algún momento de su vida. Prentky, R. A., Knight, R. A. y Lee, A. F. S. (1997). *Child Sexual Molestation*. Research Issues, U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.

- ³ Un estudio epidemiológico francés señala que en una población de 1000 estudiantes el 26% de las mujeres y el 11% de los hombres afirman haber padecido una forma u otra de abuso sexual. Además, el comportamiento de esos estudiantes muestra una mayor frecuencia de conductas de suicidio o de drogodependencia. Lazartigues, A. et al. (1989). Les abus sexuels: étude sur une population de 1000 étudiants. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 37, (5-6) -223-229.
- ⁴ En tema de abuso existe un problema, desafortunadamente omnipresente, que dificulta la obtención de datos estadísticos, es decir las diversas definiciones que se pueden proporcionar para los distintos tipos de abuso, y la falta de un consenso unívoco para establecer qué es realmente un abuso.
- ⁵ Aquí es importante distinguir entre las informaciones estadísticas, basadas en las clasificaciones de los trastornos mentales y en las comunicaciones a los servicios públicos y a las autoridades judiciales, y la experiencia del clínico que encuentra con regularidad en los abusadores adultos personalidades inmaduras, narcisistas, borderline o declaradamente paranoides, si bien sin síntomas psiquiátricos evidentes. A nuestro parecer, esto indica las limitaciones y la rigidez de nuestros sistemas de clasificación nosológica.
- ⁶ Se trata de un instituto italiano de investigación acerca de temas de desarrollo socioeconómico con participación financiera de entes públicos y privados, que realiza valoraciones y asesoramientos para instituciones nacionales públicas y privadas (desde ministerios y administraciones locales, hasta agrupaciones de empresarios y bancos).
- ⁷ Nos referimos a la famosa serie "Nightmare", en la cual unos muchachos veían cómo se concretaban sus sueños más terroríficos a través de la Epifanía de un malvado "habitante" de los sueños.
- ⁸ Green (1986) se refiere a estadísticas judiciales y calcula que las "falsas acusaciones" están alrededor del 36%. Green A.H., (1986). True and false allegation of sexual abuse in child custody disputes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 449-456.

Nota editorial:

Este artículo fue publicado en su versión original en la revista *Psicobiiettivo*, 19, 43-60 con el título "Curare le ferite: la psicoterapia di abuso sessuale". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- AMATI MEHLER, J. (1984). Nota introduttiva. *Rivista di psicoanalisi*, XXX, 3, 405.
- BARANGER, M., BARANGER, W. Y MOM, J.M. (1988). The infantile psychic trauma from us to Freud: pure trauma, retroactivity and reconstruction. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 69, Part 1.
- BERMANN, E. (1996). Psychoanalytic supervision as the crossroad of a relational matrix. En: Rock, M.H. (Ed.), *Psychodynamic Supervision*. Northvale, N.Y.: Aronson.
- BOLLAS, C. (1980). *Forces of destiny: psychoanalysis and human idiom*. Karnak Books.
- CARRATELLI, T.J., DI CORI, R. & SABATELLO, U. (1997). *Primum non nocere. La costruzione di una cornice terapeutica nella valutazione del bambino vittima di abuso*. Actas del Congreso: "Le vittime e gli attori della violenza", Turín, 7-8 de noviembre de 1997, 71-82.
- CATARCI, P., NATALI, P. & SABATELLO, U. (1989). Coppia, sogno e trauma familiare. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, Vol. 56, 493-505.
- CRIVILLÈ, A. (1992). Ni trop, ni trop peu. Just ce qu'il faut. Réflexions à propos des professionnels. En: *Les enfants victimes d'abus sexuels*. Paris: PUF.
- DI CORI, R. & SABATELLO, U. (1999). Dal silenzio alla trasmissione psichica tra le generazioni: dinamica del trauma nei bambini vittime di incesto. En prensa en: *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*.

- FERENCZI, S. (1932). Confusion of tongues between the adult and the child. (The language of tenderness and of passion). *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 30, 1949, 225-230.
- FREUD, S. (1915-17). Introduzione alla psicoanalisi. *Opere*, vol. VIII, Turín: Bollati Boringhieri.
- GILL, M.M. (1993). One-person and Two-person perspective: Freud's observation on transference-love. En: Spector Person, E., Hagelin, A. y Fonagy, P. (1993). *On Freud's observations on transference-love*. New Haven y Londres: Yale University Press.
- GREEN, A. H. (1993). Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n.5.
- GREEN, A.H., (1986). True and false allegation of sexual abuse in child custody disputes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 449-456.
- KAHN, M.M. (1979). Il concetto di trauma cumulativo. En: *Lo spazio privato del sé*. Turín, 1982: Boringhieri
- KAHN, M.M. (1983). *Hidden Selves*. Londres: The Hogart Press & Institute of Psychoanalysis.
- KRIS, E. (1955). Il mito personale: un problema di tecnica psicoanalitica. En: *Gli scritti della psicoanalisi*. Turín: Bollati Boringhieri.
- KUAK, M. & PELENTO, M.L. (1984). Il lavoro analitico in tempi di crisi. *Rivista di Psicoanalisi*, XXX, 3.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- MC FARLANE K., WATERMAN, J. et. al. (1986). *Sexual abuse of young children*. Nueva York: The Guilford Press.
- MONTECCHI, F. (1994). *Gli abusi all'infanzia*. Roma: Nis.
- MONTECCHI, F. (Ed.) (1998). *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*. Milán: Franco Angeli.
- MALACREA (1998). *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*. Milán: Raffaello Cortina.
- MAHLER, M. (1978). *La nascita psicologica del bambino*. Turín: Boringhieri.
- OKELL, C. & BENTOVIM, A. (1992): Abus sexuels des enfants: traumatisme passager ou désastre durable? En: *Le développement en péril*. Paris: Puf.
- PRENTKY, R. A., KNIGHT, R. A. & LEE, A. F. S. (1997). *Child Sexual Molestation*. Research Issues, U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- RANGELL, L. (1976). Discussion on the Buffalo Creek disaster: the course of psychic trauma. *American Journal of Psychiatry*, 133, 313-316.
- SOLINT, A.J. (1992). La réponse créative au désastre. En: *Le développement en péril*. Paris: Puf.
- VASSALLI, A. (1993). Adolescenza ed abuso sessuale intrafamiliar: problemi di intervento. *Adolescenza*, vol. 4, n.1.
- VETTRONE, G. & BERTI, C. (1991). Psicoterapia delle vittime della dittatura. *Psicoterapia e Scienze Umane*, año XXV, n.3.