

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

EL ABUSO SEXUAL DE MENORES

Epoca II, Volumen XIII - 4º. trimestre 2002



52 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, JAUME SEBASTIAN, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XIII - Nº 52 - 4º. trimestre 2002

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 12 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
EL ABUSO SEXUAL DE MENORES	5
Gaetano De Leo, Vera Cuzzocrea, Stella di Tullio, Gian Luigi Lepri	
AUTONARRACIÓN Y RECUPERACIÓN DEL SENTIDO EN VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES	23
Patrizia Patrizi	
EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: UN ANÁLISIS COGNITIVO-EVOLUTIVO	35
Enrico Costantini, Giuseppe Miti	
LOS TERAPEUTAS FAMILIARES Y EL ABUSO SEXUAL: REFLEXIONES SOBRE UN CAMBIO DE PERSPECTIVA	55
Marinella Malacrea	
LA REVELACIÓN DEL INCESTO Y DEL ABUSO SEXUAL	69
Jorge Barudy	
CURAR LAS HERIDAS: LA PSICOTERAPIA DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL	81
Ugo Sabatello, Elena Perozzi, Renzo Di Cori	
PSICOTERAPIA DE GÉNERO: ENTREVISTA A VICTORIA SAU SÁNCHEZ	103
Imma Lloret Ayter y Montserrat García Mas	

EDITORIAL

Abordamos en este número el abuso sexual de menores desde una perspectiva psicológica y social, con especial énfasis en el tratamiento de la víctima, no sólo en el momento histórico en que éste se produce, sino incluso más tarde a lo largo de la vida, en aquellas ocasiones en las que el trabajo psicoterapéutico nos pone en contacto con antiguas heridas, a veces todavía sangrantes, que pueden estar interfiriendo en el desarrollo satisfactorio de la existencia y de las relaciones humanas, particularmente las afectivas, de la antigua víctima. La intervención psicológica requiere a veces la cooperación multidisciplinaria con otros profesionales del ámbito sanitario, del derecho, de la educación o de la asistencia social. Hay momentos, pues, orientados sobre todo a proteger al menor, en los que la intervención psicológica puede ser más bien subsidiaria de otro tipo de intervenciones de carácter más jurídico o social. En otros, en cambio, la intervención psicológica se convierte en central y, a veces, única, puesto que el protagonismo lo requiere la reparación de las heridas y el desbloqueo de las consecuencias psicológicas del abuso; estos son los momentos privilegiados para la intervención psicoterapéutica.

La primera cuestión que se plantea, sin embargo, es la de una delimitación de conceptos, puesto que no son tan obvios como podría parecer a primera vista, referidos a la distinción, por ejemplo, entre abuso intra- y extra-familiar, así como de la incidencia real de estos fenómenos y su evolución característicamente diferenciada. A este fin nos sirve el primero de los artículos publicados en este monográfico, titulado “el abuso sexual de menores”, cuyos autores, Gaetano de Leo, Vera Cuzzocrea, Stella di Tullio y Gian Luigi Lepri nos introducen con mano maestra por todos estos vericuetos conceptuales.

Por muy doloroso que sea el recuerdo del abuso sexual, sin embargo los pacientes necesitan acudir a la autonarración para la recuperación del sentido de dicha experiencia, tal como propone Patrizia Patrizi en su artículo, titulado del mismo modo. La reconstrucción del pasado de abuso en terapia es siempre una tarea delicada y sensible que requiere empatía, pero también firmeza en su formulación.

Enrico Costantini y Giuseppe Miti nos proponen una reflexión sobre el abuso sexual en la infancia: un análisis cognitivo-evolutivo en el que los autores subrayan cómo el abuso sexual infantil intrafamiliar casi siempre es la punta de un iceberg cuya base se tiene que buscar en la precoz y posterior alteración crónica de la relación de cuidado-apego a través de la construcción de los modelos operativos de sí mismo, del otro y de la relación.

En el artículo titulado “Los terapeutas familiares y el abuso sexual: reflexiones sobre un cambio de perspectiva” Marinella Malacrea analiza casi 20 años de experiencia terapéutica en situaciones de abuso intrafamiliar, describiendo los cambios principales de pensamiento y práctica y las nuevas orientaciones en el tratamiento que se han dado desde la perspectiva sistémica.

Jorge Barudy describe en su artículo la figura del adulto abusador como la de un abusado que abusa, que casi siempre justifica o mistifica el abuso porque se halla convencido de que su visión del mundo es la de la realidad objetiva y que sus comportamientos son coherentes con esta realidad. El autor identifica tres tipos de organización de los sistemas familiares abusadores que corresponden a diversos sistemas de creencias, subrayando la importancia de una intervención comunitaria para movilizar los recursos de los diversos sistemas humanos que rodean a la familia y al niño abusado.

Desde una perspectiva de corte psicodinámico Ugo Sabatello, Elena Perozzi y Renzo di Cori se proponen “curar las heridas de las víctimas de abuso sexual“. A través del trabajo terapéutico, el menor que ha sido abusado tiene que poder experimentar, quien sabe si por primera vez, una relación de confianza y de protección. El terapeuta debe por tanto evitar atrincherarse detrás de los esquematismos de la teoría, utilizándola más bien para exponerse en la relación.

Cierra la monografía una entrevista a Victoria Sau Sánchez, autora conocida por haber centrado su actividad clínica, docente y como escritora en la Psicoterapia de género. Imma Lloret Ayter y Montserrat García Mas llevan con buen pulso el diálogo, facilitando la exposición breve y contundente del pensamiento de esta gran pionera de la psicología de género en nuestro país.

EL ABUSO SEXUAL DE MENORES

Gaetano De Leo, Vera Cuzzocrea, Stella di Tullio, Gian Luigi Lepri
Università di Roma, La Sapienza

This article is focused on child sex abuse. The work presents a retrospective analysis of the literature about child sex abuse. The aim of this analysis is to define, from a multiagency point of view, the child sex abuse. The most recent theoretical approach underlines how child sex abuse can be defined as a “child pathology” and as a communicative dysfunction of the system of the victim and of the sex offender. So the treatment of victims should necessary be linked to interventions aimed at reducing the future risk to reoffend of the sexual child offenders.

Key words: sex abuse; sex offender; psychotherapy; family systems; pedophilia; incest.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del abuso sexual se halla inscrito en la actualidad en un complejo debate nacional e internacional, centrado en el reto que esta problemática plantea en el plano de la intervención en términos de eficacia y eficiencia en una doble vertiente de tutela de los derechos del menor y de reducción del fenómeno.

El trabajo que se propone presenta sólo algunos de los aspectos relacionados con el fenómeno del abuso sexual de menores con el objetivo de reflexionar ante todo sobre el modo en que puede entenderse y definirse el concepto mismo de abuso a través de un análisis profundo de la literatura nacional e internacional y sobre la necesidad de utilizar una definición operativa del abuso propiamente dicho en base a las dimensiones clínicas asociadas, que pueda ser compartida entre las distintas profesiones que hacen frente a este fenómeno.

1. ABUSO SEXUAL: DEFINICIONES E HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

Resulta prácticamente imposible, a causa tanto de la complejidad del fenómeno como de la amplitud y heterogeneidad de la literatura existente llegar a una interpretación sistemática del fenómeno del abuso sexual. El análisis de la literatura examinada sugiere “recorrir necesariamente a un enfoque multifactorial, claramente casuístico de modo que pueda adaptarse a la especificidad de cada situación”

(Scaraccione y Baldry, 1997).

Precisar además los límites del concepto de abuso no es nada fácil, tanto porque la interpretación de las varias tipologías y la valoración de las consecuencias en consideración a la naturaleza del fenómeno se deja, con frecuencia, a la sensibilidad de quien ha de intervenir en los casos específicos, sobre todo a nivel psico-socio-sanitario, como porque históricamente se ha ido ampliando el abanico de definiciones en base al reconocimiento proveniente del ámbito legislativo que incluyen comportamientos que abarcan desde la violencia física hasta el abuso psicológico y el abandono. Por otra parte las definiciones existentes no resultan fácilmente operativas a causa de su indeterminación, como se deduce de la definición de abuso en la infancia elaborada por el Consejo de Europa en Estrasburgo en 1978 en la que se incluyen: “actos y carencias que perturban gravemente a niños y niñas, atentando contra su integridad corporal, su desarrollo físico, intelectual y moral, cuyas manifestaciones son el descuido y/o las lesiones de orden físico y/o psicológico y/o sexual por parte de familiares o terceros.”

Resulta pues fundamental llegar a un acuerdo sobre una definición “operativa” del abuso sexual de menores, tanto porque el abuso puede variar a través de un *continuum* de hecho muy amplio, que va desde el exhibicionismo hasta la violación con asesinato, como porque resulta indispensable que los distintos profesionales que deban colaborar desde distintas competencias sobre esta situación se puedan entender en base a una definición clínico-operativa común y compartida.

Kempe (1980) define el abuso sexual como un comportamiento que implica a niños no autónomos, en fase aún de desarrollo, así como a adolescentes, en actividades sexuales que no comprenden todavía completamente, para las que no se hallan en condiciones de responder adecuadamente o que violan los tabúes sociales de los roles familiares. Con esta definición el autor pretende subrayar el aspecto cognitivo y cultural del fenómeno del abuso sexual, poniendo de relieve la carencia de instrumentos para el reconocimiento y la aceptación del acto que se le propone por parte de quien lo sufre.

Para Mrazek y Mrazek (cfr. Cesa Bianchi y Scabini, 1991) el abuso sexual es la explotación de un niño por parte de un adulto para su propia gratificación sexual sin una valoración adecuada de desarrollo psico-sexual del niño. La lectura del fenómeno ofrecida por estos dos autores se halla relacionada con la inadecuación de los sujetos implicados en el acto sexual, donde, si como en las precedentes definiciones se halla presente la dimensión cognitiva del fenómeno, se pretende subrayar también la incapacidad física del sujeto menor de edad y la unidireccionalidad del acto sexual. Sólo el adulto se halla en grado de obtener una gratificación. El menor permanece excluido de esta dimensión de la acción sexual.

Más allá de los múltiples criterios interpretativos del fenómeno existen una serie de problemas relevantes que conviene tener en cuenta en la construcción de una definición de abuso sexual de menores: Malacrea y Vesali (1990) señalan

cuatro de ellos:

la inclusión o no de exhibicionismo y de propuestas obscenas en la definición de abuso sexual;

el límite de edad de la víctima;

la inclusión o no de las agresiones cometidas por coetáneos;

la diferencia de edad entre víctima y agresor

A la luz de estos problemas en el nivel, precisamente, de “elección operacional” de una definición adecuada del término, consideramos necesaria establecer una distinción fundamental entre abuso sexual *intrafamiliar* y *extrafamiliar*. Su objetivo es señalar las redundancias, los rasgos característicos y los contextos de referencia que constituyen el marco de estos delitos: desde la casa, lugar de la violencia intrafamiliar a la pedofilia, término con el que erróneamente –pero sobre todo genéricamente- se definen todos los delitos que implican daño a los menores, dejando expresamente abierto el tratamiento relativo a las consecuencias en términos psicológicos, sociales y judiciales del abuso sufrido.

2. EL ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR

Las estimaciones oficiales cifran en sólo un 2% los abusos sobre niños cometidos por desconocidos. La mayor parte de los autores de este delito son personas conocidas por la víctima como padres, amigos o conocidos de la familia, maestros, etc. (Roccia y Fotti, 1997).

Del análisis de la literatura, su vez, se extrae que el delito de violencia sexual se produce prevalentemente en el seno de la familia (39,7%), particularmente entre padre e hijo/a (30,9%). Esta relación de parentesco directo entre autor y víctima que sólo en raras ocasiones implica a los niños varones, constituye una categoría definida como incesto que cada vez más se inscribe en la categoría más amplia de abuso sexual intrafamiliar (Scardaccione, 1992).

Terragani (1997) describe este tipo de fenómeno como una violencia repetida a través del tiempo que no precisa de medios de constricción para llevarse a cabo: las relaciones de poder y de dependencia que caracterizan las relaciones familiares hacen que no sea necesario el uso de la fuerza física. La violencia ejercida es grave, tanto más si se piensa que las víctimas de esta violencia son niñas o adolescentes. Su incidencia es aproximadamente del 20%.

Respecto a la distribución epidemiológica del abuso intrafamiliar no presenta, contrariamente a los prejuicios existentes sobre el tema, diferencias significativas en base al origen geográfico o a la clase social del abusador, aunque se señalan algunos factores de riesgo que se refieren por ejemplo a la presencia de un padrastro o a algunas características del niño-víctima como un déficit intelectual, una actitud pasiva, dependiente, una baja autoestima, o una carencia o privación afectiva. Existen en cambio notables diferencias en entre el sexo de autor y víctima: en Italia sobre 90 casos de abuso sexual de menores el 94% de las víctimas es de sexo

femenino y en el 63% de los casos el abusador es el padre. Respecto a la edad en que se practica el incesto la literatura relata un edad media entre 9 y 10 años para la víctima y entre 30 y 50 para el abusador, edad claramente más elevada respecto a la de los autores de violencia extrafamiliar, que según los mismos autores se sitúa por debajo de los 30 (Ventimiglia, 1989; Sacaraccione, 1992; Terragani, 1997; Dettore y Fuligni, 1999; Traverso, 2000).

Según Justice y Justice (1980) habría tres factores responsable: 1) la personalidad de los sujetos implicados; 2) la situación, las circunstancias, el contexto; 3) y finalmente los cambios y las crisis presentes en la vida de los protagonistas en el periodo inmediatamente precedente al incesto. Aunque en este esquema teórico los diversos factores se hallan en relación dinámica entre ellos y, según Justice, en proporción inversa: “basta una crisis de escasa relevancia para que una personalidad fuertemente proclive ponga en marcha el comportamiento incestuoso y, viceversa, sólo una situación marcadamente propicia inducirá al incesto a personalidades habitualmente suficientemente controladas” (Justice y Justice, 1980, cit. en Mwerzagora, 1986).

Montecchi (1999) enumera entre los factores proclives al abuso sexual los siguientes:

- patología psiquiátrica, alcoholismo, toxicomanías;
- matrimonio en edad temprana;
- prole numerosa;
- dificultades sexuales entre los esposos;
- miedo a la disgregación familiar;
- promiscuidad sexual;
- tendencias simbióticas endogámicas (refugio en la familia; aislamiento del mundo exterior).

Algunos autores señalan como causa desencadenante del abuso el deseo por parte del padre de una “sexualidad sustitutoria” (Sohn, 1992). Un auténtico reemplazo de la compañera sexual a través de la hija o a causa de viudedad o por una especie de vuelta al primer amor de juventud (Merzzagora, 1986), otros ponen el acento sobre problemáticas de carácter individual del abusador, aunque las investigaciones no llegan a demostrar que exista un vínculo directo causa efecto entre estos aspectos y la situación incestuosa. Scardaccione (1992) sostiene que el uso del alcohol y las drogas, así como la presencia de patologías mentales, no se pueden considerar factores causales, sino más bien desencadenantes, dado que entre los sujetos examinados en su estudio se halla sólo un 16,1% de casos de alcoholismo y un 12,9% de trastornos psiquiátricos.

En el ámbito de la vastísima literatura internacional existente sobre este tema el enfoque teórico y metodológico de matriz sistémico relacional intenta captar y utilizar el plano de la complejidad del problema, a través del rechazo a una óptica criminalizadora, parcial y desresponsabilizante en términos de participación emo-

cional, frente a una sola de las partes implicadas en la interacción violenta (De Leo y Mazzei, 1989). De acuerdo con este enfoque enfrentar el problema de los abusos intrafamiliares conlleva necesariamente analizar los planos colusivos que implican a los miembros del sistema en su totalidad y pone particular atención a las dinámicas en términos de “módulos familiares disfuncionales” (Dettore y Fuligni, 1999) en los niveles de significación implícitos y explícitos que asume el abuso en el nivel relacional, a las “necesidades” y a las “vivencias” que implican tanto a los autores como a las víctimas, dejando clara, no obstante, la responsabilidad jurídica y social del autor del reato. Desde esta perspectiva sostiene Gulotta (1997) que el análisis tradicional causal de los fenómenos no se lleva a cabo en sentido unidireccional, sino tomando en cuenta las relaciones, estructura e interdependencia de los elementos que componen el sistema.

Scardaccione y Baldry (1997) tratan de identificar, más que sujetos con características específicas, tipologías de familias con riesgo de incesto y hablan de “patología de las relaciones familiares”. De algunas investigaciones se deduce según las autoras una tipología familiar, conocida en el 50% de los casos en los servicios sociales por episodios de maltrato y poco cuidado de los hijos en los que se encuentra una actitud de connivencia pasiva (“fingir no darse cuenta”) o activa (participación en el abuso, conocimiento y falta de confrontación) por parte de la madre en las situaciones de abuso.

Según Wienberg (1976) el incesto tiende a producirse con más frecuencia en dos casos: a) en familias tan aisladas y cerradas sobre sí mismas que para sus miembros resulta difícil o imposible establecer relaciones sociales válidas fuera del estrecho círculo familiar o, b) al contrario en familias tan poco cohesionadas que sus miembros no llegan a asimilar ni a introyectar los sentimientos convencionales de rechazo sexual de los otros miembros de la familia amplia.

En *La violencia nascosta* (1986) se señalan algunas características de la madre y del padre: la madre tendría una actitud punitiva en el aspecto sexual y no se sentiría apegada al hijo, enferma o ausente con frecuencia, con un bajo nivel de instrucción, socialmente aislada, deprimida, psicótica o toxicómana o habría sufrido también ella abuso sexual en la infancia; el padre sería autoritario o demasiado flojo, afectivamente frustrado, alcoholizado o toxicómano.

Dettore e Fuligni (1999) identifican dos tipos de familias que utilizan el abuso con diversas finalidades:

- familias en las que el abuso es funcional para evitar una situación de conflicto manifiesto entre los padres y en los que la madre establece las normas de las relaciones afectivas así como el lenguaje utilizable en las cuestiones psicológicas y sexuales. En estos contextos la madre se muestra afectivamente distante de los hijos, y la revelación del abuso suele caer en el vacío, contribuyendo más bien a reforzar la fuerte negación ya presente;
- familias en las que el abuso sirve para contener el conflicto, y en las que la

madre carece de apoyo concreto y afectivo, hallándose en el mismo nivel que las hijas, dándose el caso que uno de los hijos tenga que asumir su papel de madre. Los problemas se afrontan de modo mucho más explícito que en la precedente tipología familiar, lo que lleva a situaciones de conflicto abierto cuya consecuencia es el sacrificio de un hijo a fin de evitar la disgregación del núcleo familiar. Las madres se muestran rígidas y distantes y manifiestan una relación hostil o de inversión del rol con las hijas. La supresión del tabú del incesto lleva la creación de otro tabú que prohíbe hablar del abuso que desemboca en un clima de secretismo y silencio.

En un sentido más global, desde el punto de vista etiológico, particularmente respecto a las dinámicas que concurren en el desarrollo y establecimiento del comportamiento abusador, es posible identificar pues un doble nivel:

la estructura familiar

los roles y las normas en el seno de la familia

Una estructura familiar sana supone fronteras abiertas y flexibles y una estructura de poder jerárquica en manos de los padres que lo comparten de forma igualitaria. Si la pareja parental es disfuncional y los miembros de la familia se adaptan de manera disfuncional a tal estado de malestar, la estructura familiar que se deriva se caracteriza por unas fronteras cerradas, conexiones fijas o rígidas o ausencia de conexiones entre ellas. Roles, relaciones, reglas y normas son igualmente rígidos. El poder no se distribuye de modo igualitario, sino que se mantiene en un nivel más elevado, habitualmente el padre, que lo gestiona y domina los niveles inferiores (mujer e hijos). El uso de reglas y de normas en las familias disfuncionales se caracteriza por la falta de democracia, se basa en la falta de equidad del poder y sobre la desigualdad de derechos. Promueve la instrumentalización de las personas por parte de los demás y enseña la negación y la represión de la vitalidad y la espontaneidad emocional, ensalza la obediencia, la lógica, la racionalidad, el poder y el predominio de la masculinidad (De Leo y Petrucelli, 1999).

Analizando las familias en las que se produce un comportamiento incestuoso se constata que son extremadamente disfuncionales, con fronteras y barreras generacionales muy frágiles. Generalmente uno de los padres ostenta todo el poder de decisión e invierte mucho en la familia, mientras que el otro está más desdibujado y aparece como marginal y prefiere invertir fuera de la familia en el trabajo o en otras relaciones. Generalmente uno de los padres se incorpora al subsistema de los hijos buscando en ellos la comprensión y la complicidad que no consigue encontrar en el compañero. Cada uno de estos roles puede ser desempeñado tanto por el abusador como por la madre; en el caso que sea el padre quien desempeña el papel autoritario será probablemente un padre-jefe que puede usar habitualmente la violencia en sus relaciones con la mujer y los hijos y, en este caso, será la mujer la que se incorpore al subsistema de los hijos totalmente disminuida en su rol de mujer o esposa. En el

caso de que, en cambio, sea el padre quien desempeñe un papel más marginal respecto a la mujer, probablemente se presentará ante la hija víctima como un incomprendido en busca de afecto y buscará en ella contacto y consolución en una relación cada vez más exclusiva y pseudo-paritaria.

Según la definición de Von Henting “la relación entre el autor del delito y la víctima se manifiesta según modalidades dinámicas donde los roles de la víctima y del autor se presentan como intercambiables, es decir teniendo siempre presente la naturaleza del delito, los agentes pueden asumir sucesivamente y de modo intercambiable los roles de víctima y de agresor según las circunstancias desencadenantes” (cfr. Scardaccione, 1992). En este sentido la violencia intrafamiliar puede entenderse como una modalidad defectuosa e improductiva de comunicación establecida en el seno de un sistema en el que cada miembro se halla en la situación de asumir un rol activo que contribuye a instaurar y cristalizar modalidades relacionales que favorecen los comportamientos agresivos (Cirillo, 1986).

Cirillo y Di Blasio (1989) subdividen las familias maltratadoras (no necesariamente con abuso sexual) de acuerdo con “el papel” jugado por el niño:

familias en las que el niño maltratado tiene un papel pasivo, en las que la incapacidad de los padres se utiliza como “mensaje” de reclamo frente a terceros (por ejemplo para llamar la atención del cónyuge o como reproche hacia los propios padres);

familias en las que el niño maltratado desempeña un papel activo o “maltrato de chivo expiatorio”: la participación “activa” del niño debe entenderse en sentido sistémico por la que el niño se convierte –independientemente de su total irresponsabilidad en el maltrato- en un emisor de mensajes en la comunicación familiar disfuncional.

Tal como ya se ha observado, una característica del abuso intrafamiliar, que lo contradistingue del llevado a cabo por extraños, es que el primero generalmente se desarrolla en el espacio de un periodo muy largo de tiempo, a través de varias fases antes de llegar al abuso sexual propiamente dicho; en la mayoría de los casos la víctima se ve mezclada en una red de secretos y silencios precisamente en virtud de la estrecha relación que le ata al abusador, por lo que por lo general precisa de varios años para poder decidir revelar a alguien el abuso sufrido.

Un modelo de comprensión de las dinámicas que llevan al abuso es el esquema de Sgroi, Blick y Porter (cfr. Malacrea y Vassali, 1990), según el cual pueden suponerse una serie de fases típicas que se pueden detectar en todos los casos de abuso sexual intrafamiliar

fase de la incitación: el autor busca una relación privilegiada con la víctima al margen de los otros miembros de la familia;

fase de la interacción sexual: escalamiento del comportamiento sexual

fase del secreto: el autor impone el silencio absoluto a la víctima; generalmente no necesita usar la violencia física, le basta con el recurso a la violencia

psicológica, unida a la presencia de “ventajas secundarias” para la víctima, derivadas de la aceptación del abuso;

fase de la revelación: que puede producirse de forma accidental o por iniciativa de la víctima. Mientras el padre niega, las reacciones de los familiares pueden ser las más dispares (tanto la madre como los hermanos pueden tomar partido por uno o por el otro o negar totalmente cuanto se ha revelado);

fase de la eliminación: puede darse un intento por parte de todos o sólo de algunos miembros de la familia de borrar lo que ha sucedido para volver al estado precedente de equilibrio familiar. Pueden igualmente producirse presiones sobre la víctima para que se retracte.

Los significados que cada uno pueda atribuir a este tipo de comportamientos dependen, por tanto de la utilidad que se les reconozca para la consecución de ciertos objetivos y la satisfacción de necesidades particulares. En el caso del comportamiento violento la funcionalidad consiste precisamente en mantener un equilibrio interno al sistema, para que no se vea amenazada su supervivencia.

En este sentido la familia ejerce una influencia notable en la adquisición y en la consolidación de las conductas agresivas, a través de la transmisión generacional de modelos y significados percibidos como eficaces a fin de mantener los vínculos internos al propio sistema, y del sistema con el ambiente circundante ampliado. La complejidad de un circuito de este tipo hace que algunas familias se caractericen según una modalidad funcional que privilegia el aprendizaje de comportamientos agresivos frecuentemente reforzados, aunque no necesariamente determinados, por un contexto sociocultural particular, que se llevan a cabo en los actos violentos como efecto de un proceso que tiende a organizarse de acuerdo a reglas que remiten a diversos planos de realidad individual, de las relaciones de pertenencia, y social (Lesciuta, 1977).

En base a estos presupuestos teóricos, el fenómeno del abuso intrafamiliar puede observarse en sus aspectos comunicativos como señal indicadora de un malestar que implica a todos los miembros del sistema, más allá del reconocimiento de la responsabilidad moral y material atribuible a alguno de ellos y no a otros, pero no por eso ignorada. Desde este punto de vista es fácil comprender en qué medida la violencia, particularmente en menores, haya podido convertirse en un problema real para la sociedad incluso a un nivel público e institucional, en el momento en que se afirma como mito social, reconocido en términos culturales en su valencia de problematicidad y, posteriormente, de complejidad. El concepto de abuso en la infancia es, en efecto, un constructo relativo, estrechamente ligado al de proceso de evolución social, cultural y política, que implica el sistema de valores y el nivel de desarrollo más general.

4. EL COMPORTAMIENTO PEDÓFILO

Lanyon (1989) define esta tipología de abusador como una persona “cuyos deseos sexuales conscientes y cuya respuestas sexuales se hallan dirigidas, el menos en parte, hacia niños y adolescentes dependientes e inmaduros, que no se dan plenamente cuenta de estas acciones y que son incapaces de dar un consentimiento informado, manifestándose en actividades violadoras de los tabúes socio-culturales y contrarias a la ley” (citado por Vallieri y Frighi, 1999). Al pedófilo se le describe como una persona que tiene como objeto exclusivo o preferente la “infancia” y como objetivo el impulso a la satisfacción de “una inclinación erótica” (Krafft Ebbing, 1889) y que se diferencia del resto de personas –como los heterosexuales y homosexuales a quienes interesa esencialmente el sexo del otro- por poner en primer término la edad del compañero sexual antes que el sexo.

Del análisis de la literatura se deduce que el agresor tiene entre 25 y 40 años, de sexo masculino en el 97% de los casos, sin pertenencia a una clase social en particular, con una personalidad pasiva, dependiente, temerosa de las relaciones interpersonales adultas, ansiosa y depresiva, ignorante en materia de sexo o con problemas sexuales, con una marcada identidad femenina y una identificación global con la madre.

Los criterios del DSM IV (1996) para el diagnóstico de Pedofilia son los siguientes:

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

Especificar si: Con atracción sexual por los varones
Con atracción sexual por las mujeres
Con atracción sexual por ambos sexos

Especificar si: Se limita al incesto

Especificar si: Tipo exclusivo (atracción sólo por los niños) Tipo no exclusivo

Las teorías etiológicas de la pedofilia que presentamos se subdividen, en general, según el factor al que damos importancia:

teoría de la correspondencia emocional (*emotional congruence*) según la cual un adulto expresa una necesidad emocional de tener relaciones con niños, a partir de un retraso emocional, un nivel bajo de autoestima y una identificación narcisística con el agresor, mientras que desde el punto de

vista social se caracteriza por una socialización que tiende al dominio machista;

teoría de la excitación sexual (*sexual arousal*) según el cual el autor adulto se excita con el niño, ha experimentado experiencias sexuales traumáticas en la infancia desde el punto de vista individual, mientras que desde el punto de vista social se siente atraído por la pornografía infantil;

teoría del bloqueo (*blockage*), según el cual el autor adulto no tendría alternativas de satisfacción sexual, presentando desde el punto de vista individual un complejo edípico irresuelto, angustia de castración, miedo a las mujeres adultas, experiencias traumáticas con la sensualidad adulta, tareas sociales inadecuadas y trastornos relacionales, mientras desde el punto de vista social sería víctima de normas excesivamente represivas sobre la masturbación, tendiendo a mantener relaciones extra-conyugales;

teoría de la desinhibición (*desinhibition*), según la cual el autor adulto no experimentaría la influencia aversiva de las prohibiciones normales para su comportamiento desviado, sufriendo desde el punto de vista individual trastornos de impulsividad, problema de alcoholismo, psicosis, estrés situacional, fracaso de los sistemas de defensa contra el incesto, y, desde el punto de vista social, sería, en cambio proclive a la pornografía y a las actitudes patriarcales.

Del análisis de la literatura se extrae como aspecto motivacional primario en la base del comportamiento pedófilo una elección objetal narcisística del autor del delito que vería en el niño una imagen reflejo de sí mismo. Una de las hipótesis sobre el origen de la pedofilia es precisamente la de la repetición en la conducta desviada, de los actos sufridos en la infancia, motivo por el cual el niño sometido a abuso tendería a reproducir en otros niños lo que él mismo ha sufrido (Green, 1994).

Según el enfoque psicoanalítico el pedófilo lleva a cabo elecciones objetales de tipo narcisístico, puesto que se vería así mismo como niño víctima y objeto. La fijación por una edad particular representaría el estado sin tiempo en que se encuentra su personalidad, un estado todavía indiferenciado que caracteriza el tipo de vínculo objetal indiferenciado e idealizado que tenderá a llevar a la práctica. Según Stoller (1978) el pedófilo parece incapaz de sostener una relación amorosa adulta y la perversión debería entenderse como la forma erótica del odio, caracterizada por los rasgos de odio, agresividad, hostilidad, venganza y deshumanización del objeto.

En línea con esta orientación teórica algunos autores indican como factor de interés primario por la etiología de esta tipología de comportamiento sexualmente desviado “la transmisión transgeneracional del modelo abusivo” (De Leo y Petrucelli, 1999). Por el que la víctima de aquel entonces buscaría identificándose con el agresor y actuando como verdugo, vengarse por el dolor y la impotencia sufridas. La violencia se convierte pues en un modo para controlar el dolor y para dominar

el miedo del agresor externo interiorizado de este modo.

Aun subrayando la importancia de esta correlación debe advertirse que este mecanismo de transmisión no refleja de forma absoluta una causalidad lineal: no todos los niños abusados se han de convertir en abusadores a su vez, al igual que no todos los abusadores han sufrido abusos en su infancia (Green, 1994). Debe recordarse, por lo demás, que las primeras víctimas del sistema abusador son las mujeres, a partir de su infancia, en los casos de abusos intrafamiliares, para terminar en la edad adulta, en los casos de violencia sexual sufrida en el interior o exterior de la familia, Sin embargo, a pesar de que el porcentaje de víctimas de la población femenina es extremadamente alto, son las personas de sexo masculino quienes cometen mayormente este delito –aun sin olvidar los casos en los que incluso las mujeres son responsables de violencia sexual llevada a cabo sobre menores de edad–, por lo que en este sentido la correlación intergeneracional parece que no funciona (McFarlane y Waterman, 1986).

En consecuencia, aun no pudiendo atribuir los casos de transmisión transgeneracional a un porcentaje estadísticamente significativo, puede resultar útil observar en clave de conocimiento dinámico las motivaciones que impulsan a la asunción y actuación de un modelo relacional de este tipo:

ritualización de acontecimientos no comprendidos experimentados en el pasado:

control de la angustia y de la desorganización original del trauma sufrido y dominio del miedo al agresor externo interiorizado de este modo;

búsqueda de una justificación atribuible a comportamientos del agresor;

intento de mantener una idealización del adulto gracias a potentes mecanismos de escisión que permiten considerar al adulto externo como bueno e introyectar la parte negativa de sí mismo;

acción del mecanismo de autoculpabilización por el abuso sufrido;

intento de identificación con el agresor;

intento de vengarse del dolor e impotencia experimentados.

Malacrea y Vassali (1990) describen la distinción que algunos autores establecen entre 1) agresores regresivos, que llevan una vida heterosexual normal, pero que en condiciones especiales de estrés pueden buscar gratificaciones sexuales con menores; 2) agresores fijos, que aunque casados, buscan permanentemente y preferiblemente satisfacción sexual con niños, presentando, en consecuencia un índice más elevado de recaídas.

Diversos estudios ponen de manifiesto que la conducta violenta no es característica de los pedófilos, así como que los actos de violencia sexual por parte de los pedófilos son relativamente raros y que, en la mayoría de los casos, se limitan a actos de exhibición y a contactos sexuales desprovistos de violencia (Finkelhor y Lewis, 1988). Según Iaria (1999) el término pedófilo se usa impropiaemente, también para referirse a situaciones de incesto o, incluso, la búsqueda de contacto con prostitutas

adolescentes o en relación a homicidios sádicos de niños, si bien algunos sostienen que la agresión y el sadismo son características fundamentales de la pedofilia propiamente dicha.

Cesa Bianchi y Scabini (1991) subdividen a los autores de conductas pedófilas en dos categorías:

quienes enredan a los niños con señuelos, enredos, actitudes seductoras y que presentan un desarrollo psicosexual inadecuado, son incapaces de relacionarse con compañeros adultos de quienes temen el juicio y usan, por tanto, en los niños compañeros menos críticos y competitivos; incluye igualmente esta categoría a aquellos individuos que muestran una orientación sexual normal con compañeros adultos, pero que en condiciones de estrés o conflictividad, que amenazan su autoestima, y frecuentemente bajo la influencia del alcohol o las drogas, hacen una regresión a elecciones sexuales inadecuadas;

quienes se imponen con agresión y violencia, asociando a la violencia sexual otros comportamientos antisociales que habitualmente representan el síntoma de una fuerte necesidad de poder.

Aunque habitualmente la pedofilia no vaya, pues, acompañada de un componente de violencia y resulte por tanto difícil identificar la hostilidad en el acto sexual en cuanto tal, queda de todos modos el hecho de que el objeto sexual-víctima acaba siendo “deshumanizado” (Bandura, 1986), resultando atrayente y excitante no sólo por lo que es, sino también por lo que representa, es decir un objeto en el que tomarse la venganza respecto al trauma sufrido en la infancia. “El engaño de la seducción sexual es precisamente la negación del niño en cuanto sujeto en su totalidad. Esta negación es el resultado de una relación con el objeto en la que el odio ocupa el lugar privilegiado” (Roccia y Forti, 1994). Las características de la vivencia del pedófilo explican pues los motivos por los que los comportamientos predominantes llevados a cabo pertenecen a una seducción de tipo lúdico y no agresivo, frente a los que el niño tiende a cooperar, al menos inicialmente, ya sea por curiosidad natural como por no desobedecer (Ferracuti, 1988).

Puesto que el niño permanece objeto sexual ideal sólo si mantiene las características propias de la infancia –como la inocencia, la corta edad, el cuerpo todavía impúber- el pedófilo no tiene ningún interés en su crecimiento (Caffo, 1984), sino más bien al contrario, intentará mantener a su compañero en la mayor dependencia emocional. La situación afectiva experimentada podrá incluso aparecer provisionalmente muy tranquilizadora para el niño, pero a la vez tendrá efectos desestructurantes para su personalidad. El pedófilo, a su manera, “ama” al niño, al que busca habitualmente y con quien establece una relación intensa de tipo paternal; podríamos afirmar además que posee una sensibilidad extraordinaria que con el tiempo desarrolla y afina, pero en perjuicio del desarrollo del menor al que se halla ligado (Callieri y Frighi, 1999).

5. POSIBLES LÍNEAS DE INTERVENCIÓN EN TÉRMINOS DE PREVENCIÓN

Las intervenciones integradas entre todas las instancias que se ocupan del abuso en la infancia dentro y fuera de la familia son necesarias no sólo para la tutela y tratamiento eficaz de los casos, sino también para su prevención. Una estrategia concreta de prevención y tratamiento exige una estrecha colaboración y una profunda integración no sólo entre los servicios territoriales implicados, sino también entre estos y las diversas instituciones tanto políticas como judiciales, administrativas o educativas que se ocupan específicamente de promover el bienestar de los niños. La acción conjunta de todas estas instancias favorece, sin duda, el conocimiento del fenómeno y hace más fácil su reconocimiento por parte de la opinión pública y de la comunidad en general. Al papel “sensor” de la familia (a no ser que se trate de abusos intrafamiliares) y de la escuela se debe añadir, pues, necesariamente el de los trabajadores psico-pedagógicos que se dedican específicamente al ámbito de la psicología evolutiva, capaces de poder sugerir las medidas de intervención más indicadas.

La exigencia de prevenir antes que reprimir el fenómeno del abuso infantil se conseguirá mejor cuanto más se haga hincapié en programas de potenciación de las capacidades profesionales de los operadores sociales. Se trata de una indicación sugerida recientemente por la Declaración de intenciones adoptada por la Conferencia Mundial contra la explotación sexual de los niños con fines comerciales, celebrada en Estocolmo en agosto del 1996, sancionada por la decisión 293/2000/CE del 24 de Enero del Parlamento Europeo y el Consejo de Europa, donde se ha aprobado igualmente un Programa de Acción Comunitaria sobre las medidas preventivas orientadas a combatir la violencia contra los niños, los jóvenes y las mujeres. En este contexto se ha considerado una medida eficaz de prevención la promoción, precisamente, de programas de sensibilización y de formación dirigidos a los operadores sociales que siguen y sostienen el proceso de crecimiento del niño y son responsables de su tutela. Con el fin no sólo de asegurar la eficaz especialización sobre las problemáticas en cuestión y de desarrollar la capacidad de “escucha” y el conocimiento de los pasos a seguir para la protección del menor, sino sobre todo para prepararle a la difícil tarea de toma de conciencia de un fenómeno tan atroz como extendido.

Además del plano del tratamiento que incide sobre una situación problemática puesta de manifiesto en términos de emergencia y urgencia respecto a la protección y tutela legal y social del sistema víctima, se debe tomar en consideración también la posibilidad de construir el terreno en diversos niveles para actividades de prevención primaria y secundaria. Hablar en concreto de prevención del abuso en la acepción más general de la palabra (psicológico, físico, sexual) significa postular un concepto de prevención de la “enfermedad” y del “malestar” y por tanto de promoción de la “salud” y del “bienestar” mediante una atención específica a los

patrones de interacción entre los factores personales, individuales y sociales, a su mayor o menor funcionalidad así como al riesgo consiguiente de incentivar o estabilizar toda una serie de modalidades comportamentales inadecuadas que pueden conducir a una situación manifiesta de malestar psico-afectivo en términos relacionales.

Al mismo tiempo, el reconocimiento de que el abuso infantil, en cualquiera de sus manifestaciones, afecta a aspectos importantes relativos a la salud psicofísica del menor, hace imprescindible garantizar a quien resulte víctima de él condiciones eficaces de protección a partir del momento en que se observen los primeros síntomas de malestar, hasta el de disposición de las medidas tutelares. Particularmente delicada resulta la fase en que, iniciada la fase procesal, se le pide al menor la declaración sobre el abuso (inicialmente frente a los operadores psico-sanitarios y posteriormente en el juzgado). Del repaso de la literatura nacional e internacional (Détto y Fuligni, 1999) se deduce la necesidad de prestar atención no sólo a los indicadores y señales de tipo físico y psicológico, a las narraciones y afirmaciones de la presunta víctima, sino también y sobre todo, de proceder a recoger el testimonio con especial cuidado para evitar elementos de sugestión que puedan condicionar al menor, corriendo el riesgo de provocar la instauración de vivencias de “victimización secundaria” con la alteración consiguiente de los datos.

La historia del pensamiento científico que ha sometido a debate esta problemática ha sido larga y laboriosa. Se ha pasado mucho tiempo antes de que se pudiera llegar a hablar públicamente de la violencia contra menores. El primer paso ha sido en este sentido la expresión por parte de los estudiosos de la edad evolutiva – aunque no únicamente- de una crítica explícita y sistemática de la actitud según la cual los acontecimientos internos en el seno de la familia debían permanecer recluidos dentro las murallas de la casa. Posteriormente la andadura colectiva, histórica y cultural, pero sobre todo la político-social, ha invertido la dirección de la observación del fenómeno del maltrato o abuso: desde el exterior del sistema familiar en términos de balanza del equilibrio social al respeto por las fuerzas más débiles de la sociedad misma (en primer lugar mujeres y menores de edad).

A través de un centramiento de la atención exclusivamente en la víctima aunque en términos de tutela y prevención se ha llegado a la exclusión del sistema abusador en cuanto a supuestos de intervención, sobre la base de una dificultad concreta de hacerse cargo de un problema que expresa un sufrimiento global y que implica, en consecuencia, a todos los miembros pertenecientes al propio sistema familiar.

Este punto de vista unilateral constituye un presupuesto que hace más rígido el proceso de estigmatización social o de criminalización, haciendo casi imposible un acercamiento operativamente constructivo hacia el “actor” principal del delito. Al mismo tiempo, el punto de vista sistémico-relacional que ha intentado tratar el tema desde una óptica circular, y por tanto de restitución de un malestar y una

demanda implícita de ayuda también del autor del abuso, ha corrido el riesgo, a su vez, -en la fase inicial de acercamiento al problema y dada la complejidad del mismo- de irresponsabilizar al miembro maltratador o abusador, en el intento de subrayar la participación activa de cada uno de los elementos del sistema parental en el interior de las dinámicas familiares que se hallan en la base del abuso y que contribuyen a su mantenimiento

En congruencia con este cuadro metodológico y de pensamiento el documento redactado por la Comisión Nacional para la coordinación de las intervenciones en materia de maltratos, abusos y explotación sexual de los menores, llamado “Propuestas de intervención para la prevención y el contraste del fenómeno del maltrato” (Presidencia del Consejo de Ministros, Departamento de Bienestar Social, septiembre 1998) indica estrategias de contraste como:

- la consecución de datos y la ubicación de los recursos sobre el territorio nacional;
- los niveles de formación (general y especializada);
- la organización de servicios integrados “en red” (establecidas entre las instituciones implicadas y relaciones con lo privado social)
- las colaboraciones a nivel nacional e internacional por la lucha contra la explotación sexual de los niños con finalidades comerciales;
- la información global para la difusión de una cultura de la infancia (pacto de entendimiento con los media).

Sobre la base de las reflexiones teóricas que han llevado a los complejos niveles de análisis y comprensión de los sistemas de las víctimas y abusadores, podemos pensar que modelos adecuados de intervención deban orientarse tanto a promover la asunción de responsabilidad frente al comportamiento abusador, cuanto a sostener y ayudar a ambos sistemas implicados en términos de elaboración de la experiencia traumática vivida.

La complejidad de la problemática que estamos tratando pone de manifiesto que el tratamiento del autor de delito sexual deba ir precedida necesariamente de un diagnóstico individualizado, caso por caso, sin hipótesis ni presupuestos de pensamiento rígido, basado en una valoración flexible *ad hoc* de los resultados de la investigación científica, y que tenga características capaces de incluir tanto las dimensiones clínicas individuales, familiares y sociales, como dimensiones conectadas con la valoración del riesgo de recaída (*risk evaluation*).

En esta dirección, el conocimiento profundo de los factores dinámicos, personales y sociales que llevan al comportamiento violento, o al menos identifican situaciones de riesgo favorables a la reiteración del mismo comportamiento, no puede no ser considerada como una matriz –teórica, metodológica y operativa- de la que partir para proyectar, realizar y monitorizar una intervención que incida realmente en términos de prevención de la recaída y tutela del sistema víctima, entendido como universo que implica tanto los abusados como los abusadores.

En el transcurso del estudio, investigación y análisis del fenómeno “abuso” ha sido necesario reiterar ulteriormente la necesidad de tutelar el sistema víctima, aun poniendo la máxima atención a la implicación de ésta, en el sentido de una coparticipación a la interacción en términos de comprensión de los acontecimientos problemáticos y de la sucesiva posibilidad de trabajar a fin de elaborar la experiencia con la propia víctima. Restituir una dimensión de malestar al autor del abuso ha permitido, al mismo tiempo, confrontarse con la posibilidad de ofrecerle ayuda y con la necesidad de reflexionar sobre el plano de la intervención en términos metodológicos y de contenido en línea con los objetivos imprescindibles de prevención del fenómeno y de tutela de la víctima.

En esta dirección van encaminados los intentos de ofrecer al autor de la violencia la oportunidad de *reconsiderar* el significado de sus actos, de admitir conscientemente la sanción penal en términos de “dinámica social e institucional de atribución de responsabilidad” (De Leo, 1996) y de hacerse cargo de la realidad de la víctima, así como las experiencias recientes sobre los procesos de mediación entre el autor y la víctima (Scardaccione, Baldry y Scali, 1998), como desafío en la dirección de una reparación constructiva en términos críticos y de promoción del proceso de autoconciencia.

Este artículo se centra sobre el abuso sexual con niños. Presenta, en primer lugar, un análisis retrospectivo de la literatura sobre este tema, cuya finalidad es definir, desde diferentes puntos de vista, el abuso sexual de menores. El enfoque teórico más reciente sobre el abuso sexual de menores considera el abuso sexual de menores como una “patología infantil” y una disfunción comunicativa del sistema de la víctima y del abusador sexual. De este modo el tratamiento de la víctima deberá necesariamente relacionarse con una intervención dirigida a prevenir o reducir el riesgo futuro de recaídas

Palabras clave: abuso sexual; abusador; psicoterapia; sistemas familiares; pedofilia; incesto.

Nota Editorial:

Este artículo, publicado originariamente en italiano con el título “L’abuso sessuale sui minori” apareció en *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1/3, pp. 219-244 (2001). Agradecemos al autor el permiso para su publicación.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias Bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano - Parigi – Barcellona: Masson.
- BANDURA, A. (1986). Social foundation of thought and action: a social cognition theory. Prentice Hall: Englewood Cliffs
- CAFFO, E. (1984). La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino. Prospettive di prevenzione dell'abuso all'infanzia. Milano: Unicopli.
- CALLIERI, B. & FRIGHI, L. (1999). *Le problematiche delle condotte pedofile*. Roma: EUR
- CESA-BIANCHI, M., & SCABINI, E. (Eds.) (1991). *La violenza sui bambini. Immagini e realtà*. Milano: Angeli.
- CIRILLO, S. (1986). Dietro un bambino maltrattato c'è una famiglia in crisi". *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 14, 18-22.
- CIRILLO, S., & DI BLASIO, P. (1989). *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*. Milano: Cortina.
- DE LEO, G. & MAZZEI, D. (1989). Per una analisi sistemica dell'azione violenta. *Terapia Familiare*, 30
- DE LEO, G. & QUADRO, A. (1995). *Manuale di Psicologia Giuridica*. Milano: LED
- DE LEO, G. (1996). *Psicologia della responsabilità*. Roma: Laterza.
- DE LEO, G. & PETRUCELLI, F. (1999). *L'abuso sessuale infantile e la pedofilia*. Milano: Franco Angeli.
- DETTORE, D. & FULIGNI, C. (1999). *L'abuso sessuale dei minori*. Milano: McGraw Hill.
- FERRACUTI, F. (1968). *L'incesto padre-figlia*. Puerto Rico: Minerva Medica.
- FERRACUTI, F. (1988). Trattato di Criminologia, Medicina criminologica e Psichiatria forense. Milano: Giuffrè.
- FINKELHOR, D. & LEWIS, I. A. (1988). An epidemiologic approach to the study of child molestation. *Annual N.Y. Academy of Sciences*, 528, 64-78
- FREUND, K. KUBAN, M. (1994). The basis of abuser theory of pedophilia a further elaboration on an earlier study. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 553-563.
- GREEN, A. (1994). La violenza sessuale infantile: conseguenze immediate e a lungo termine e loro trattamento. *Terapia Familiare*, 46.
- GULOTTA, G. (1987). *Trattato de psicologia giudiziaria*. Milano: Giuffrè.
- IARIA, A. (1999). Lo psichiatra di fronte al problema della pedofilia, in B. Callieri & L. Frighi *Le problematiche delle condotte pedofile*. Roma: EUR
- KEMPE, E. (1980). *Le violenze sul bambino*. Roma: Armando Editore.
- KRAFFT EBING, R. von. (1889).
- LESCIUTA, M. (1977). La violenza in famiglia in una prospettiva sociologica. *Terapia Familiare*, 2, 79-92.
- MALACREA, M., & VASSALLI, A. (Eds.) (1990). *Segreti di famiglia. L'intervento dei casi di incesto*. Milano: Cortina.
- MCFARLANE, K. & WATERMAN, J. (1986). *Sexual abuse of young children*. London: Norton.
- MERZAGORA, I. (1986). *L'incesto. Agressori e vittime, diagnosi e terapie*. Milano: Giuffrè.
- MONTECCHI, F. (1991). *Prevenzione, rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*. Roma: Borla
- ORMANNI, I. & PACCIOLLA, A. (2000). *Pedofilia*. Roma: Dues Sorgenti
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI. DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI (1998). *Proposte d'intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento*. Roma.
- ROCCIA, C., & FORTI, C. (1994). *L'abuso sessuale sui minori. Educazione sessuale, prevenzione, trattamento*. Milano: Unicopli.
- ROCCIA, C., & FORTI, C. (1997). *L'abuso sessuale sui minori*. Milano: Unicopli.
- SCARDACCIONE, G. (1992). *Autori e vittime di abuso sessuale*. Roma: Bulzoni
- SCARDACCIONE, G. & BALDRY, AC. (1997). Tipologia dell'abuso sessuale e modalità dell'intervento giudiziari. In *Rassegna italiana de criminologia*, VIII/1. Milano: Giuffrè.
- STOLLER, R.J. (1978). *Perversione*. Milano: Feltrinelli.
- TELEFONO AZZURRO (2001). *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia, della preadolescenza e dell'adolescenza*. Roma: Eurispes.

- TERRAGNI, L. (1997). *Su un corpo di donna. Una ricerca sulla violenza sessuale in Italia*. Milano: Franco Angeli.
- TRAVERSO, G.B. (1988). *Il comportamento violento sulla donna e sul minore*. Milano: Giuffrè.
- TRAVERSO, G.B. (2000). *Indagine conoscitiva sugli autori di reati sessuali a danno di minori e sui bisogni formativi degli operatori addetti al loro trattamento*. Roma: Progetto Wolf, Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.
- VENTIMIGLIA, C. (1989). *La differenza negata*. Milano: Franco Angeli.

AUTONARRACIÓN Y RECUPERACIÓN DEL SENTIDO EN VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES

Patrizia Patrizi,

Istituto per lo Studio delle Psicoterapie, Via S. Martino della Battaglia, 25 - 00185 Roma

E-mail: p.patrizi@tiscalinet.it

The experience of sexual abuse by relatives in childhood and adolescence is considered in their repercussions in adult life. Different forms of coping with this specific disease are also suggested.

Key words: sexual abuse; family, psychological treatment; perental functions; change strategies.

INTRODUCCIÓN

Abordamos en este artículo el tema de la experiencia de abuso sexual en el ámbito familiar con el fin de reflexionar sobre las dimensiones constitutivas de patología en la edad adulta y sus posibles formas de tratamiento. El marco conceptual que utilizamos –de acuerdo con la mayoría de los estudiosos– concibe el abuso sexual como un proceso cuyo desarrollo se lleva a cabo a lo largo de un continuo constituido por fases que preceden y siguen al abuso, y que definen su gravedad en el momento de su perpetración y en el periodo posterior que va de las consecuencias inmediatas a las de medio y largo plazo (Caffo, 1984, 1993; Gulotta, 1984; Cirillo y Di Blasio, 1989; Cesa-Bianchi y Scabini, 1991; Levi y Haddad, 1993; Montecchi, 1994; Roccia y Foti, 1994; Abbruzzese, 1999; Novelletto y Biondo, 1999).

El periodo que precede al abuso es, a menudo, un periodo también abusador. Es el periodo del abuso psicológico y emocional, de las dificultades, de las tensiones, de las patologías relacionales en el interior de la familia, del malestar de ésta última, de su aislamiento social, de la incapacidad de sus figuras adultas de desempeñar con competencia las funciones parentales, de su frecuente tendencia a recurrir al niño como sustitutivo de un rol que dichas figuras no han sido capaces de asumir (Cirillo y Di Blasio, 1989): una situación de grave riesgo que encuentra

en el abuso sexual uno de sus posibles desarrollos.

El periodo posterior puede estar constituido por otras fases más, entre las cuales cobran especial relieve, como condiciones de riesgo, las situaciones psicológicas y de interacción que se dan después del abuso y que comprenden el posicionamiento de los diversos sujetos, incluyendo al niño, respecto a lo sucedido, a los significados que se le ha atribuido, el sentido resultante de las relaciones externas y de las interacciones activadas por el propio abuso, de las que la existencia o ausencia de procedimientos jurídicos constituye un ejemplo elocuente, (De Leo, Biscione y Calabrese, 1999), el recurso por parte de la familia, o de otras figuras significativas, a la ley del silencio, las alianzas y la complicidad que se desarrollan en torno a los hechos, y a partir de éstos, para la supervivencia de niveles, aunque sea mínimos y patológicos, de relación (Malacrea y Vasalli, 1990; Malacrea, 1999). La combinación de este conjunto de elementos constituye, para el niño, el telón de fondo, donde puede instaurarse una vivencia de continua amenaza, la posibilidad imaginada de que lo ocurrido pueda repetirse, que no constituye un episodio aislado, sino representativo de momentos de una prevaricación parecida, envuelto en un entorno psicorrelacional, no por poco visible, menos peligroso.

Una fase posterior del continuo -que queremos subrayar en nuestras reflexiones- es que encierra los sedimentos del malestar en la edad adulta; la manera en que el recuerdo emerge de nuevo, las formas que ha tomado en las diferentes fases del desarrollo, cómo el recuerdo y sus consecuencias han sido tratados y utilizados por la víctima y sus interlocutores, la modalidad con que la sensación de impotencia de aquel momento se ha mantenido activa y se ha extendido a otras situaciones, la percepción de sí mismo como víctima: piénsese en el riesgo de victimización y posterior violencia, no exclusivamente sexual, ligado a procesos de autoalimentación, por parte de la víctima, de la vivencia de impotencia frente a situaciones relacionales amenazantes para la propia integridad física y psicológica, citada por todos.

En relación a las consecuencias inmediatas del abuso sexual -que pueden darse incluso a distancia del episodio concreto extendiéndose a lo largo de todo el curso del desarrollo- la literatura propone distinciones entre las genéricamente asimilables al cuadro de Trastorno por Estrés Postraumático descrito por el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y las consecuencias específicas del abuso sexual (Rossi y Palleschi, 1997). Las primeras hacen referencia a tres dimensiones principales: revivir el episodio de manera recurrente, invasora, angustiosa; tendencia a la evitación de estímulos y a situaciones asociadas al episodio; estado de alerta constante y fuerte reactividad fisiológica (Ferracuti y Scardaccione, 1993). Las segundas se pueden asociar al abuso sexual como forma específica de trauma. En el *Traumagenic Dynamic Model of Child Sexual Abuse*, Finkelhor y Browne (1985) identifican cuatro dimensiones traumatogénicas que interfieren a nivel cognitivo y emocional con fuertes repercusiones sobre la esfera del Si mismo, de las perspectivas de futuro y de la relación con el mundo; la sexualización traumática; la traición;

la estigmatización; la impotencia.

La sexualización traumática conduce, además de a problemáticas inherentes a la identidad y las normas sexuales, a la confusión en el ámbito de la expresión de la afectividad: el niño percibe poder obtener atención del adulto, en relación a las necesidades de su fase evolutiva, a través de formas inadecuadas, incoherentes, relativas tanto a las características de la relación como a su calidad emocional. A menudo el niño se defiende erotizando sus relaciones (De Young, 1984) o creyendo que ésta sea la forma adecuada de intercambio afectivo (Yates, 1982). La traición radica en la falta de confianza, en una expectativa de ser atendido que no encuentra respuesta en el comportamiento cotidiano o que se alterna a la desatención y la explotación, construyendo un sentido de incomprensibilidad que se manifiesta tanto en la exasperación de la dependencia como en la agresividad incontrolada.

La estigmatización se refiere a las imágenes de sí mismo filtradas por el *feedback* proveniente tanto del abusador como, a menudo indirectamente, de los demás o de lo que el niño aprende socialmente sobre lo que se considera normal en las relaciones con el adulto. La demanda de complicidad en mantener el secreto, la *omertà* familiar, pequeños pero continuos chantajes, el mal disimulado escándalo una vez descubierto, constituyen los ingredientes de la tendencia a la autoatribución de culpa, del desprecio de uno mismo, de la vergüenza. La impotencia es la representación comunicativa de la violencia sufrida; da a entender el sentido de la invasión física y psicológica, a saber, la percepción de desigualdad de los instrumentos contractuales. La consecuencia más fuerte consiste en la percepción de ineficacia personal, en la sensación de ser víctima desarmada. (Roccia, 1995). La expresión comportamental, ligada a tales estados cognitivos-emocionales da lugar, unas veces, a un exceso de control (internalización) -una especie de anestesia protectora- otras a una falta de control (externalización) -la expresión de la violencia vivida- con diferencias derivadas de la especificidad individual y situacional y con la posibilidad de alternancia en el mismo sujeto.

La consideración de las posibles problemáticas en edad adulta plantea la importante premisa, avalada por la literatura especializada en el tema, de que muchas de las patologías derivadas de la experiencia del abuso no están correlacionadas con dicha experiencia en un sentido específico; más bien es posible hablar de una especie de vía preferencial que el abuso puede trazar en relación a la amplificación o al mantenimiento de los estados patológicos no correlacionados linealmente con el abuso (Pezdeck y Banks, 1996). Sintéticamente, los efectos a largo plazo consisten en trastornos de personalidad que afectan a la esfera afectiva y sexual, las competencias sociales y la vida relacional. El sentimiento de desconfianza, con la correspondiente dificultad de crear y mantener relaciones íntimas, bajos niveles de autoestima, sentimientos de vergüenza y de inferioridad, con el consiguiente distanciamiento de las relaciones sociales, parecen característicos del perfil psicológico de las personas adultas con un pasado de abusos. En los

casos más graves pueden detectarse comportamientos autodestructivos, incluido el suicidio, así como síndromes disociativos (Goodwin, 1981; Garutti Ferracuti, 1988; Vasalli, 1999).

Puede sustentarse la tesis de que los abusos sexuales no constituyen por sí mismos la causa de tales estados patológicos, o al menos disfuncionales, pero aun así existen algunas dimensiones, ligadas directamente al abuso, que intervienen en la creación de nexos entre el episodio de abuso y diversas formas de malestar que se manifiestan en edad adulta. Proponemos algunos razonamientos teniendo en cuenta los conocimientos y las investigaciones realizadas en estas últimas décadas. Son variables importantes la edad del niño en el momento del abuso, la repetición del abuso, su gravedad –entendida también como forma de violencia infringida y como tipología de la relación con el adulto abusador– el tiempo transcurrido hasta que se da algún tipo de apoyo al niño y a la familia, la modalidad de la intervención (Cofano y Oldini, 1991; Canziani, 1998; Vassalli, 1999). Un conjunto de variables de fuerte impacto que puede definirse en términos de vulnerabilidad personal, relacional y social, donde hallamos:

- a) las condiciones psico-relacionales del niño en el momento del abuso, y las vivencias de sufrimiento, de malestar difuso en el interior de la familia, la presencia eventual de historias precedentes o contemporáneas de maltrato, descuido y falta de atención;
- b) las estrategias adoptadas por el niño para hacer frente a lo sucedido, para garantizar su supervivencia psicológica, para superar el conflicto entre la necesidad de relación afectiva con el adulto y la autodefensa de la amenaza, constante, de ser violado por este mismo adulto;
- c) las estrategias adoptadas por las figuras significativas para reestructurar la situación posterior a los hechos, su capacidad de asumir la gravedad de lo sucedido y de sus consecuencias, la disponibilidad de acoger y gestionar el sufrimiento, de implicarse en un cambio, las competencias de elaboración cognitiva y emocional;
- d) las estrategias de intervención utilizadas por profesionales, la orientación operativa que oriente el curso evolutivo en términos de adecuación y pertinencia a la vulnerabilidad psicológico-relacional del niño, a la vulnerabilidad familiar y del contexto social, la competencia operativa en tutelar al niño en su conflicto entre el mantenimiento de la relación con el adulto y la defensa de las amenazas de éste último, la eficacia en la producción de situaciones capaces de contener y contrastar las vivencias dominantes de invasión física y psicológica, de falta de protección, la frecuente percepción de sí mismo como malo-culpable, por una parte, e impotente por otra (Di Blasio, 1995). El tipo de patología en la edad adulta, las formas de disfuncionalidad desarrolladas parecen derivar justamente del tipo de estrategias utilizadas a diversos niveles y por los diferentes sujetos en el momento del abuso y en la fase inmediatamente posterior: las estrategias de

afrontamiento adoptadas por la víctima, las utilizadas por los adultos, incluido el autor del abuso, las competencias y la calidad de la intervención.

Sobre este fondo se entrecruzan otras variables que, en sus interacciones, pueden ofrecer criterios de lectura de las patologías del adulto con un pasado de abuso. La primera variable es la posibilidad de que las estrategias de afrontamiento utilizadas por el niño en el momento del abuso, por tanto en condiciones de emergencia, se transformen en un verdadero y específico estilo de *coping*, con la tendencia del sujeto a generalizar en los diversos acontecimientos estresantes de la vida una modalidad de afrontamiento que reproduce las soluciones adoptadas en aquel momento y que, en algún grado, han resultado ser útiles para superar el problema: en especial, la estrategia de negación, como intento denodado de autoprotección, que permite tener de lado el recuerdo de las vivencias ligadas al abuso o, al contrario, la “renuncia” a separarse del problema, hasta vivir completamente dentro de sus confines, permitiendo la difusión del sentimiento de impotencia hasta convertirse en criterio indicador de la propia capacidad de afrontar los acontecimientos estresantes. Esta última estrategia resulta ser bastante parecida, respecto a los procesos que activa, a la segunda variable, representada por los significados que la persona se atribuye a sí misma por el daño sufrido, y al lugar que ocupa en el mundo relacional: desde la autoestigmatización con culpa, a la sensación invasora de no haber sabido y no saber tener bajo control la situación, la rabia al reconocer el daño sufrido, la rabia ante la imposibilidad en el pasado y la dificultad en el presente de expresar la intensidad de su dolor (Miller, 1980; Di Blasio, 1996; Rota Surra, 1997) y elaborar un sentimiento de deprivación que precede y, a la vez, deriva de aquel dolor. Estos aspectos nos indican hasta qué punto la posición de víctima y la vivencia de prevaricación pueden convertirse en centrales en la historia personal, en qué grado y de qué manera pueden ser percibidos como algo ineludible que se repite, así como en la transformación de la violencia física y psicológica del pasado en una constante amenaza de violencia psicológica y relacional en el presente. Y finalmente –pero no por ello menos destacable sino más bien como la variable decisiva para que el malestar infantil pueda adquirir poder para influenciar todo el curso de la vida– la presencia/ausencia de situaciones y figuras protectoras, capaces de contrarrestar los riesgos ligados al proceso del abuso, tanto en las fases iniciales, como en los momentos cruciales del desarrollo, como en la adolescencia, o cuando, en relación a acontecimientos desencadenantes, reaparece de nuevo el recuerdo, reproduciendo y amplificando la sensación de aquel momento.

Consideramos que una intervención en la edad adulta tiene que tener en cuenta estos criterios como claves para acceder a los procesos que mantienen activas, a lo largo de la vida, las consecuencias del abuso, produciendo las disfuncionalidades originadas y reduciendo la posibilidad de crecimiento personal. Desde la perspectiva estratégico-interaccionista, que adoptamos como marco conceptual, los proce-

sos implicados derivan de un complejo sistema perceptivo-reactivo (Nardone y Watzlawick) caracterizado por la reiteración de la experiencia pasada en términos de inversión de energías que, intentando superar las vivencias ligadas al abuso, paradójicamente, acaba por alimentarlas. Bajo este punto de vista pueden entenderse el sentimiento de ineficacia personal y la baja autoestima, que se dan en muchos casos de personas con un pasado de abuso, las tendencias opuestas a no querer recordar y a dejarse invadir por los recuerdos de aquel pasado, la incapacidad percibida de protegerse y hacerse proteger por otros. El objetivo de la intervención es romper este sistema perceptivo-reactivo a través de experiencias emocionales-cognitivas capaces de evidenciar, subrayar y expandir las vivencias de autoeficacia y de dominio de sí mismo, en relación con la propia realidad psicológica y relacional. La lógica es que la persona pueda apropiarse de la posibilidad para sí misma de elaborar el acontecimiento pasado y de gestionar las situaciones que lo evocan en sus contenidos o en relación con los aspectos simbólicos y de la relación sí mismo-los otros-acontecimientos sociales mientras, a otro nivel, los significados derivados de aquel episodio pueden haberse progresivamente enquistado en la época en que se produjo el propio acontecimiento. El punto crucial que acompaña el dolor y las patologías derivadas del abuso –en el sentido procesual aquí planteado– consiste precisamente en la sensación fuerte, enraizada, de no haber sabido o podido controlar una situación amenazadora: hay que ayudar a la persona a desarrollar un sentimiento de competencia en el control de su realidad, a construir, y recuperar en el curso de su vida, alternativas posibles respecto a esa centralidad asumida por el significado del abuso que mantiene la persona en la incapacidad percibida de gestionar los acontecimientos. En esta dirección encontramos sugerencias fructíferas en la técnica estratégica elaborada por Cloé Madanes (1990; 1997) y en la perspectiva narrativa de Michael White (White y Epsom, 1990; White, 1992). Compartimos con estos autores los principios teóricos y el método aplicado. La narración constituye el instrumento privilegiado que la persona, junto con el terapeuta y a través de la relación, puede maniobrar para producir cambios evolutivos de pensamiento y acción, para vivir experiencias elaborando un sentido coherente con las expectativas de cambio realizadas, para explorar la propia existencia, descubrir nuevos acontecimientos y conexiones, reescribiendo de nuevo la trama. Es a través de la actividad narrativa, conociéndose a sí mismo dentro de la historia, que los individuos pueden descubrirse como protagonistas de la trama, recuperando aquel sentido de responsabilidad que lleva a reconocer el propio papel activo en el mantenimiento del problema y, por tanto, la posibilidad de desarrollar competencias para superarlo. De acuerdo con Villegas, (1995):

“En la medida en que el lenguaje constituye la matriz de cualquier comprensión, la psicoterapia se puede construir como una actividad lingüística en la que la conversación da paso al desarrollo de nuevos significados. Dicho de otro modo: la psicoterapia se puede concebir como

un proceso semiótico de construcción de significado a través de un discurso colaborativo... en que se anima a los pacientes a asumir el papel de autores privilegiados de sus propias historias de vida y a los terapeutas se asigna el de coautores o escribas". (p. 12)

Escribe Telfener en la introducción a White (1992):

"No se trata de proponer una redefinición estática del problema, sino más bien de realizar un constante proceso de reconstrucción de los clientes, a los cuales se invita a considerarse más allá del círculo tautológico que el síntoma crea y a asumir responsabilidad a través de sus puntos fuertes, sus capacidades, habilidades y conocimientos". (p.21)

Es siempre dentro del curso narrativo, y en estrecha interacción con el plano comportamental, que se desarrolla la actividad dirigida a hacer que la persona haga suyos todos aquellos descubrimientos realizados al explorar su historia. Los pasos propuestos por White (1992) van desde la identificación de las "situaciones únicas" –"hechos o acontecimientos que contradicen los efectos del problema en la vida o en las relaciones" (p.51)– a la búsqueda de un sentido que las haga significativas, a la difusión de los conocimientos alternativos sobre sí mismo realizados a través del descubrimiento de situaciones únicas, al ejercicio de la conciencia del papel activo que uno mismo desempeña respecto a la producción, a la reflexión que son los conocimientos y las percepciones sobre uno mismo los que orientan la propia perspectiva y la posibilidad de captar nuevas situaciones únicas. En la misma dirección se mueve Cloé Madanes (1990) en la sugestiva metáfora de "cambiar los recuerdos":

"Nuestros recuerdos de infancia no son otra cosa que pocos episodios aislados, a los cuales hemos atribuido significado y continuidad, presumiendo que un determinado recuerdo, justamente por el hecho de que es recordado, es representativo de muchos recuerdos similares. Cuando venga en mente un nuevo recuerdo de una persona amable, el terapeuta puede afirmar que, si se recuerdan una o dos acciones amables, seguramente ha habido muchas más; puede incluso plantear que cada vez que aflora un recuerdo malo hay que contrarrestarlo con recuerdos buenos encontrados (por ejemplo, el de una abuela cariñosa) de manera que la persona lleve dentro de sí mismo una imagen capaz de contrarrestar la de un padre malo". (p. 173)

La identificación de las situaciones únicas y la metáfora de cambiar los recuerdos conducen a una exigencia prioritaria para la víctima de abuso sexual: la capacidad de desarrollar aquellas funciones protectoras, cuya ausencia ha permitido, en el pasado, que el episodio y sus significados se apropiaran de toda su existencia, en el presente, que la persona tema no poseer los recursos para elaborar lo sucedido, gestionar su vida actual y controlar la evolución de su propio futuro. Cuando hablamos de funciones protectoras nos referimos a la disponibilidad

individual de entrar en contacto con la propia realidad psicológica y relacional libre del potente filtro que la influencia del episodio del abuso, con sus significados, ha podido ejercer a lo largo del tiempo. La persona que vive “del” problema experimenta una especie de reducción de su propia experiencia subjetiva que condiciona sensiblemente la posibilidad de acoger y producir visiones de la realidad que no sean coherentes con la vivencia, dominante, de prevaricación e impotencia. La intervención debe poder asumir tal bloqueo evolutivo, orientando a la persona a disponerse a “aceptar el riesgo” que la realidad, dentro de la cual se mueve, contenga aspectos –personas, relaciones, situaciones, acontecimientos vitales– divergentes respecto a esa vivencia y que ésta última se mantenga viva por sus propias percepciones con un poder semejante –o incluso más peligroso en cuanto se autogenera– al de los acontecimientos que lo han producido. Debe considerar ante todo que el cambio – el objetivo buscado de una realidad de bienestar– representa en sí mismo un grave riesgo para la realidad personal, ya que corresponde a la redefinición del sentido de identidad, a la renuncia de funciones del Yo, que aunque sea de forma problemática, han permitido mantener niveles de coherencia interna e interpersonal. Desde una óptica estratégica, la etiqueta del self como víctima y la configuración de la realidad que de ella se deriva impiden a la persona considerar alternativas aceptables ya que prevalece una lógica del “o/o” que, al asignar una centralidad a los significados ligados al ser víctima, excluye otras posibles configuraciones (De Shazer, 1985). El objetivo terapéutico se convierte entonces en un ejercicio de retar a la lógica de las partes recíprocamente excluyentes a través de intentar descubrir el self, que pasa por la exploración de los escenarios insólitos de la propia historia y que se desarrolla a lo largo de un curso de hipótesis-acciones, orientado emocionalmente y elaborado cognitivamente. Siguiendo las sugerencias que propone White (1992) –según las dos principales directrices que definen la relación persona-problema (“la influencia que el problema tiene en su vida y en sus relaciones” y “la propia influencia sobre la “vida” del problema”, p. 37)– intentaremos identificar algunas cuestiones que pueden guiar dichas directrices.

La primera cuestión se refiere a la percepción de sí mismo como víctima: ¿el problema controla la vida de la persona?; ¿en qué grado y de qué manera la persona mantiene vivo el problema, lo alimenta considerándolo representativo de su realidad porque le resulta más accesible en términos de intensidad de la vivencia, representativo de su propia existencia, de sus relaciones en un sentido casi indiferenciado?

La segunda cuestión concierne a la esfera de acción del problema: ¿qué momentos o situaciones se han escapado de esa esfera de acción del problema?; ¿qué competencias la persona ha puesto en juego en dichas situaciones y cómo la sensación prevalente de ser víctima le ha impedido tomarlas en cuenta, y de reconocerlas como cualidades propias?

La tercera cuestión hace referencia a las situaciones únicas, a las figuras y los

acontecimientos protectores que permitieron que dichas competencias se desarrollaran; menos representativas que el episodio del abuso, las situaciones únicas son a menudo vividas como excepciones, sin llegar a considerarlas como significativas de la calidad de la propia vida.

La cuarta cuestión se refiere al secreto, la *omertà*, la complicidad en torno a lo sucedido; en qué medida estas dimensiones han representado criterios que la persona ha aplicado no sólo al episodio que hubiera querido “olvidar” sino también a las competencias que a lo largo de la vida ha podido desarrollar, a las situaciones y a las figuras protectoras que ha encontrado; en qué medida la ley del silencio – aplicada a un episodio tan amenazante para la integridad física– ha podido operar más allá de los límites de ese evento para transferirse a áreas alternativas del desarrollo de la persona.

Nuestro planteamiento se basa en la construcción de una intervención terapéutica orientada a la autoayuda (Madanes, 1997), una intervención contrapuesta a la auto-victimización, dimensión que, más que otras, parece favorecer el mantenimiento en vida del problema, de aquellas consecuencias del abuso que se sedimentan y amplifican en edad adulta, a través de una serie de acontecimientos y situaciones que confirman la propia imagen prevaricada originaria relacional de uno mismo, de un sistema –siguiendo la línea teórica de Bateson, White y otros estudiosos que se mueven en la corriente de la epistemología construccionista– “que ha perdido la capacidad de recibir informaciones en la medida que filtra y selecciona sólo los mensajes coherentes con su organización sintomática” (Telfener, 1992, p. 23). Los objetivos básicos del proceso de psicoterapia pueden sintetizarse en:

- a) la reapropiación de la posibilidad de manejar las consecuencias del episodio traumático;
- b) una progresiva neutralización de la capacidad del episodio y de su recuerdo de producir dolor y sufrimiento;
- c) una definición de los límites de las áreas que rodean el abuso;
- d) la producción de conocimientos sobre uno mismo, sobre las propias competencias y cualidades, alternativas a las prevalentes, ligadas al abuso.

En el fondo, el objetivo es re-narrarse a través de alternativas aún no explicitadas y experimentar, a la luz de nuevas imágenes relacionales de uno mismo, expectativas distintas de experiencia personal: la persona que ha sufrido un abuso tiene, entre las diversas imágenes de sí mismo, la de haberse sentido, de sentirse aún, impotente, incapaz, culpable de lo sucedido y de las alternativas posibles no llevadas a cabo. Trabajar sobre los aspectos alternativos abre la posibilidad para la persona de descubrirse y reconocerse responsable de su presente, en contraposición a la culpabilidad imaginada del pasado, competente, en contraste con la incapacidad y subordinación experimentadas en la infancia y en la adolescencia, protagonista de la propia historia, en contraposición a la prevaricación anterior. Descubrir quién es uno en el momento presente como forma de reequilibrio dentro

de un diálogo ligado al pasado, pero capaz de continuar produciendo historias dentro de la propia historia.

El presente artículo se centra en la experiencia de abuso sexual sufrido en el seno de la familia, en las dimensiones implicadas en el sufrimiento en edad adulta y en las posibles formas de tratamiento.

Palabras clave: abuso sexual, familia, tratamiento psicológico, funciones parentales, estrategias de cambio.

Traducción: Empar Torres Aixelà

Referencias bibliográficas

- ABBRUZZESE, S. (Ed.) (1999). *Minori e sessualità. Vecchi tabù e nuovi diritti*. Milano: Angeli.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington D.C.: The American Psychiatric Association. (Trad. it. *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano - Parigi - Barcellona: Masson. 1996).
- CANZIANI, F. (1998). Dimensioni e conseguenze dell'abuso sessuale sui bambini-vittime. *Minorigiustizia*, 2, 11-22.
- CIRILLO, S., & DI BLASIO, P. (1989). *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*. Milano: Cortina.
- CAFFO, E. (1984). *La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino. Prospettive di prevenzione dell'abuso all'infanzia*. Milano: Unicopli.
- CAFFO, E. (Ed.) (1993). *Il bambino a mosaico. L'impegno per l'infanzia: conoscenza e intervento*. Milano: Guerini e Associati.
- CESA-BIANCHI, M., & SCABINI, E. (Eds.) (1991). *La violenza sui bambini. Immagini e realtà*. Milano: Angeli.
- COFANO, C., & OLDANI, M. (1991). Abuso sessuale, In M. Cesa-Bianchi & E. Scabini (Eds.): *La violenza sui bambini. Immagini e realtà* (pp. 143-151). Milano: Angeli.
- DE LEO, G., BISCIONE, M.C. & CALABRESE, C. (1999). Problemi di metodo nell'audizione protetta di minori vittime di abuso sessuale: riflessioni su un primo servizio sperimentale a Roma. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 53-64.
- DE SHAZER, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: Norton. (Trad. it.: *Chiavi per la soluzione in terapia breve*. Roma: Astrolabio).
- DE YOUNG, M. (1984). Counterphobic behaviors in multiply molested children. *Child Welfare*, 68, 333-339.
- DI BLASIO, P. (1995). Interazioni tra psicologia e giustizia nelle problematiche del maltrattamento ai minori. In A. Quadrio & G. De Leo (Eds.). *Manuale di psicologia giuridica* (pp. 425-441). Milano: LED.
- DI BLASIO, P. (1996). Bambini violati: la paura, la vergogna, il silenzio. *Psicologia contemporanea*, 137, 29-37.
- FINKELHOR, D., & BROWNE, A. (1985). The traumatic impact of child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), 530-541.
- GARUTTI FERRACUTI, M. (1988). L'incesto: aspetti psicologici e criminologici. In F. Ferracuti (Ed.): *Criminologia e psichiatria forense delle condotte sessuali normali, abnormi e criminali. Trattato di Criminologia, Medicina criminologica e Psichiatria forense*, vol. 8 (pp. 47-103). Milano: Giuffrè.
- GOODWIN, J. (1981). Suicide attempts in sexual abuse victims and their mother. *Child Abuse and Neglect*, 5 (3), 217-221.
- GULOTTA, G. (1984). *Famiglia e violenza. Aspetti psicosociali*. Milano: Giuffrè.

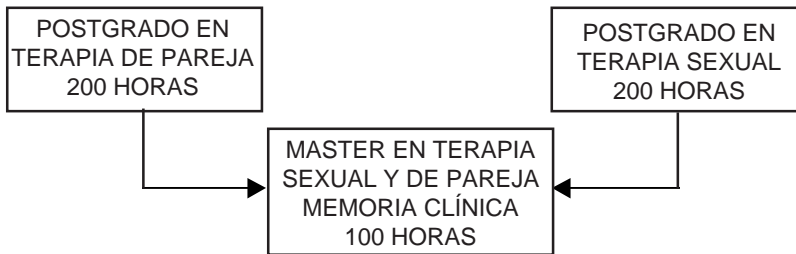
- LEVI, G., & HADDAD, A. (1993). Rischio psicopatologico e rischio di abuso in età evolutiva. *Il bambino Incompiuto, 1*, 19-28.
- MADANES, C. (1990). *Sex, Love and Violence: Strategies for Transformation*. New York: Norton.
- MADANES, C. (1997). Storie di psicoterapia. In P. Watzlawick & G. Nardone (Eds.), *Terapia breve strategica*. Milano: Cortina.
- MALACREA, M., & VASSALLI, A. (Eds.) (1990). *Segreti di famiglia. L'intervento nei casi di incesto*. Milano: Cortina.
- MALACREA, M. (1999). Abuso sessuale all'infanzia: dopo lo svelamento quale futuro per le vittime?. In S. Abbruzzese (Ed.): *Minori e sessualità. Vecchi tabù e nuovi diritti* (pp. 143-195). Milano: Angeli.
- MILLER, A. (1980). *Am Anfang war Erziehung*. Frankfurt: Suhrkamp. (Trad. it.: *La persecuzione del bambino*. Torino: Boringhieri).
- MONTECCHI, F. (Ed.) (1994). *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- NARDONE, G., & WATZLAWICK, P. (1990). *L'arte del cambiamento. Manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- NOVELLETTO, A., & BIONDO, D. (1999). Psicodinamica dell'abuso. In S. Abbruzzese (Ed.). *Minori e sessualità. Vecchi tabù e nuovi diritti* (pp. 119-142). Milano: Angeli.
- PEZDEK, K., & BANKS, W.P. (Eds.) (1996). *The Recovered Memory/False Memory Debate*. San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- ROCCIA, C. (1995). Le conseguenze dell'abuso e l'intervento socio-giudiziario. *Minorigiustizia, 1*, 59-65.
- ROCCIA, C., & FOTI, C. (1994). *L'abuso sessuale sui minori. Educazione sessuale, prevenzione, trattamento*. Milano: Unicopli.
- ROSSI, R., & PALLESCHI, M.R. (1997). L'abuso sessuale nell'infanzia: il bambino come vittima. In C. Simonelli, F. Petruccelli e V. Vizzari (Eds.). *Sessualità e terzo millennio. Studi e ricerche in sessuologia clinica, vol. 1* (pp. 503-513). Milano: Angeli.
- ROTA SURRA, G. (1997). Quando la rabbia è "indicibile". *Minorigiustizia, 4*, 67-73.
- TELFENER, U. (1992). La terapia come narrazione, un'introduzione. In M. White (Ed.), *La terapia come narrazione. Proposte cliniche* (pp. 7-29). Roma: Astrolabio.
- VASSALLI, A. (1999). L'abuso sessuale sui minori. In S. Abbruzzese (Ed.), *Minori e sessualità. Vecchi tabù e nuovi diritti* (pp. 103-118). Milano: Angeli.
- VILLEGAS, M. (1995). La costruzione narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 22-23*, 5-19.
- WHITE, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. (a cura di U. Telfener). Roma: Astrolabio.
- WHITE, M., & EPSTON, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.
- YATES, A.Y. (1982). Children eroticized by incest. *American Journal of Psychiatry, 139*, 482-485.

MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA UNIVERSITAT DE BARCELONA

BIENIO 2003-2005

2ª PROMOCIÓN

- El MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA está orientado a proporcionar una formación profesional especializada desde una perspectiva pluridisciplinar, predominantemente psicológica, pero con la participación de otros profesionales de la medicina, la pedagogía y el derecho. Adopta una perspectiva integradora entre los diferentes ámbitos y niveles de intervención, buscando su complementariedad. Considera los problemas sexuales y de pareja en su autonomía funcional, al igual que en los contextos en que se producen y mantienen, tanto desde una perspectiva evolutiva, como relacional y sistémica.
- El master tiene una duración de dos años con un total de 50 créditos impartidos en dos módulos anuales de 200 horas por curso, que dan acceso a los correspondientes diplomas de Postgrado. La suma de ambos módulos más un tercero de 100 horas dirigido a completar la memoria clínica culmina en los créditos necesarios per a la obtención del título de MASTER EN TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA.



INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA

Requisitos: Licenciatura en Psicología o Medicina

Plazas: 15/20 per curso

Precio de la matrícula completa por año: 2.000 •

DIRECCIÓN Y SECRETARÍA DEL CURSO

Dr. Manuel Villegas Besora (U.B.) mvillegas@psi.ub.es

Hermínia Gomà Quintilla (I.G.) herminia@institutgoma.com

Información y atención de alumnos:

Laura Galimberti lgalimberti@psi.ub.es

Lunes y miércoles de 16 a 19 horas y Martes de 10 a 14 horas

Teléfono: 933125100 / 933125135

Con la colaboración de

INSTITUT GOMÀ } { SERVEIS INTEGRALS

EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: UN ANÁLISIS COGNITIVO-EVOLUTIVO

Enrico Costantini, Giuseppe Miti

Childhood sexual abuse is discussed through three therapy processes with adult patients, illustrating various possibilities: suspect, certainty and falsehood. The authors emphasize that childhood sexual abuse within the family is often the tip of the iceberg and that the underlying causes must be looked for in an early and subsequent chronic distortion of the caring-attachment relationship which through the construction of operational models of the self, the other and the relationship, will lead to an excessive or out-of-context or simultaneous activation of the various Interpersonal Motivational Systems.

Key words: child sexual abuse, cognitive-evolutive approach, Interpersonal Motivational Systems.

Kuhn ha descrito ampliamente la influencia ejercida por el paradigma científico dominante en los programas de investigación y en la construcción de una sistematización del comportamiento de algunos aspectos del mundo real (Kuhn, 1969). La historia de las ciencias de la mente no constituye una excepción dentro de esta posición filosófica, y, más específicamente, el problema del abuso infantil representa un área emblemática de cómo los factores ideológicos y paradigmáticos pueden influir en la atención, la definición y el significado que la comunidad científica atribuye a un evento observado.

En los últimos años, se ha discutido casi con saña acerca del abandono por parte de Freud de la teoría de la seducción, atribuyéndolo, al menos en parte, a la necesidad de amoldarse a los valores socioculturales de la época. De hecho, el paradigma psicoanalítico de las fantasías edípicas ha dominado durante buena parte de este siglo, contribuyendo probablemente a la escotomización de los abusos reales en la infancia.

En los años 60 y 70, el surgimiento de varios movimientos de liberación (por ejemplo, el feminismo), la mayor atención dada a los malos tratos y a los derechos de la infancia por parte de la sociedad, y la simultánea crisis del psicoanálisis, debida entre otros al surgimiento de nuevas teorías, ponen en marcha un cambio cultural. En esta onda, en los años 80 se forma un nuevo paradigma explicativo que tiene su

máxima expresión en el boom de los informes científicos sobre los efectos psicopatológicos del abuso infantil, los así llamados Trastornos Disociativos.

Las teorías sobre la conciencia, la memoria y la identidad parecen haber seguido un recorrido paralelo. A pesar de que el pensamiento de Janet estaba ampliamente divulgado y apreciado hacia finales del siglo XIX, la importancia atribuida por este Autor a la disociación de la conciencia, a la utilidad de recuperar los recuerdos disgregados asociados a un trauma infantil y por ello a la descripción de una identidad no necesariamente unitaria, sino múltiple, se fue arrinconando a favor de las explicaciones de la teoría psicoanalítica. Tan sólo en los últimos veinte años se ha rescatado y revalorizado la aproximación teórica de Janet y, más específicamente, la exigencia de reconstruir los eventos traumáticos y el origen causal del trastorno psicopatológico, se ha convertido en el nudo central de las intervenciones terapéuticas en todos los trastornos en relación supuestamente etiológica con el abuso infantil.

Sin embargo, el énfasis -tal vez excesivo- atribuido a este aspecto ha ido generando, sobre todo en Estados Unidos, una corriente de pensamiento y un movimiento de opinión tan marcadamente críticos, que buena parte de los artículos y de los trabajos de los últimos años se dedican a investigaciones empíricas acerca de la veracidad y de la precisión de las “memorias olvidadas”, de la sugestionabilidad (iatrogénesis) y de la verificación de los recuerdos, con el objetivo de defender el paradigma del “abuso disociado” de las contestaciones radicales.

Desde nuestro punto de vista, en el marco de este debate, la contribución de la Teoría del Apego y de los Sistemas Motivacionales Interpersonales aporta una perspectiva que, aun no eliminando el problema de la memoria verídica o falsa, amplía la óptica desde la cual observar el desarrollo psicológico y psicopatológico de los individuos, subrayando la complejidad y la calidad de las relaciones del niño, y no sólo el impacto de un evento, único o repetido, en su organización psíquica. La utilidad de esta teoría y de esta aproximación (es decir, de este paradigma) es tan evidente que es apreciada en la misma escuela psicoanalítica actual. Según Muscetta (1997), por ejemplo, “si se modifica el concepto de inconsciente para convertirlo en algo que no sólo incluye recuerdos específicos desplazados y estados conflictuales relacionados con pulsiones, sino también algo que en cambio se refiere a configuraciones internalizadas de sí mismo y del otro en interacción, todo el objetivo terapéutico también se modifica”.

También es cierto, sin embargo, que parecen aumentar las demandas en psicoterapia relacionadas con el recuerdo o la percepción de haber padecido un abuso en la infancia, y también parece que los terapeutas sospechan cada vez más frecuentemente una correlación entre los trastornos psicopatológicos de los pacientes y una historia infantil de abuso. El problema de la fiabilidad de la memoria, la dificultad en la recuperación de los recuerdos y las dudas acerca de cómo comportarse son por lo tanto reales, y a menudo representan un punto crucial en la terapia.

Nosotros, a través del relato de tres casos clínicos, intentaremos describir algunos de los indicios y de los criterios que según nuestra experiencia hacen posible o probable pensar que se ha producido un caso de abuso infantil, o que, de todas formas, sugieren al terapeuta la oportunidad de tomar en consideración esta posibilidad. A continuación, mostraremos las diferentes evoluciones del proceso terapéutico como consecuencia de la verificabilidad y de la veracidad del recuerdo; por último, expondremos los que nos parecen algunos de los posibles caminos terapéuticos a emprender.

DANIELA: CUANDO LA SOSPECHA SE QUEDA EN SOSPECHA

Daniela ha decidido interrumpir la relación con Marco, que dura desde hace 6 años; la decisión es de todas formas difícil y la pareja sigue rompiendo y reconciliándose indefinidamente durante unos meses. En este período Daniela se siente “atrapada” y empieza a experimentar síntomas tipo crisis de pánico y agorafobia: su libertad de movimiento se reduce, advierte una falta de equilibrio cuando camina sola, tiene vértigo y está siempre ansiosa, tiene miedo a volverse loca y a perder el contacto con la realidad y el control de sus emociones, a sentirse totalmente en manos de los demás, dependiente de ellos. Se dirige a un psiquiatra que le prescribe una terapia farmacológica y que le aconseja una psicoterapia con otro psiquiatra.

Los síntomas de Daniela parecen confirmar la hipótesis diagnóstica del médico derivante, es decir, un trastorno de tipo fóbico. En consecuencia, la psicoterapia se orienta en esta línea, al análisis del significado de su relación sentimental, de la decisión de interrumpirla y de la calidad de su relación con los padres, a través de la reconstrucción de su infancia. Se consigue así poner de relieve como la actitud de los padres hacia ella fue siempre hipercontroladora y culpabilizadora, y cómo éstos se mostraron siempre poco disponibles y cerrados frente a su mundo emocional. Las frecuentes peleas entre los padres llevaron posteriormente al padre a abandonar la familia, cuando Daniela aún era pequeña.

La exploración de la situación sigue durante unos meses, y permite la configuración de una anamnesis satisfactoria desde un punto de vista teórico, pero... Daniela sigue encontrándose mal. Al contrario, la relación terapéutica con el médico parece más difícil, obstaculizada por una escasa producción verbal, por un silencio, en ocasiones, oprimente. Hay momentos en que Daniela parece atormentada por una ansiedad incontenible que le hace retorcer las manos y no le permite hablar. La percepción de una situación de estancamiento sugiere al terapeuta la posibilidad de recurrir a una ayuda farmacológica por medio del médico derivante, de reexaminar el recorrido terapéutico efectuado hasta entonces y de pedir al mismo médico derivante la disponibilidad para una discusión del caso, un *peer counseling*.

La simple relectura de los apuntes tomados en las primeras sesiones permite

al terapeuta detenerse en algunos detalles que le habían parecido irrelevantes o que había interpretado de forma errónea. Probablemente, la mayor focalización hacia los aspectos relacionales había dejado en el trasfondo de su atención algunos mensajes (¿inconscientes?) de la paciente: mientras refiere eventos de la vida cotidiana, cuenta haber quedado muy impresionada por la visión de la película “Angel Heart”, en la cual el protagonista ha cedido el alma al Diablo y ha cambiado de identidad, perdiendo el recuerdo de la anterior; y en una escena, se mira desesperado al espejo y grita: “¡Yo sé quien soy!”, pero *no es verdad y acaba siendo castigado justamente por su maldad*. Daniela comenta haber pensado: *Yo también soy así, puedo haber hecho algo malo sin saberlo y seré castigada, merecidamente*.

En otras ocasiones, cuenta acerca de imágenes crudas o violentas que se le imponen a la mente y que intenta borrar con fuerza porque la asustan, y no consigue darles un significado.

A veces refiere sueños surrealistas de muerte o en que alguien intenta obligarla a hacer cosas que le repugnan, como tomar en brazos un reptil.

Y, para acabar, en ocasiones relaciona la imposibilidad de hablar con el terapeuta sobre algunos pensamientos repugnantes, con el sufrimiento y el miedo que experimentó de pequeña en episodios de los cuales sólo consigue tener recuerdos parciales y confusos, sin embargo, todos ellos se refieren a la amenazadora figura de un tío que vivía con ella.

Gracias a la exploración de estos elementos y de otros similares, en la consulta con el colega se toma en consideración la hipótesis de un abuso sexual y se reformula el diagnóstico, que parece más relacionado con un trastorno disociativo (ejemplificado por el relato de la película).

Como es obvio, Daniela también es consciente de que algo no está funcionando en la terapia, y lo expresa a su manera, silenciosamente. Esta comunicación no verbal ha construido una atmósfera emocional en la cual se deslizan, calladas, irritación y rabia: por parte del terapeuta, que tiene una percepción superficial y errónea de una paciente no colaboradora, y por parte de la paciente, que con razón no se siente comprendida y ayudada, pero no puede expresarlo porque se sentiría culpable. Del mismo modo se siente culpable por todo, incluso por tener miedo. Daniela se mantiene distante en todas las facetas de su comportamiento: se esconde y se arrebujaba bajo su ropa, nunca mira al terapeuta a los ojos, es presa de una ansiedad que siente como paralizante en todas sus actividades, percibe y teme el rechazo en todas las relaciones, esperando de los demás el mismo desprecio que ella misma se atribuye. En otras palabras, Daniela expresa constantemente la emoción de vergüenza.

La intervención de una tercera figura en el proceso terapéutico, es decir el médico derivante, que empieza un seguimiento farmacológico de la muchacha (y no sólo eso), lleva a un cambio en la relación y en el encuadre terapéuticos. Aunque Daniela había pedido un tratamiento farmacológico para *no pensar en las cosas que*

la atemorizan, una vez tranquilizada acepta hablar de ellas, y plantea la utilización de un intermediario: propone traer a las sesiones un viejo osito suyo por medio del cual expresar lo que no sabe / no puede decir. La idea surge a raíz de que en esos días en los periódicos se describe este método para permitir que los niños maltratados cuenten experiencias dolorosas manteniendo cierta distancia.

De este modo, el osito empieza a convertirse en una figura dotada de autonomía e identidad propias, y a producir imágenes estructuradas y recuerdos concretos de molestias y abusos sexuales por parte de familiares de la paciente. Hay que comentar que, aun siendo esta técnica sugestiva de una inducción hipnótica de un estado de trance, Daniela no parece en nada encontrarse en un estado alterado de conciencia. Lo que sucede parece tener más relación con la puesta en común de conocimientos entre dos partes de ella misma, al mismo tiempo presentes y separadas. Como dirá Daniela al cabo de un tiempo, *el osito parece la parte de mí que contiene los secretos, pero es como un diálogo conmigo misma, a menudo activado por imágenes. Son las mismas imágenes que tenía antes, que no entendía y que atribuía a algo feo dentro de mí y que intentaba alejar. Ahora tengo menos miedo, sin embargo estoy más triste.*

No obstante esto, y a pesar de la interpretación de unos sueños que se utilizaron como imágenes de un ensueño diurno consciente, que parecían conducir a los mismos contenidos, a Daniela siempre le quedaron fuertes dudas: acerca de la identidad de los protagonistas de las imágenes, de los recuerdos y de los sueños, y, sobre todo, acerca de la realidad de éstos.

Probablemente, la necesidad de mantener una relación aceptable con los padres, las únicas figuras de referencia en una existencia socialmente pobre, prevaleció sobre la necesidad, también sentida, de recuperar la memoria sobre su pasado. Al mismo tiempo, sin embargo, Daniela ha adquirido una mayor seguridad, lo que le ha permitido afrontar de todas formas algunos aspectos de estas relaciones: ha podido explicar a la madre como se sentía descuidada de niña, y cuando la madre le ha pedido genéricamente perdón pretendiendo hablar con el terapeuta, ha encontrado el valor para decirle que *si quiere aliviarse la conciencia tiene que hacerlo con ella y no con el médico*. De hecho, la relación con los padres parece haber cambiado y la actitud de éstos también se ha modificado, llegando a ser más afectuosa y cuidadora. Ahora, Daniela también consigue enfadarse alguna vez, y *hacerse respetar, porque se siente más fuerte que sus miedos*, pero nunca consigue no sentirse culpable del todo cuando intenta y expresa emociones hacia las cuales queda un fuerte juicio moral ambivalente: por un lado, entiende que tiene razón al defender sus opiniones, por el otro, se considera mala, indigna, o teme padecer algún que otro castigo por su comportamiento. *Cómo quisiera poder dar la culpa a alguien, pero no puedo; todo recae siempre sobre mí.*

PAOLA: EL ABUSO REAL

Paola llega acompañada por el marido, sincera y coherentemente preocupado por la salud de la mujer. Los datos que siguen se recogen entre ambos.

En el momento de la primera visita tiene 28 años. Viste de manera modesta, pero ordenada. No va maquillada, tiene un ligero sobrepeso. La mirada, al principio constantemente dirigida hacia abajo (como si estuviera avergonzada), luego vagará entre el terapeuta, el marido y el vacío (como si se enajenara). Va alternando perplejidad, fuerte angustia (retuerce los dedos uno alrededor del otro, luego el movimiento se articula en un frotamiento lento pero violento de las manos, mientras los rasgos del rostro se alteran por una tensión muy fuerte) y llanto (se acurruca sobre sí misma y llora, silenciosamente, sin sollozos, como si estuviera desesperadamente sola frente a un dolor inevitable que la sobrepasa). La ideación se centra en la convicción absoluta, delirante, de que todos saben que ha sido violada y por ello hacen guiños de complicidad, aluden, se mofan de ella, la aíslan, la rechazan. Esclarecerá luego que todo el mundo sabe, porque los familiares del marido, y esencialmente la hermana, “hablan”. Este dato será muy importante para entender el proceso que ha llevado a la crisis. En este punto el marido interviene y especifica que la violencia ha ocurrido realmente y se ha concluido con la condena del padre de ella a dos años de cárcel. Se evidencia así en la primera sesión un abuso sexual cierto, corroborado por la condena de un tribunal, llevado a la práctica por el padre en un período que va de los siete a los catorce años de edad de la paciente. Por el contenido del delirio, entre otros, está claro que el abuso y la crisis actual están relacionados, pero ¿cómo? ¿Por qué la crisis se ha producido justo ahora? Estas preguntas sin respuesta seguían dando vueltas en mi mente. Prescribo 40 gotas de Haloperidol, 45 gotas de Bromacepam y un anticolinérgico. Fijo la sesión para una semana después y doy la disponibilidad telefónica para cualquier eventualidad. En la visita siguiente, la paciente se encuentra mejor, de forma apabullante e inesperada. El delirio ha desaparecido y hasta tengo que rebajar la dosis del neuroléptico, porque presenta una ligera hipertensión. Las mejoradas condiciones psíquicas consienten una mayor colaboración, y esto permite hablar del abuso y de lo que ha precedido la crisis durante las sesiones sucesivas. Lo que sigue es un resumen de lo que ha surgido. Me he ceñido a dotar los hechos de una secuencialidad, de forma que sean comprensibles para el lector.

La familia estaba formada por padre, madre, dos hermanos y una hermana, mayores que ella. Las condiciones económicas eran precarias. La madre hacía trabajos del hogar para otras familias. El padre cultivaba un pequeño terreno y hacía trabajos esporádicos. La madre es descrita como ausente, tanto física como psicológicamente.

“Papá me llevaba al campo, a menudo también venía mi hermana, mayor de tres años, y él hacía..., Doctor, disculpe, pero aún no me veo capaz de hablar de esos momentos. La violencia terminó hacia los 14 años, cuando

le amenacé con denunciarle. Siguieron dos años en que prácticamente lo había olvidado todo y no podía entender por qué odiaba a mi padre, hasta que un día él me pegó por un motivo fútil y yo, enfurecida, me acordé de todo. Algún tiempo después mi hermana denunció a mi padre y yo fui llamada a testimoniar. Si lo hubiera confirmado todo, papá se hubiera ido a la cárcel, pero si no lo hubiese hecho, mi hermana habría pasado por visionaria, loca o mentirosa. Las presiones para que desmintiera fueron muy fuertes. Recuerdo que el abogado de papá me dijo que por mi culpa un buen hombre iría a la cárcel y la familia se desmembraría. Mi madre no sabía qué hacer y/o decir y lloraba, un hermano me exhortaba a callar, el otro a decir la verdad. Las personas del barrio se habían dividido en dos bandos. Al final lo confirmé todo, papá fue condenado, un hermano se fue de casa, mis padres se separaron. Siguió una temporada terrible, me sentía culpable, avergonzada, todos me señalaban con el dedo y me aislé, ayudada sólo por mi hermana. Después encontré al hombre que hoy es mi marido. Al cabo de poco tiempo se lo conté todo, pero él, curiosamente, comprendió y se quedó a mi lado. Por fin tenía a un hombre que me entendía, que estaba a mi lado, que no me juzgaba y que sobre todo me aceptaba, a pesar de que sabía sobre la violencia. Su familia también estuvo a mi lado, pero gracias al secreto. Por fin tenía una familia verdadera, me sentía aceptada. La hermana de mi marido me llevó a trabajar con ella. Hace tres años me casé y nos fuimos a vivir a casa de mi madre, pero pasábamos casi todo el tiempo con mi suegra”.

A pesar de algunas dificultades, todo parecía ir por buen camino, cuando se produjeron diversos hechos:

Unos meses antes de la crisis, la cuñada, que en esa temporada tenía problemas conyugales serios, protagonizó una tremenda escena de celos hacia su propia madre, y la acusó de preferir más a Paola que a ella. Siguió un enfriamiento repentino de las relaciones con toda la familia política. Algún tiempo después Paola, a partir de algunas frases realmente proferidas por la suegra y por la cuñada, empezó a tener primero la duda y luego la certeza de que las dos mujeres conocían el abuso.

Unos dos meses antes de la crisis Paola fue la madrina en el bautizo de la hija de un familiar del marido.

“Hacer de madrina de una recién nacida es una gran responsabilidad, te conviertes en la figura más importante después de los padres. Oscilaba entre el temor de no estar a la altura del papel y la idea de no ser suficientemente digna a causa de mi pasado”.

Unos quince días antes de la crisis Paola tuvo una discusión muy fuerte con su cuñada, que la había puesto en ridículo en el lugar de trabajo.

El día de la crisis, el padre, según él como signo de reconciliación, fue a verla llevándole como regalo un cuadro de una mujer desnuda.

“En cuanto vi el cuadro pensé que esa mujer era yo. Me cogió una angustia muy fuerte. Por la noche no dormí. Al día siguiente fui a trabajar, pero no podía, y volví a casa. Como en un torbellino, empecé a pensar que era muy mala y/o que los demás podían pensarlo, luego que habría podido abusar de la niña a la cual había hecho de madrina y/o que los demás pudieran pensarlo. Me parecía que iba a enloquecer, la angustia crecía, crecía y yo no podía parar el pensamiento hasta que me convencí de que todo el mundo sabía que había sido violada por mi padre, porque mi cuñada había hablado”.

Los datos expuestos arriba y otra información que no incluyo por motivos de espacio parecen sustentar la hipótesis de que Paola, después del juicio, consiguió reorganizarse gracias al vínculo afectivo con el novio y con la familia de éste.

En los años que precedieron la primera crisis Paola había estructurado un perfeccionismo rígido y generalizado, dirigido a evitar las autoculpabilizaciones fáciles, la vergüenza y el temor al juicio y a la equivocación, y por ello al rechazo.

A mi parecer, a parte de las causas predisponentes representadas tal vez por la biología y ciertamente por las construcciones particulares y modelos operativos internos disfuncionales de sí mismo y del otro, generados a través de la historia personal de desarrollo, las razones de la ruptura psicótica justo en ese momento se tienen que buscar:

En la sensación de soledad siguiente al final de la “luna de miel” con la familia del marido.

En la de percepción de peligro sucesiva a la idea, en mi opinión correcta, de que las dos mujeres sabían del abuso.

En la angustia relacionada con las ideas de ser indigna e incapaz afloradas a raíz del madrinazgo. Tal vez no sea casual que después de la boda se produjeran dos abortos espontáneos.

En la percepción de peligro sucesiva a la pelea desencadenada por Paola en contra de la cuñada en respuesta a un escarnio real. “Con toda seguridad me lo hubiera hecho pagar”

A la luz de todo ello, el regalo del cuadro con la mujer desnuda por parte del padre, aparecía como la gota que llenaba el vaso.

Durante los meses que siguieron a la crisis psicótica la paciente, que seguía tomando sólo 8 gotas de haloperidol al día, volvió al modo de funcionar precedente al período crítico, y sólo una vez temí una recaída (había dicho a una compañera que no se hiciera la “lista” en el trabajo e inmediatamente después se había desencadenado el temor a que ésta le hiciera pagar por ello. Al cabo de un año de sesiones semanales me dijo que había suspendido los medicamentos porque estaba embarazada. En los últimos meses habíamos tratado varias veces el deseo-temor a un embarazo.

El embarazo siguió positivamente, mientras explorábamos el temor a no ser

una buena madre. Alrededor del quinto mes de embarazo le fue propuesto otro madrinazgo “no rechazable”, e inmediatamente después una ecografía puso en duda la normalidad del feto. Al cabo de cuatro días el marido me llamó diciéndome que Paola estaba muy mal. Durante la visita, a la cual la paciente había acudido sólo porque la obligaron, se mostró desconfiada, opositora y en algún momento, perpleja. Después de que el marido la animara a hablar por enésima vez, Paola dijo:

“Esto es una farsa, ¿por qué me has traído al médico? Yo no estoy enferma, yo soy mala, yo sólo soy mala, es justo que pague por mis culpas, tengo que expiar mis culpas. Y además, ¿qué es esta historia de que estoy embarazada? Yo no estoy embarazada. No quiero estar más en el médico, quiero irme a casa”.

Dada la gravedad de la situación y no sin serias dificultades, hice que la paciente ingresara en el hospital. Al cabo de cuatro días fui a verla. Tal y como había acordado con los médicos de la unidad, se le había administrado neurolepticos a dosis baja y el delirio había remitido. La paciente se disculpó por los problemas creados en ocasión del ingreso y expresó el temor de poder tener una nueva recaída. Era consciente de que estaba embarazada y me comunicó con felicidad que la ecografía realizada esa misma mañana había excluido anomalías fetales. Me habló de la grande angustia vivida cuando el ecografista precedente le había dicho que tal vez el feto tuviera anomalías, pero no sabía cómo había deslizado a la condición sucesiva. Al cabo de dos días volví a verla e hice que le dieran el alta. En el transcurso de la entrevista siguiente a la salida del hospital me expresó su agradecimiento profundo por haberla ingresado y por las visitas hechas en el hospital, me habló del deseo de ser una buena madre y, como consecuencia, de la decisión de querer volver a hablar del abuso sexual de hacía tantos años. Lo que sigue es un extracto de lo referido hasta el día de hoy por la paciente acerca del abuso.

“Mi padre nos llevaba a mi hermana y a mi al campo o, cuando mamá no estaba, a la cama grande. Al principio nos besaba el pecho... luego empezó a ponerse detrás de mí y hacía..., luego delante..., y hacía. A veces, después, lloraba y decía que no lo haría más. A veces me enajenaba y ya no sentía nada más, a veces mi cuerpo sentía placer. La cosa rara es que de esa temporada por un lado tengo recuerdos desteñidos, confusos, como si tuviera lagunas, y por el otro unos recuerdos vivísimos que, especialmente en el pasado, invadían mi mente de repente. Estos recuerdos han obstaculizado durante largo tiempo la vida íntima con mi marido. Siempre me he sentido culpable, porque a veces mi cuerpo ha reaccionado sintiendo placer, por no haber hablado antes, por haber hablado. En fin, mi vida estaba y está llena de sentimientos de culpabilidad y a menudo no consigo desenredar la madeja. La vergüenza también es una emoción que siempre me ha acompañado”.

ELENA: EL ABUSO SIMULADO

El primer encuentro con Elena fue sin lugar a dudas anómalo. Estaba en mi casa de campo cuando me contactó un viejo amigo, médico de cabecera del pueblo, que ya no sabía qué hacer con la paciente.

“El marido me llama constantemente por los síntomas más variados y no funciona nada de lo que propongo. La señora toma psicofármacos en dosis altas y me ha pedido poder consultar a un psiquiatra de confianza, mientras espera volver a la ciudad y allá encontrar otro. La familia ha regresado a Italia hace unos dos meses y los psicofármacos que toma se los prescribió un psiquiatra alemán. Sé que no te apetece hacer visitas al domicilio del paciente, pero te ruego que me acompañes, porque la paciente está aterrorizada y no se mueve de su casa, de todas formas sólo se tratará de un counseling”.

Me dejé convencer y me encontré en una torre perfectamente remodelada. Me esperaba el marido, un hombre de aspecto juvenil y con una actitud marcadamente de manager, que había construido un pequeño imperio económico desde la nada. Con cortesía, pero con la manera típica de quien no está acostumbrado a perder tiempo ni a hacer perder tiempo a los demás, éste me informó de que su esposa había empezado a estar mal hacía cuatro años, primero con taquicardias, desmayos, despertares con terrores nocturnos, miedo a quedarse sola, cefaleas. Se consultaron cardiólogos, internistas, neurólogos y luego psiquiatras, sin resultado alguno. Desde hace alrededor de un mes, después de un ingreso de cincuenta días, había salido de una clínica alemana con la prescripción de tomar neurolépticos sedantes y benzodiazepinas. En el curso de los años los diagnósticos realizados por especialistas eminentes habían sido muy variados: depresión, crisis de pánico, estado crepuscular, histeria, hipocondría, psicosis reactiva breve.

Me llevaron a la habitación de la paciente. Estaba en compañía de la madre, una anciana y elegante dama, de modales decididos y de aspecto austero, venida del extranjero para ayudar a la hija y que, mostrando conocer la praxis psiquiátrica, saludó y nos dejó rápidamente a solas.

La paciente presentaba un extremado sobrepeso, tenía un aspecto ordenado y cuidado, pero seguramente era poco propensa a ocuparse de todos los detalles que habrían podido valorizar su feminidad, y parecía en general dejada, fuera de lugar con relación al contexto. Me acogió con afabilidad y la entrevista se alargó durante dos horas aproximadamente, y se concluyó con la expresión de su agradecimiento porque durante tanto tiempo nadie la había escuchado. Consideré que la paciente sufría de ataques de pánico la mayoría de las veces secundarios a fenómenos de despersonalización y/o desrealización, y le prescribí un antidepresivo y un ansiolítico, y también le aconsejé una psicoterapia, respondiendo a su petición que yo planteara la terapia, mientras ella esperaba volver a tomar contacto con el psiquiatra anterior. Al cabo de aproximadamente un mes llamó diciendo que se encontraba mucho

mejor y pidió que fuera yo quien llevara su tratamiento. Di mi disponibilidad para seguirla farmacológicamente pero mantuve la imposibilidad para iniciar la psicoterapia por falta de tiempo. Se declaró dispuesta a esperar. Siguieron seis visitas con frecuencia mensual, durante las cuales se pudo reducir los medicamentos.

Después de unos dos meses del inicio de la psicoterapia, se produjo una sesión dramática, precedida por la alusión por parte de la paciente a unos hechos de los cuales aún no se sentía capaz de hablar. Cuando aún estoy despidiendo al último paciente, la secretaria me avisa que Elena está en la sala de espera, llegando ésta una hora antes de lo previsto.

“Ha llegado despeinada, con la mirada rara, no ha saludado, ha preguntado por usted y se ha sentado. Ahora parece que está durmiendo, está medio estirada en el sofá, con las piernas entreabiertas, y hace gestos raros con las manos. He intentado preguntarle si podía hacer algo por ella, pero no me contesta. La situación es muy embarazosa porque yo no sé qué hacer y los pacientes de los otros médicos...”

Me dirijo a la sala de espera y veo a la paciente aparentemente dormida. La saludo y la llamo. Lentamente parece despertarse, mira alrededor, luego me sigue. Cuando llega a la habitación se sienta y lentamente, pero con circunspección, explora visualmente cada centímetro del espacio delante y alrededor de ella. Este comportamiento se interrumpe sólo por intensas miradas dirigidas al terapeuta. La impresión es que el espacio la atemoriza y el terapeuta le da seguridad. Después se acurruca en sí misma, luego sigue una caída del tono muscular y del sillón se desliza al suelo con un fuerte golpe en la cabeza y en el hombro. Desde esta posición empieza a farfullar unas palabras incomprensibles y luego a gritar “Basta, iros, dejadlo”, mientras cierra violentamente las piernas y mueve los brazos como aspas, como para alejar a alguien.

Estoy pasmado, me acerco, tiene la frente llena de sudor, mientras sigue luchando. A duras penas consigo calmarla diciéndole que soy el doctor, que está en mi despacho y que en este momento no está ocurriendo nada peligroso. Lentamente se repone y la invito a sentarse. Se sienta en un lado del sillón y con voz de niña me cuenta la violación padecida a los 11 años por parte de unos amigos del hermano. El relato está acompañado por rubores en el rostro, por pausas y sobre todo por lágrimas. Refiere luego que, antes de la sesión, había visto una película especialmente violenta. *“La visión de la película me ha asustado, me sentía en peligro y he huido de casa para venir a verle”.*

Esa fue la primera de una serie interminable de sesiones con “revelaciones” cada vez más cruentas. Violencia sexual por parte de amigos del hermano, del hermano, del hermanastro de la madre, de la madre y, por fin, del padre. Un verdadero muestrario de infamias relatadas con participación afectiva intensa y coherente. En el curso de las sesiones se sucedían estados de conciencia normales, tal vez alterados, sin duda alguna alterados, sin embargo la identidad de la paciente

y del terapeuta estaban estables y no se producían fenómenos amnésicos burdos. El recuerdo de las violencias contadas permanecía estable, lo que se confundía era la cronología de los hechos y los detalles. Cuanto más contaba, tanto más crecían mis dudas, hasta que me convencí de que mentía. La mentira no era sin embargo como las de un adulto, lúcidas, claramente conscientes, perfectamente organizadas. Parecía más bien la mentira que puede construir un niño que sabe que está mintiendo, pero no tiene la capacidad para mantener presentes al mismo tiempo todos los elementos y los detalles. Lo único seguro era la trama implicada: ella era la víctima inerte, los otros los perseguidores y yo el único posible salvador. ¿Quién se hallaba delante de mí? ¿Qué podía haber hecho yo para inducirla a mentir? ¿Cuál era el límite entre la verdad, la fantasía y la mentira? Me daba cuenta que poner en duda el relato de su vida era un movimiento fuerte con consecuencias difícilmente previsibles, pero consideré que no se podía hacer otra cosa... Con el objetivo de restablecer una colaboración sincera decidí poner las cartas encima de la mesa, firme en mi convicción de que no era psicótica. Hice hincapié en las numerosas incongruencias presentes en sus relatos, le expresé mis dudas y la convicción de que había mentido al menos acerca de algunas cosas. Le dije con claridad que estaba dispuesto a seguir la psicoterapia siempre y cuando pusiera fin a esa farsa que sólo la podía dañar.

La paciente se enfadó, me insultó, dijo que no había entendido nada y se fue diciéndome que ya no valía la pena vivir. La secretaria fue asaltada por sus llamadas. Contesté a dos de entre las tantas, insistiendo con firmeza sobre los conceptos expresados. En la sesión siguiente entró cabizbaja y ruborizada por la vergüenza. Se disculpó, parecía sinceramente arrepentida e intentó explicar los motivos de su comportamiento:

“Usted ha sido el primer psiquiatra que me ha escuchado verdaderamente, sin prisas. Sentía que escuchaba y participaba. Mejoré enseguida después de la primera visita. Ya no me sentía sola. Las visitas sucesivas confirmaron mi primera impresión y yo me enamoré de usted. Sentía que estaba mucho mejor y empecé a temer que por ello usted interrumpiría las sesiones, y esto me hacía sentir mal otra vez. ¿Qué podía ofrecerle para garantizarme su cercanía?... Y empecé a fantasear y... como siempre me ha ocurrido, empecé a confundir realidad y fantasía y luego a temer que usted se diera cuenta...”

Han pasado varios años. La paciente no había sufrido ninguna violencia de tipo sexual, pero las había padecido, y muy graves, en el plano del cuidado parental. El padre era un hombre de negocios muy rico, constantemente de viaje, ausente emocionalmente aun cuando estaba físicamente presente. La madre era una mujer guapa con mucho tiempo libre, que empleaba entre fiestas y amantes, que parecía acordarse de la hija sólo cuando ella se encontraba mal físicamente. El hermano odiaba a todos los miembros de la familia por haber sido enviado a un internado de

pequeño. La paciente había transcurrido su infancia con niñeras eficientes pero afectivamente áridas. Los únicos remedios contra la soledad parecían haber sido una riquísima actividad de la fantasía y/o la enfermedad física. “Cuando me encontraba mal mamá se quedaba en casa y cuidaba personalmente del suministro de los medicamentos”. Tiró adelante entre fantasear y enfermar durante toda la adolescencia, luego conoció al marido, un muchacho pobre pero muy ambicioso. El principio de su enfermedad había coincidido con el éxito laboral y los viajes cada vez más frecuentes y más largos del marido, que habían hecho que Elena se sintiera demasiado sola, y así volvieron a producirse las viejas estrategias.

INDICIOS Y SUGERENCIAS SOBRE LA ESTRATEGIA

La conexión entre una historia de abuso infantil, especialmente de naturaleza sexual, y el desarrollo de un trastorno disociativo en la edad adulta es bastante notoria. A pesar de ser frecuente, esta posibilidad no representa una norma, por ello hay que tomarla en consideración, pero como un indicador de sospecha. De hecho, no sólo los casos de trastorno disociativo cuya génesis se explique por otros factores pueden ser numerosos, sino que hay que tener en cuenta que en la historia de vida de pacientes con otros trastornos también se pueden encontrar episodios de abuso.

Además, no es poco frecuente que un trastorno de tipo disociativo se presente con síntomas que mimetizan perfectamente otras categorías diagnósticas, para más adelante, al cabo de meses o años, cambiar casi repentinamente de sintomatología. Consecuentemente, orientar la estrategia terapéutica exclusivamente en base al diagnóstico representa una limitación y nos impide escuchar realmente a nuestro paciente.

Los casos que hemos descrito nos permiten, además, subrayar la importancia de considerar los indicios de abuso vehiculados por imágenes aparentemente fuera de contexto o sueños.

La importancia de los sueños, de las imágenes o de las fantasías está tal vez subvalorada en la terapia cognitiva, sin embargo deberíamos reflexionar sobre el hecho de que los traumas y los abusos ocurridos en la edad infantil y que se disocian se almacenan en códigos sensoriomotores e icónicos antes que verbales, tanto por ser adecuados al desarrollo mental del niño, como por la cualidad emocional del acontecimiento, de elevada intensidad. La diferencia entre las memorias de la infancia, que son eidéticas, y las adultas, que son lineales, sugiere que en un adulto que ha sufrido abusos de niño el recuerdo disociado puede manifestarse más fácilmente a través de imágenes, fantasías y sueños y también *flash backs*, *acting outs* o emociones violentas sin contenido, más bien que como recuerdos verbales o representaciones lineales.

Algunos autores sostienen también que este tipo específico de memoria nos puede ofrecer la posibilidad de distinguir entre fantasías inconscientes y realidad histórica, tanto disociada como no: la memoria de un trauma real tendría una

intensidad emocional más cargada, una viveza y un código de presentación, visual o sensorial, mayores de los que tienen otros tipos de memorias o fantasías inconscientes (Person & Klar, 1955).

En otro caso, una paciente, que sólo más tarde recordará las molestias sexuales sufridas en la infancia, refiere en la primera sesión un sueño recurrente en el cual una figura masculina grande, en la sombra, y por ello no identificable, se le acerca con los brazos abiertos; la paciente, niña en el sueño, está aterrorizada e intenta llamar a la madre la cual sin embargo no acude. El sueño se termina sin solución.

Desde el punto de vista comportamental y de los esquemas relacionales, además, no es poco frecuente notar lo que los psicoanalistas llamarían compulsión de repetición: es decir, a menudo las mujeres que han sido objeto de abuso sexual de pequeñas de forma inconsciente tienden a buscar y a encontrar hombres violentos o que las humillan, o a encontrarse en situaciones peligrosas, sin darse cuenta. Construyen, así, sus relaciones en base a modelos operativos conocidos.

Entonces, en caso de que el terapeuta tenga la sensación de hallarse frente a un paciente abusado, ¿qué debe hacer? La pregunta parece fútil, sin embargo no lo es; la supuesta indistinguibilidad entre fantasía y realidad induce Freud a decir (1915-1917) que “si (tales episodios infantiles) forman parte de la realidad, mejor; si no los ha proporcionado la realidad, entonces se elaboran en base a indicios y se completan con la fantasía. El resultado es el mismo, y al día de hoy no hemos podido demostrar una diferencia en las consecuencias en función de que la mayor parte de estos eventos infantiles se deba a la fantasía o a la realidad”. La hipótesis es que existen fantasías primarias de origen filogenético que responden a una necesidad pulsional. Si se sigue esta teorización queda patente que no es fundamental explorar la realidad histórica de un episodio referido.

Sin embargo, aun sin entrar en la cuestión de la teoría, nosotros no podemos no alinearnos con Wetzler (1985) que señala que “el mismo sentido común sugiere que los eventos reales tienen un impacto distinto en un individuo con respecto a los imaginados o los plausibles”. Lo que significa que no solamente no nos parece útil dejar de lado la posibilidad de acceder a episodios que pueden haber jugado un papel etiológico en el sufrimiento pasado y presente de un paciente; sino también, que no nos parece ético adoptar el rol, probablemente ya conocido por ese paciente, del que no presta atención a los hechos traumáticos de los que ha sido víctima.

CONSIDERACIONES

En cuanto al tema de este artículo, el abuso sexual, las pacientes de las que hablamos ejemplifican las tres posibilidades que pueden presentarse frente a un terapeuta: la sospecha, la certeza y la simulación. Sin duda, además de aspectos comunes, cada una expone el terapeuta a problemas distintos con respecto a la relación terapéutica, al qué hacer, etc.

Daniela presentaba todos los estigmas de un abuso sexual, pero ¿podía el

terapeuta llegar hasta el punto de formular la hipótesis explícita de que había sufrido una violencia sexual? A nuestro parecer tal afirmación no está vetada de por sí, pero antes de poderla pronunciar se hace necesario un análisis atento de los datos a disposición, del estado de la relación, de las condiciones de la paciente, de qué pasaría después. En una palabra, del *timing*. Nosotros, siendo uno el psiquiatra derivante y el otro el psicoterapeuta, consideramos que aún no había llegado el momento, admitiendo que pueda llegar. Como afirman Weiss & Sampson (1986), pero también Bowlby (1979), para Daniela el aprendizaje implícito de la “creencia patógena” de que cada empuje hacia la autonomía, la autoafirmación y la confianza en ella misma habría ciertamente comportado un abandono, un rechazo o un desastre, ha dificultado hasta ahora el poder abordar los aspectos más dolorosos en el origen de tales creencias. Si es cierto que la no conciencia y la falta de reconocimiento de determinadas representaciones están motivadas por el deseo de no dañar los vínculos vitales con los padres, nosotros elegimos respetar esta necesidad de Daniela. Al mismo tiempo, sin embargo, al haberse presentado en la relación terapéutica convicciones patógenas y modelos de comportamiento similares, ha sido posible hablar de ello en condiciones de mayor seguridad. El sentimiento de vergüenza y de culpabilidad que Daniela siente cada vez que llega tarde a una sesión, las angustias de abandono y de rechazo que siente durante cada separación, el miedo a sentirse despreciada cada vez que tiene la sensación de haber hecho algo equivocado y tiene que contarlo al terapeuta, el temor a una catástrofe (desde la muerte de los padres hasta un desastre inimaginable) como consecuencia de cada pequeño suceso personal por pequeño que fuera; cada uno de estos episodios ha proporcionado la posibilidad de afrontar y de intentar desconfirmar estas expectativas disfuncionales, y de intentar darles significado conectándolas con algunas de sus experiencias infantiles.

Paola trajo ya a partir de la primera consulta un tema de abuso sexual cierto, pero dentro de un delirio (“todo el mundo sabe que me han violado”) por lo que se hizo necesario un *timing* especial de la sesión y de la relación para que tomara los fármacos, en ese momento indispensables. Por el contexto y el momento en que tuvo lugar la primera visita, el terapeuta se halló en la condición de tener que jugar a la vez dos roles que, por lo general, prefiere mantener separados: el de psiquiatra que prescribe los fármacos y el de psicoterapeuta. Este doble papel, como es normal, resultó ser especialmente complejo en ocasión de la segunda crisis psicótica, cuando, si bien con todas las atenciones y cautelas posibles, se hizo necesario el ingreso hospitalario contra la voluntad de la paciente. Este suceso, especialmente temido por el terapeuta porque de hecho rompía la colaboración buscada y alcanzada, se reveló al contrario como un as en la manga, dado que la paciente lo leyó luego por lo que era: un acto de protección. Para decirlo en sus palabras:

“Por suerte usted entendió la gravedad de la situación y me ingresó, porque yo seguramente me habría matado. A pesar de haberle odiado en

ese momento, ahora quiero agradecerle también el haber participado en todas las fases del ingreso y por haber intentado darme seguridad y explicarme lo que estaba ocurriendo. Ahora ya he entendido que yo podría volver a perder la cabeza, y no es para nada reconfortante, pero me da seguridad el que además de mi marido esté también usted que me puede ayudar. Usted siempre dice, y es verdad, que yo para sentirme segura quisiera tenerlo todo bajo control, tengo que admitir que es la primera vez que no controlo nada y las cosas me van bien”.

De todas formas a nuestro parecer siempre que sea posible es preferible que sean dos personas diferentes las que desarrollan la función psicofarmacológica y la psicoterapéutica. Desde el punto de vista teórico, en el marco de la Teoría de los Sistemas Motivacionales Interpersonales de Liotti (1994), el planteamiento y la lectura de la relación terapéutica con Paola resultan ser especialmente estimulantes y articuladas justamente por este doble acometido del terapeuta. Interactuar con un paciente en fase psicótica y prescribirle un fármaco que se considera indispensable, seguir prescribiendo un fármaco más allá de la fase psicótica, decidir un ingreso contra la voluntad del paciente, justo cuando se está llevando un proceso psicoterapéutico fundamentado en la colaboración, son todos actos que se pueden leer desde el sistema agonístico y por ello suscitar humillación, vergüenza, rechazo, o pueden resultar tan inesperados y generadores de confusión que se pueden convertir, ellos mismos, en una fuente de disociación de la conciencia. Sin embargo, en determinados momentos no se puede hacer otra cosa. Con el fin de limitar los daños es indispensable tener presente lo expuesto, interrogarnos acerca del sentido de nuestras emociones y de nuestros pensamientos de esos momentos, para comprender mejor los del otro y mantener como guía de la terapia el objetivo de la colaboración, para alcanzar la meta común representada por la salud del paciente. Si se actúa en este sentido, incluso la medida violenta por excelencia, el ingreso por orden judicial, adecuadamente presentado y motivado, puede ser leído por el paciente en un segundo momento desde un marco diferente del agonístico, y no sólo no obstaculizar el trabajo psicoterapéutico, sino incluso facilitararlo.

Elena, de acuerdo con una manera de actuar usual suya, operante sobre todo en las relaciones significativas, había situado la mentira en el centro de la relación terapéutica. Desde su punto de vista, sólo mintiendo podía garantizarse la cercanía del terapeuta y, al necesitar una gran cercanía, no podía hacer otra cosa que construir mentiras cada vez mayores. La consecuencia fue el distanciamiento cada vez mayor de ella misma y de su propia historia, que ponía en peligro tanto la calidad como la continuidad de la relación terapéutica. La culpa, la incomodidad, la vergüenza, el miedo generados al interno y al externo de tal relación, por su insoportabilidad y por el hecho de producirse todos a la vez, constituían a menudo el desencadenante de una alteración del estado de la conciencia que quedaba de todas formas orientado hacia la mentira. En síntesis, la escucha y la acogida del sufrimiento de la paciente

por parte del terapeuta habían elicitado en ella el comportamiento de apego que, en base a su propia historia y a los modelos operativos internos de sí mismo, del otro y de la relación, se podía satisfacer sólo por medio de la mentira. Curiosamente, sin saberlo, la paciente compartía con algunos especialistas del ramo la teoría de que el curso real de las experiencias de apego-cuidado de la infancia no es especialmente o suficientemente digno de atención.

CONCLUSIÓN

El problema del abuso infantil y de las consecuencias psicopatológicas en el adulto es extremadamente complejo. Como sostiene Paris (1995) a propósito del trastorno límite de la personalidad -una patología con baja incidencia de abuso sexual en la infancia- cualquier hipótesis global relativa a las causas tendrá que ser necesariamente multivariada, y está claro que no existe un vínculo causal sencillo entre una mala función parental y la psicopatología de la edad adulta. Kauffman et al. (1979) hasta llegan a constatar que niños con padres psicóticos pueden llegar a ser competentes, es decir adultos suficientemente funcionantes. Los factores de riesgo ambientales pueden así interactuar tanto con la elección de los mecanismos de defensa disponibles como con factores constitucionales innatos, construyendo un marco de desarrollo en cuyo interior cada individuo expresa su propia vulnerabilidad o invulnerabilidad hacia los acontecimientos de la vida.

Esta teoría parece tanto más creíble cuanto más grave es el trastorno psicopatológico del sujeto, y nos lleva a realizar unas consideraciones que no pueden prescindir de ella.

En primer lugar, deberíamos resistirnos a la tentación de adoptar una teoría causal lineal. Trastornos psicopatológicos similares pueden revelar procesos evolutivos diferentes, así como experiencias infantiles análogas pueden producir cuadros sindrómicos diferentes. En los casos de mayor gravedad, como los que hemos intentado describir, la complejidad de la sintomatología nos sugiere tomar en consideración la posibilidad de recurrir a estrategias terapéuticas múltiples. No hay que dejar de lado la utilidad de una terapia farmacológica, sobre todo si nos encontramos delante de una *bouffé delirante*, pero también en el caso de síntomas invalidantes. A veces se hace necesario el ingreso hospitalario para evitar consecuencias peligrosas para la incolumidad del paciente. En muchos casos, como hemos visto en el caso de Daniela, una relación de *counseling* entre psiquiatra y psicoterapeuta puede conducir a desarrollos y cambios inesperados en el proceso terapéutico, además de proporcionar al paciente la posibilidad de activar su propio sistema de apego en mayor medida y aumentar así el grado de confianza en la relación. Un resultado análogo se puede obtener permitiendo la presencia de un familiar en algunos momentos de la terapia, como ha ocurrido con Paola.

En segundo lugar, si es verdad que los mecanismos de defensa adoptados por un niño frente a un evento traumático o a una situación relacional dolorosa son

adecuados a la edad y a los recursos disponibles para la supervivencia física y psicológica, esto no implica que una vez adulto le sea posible prescindir de ellos. Si, por ejemplo, un niño utiliza la disociación de un abuso sexual para mantener una forma de relación con el familiar abusante, que continúa siendo una figura de apego necesaria, el recorrido de su vida podrá llevarlo también de adulto a intentar mantenerse próximo a tal figura, considerándola todavía indispensable para su supervivencia. En estos casos, una actitud demasiado invasiva y de derribo de las defensas por parte del terapeuta puede generar el riesgo de un empeoramiento de las condiciones del paciente. Tal vez en ocasiones es mejor respetar las defensas del paciente, aun a costa de mantener unos modelos operativos disfuncionales, siquiera parcialmente.

Para acabar, nos encontramos rozando con el problema desde el cual partimos, es decir el problema de la memoria.

La complejidad del problema se incrementa a causa de muchos factores: la parcial permeabilidad de la memoria disociada, que muestra una fuerte resistencia a la exploración y a la revisión terapéutica y al mismo tiempo influencia el comportamiento, los afectos y los demás productos de la mente del paciente de forma ambigua, poco clara y equívoca; los pacientes con experiencias evolutivas difíciles, aunque no abusados, pueden actuar en la relación terapéutica según esquemas fundamentados sobre la mistificación, el engaño y la mentira, caracterizados por una organización global de los Sistemas Motivacionales Interpersonales alterada y confusa. Como hemos visto, en una psicoterapia se pueden presentar todas las variantes relacionadas con la certeza y la verificabilidad de los recuerdos.

Una vez explorados todos los caminos practicables, el terapeuta puede de todas formas descubrir que existen elementos recurrentes que parecen ser comunes a todos estos casos. En la descripción de los casos citados, por ejemplo, hemos intentado subrayar los aspectos emocionales que nos parecían centrales en la definición de la identidad personal de los pacientes y de las relaciones interpersonales. Como habrá notado el lector, la experiencia de culpabilidad y/o de vergüenza acompañan de manera recurrente una representación de sí mismo como “malvado, malo o ridículo” y una representación del otro como “perjudicado o por el contrario rechazante, controlador y amenazante”. Aunque semejantes, estos adjetivos tienen significados diferentes que es difícil mantener separados: un paciente, en el intento de explicar la diferencia entre culpa y vergüenza, fácilmente las aúna, afirmando que “uno se avergüenza porque es culpable de no haber hecho su propio deber”, expresando así sintéticamente la confusión entre Sistemas Motivacionales activados al mismo tiempo. Independientemente del hecho de que hayan sufrido un abuso sexual en la infancia, estos pacientes describen unas experiencias de relaciones infantiles en que varios Sistemas Motivacionales se activan al mismo tiempo, construyendo modelos operativos de sí mismo y del otro inconsistentes, fundados en representaciones simultáneas en varios niveles, conscientes e inconscientes. El

concepto de culpabilidad, de hecho, pertenece al sistema cooperativo o de cuidado, sin embargo a menudo se filtra indebidamente en el sistema de apego, donde por el contrario se convierte en uno de los posibles signos de activación de un apego invertido y/o del sistema agonístico, así como de características negativas de las representaciones de la identidad personal. La indignidad, la culpa y la desvalorización activadas por relaciones de (pseudo-) apego en que se activan al mismo tiempo necesidad de seguridad, miedo, rabia, cuidados y, en otros casos, pulsiones sexuales, organizan modelos operativos múltiples y confusos. Y también en la relación terapéutica el terapeuta puede tener la percepción desorientadora de variaciones repentinas de la calidad de la relación aparentemente inmotivadas.

Finalmente, los eventos traumáticos de abuso sexual parecen producirse en el interior de un marco familiar en el cual las relaciones de intercambio afectivo ya están distorsionadas y son incongruentes. El abuso intrafamiliar contribuye a confundir el todo añadiendo al caos todos los componentes emocionales, las representaciones y las motivaciones del sistema sexual.

El objetivo terapéutico fundamental está representado en todo caso por la posibilidad de aportar coherencia y sucesión a lo que es nebuloso y simultáneo, incrementando la capacidad metacognitiva del paciente para permitirle controlar y operar con sus representaciones.

Se trata el tema del abuso sexual infantil a través de la terapia con tres pacientes adultas que ejemplifican las distintas posibilidades: la sospecha, la certeza y la mentira. Los Autores subrayan cómo el abuso sexual infantil intrafamiliar casi siempre es la punta de un iceberg cuya base se tiene que buscar en la precoz y luego crónica alteración de la relación de cuidado-apego que, a través de la construcción de los modelos operativos de sí mismo, del otro y de la relación, determinará una activación excesiva, fuera de contexto o simultánea de los distintos Sistemas Motivacionales Interpersonales.

Palabras clave: abuso sexual infantil, aproximación cognitivo-evolutiva, sistemas motivacionales interpersonales.

Traducción: Maria Monini

Nota editorial:

Este artículo fue publicado en su versión original en la revista *Psicobiettivo*, 19, 25-41 con el título “*L’abuso sessuale nell’infanzia: una analisi cognitivo-evolutiva*”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- BOWLBY J. (1979). On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 403-408.
- FREUD, S. (1915-1917). Introduzione alla psicoanalisi. In: *Opere*: (Vol. 8, p. 526). Torino, 1976, Boringhieri.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- KAUFFMAN C. et al. (1979). Superkids: competent children of psychotics mothers. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1398-1402.
- KUHN, T. (1969). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino: Einaudi.
- MUSCETTA, S. (1997). I disturbi dissociativi: una sfida per una psicoanalisi evolutiva. *Psicobiettivo*, 17 (1), 43-59.
- PARIS, J. (1995). *Il disturbo borderline di personalit *. Milano: Raffaello Cortina.
- PERSON E.S., KLAR, H. (1994). Establishing trauma: the difficulty distinguishing between memories and fantasies. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 42, 1055-1081.
- WEISS, J., SAMPSON, H. (1986). *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guilford.
- WETZLER, S. (1985). The historical truth of psychoanalytic reconstructions. *International Review of Psycho-Analysis*, 12, 187-197.

LOS TERAPEUTAS FAMILIARES Y EL ABUSO SEXUAL: REFLEXIONES SOBRE UN CAMBIO DE PERSPECTIVA

Marinella Malacrea

Considering the last 20 years of therapeutic intervention for intrafamilial sexual abuse, the most important changes and new directions are described. Relational games, sexuality, secret are reframed according to a thorough model for understanding incestuous families.

Key words: child sexual abuse, systemic approach, family therapy, critical revision.

El tema de la posibilidad de curación de los protagonistas de la historia de abuso sexual continúa apasionando y llenando de curiosidad particularmente cuando se considera el complicado universo de las familias incestuosas.

En la época de “Secretos de familia” (1990) el volumen que quería resumir la experiencia llevada a cabo por el grupo del Centro del Niño Maltratado de Milán en el ámbito del abuso sexual, nos quejábamos que precisamente en relación a estas familias nuestros conocimientos fueran avanzando lentamente a causa del número limitado de casos que conseguíamos tratar en toda su complejidad. Tal vez, con el paso del tiempo, se puede decir que ha aumentado todavía más la discrepancia numérica entre las situaciones en que todos los miembros de la familia participan en terapia y aquéllas en las que lo hacen sólo unos pocos y no simultáneamente. Contribuyen a este fenómeno varios factores que nos han llevado a modificar de modo consistente las modalidades de tratamiento.

Una terapia familiar sin sesiones familiares

Ha aumentado en primer lugar la conciencia de la necesidad de una protección rigurosa de la víctima incluso durante las sesiones psicológicas (Trepper, Barret, 1989): es necesario, en efecto, preservarle de cualquier modo de victimización posterior proveniente de los padres, tanto del abusador como del no abusador, que instalado en una posición de negación del trauma sufrido o de minimización de las responsabilidades propias, no se ha vuelto todavía protector, que hagan recaer sobre

la víctima descrédito y culpabilización.

Esto impone la utilización, con frecuencia durante largo tiempo, de formatos individuales paralelos, aunque sea manteniendo una óptica de tratamiento dirigida a la recuperación de cualquier recurso familiar útil para el niño: el terapeuta debe hacer de puente, filtro y prudente sintonizador entre mundos que podrían en un primer momento entrar en colisión, provocando nuevas heridas. Impone además el deber de ser realistas en la evaluación lo más rápidamente posible de la posibilidad de movilizar o no en congruencia con las exigencias del niño, la rigidez defensiva que lleva a los padres a rechazar enfrentarse con un acontecimiento que revoluciona sus vidas, prefiriendo refugiarse en “el no saber” o “el no decir”. En efecto, perseverando durante demasiado tiempo en la ilusión de poder restituir un día este último a su ambiente natural resanado, cuando nada consistente autoriza a esperar-lo, se termina por correr el riesgo de privarlo de experiencias benéficamente correctoras del contexto de aprendizaje patológico en que precedentemente ha debido vivir, como podría en cambio suceder si fuese confiado a una familia sustitutoria.

Sabemos por lo demás que la perspectiva de permanecer solo, debiendo deshacer lazos familiares cuya aparición a la luz de la experiencia traumática ha revelado la peligrosidad, la distorsión, la profunda inadecuación, es dramáticamente frecuente en los casos de abuso intrafamiliar (en los que el abusador es un miembro de la familia nuclear). Recordemos que los datos referidos a la década de los ochenta y confirmados posteriormente en una muestra estadística realizada por nosotros (Malacrea, 1999) entre 1990 y 1995, los sitúan entre un tercio del total.

Aunque parezca a primera vista sorprendente, incluso en el caso en que el abuso no venga cometido por un miembro de la familia nuclear la protección del niño puesta de manifiesto por los adultos afectivamente significativos, y en primer lugar los padres, no se aparta mucho de las consideraciones hechas más arriba. Conviene señalar aquí que cuando hablamos de abuso extrafamiliar sólo en una parte irrisoria de casos nuestros podemos pensar acertadamente en abusadores externos. En la mayoría de casos (para un examen detallado de estos aspectos consúltese el Capítulo I del mencionado libro “Secretos de Familia”) el autor es un pariente próximo o un amigo de la familia o una persona a quien se confía el niño, de acuerdo a la ley italiana del 1996 sobre la violencia sexual “por motivos de cuidado, educación, instrucción, vigilancia por custodia”. Se trata por tanto de un individuo de quien cuesta suponer la existencia de una parte tan perversa y cuyos lazos con los padres de la víctima pueden ser bastante fuertes: conjunto de factores que puede dar in cualquier modo razón de la reluctancia de estos últimos a reconocer el acontecimiento del abuso.

El cruce terapéutico-judicial

Pero otro importante factor limita tanto la posibilidad de contextos de intervención terapéutica como el acceso a estos de todos los miembros de la familia. Salta a la vista y constituye una preocupación no menor para los profesionales que se dedican a esta temática, que el esfuerzo dirigido a la validación de las sospechas de abuso consiga tal vez absorber la mayor parte de energías en un proceso psicológico. Esto sucede por definición siempre que la aproximación a la situación se produce en el contexto pericial, por encargo de instituciones judiciales tanto civiles como penales. En este caso los procedimientos propios de tales instituciones determinan igualmente el objeto sobre el que se puedan llevar a cabo las intervenciones psicológicas y sus modalidades. Pero incluso cuando la aproximación a la situación de sospecha de abuso se produce desde una óptica clínica, el cruce inmediato con las exigencias propias del contexto judicial acaba por orientar la propia intervención psicológica. Resulta fácilmente comprensible cómo importantes circunstancias externas al trabajo terapéutico puedan influirlo de forma sustancial en su desarrollo. Por ejemplo pueden citarse la existencia de investigaciones penales en curso, con la necesidad conectada de confidencialidad respecto a muchas informaciones relevantes desde el punto de vista clínico; la aplicación de medidas cautelares respecto al sospechoso de abuso, que de este modo se vuelve difícilmente alcanzable para el evaluador/terapeuta; la asunción de medidas de tutela de la víctima que conllevan su separación del núcleo familiar de origen y, no raramente, la interrupción total de las relaciones con él; la articulación de los tiempos procesales penales, que dictan inevitablemente los ritmos del curso psicológico para los niños y para los adultos significativos para él, fijando metas ineludibles como por ejemplo la audición testimonial de la que dependerá de modo consistente el destino futuro del menor y de quien está a su lado.

Se hace pues necesario que los recursos de quien actúa sobre estas situaciones converjan prioritariamente en el poner a punto un cuidadoso diagnóstico utilizable –además de evidentemente para la programación de las intervenciones terapéuticas– también para los fines probatorios a fin de salvaguardar los intereses del niño a sentirse comprendido y creído en cualquier ámbito y por tanto protegido y cuidado de modo adecuado al trauma sufrido. Es pues necesario dedicar mucho esfuerzo por parte de los mismos profesionales que son quienes se hallan ciertamente más en condiciones de evaluar las exigencias de la pequeña víctima para sintonizar en los tiempos y en la cualidad de las intervenciones que de diversos lados e instituciones se activan en torno al niño y a su familia, sobre todo en las primeras fases, a fin que resulte un complejo bien articulado y sinérgico más que contradictorio y fragmentario, como no raramente se corre el riesgo de suceder.

Estas operaciones llegan a cubrir igualmente un arco de tiempo prolongado, y no siempre pueden ser guiadas por intervenciones terapéuticas “clásicas”, particularmente cuando nacen como encargos periciales en el ámbito judicial; o

bien la intervención se aleja de su origen privilegiando algunos componentes de la familia, frecuentemente la víctima y el adulto protector, e invistiendo poco o nada sobre otros, por ejemplo el abusador, siempre que persista en la negación de los hechos.

Las nuevas orientaciones:

Sin embargo, las intervenciones aquí descritas terminan por convertirse precisamente en las que mayormente estimulan el cambio y/o evalúan su posibilidad real. En numerosos escritos precedentes ya habíamos otorgado justamente gran importancia a la llamada evaluación/terapia, tanto en los casos de abuso de la infancia en general (Cirillo y Di Blasio, 1989), como específicamente en el abuso sexual (Malacrea y Vasalli, 1990; Malacrea, 1994; Malacrea, 1997; Malacrea, 1998; Malacrea, 1999). Un énfasis semejante se ponía en aquella parte de la intervención que va dirigida a valorar principalmente la relación del niño con el adulto protector y a colmar los numerosos puntos débiles frecuentemente preexistentes en el abuso. Se ha hecho mención igualmente en las publicaciones anteriores del modo en que la reconstrucción de la relación con el abusador pueda no considerarse prioritaria respecto a objetivos más urgentes e importantes para los fines del bienestar de la víctima, o incluso dejada de lado en la medida en que no se apunten de inmediato muestras aunque mínimas de admisión de responsabilidad en haber causado tanto sufrimiento en las personas y en las relaciones más queridas, que puedan constituir terreno fértil para un trabajo orientado al reconocimiento del problema y al cambio. En cuanto a los tiempos de ejecución, se ha llegado en la actualidad a una delimitación precisa de la curación que frena las fugas del terapeuta hacia la esperanza peligrosamente ilusoria de poder reparar precozmente cuanto tal vez no ha sido todavía esclarecido de modo exhaustivo (por ejemplo en el proceso diagnóstico) y en torno al cual no se han erigido barreras suficientes, fácticas y psicológicas (por ejemplo en el ámbito de las provisiones de protección).

Se admite, por otra parte, que precisamente estas intervenciones aparentemente parciales, desde luego muy alejadas de cuanto esquemáticamente estamos acostumbrados a entender bajo el término de terapia familiar, son las que han permitido no sólo, como decíamos, llevar a cabo actuaciones terapéuticas con total dignidad y eficacia, sino sobre todo conocer el problema y sus protagonistas. En resumen, tratamos muy pocos casos según formatos tradicionalmente familiares, es decir con sesiones que contemplen la presencia contemporánea de todos los miembros del núcleo familiar y en las que se trabajen, por así decirlo, “en directo” las dinámicas que generan relaciones tan disfuncionales. Sin embargo, hemos alcanzado un mejor conocimiento y consideramos más adecuado y prudente nuestro comportamiento actual respecto al de hace algunos años.

Después de una mirada a nuestro pasado como terapeutas, las diferencias son innegables y ha llegado tal vez el momento de reconsiderarlas con audacia una por

una, intentando comprender sus motivos.

¿CÓMO ÉRAMOS?

Basta retomar “Secretos de familia”, libro que en su conjunto continuamos considerando válido, y releer los capítulos dedicados a la terapia familiar y a la tipificación de los juegos relacionales de las familias incestuosas, para constatar claramente importantes diferencias en la práctica. Actualmente se otorga mucha mayor atención, siguiendo también una evolución general de una parte del pensamiento sistémico, a los aspectos individuales del único problema relacional; los indicios de entonces referidos a la construcción del contexto de intervención se han ido elaborando y conectando; las proporciones de la inversión terapéutica y su distribución temporal se determinan ahora por la prudencia de quien ha podido fundamentarse con la asunción de centenares de casos. Uno puede preguntarse si todo el cambio se centra en el peso que ha podido adquirir en la redimensión de la ingenuidad inicial en el nivel de la práctica, la confrontación con la realidad compleja e influenciada en el plano específico clínico por muchos factores que no son clínicos.

Se debe reconocer, por el contrario, que en el pensamiento terapéutico se han producido muchos cambios y que incluso antes que en el pensamiento diagnóstico, entendiéndolo con este término no tanto cuanto se refiere a las exigencias validadoras sobre el presunto abuso, sino a la reconstrucción, anterior a la cura, de las dinámicas disfuncionales sobre las que sería necesario intervenir para llegar a una reparación del trauma: se afirmaba incontestablemente en aquel entonces que “el escollo principal de la intervención terapéutica sería conseguir entender la familia incestuosa”.

No se considere despiadado citar alguna de nuestras afirmaciones pasadas precisamente a este propósito, que en la actualidad no puede más que parecernos inadecuadas: aunque no queremos mirarlas con desaprobación, sino más bien reconociendo en ellas el esbozo de cuanto entonces no podíamos intuir más que confusamente, pero que con el tiempo ha producido, nos parece, frutos respetables.

En su selección hemos intentado poner de manifiesto las que transmiten un pensamiento transversal y prevalente y no sólo afirmaciones episódicas. Citamos aquí las afirmaciones que se refieren al padre abusador:

“Se quiere subrayar aquí el modo en que el padre, a través de la asunción de la responsabilidad total del incesto, vuelve a su papel de padre...”

“... padre que a través de ella... establece como un señuelo en la relación conflictiva con la mujer...”

Recogemos ahora algunos textos sobre la víctima, identificada casi siempre como “chica” y no como “niña”.

“La víctima sabe... que ha puesto de su parte... para construir... día tras día una relación confusamente íntima y privilegiada con el autor del abuso...”

“...sentimientos evidentes de rechazo y agresividad de la chica hacia el padre”

“resistencia de la hija para discutir la naturaleza del propio vínculo con el padre..., pues sólo a través de esta prueba de fuego podrá librarse la chica de los sentimientos de culpa...”

Respecto al tema de la madre no abusadora

“la intervención psicológica, que deberá tener inevitablemente en cuenta la parte activa desarrollada por la madre en concurrir a crear las dinámicas familiares en cuyo interior se ha producido el incesto”.

“la posición de la madre... en esta dinámica... casi nunca es de total desconocimiento o extrañeza, sino de sospecha, connivencia o incluso complicidad...”

“... mujer sexualmente rechazante, pero a la vez compulsivamente hiperprotectora, para combatir así el sentimiento de culpa que deriva de la propia frialdad sexual”

Finalmente la parte más interesante, relativa al intento de hacer una hipótesis sobre el origen de la situación traumática:

“... el análisis del conflicto conyugal subyacente a cualquier situación incestuosa”

“... además causa de la situación de incesto reside en la escasa consistencia... de una relación de pareja... abismo infranqueable de incomprensiones y frialdad que se produce en la pareja conyugal...”

“Trágicamente el incesto ha representado precisamente un medio extremo a través del cual las tensiones existentes en el núcleo encuentran un alivio perverso que permite a la tríada continuar con una apariencia de vida normal sin afrontar ni el conflicto conyugal (que podría desembocar en la separación) ni la distancia emocional entre madre e hija”

“ambos padres... se ponen colusiva y silenciosamente de acuerdo en otorgar un poder a la hija que es ciertamente superior a su capacidad real de sostenerlo...”

“lenta construcción común... en que cada uno se ve inducido a representar un rol propio activo...”

“... la causa principal de la dificultad de la víctima se debe reconducir, más que al abuso sexual en sí mismo, a la disfunción de las relaciones entre los miembros del núcleo familiar”

ALGUNAS REFLEXIONES

¿Por qué razón las afirmaciones de otrora no nos parecen igualmente sostenibles en la actualidad? Se podría decir en resumen que nuestro pensamiento se movía hace casi un decenio bajo algunas directrices principales como las siguientes:

El juego relacional

Sosteníamos en primer lugar que el juego relacional actual, fruto de una construcción acaecida a lo largo de la historia familiar en la que los protagonistas se hallaban conectados, fuese el origen del propio acontecimiento. Se buscaban por tanto en este ámbito las motivaciones patológicas, aunque de alguna manera comprensibles, que habían llegado a forjar los esquemas mentales de cada uno y el pasaje a la acción. Encontramos este primer pensamiento en las afirmaciones que se refieren tanto al rol activo de la víctima como de la madre. De modo parecido actúa la idea de que casi siempre el conflicto conyugal se halla a la base de la dinámica incestuosa. Deriva de ello lógicamente un juicio de recuperabilidad probable del padre como tal, una vez superado el primer escollo de la aceptación de responsabilidad: en efecto, si el acto de abuso halla su desencadenante y su escenario en la relación con el cónyuge, es lícito suponer que la relación con el hijo pueda no haber sido dañada sustancialmente de modo tan grave. De la misma manera se supone por analogía la probabilidad de recuperación del autor como cónyuge, una vez clarificado el nudo del conflicto conyugal, del que la mujer es igualmente responsable.

El conocimiento acumulado a través de los años pone en cuestión este modo de pensar sobre la familia incestuosa. Sabemos, por ejemplo, que cada autor hace como media más de una víctima. La media americana se sitúa según las estadísticas en 2, mientras que en Italia es superior a 1 (1.3). No resulta además nada raro constatar la victimización de otros menores en distintos niveles generacionales (hijos, nietos, hermanas e hijas, por ejemplo) producida por un único autor y en fases muy distintas de su vida. ¿Cómo creer en una conexión de actos y víctimas diversos con un juego relacional específico?

En cuanto al conflicto conyugal como insatisfacción desencadenante, pensamos principalmente en todas las situaciones en las que el adulto no abusador se pone del lado del abusador, en el interior de una relación de pareja nada conflictiva; recordemos después situaciones en las que el abuso se produce precisamente cuando se estaba recomponiendo, o ha continuado igual tanto durante un periodo de separación conyugal como en el momento del reencuentro. Existen además casos en los que el abuso se ha desencadenado paralelamente a una terapia que tenía precisamente como finalidad reparar una unión insatisfactoria entre los padres.

Consideremos ahora a las madres y su supuesta corresponsabilidad si no en el mantenimiento casi consciente de la situación incestuosa (reforzando el desequilibrio afectivo y de poder entre las generaciones), al menos en haber actuado de desencadenante con su frialdad hacia el cónyuge. Nuestra experiencia corroborada por más de un estudio aparecido en la literatura de estos últimos tres años nos lleva a observar en estas madre, tanto las que creen y soportan a las hijas, con las que incluso prefieren refugiarse en la nebulosa del no decidir si creer o no, las mismas características de “grandes traumatizadas” que reencontramos en las víctimas. Les

atormentan síntomas graves de ansiedad, depresión, pérdida de control de la propia vida, vivencias intensas de traición, desvalorización y fracaso (de la muestra de afirmaciones de estas madres podemos citar frases como: “es un dolor excesivo”, “me siento fracasada como mujer y como madre”, “me he equivocado en todo”, asistes a tu propia destrucción, etc.): datos que obligan a redimensionar la idea de la construcción de la dinámica incestuosa, o al menos a encontrar otros matices de significado.

Si miramos finalmente a las víctimas, resultan todas ellas muy parecidas tanto en la constelación sintomatológica como en la construcción del mundo mental, independientemente de si la experiencia traumática ha sido causada por un miembro de la familia nuclear o no. La variabilidad entre ellas se halla conectada a factores en parte fortuitos, ligados frecuentemente a cuanto sucede “después” del desvelamiento del abuso y a mil factores personales y no sólo al juego relacional.

Incluso las adolescentes que a primera vista parecen haber hecho un cálculo apropiado de costes y beneficios del abuso, se sienten invadidas por sentimientos devastadores de completa impotencia, y por un aspecto particular de la vivencia de estigmatización que les lleva atribuirse un “defecto de nacimiento”, como si llevasen grabada en su propio cuerpo una señal infame que las hiciese reconocibles por parte del abusador como objetos aptos a sus perversos deseos. Aun cuando ellas mismas intentan explicar a sus propios ojos la historia incestuosa como una elección, un enamoramiento, persiste en su interior la percepción de que todo esto no es más que un juego de prestigio puesto en escena por el abusador para tejer mejor su telaraña.

La historia traumática vivida se imprime en las víctimas, además, como un destino al que parece imposible escapar. Tanto si mantienen comportamientos orientados al fracaso, o intentan convertirse a su vez en agresores, la experiencia parece gozar de vida propia: una vida que es imposible conectar con un juego relacional actual, pero que termina por influenciarlo aun cuando los actores hayan cambiado y parezca regirse por modelos de comportamiento interiorizados a lo largo de toda la línea que une víctimas y abusadores (una primera intuición de cuanto se ha dicho se hallaba ya en “Secretos de familia”, en el capítulo XV).

La pulsión sexual

La segunda tendencia de pensamiento llevaba por aquel entonces a suponer que el abuso sexual encontrase en el área de la sexualidad sus fuentes originarias específicas. Las insatisfacciones producidas en este ámbito conseguían posteriormente de forma distorsionada una compensación a través de la elección patológica del niño como objeto sexual. En esta dirección iban las afirmaciones acerca de la frialdad sexual de la mujer del abusador, así como las alusiones a la elección y a la atribución de poder y de rol a la hija, consiguientes al interés sexual del padre hacia ella.

Nos hemos referido en párrafos anteriores al cuadro de vivencias prevalentes en las víctimas que contradicen de modo frontal una lectura de este tipo de la relación incestuosa. Atendiéndonos a los hechos revelados por las estadísticas se pone de manifiesto que el abusador, tanto intra- como extrafamiliar puede hacer caer su elección en compañeros tanto de sexo masculino como femenino e incluso, con frecuencia, de manera simultánea, lo que se contrapone claramente a la hipótesis de que el motor del abuso sea la búsqueda de una satisfacción de una sexualidad frustrada. A esta misma conclusión nos llevan los datos sobre la edad de las víctimas. Dondequiera que se produzca el fenómeno se trata siempre de prepúberes. En el momento de inicio del abuso, o incluso en el denominado abuso de la adolescencia la edad crítica para el exordio son los 11 años, momento en que aunque el cuerpo puede presentar algún atisbo de feminidad adulta, la mente se halla todavía en un estadio claramente infantil. Los datos constatados por nosotros nos llevan a pensar en el abuso como un fenómeno precoz: para casi el 65% de los niños la victimización ha empezado antes de los 6 años, cifra que se eleva al 71% en los casos intrafamiliares (Malacrea, 1999). ¿Cómo se puede pensar en un móvil sexual en semejante interacción?

Otras consideraciones, a su vez, vienen a confirmar las mismas preguntas. Aunque es cierto que tal vez puede existir una falta de entendimiento sexual en la pareja del abusador, ¿cómo podemos estar seguros de que ésta tenga su origen en el distanciamiento llevado a cabo por el cónyuge y no, en cambio, por el mismo abusador? Acuden a la mente situaciones en las que muchos hechos nos inducían a suponer que fuese precisamente éste quien no tolerase una sexualidad adulta paritaria, con su exigencia de responsabilidad y en la que el otro cónyuge se encontraba por así decirlo persiguiendo a un compañero fugitivo, con inversión total de la combinación de los comportamientos típicos. En otros casos resultaba reconocible, además, la actitud de futuro abusador incluso en la elección de pareja orientada hacia compañeras demasiado jóvenes o aquejadas de algún handicap, con quien mantener desde un principio una relación desequilibrada, igual que con los niños, lo que induce a desplazar hacia un área que tiene poco que ver con la sexualidad la satisfacción del tipo de necesidades que el autor busca de forma disfuncional a través del abuso.

El secreto

Respecto, finalmente, a la tercera tendencia de pensamiento manifestada en el pasado, que nos llevaba a suponer que el incesto en sí mismo fuese un factor de homeostasis familiar, aunque disfuncional, desde luego, es decir un acontecimiento relacional que de alguna manera salvase los lazos, cuya ruptura era lo más temido.

Es ciertamente verdadero que la duración de los abusos sexuales constituye un auténtico interrogante. No se puede negar que algún factor muy poderoso está protegiendo a la familia incestuosa de la explosión que sería lógico esperarse.

Ateniéndonos de nuevo a los datos observados para evitar caer en simplificaciones, debemos constatar en primer lugar que con frecuencia existe una constelación de síntomas importantes a lo largo de las varias fases de la historia de los familiares, particularmente de la víctima: por tanto el incesto se configura, en realidad, no tanto como un factor de equilibrio sino como un potente factor de desestabilización personal, al menos para quien lo sufre. ¿Qué es lo que, en cambio, consigue mantener en pie una construcción relacional tan precaria?

Un dato relevante es que las familias en las que se está produciendo el abuso sexual suelen permanecer durante mucho tiempo sin ser detectadas. Los profesionales y los servicios que actúan en el ámbito de la salud mental se están haciendo cada vez más sensibles a la temática de los traumas sexuales, pero incluso hoy en día raramente se hallan en condiciones de captar características en la familia incestuosa (por ejemplo relativas a la condición social) o elementos de conducta observables que den alguna pista diagnóstica. Con frecuencia la revelación de tales hechos se produce como un rayo en un cielo despejado, que produce un fagonazo de luz tan inquietante que resulta difícil de creer sobre cuadros familiares que a primera vista parecen insospechables, aunque a posteriori pueden detectarse algunas señales que permiten hacer una relectura en este sentido. Lo que casi de forma invariable se echa mucho de menos y que induce fácilmente a engaño es la ausencia de datos directamente observables, precisamente los que un terapeuta familiar está acostumbrado a tomar en cuenta en las sesiones en las que se produce la presencia contemporánea de los componentes del núcleo. Experimentos en la actualidad ya clásicos, como los de Starr (1987), en los que se ponía de manifiesto la incapacidad incluso de los expertos en la materia de detectar las diadas constituidas por agresor y víctima del abuso, obligan sin duda a reflexionar.

Esta imposibilidad de observación directa puede considerarse el epifenómeno del secreto que rodea las interacciones incestuosas, a propósito de cuya naturaleza profunda puede ser conveniente que nos detengamos un momento. Del conocimiento obtenido a posteriori de nuestros casos se deduce que el secreto es mucho más que el puro mantener oculto a terceros lo que es proscrito e inconfesable, bajo amenaza de castigo. Se trata más bien de una segregación del pensamiento que hace impensable el abuso para todos los protagonistas y potenciales observadores. Esta imposibilidad de pensar forma parte integrante del dominio psicológico, definido por los autores franceses como “emprise” (Perrone y Ninni, 1996), que a iniciativa del autor del abuso ha llegado a deformar a través del tiempo el contexto de aprendizaje de la víctima, convirtiendo en natural el abuso inhibiendo los movimientos reactivos que lo habrían contrastado en un personalidad sana (para un análisis más detallado de este punto de vista se puede consultar el libro “Trauma y reparación”).

QUÉ MODELO DE REFERENCIA

Modelos de referencia teórico, como el sistémico relacional, aunque bien experimentados en otras modalidades de perjuicio a menores, y aún demostrándose válidos todavía como guía para una lectura interconectada de las dinámicas familiares, no resultan del todo satisfactorios, por falta de exhaustividad, lo que ha hecho necesario recurrir a las aportaciones de otros enfoques psicológicos más adecuados para la exploración de los componentes individuales de tales dinámicas. La utilización de una rejilla, suficientemente dúctil aunque sencilla, capaz de adaptarse a la extrema variabilidad detectada en la constelación familiar en los casos de abuso sexual que nos orientase específicamente sobre las constantes a observar y luego a trata en tales situaciones, se ha hecho absolutamente imprescindible. Consideramos todavía válido el esquema elaborado por Filkelhor (1984), como hemos destacado en otros trabajos (Malacrea, 1997, 1998) a propósito de las precondiciones familiares del abuso sexual. Constituye a su vez un esqueleto de pensamiento sobre los orígenes del abuso en si mismo y sobre la condiciones que favorecen su aparición, que como se verá constituyen un verdadero pensamiento alternativo al que ha caracterizado la época anterior.

El motor del pasaje a la acción por parte del abusador se halla relacionado con la existencia en él de una necesidad (primera precondición), no primariamente sexual en la mayoría de los casos —con exclusión de un porcentaje minoritario que Groth (1982) establece en torno al 10 % en el que es claramente perceptible una parafilia—, sino carencial, necesidad que puede encontrar patológicamente compensación en la búsqueda de un compañero débil con quien establecer una relación fusional, hasta la anulación del mismo, al menos como dotado de voluntad y exigencias propias. La excitación sexualizada se considera, al menos en cuanto a su significación e incluso a su aparición en el tiempo, secundaria a la relación, constituyendo la vía de descarga sobre el eje corporal de la pulsión a la incorporación del otro, descrita anteriormente (Gabbard, 1992), como si fuese el “empuje adicional” para vencer el autocontrol. De este modo se explicaría la falta de especificidad del impulso abusador, que se conecta con factores de elección no sexual, sino relativos a la debilidad del compañero; se explica igualmente la compulsividad del abuso y su repetición en el tiempo en circunstancias y con sujetos diversos. Adquiere igualmente significado la posibilidad de inversión de los papeles de víctima a abusador y viceversa, a causa del hecho que para la víctima y el abusador la experiencia traumática se sitúa psicológicamente en un nivel mucho más primitivo que las condiciones relacionales contingentes que lo acompañan. Se llega con ello a entrar en contacto con el nivel, magistralmente descrito por Zulueta (1993), de los modelos operativos relacionales interiorizados que, en cuanto tales, conllevan la posibilidad para el individuo de desarrollar a través del ciclo vital toda la gama de roles compatibles con ellos.

Las otras precondiciones (segunda, tercera y cuarta) explican cómo el impulso

pueda superar cualquier barrera: el contexto relacional contingente se configura por tanto no sólo como el origen del abuso, sino como el terreno en el que puede desarrollarse sin hacer ruido, o más bien como el gatillo que dispara la reactivación de las necesidades primitivas o de la descompensación del balance necesidades/adaptación construido por el abusador, a veces durante largo tiempo y con éxito. Acontecimientos que ponen en crisis los parámetros habituales de referencia del abusador: enfermedades, duelos, modificaciones del patrón de vida, entre los que resulta particularmente representativo la separación matrimonial, constituyen los llamados factores de estrés, capaces de desencadenar la búsqueda de la fusión hasta la anulación del objeto como remedio (Balier, 1992) de una angustia invencible de “no existencia”, pérdida de valor y de identidad. El conflicto matrimonial puede convertirse desde luego en central, pero con un mecanismo totalmente distinto al que suponíamos. Puede ser central también por el papel jugado por el otro cónyuge en cuanto contribuye a la dispersión de energías: a la madre en el esfuerzo de oponerse o sustraerse le resulta difícil comprender que aquél de quien se quiere contrarrestar el poder ha sacado ya provecho en apresar en la telaraña del dominio psicológico al que se halla más indefenso y expuesto, el hijo, todavía más vulnerable por el desequilibrio y la insatisfacción consiguiente al ver apartado de sí su inversión emocional. Ello echa una nueva luz sobre la innegable constatación de la relación frecuentemente nada buena existente entre la víctima y la madre: ya sea a causa del distanciamiento precedente al abuso o a causa del actual o posterior al mismo reconocen en la acción del abusador una factor de agravamiento activo, de impulso a la explosión, lo que explica cómo después del descubrimiento del abuso madre e hijos sufren sentimientos postraumáticos increíblemente semejantes.

Igualmente la víctima aparentemente cómplice reconquista la propia dimensión de no responsabilidad en la comprensión de la relación “d’emprise”, que la ha lentamente transformado en un objeto adecuado a la victimización deformando sus defensas naturales; el abusador, por tanto, no debe asumir la responsabilidad de lo que sucede sólo a causa de la menor o nula capacidad de la hija de dar su libre consentimiento a las interacciones sexuales, sino a causa de la lenta infracción de los límites personales y generalizaciones que ha perseguido en el intento de encontrar satisfacción al impulso “devorador” del que hemos hablado más arriba. En la experiencia clínica tales preliminares premeditados marcan con regularidad la historia del abuso sexual en sus primeras fases.

Finalmente, a la luz de las consideraciones anteriores el dato evidente de la aparente indisolubilidad de los lazos en la familia en el que se produce el abuso adquiere todo otro significado: no podemos continuar haciendo la hipótesis que el mismo acto responda a algún tipo de funcionalidad, aunque perversa, en las relaciones, sino que tenemos que mirar a la indisolubilidad como al efecto de un balance entre fuerzas disgregadoras (en concreto el abuso) y las fuerzas “anestesiadoras” (el secreto, el dominio psicológico del abusador, *in primis*

respecto a su víctima, la debilidad del adulto potencialmente protector).

CONCLUSIONES

Nuestra historia todavía joven nos induce a la máxima prudencia en el aventurar explicaciones complejas de un fenómeno tan intrincado. En consecuencia incluso las reflexiones ilustradas más arriba no tienen la misma pretensión de poner la palabra “fin” a elaboraciones que esperamos poder continuar, en cambio, haciendo en un proceso de aproximaciones sucesivas.

Nos tranquiliza el hecho de que las numerosas diferencias en la práctica terapéutica elaboradas poco a poco (ampliamente descritas en el libro “Trauma y reparación”) continúen manteniendo una fuerte conexión con las diferencias de pensamiento, como garantía de poder dominarlas y eventualmente revisarlas. Nos tranquiliza también constatar la continuidad entre “cómo éramos antes” y “cómo somos ahora”, sobre todo en la tensión por un conocimiento profundo de lo que tratamos y en el no cesar de sentirnos fascinados por la complejidad.

Analizando los casi 20 años de experiencia terapéutica en situaciones de abuso intrafamiliar se describen los cambios principales de pensamiento y práctica y las nuevas orientaciones en el tratamiento. Juegos relacionales, sexualidad, secreto, entre otros conceptos, se recontextualizan de acuerdo con un modelo complejo de comprensión de las familias incestuosas.

Palabras clave: Abuso sexual infantil, enfoque sistémico, terapia familiar, revisión crítica.

Nota editorial:

Este artículo fue publicado en su versión original en la revista *Psicobiettivo*, 19, 13-24 con el título “*Come eravamo: terapisti familiari e abuso sessuale*”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas:

BALIER, C (1992). Psychopathologie des auteurs de délits sexuels concernant les enfants. In M. Gabel, *Les enfants victimes d'abus sexuel*. Paris: Presses Universitaires de France.

- CIRILLO, S. & DI BLASIO, P. (1989). *La famiglia maltrattante*. Milano: Cortina.
- EVERSON, M.D., HUNTER, W.M., RUNYON, D.K., EDELSON, G.A. & COULTER, M.L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 197-207
- FINKELHOR, D. (1984). *Child sexual abuse: new theory and research*. New York: Free Press.
- GABBARD, G.D. (1992). *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Cortina.
- GROTH, A.N. (1982). The incest offender. In S.M. Sgroi (ED.) *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington: Lexington Books.
- MALACREA, M. (1994). L'effetto terapeutico della "validation" nei casi di abuso sessuale ai bambini. In C. Roccia & C. Foti, *L'abuso sessuale sui minori*. Milano: Unicopli
- MALACREA, M. (1997). L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia. In R. Luberti & D. Bianchi (Ed.). *...e poi disse che avevano sognato*. Firenze: Edizioni Culturali per la Pace
- MALACREA, M. (1998). *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*. Milano: Cortina.
- MALACREA, M. (1999). Abuso sessuale all'infanzia: dopo lo svelamento quale futuro per le vittime. In S. Abbruzzese, *Minori e sessualità*. Milano: Franco Angeli.
- MALACREA, M. & VASALLI, A. (1990). *Segreti di famiglia*. Milano: Cortina.
- PERRONE, N. (1996). *Violence et abus sexuelle dans la famille*. Paris: ESF
- STARR, R.H. (1987). Clinical judgement of abuse-proneness based on parent child interactions. *Child abuse and neglect*, 11, 87-92.
- TREPPER, T.S. & BARRET, M.J. (1989). *Systemic treatment of incest: a therapeutic handbook*. New York: Brunner/Mazel.
- ZULUETA, F. (1993). *From pain to violence*. London: Whurr.

LA REVELACIÓN DEL INCESTO Y DEL ABUSO SEXUAL

Jorge Barudy

The author describes the therapeutic experience of his work group about sexual according to a systemic oriented approach. He describes the figure of the abusing adult: more frequently an abusing person is an abused who abuses himself. He justifies or deceives the abuse because he is convinced that his view of the world is the objective reality and his behavior is coherent with the reality itself. He identifies three different kind of organization about abusing family systems which correspond to different sets of believes. He underlines the importance of a common intervention to mobilize the resources of different human systems that overwhelm the family and the abuse child. It's difficult to find the way to enter into contact with the abusing system because it rules out the possibility of dialogue.

Key words: abusing family system, systemic approach, map, territory, view of the world, set of belief.

INTRODUCCIÓN

La finalidad de este artículo es presentar una serie de experiencias sobre las que se ha elaborado un modelo, fruto de un trabajo desarrollado en el seno de un grupo pluridisciplinar que tiene como objetivo la prevención y el tratamiento de los abusos infantiles en general y del abuso sexual en particular.

El enfoque de nuestro trabajo como grupo es de orientación sistémica en el marco de una intervención comunitaria, cuya finalidad es la de movilizar los recursos de los diversos sistemas humanos que atienden al niño a fin de hacer frente a situaciones de maltrato y asegurar su bienestar.

Las consideraciones sobre la violencia sexual y el incesto que siguen a continuación, aunque han sido sin duda influidas por los procesos de reflexión en el interior de nuestro equipo, corresponden a una sistematización propia, por lo que no pueden verse libres de la subjetividad del observador y espero sean tomadas como tales. Responden a un intento de transmitir una experiencia clínica de más de cuatro años en este campo que me ha llevado a vivir crisis personales, incluso muy

serias, pero que evidentemente no pretende erigirse en epítome de una verdad científica objetiva.

El modelo que se expone es sin duda incompleto, pero para nuestro equipo ha representado una modalidad operativa que nos ha permitido comprender y actuar en este campo tan complicado. No es más que un mapa de un territorio muy complejo. Por desgracia no constituye ninguna pócima mágica capaz de hacer disminuir los sentimientos de impotencia y rabia o de inseguridad que experimentamos cuando nos hallamos ante un niño maltratado, apaleado, descuidado o abusado sexualmente. Desearía sólo que sirviera de incentivo para alcanzar una mayor profundización en la manera de abordar este fenómeno.

Esta presentación tiene como finalidad establecer un intercambio con el lector sobre dos ideas: la primera es que nadie tiene derecho a abusar de otro ser humano, cualquiera que sea su situación o el tipo de contexto en que se halle; la segunda, que el primer deber de un terapeuta, como el de cualquiera, es actuar para restaurar el respeto por la vida. Estas dos ideas no son alternativas, sino elecciones éticas.

EL INCESTO Y LOS ABUSOS SEXUALES COMO FENÓMENO HUMANO

Ante la realidad humana del maltrato a los niños, de la violencia sexual y del incesto, nos ha parecido interesante profundizar en el proceso que puede resumirse en la pregunta: ¿Cómo los seres humanos llegan a creer en lo que creen?

Nos hemos quedado de piedra al observar en el trabajo con adultos y sistemas familiares abusadores, que detrás de este tipo de comportamiento hay siempre un sistema de conocimientos y de creencias que permite al adulto abusador justificar o mistificar el propio abuso frente al niño.

El abusador adulto está convencido, en efecto, de que las percepciones y representaciones que tiene de sí mismo, de su familia, de su hijo, del mundo que lo rodea son la realidad objetiva y que sus comportamientos son coherentes con esta realidad.

Profundizando más lo que nos produce mayor asombro es que la singularidad del “abusador” no viene producida sólo por el comportamiento del abuso sino por el hecho que crea lo que cree y que su sistema perceptivo cognitivo, el conjunto de sus interacciones con su sistema familiar e incluso con su sistema social están allí para confirmar lo que cree.

El drama del adulto abusador es que no conoce o no sabe que su realidad que considera absoluta, no es más que una imagen mental, un medio, una fantasía que corresponde sólo en parte a una realidad. La diferencia entre él y las otras personas es que siempre se remite a su visión del mundo: no puede aceptar que sus percepciones y sus conocimientos puedan estar condicionadas por sus propios intereses, su historia personal, sus interacciones. En otras palabras la ventaja que tenemos respecto a un abusador es la de saber que el mapa no es el territorio (Korzybski, A., citado por Bateson, 1970). En efecto a diferencia de los adultos

abusadores nosotros hemos abandonado, al menos así lo espero, la fe en que nuestras percepciones sean “percepciones inmaculadas” (Hunneus, 1976).

LA EXPERIENCIA COGNITIVA EN LOS MOMENTOS DE CRISIS

¿Qué sucede en la experiencia del adulto abusador en los momentos de crisis? ¿Qué sucede con quienes intervienen? ¿Qué sucede, finalmente, a nivel de los sistemas de creencias que se expresan en sus discursos?

Por nuestra experiencia sabemos que cuando nos encontramos ante situaciones que requieren un cambio una de las reacciones podría ser la de apegarnos a nuestras creencias.

Nuestra vida experimenta una serie constante de momentos de crisis que nos obligan a abandonar creencias, a adaptarlas o a acogernos a ellas todavía con más fuerza. Las diversas crisis por las que hemos tenido que pasar nos empujan a revisar nuestras creencias a adaptarlas o a reforzar todavía más las que consideramos válidas, aunque podemos estar seguros de que algunas de las creencias, a las que no renunciamos en la actualidad y que influyen en nuestra actividad social, cambiarán en el futuro.

¿Cómo comprender este proceso evolutivo de los conocimientos y de las creencias? ¿Cómo poder determinar las situaciones, los elementos que favorecen la adaptación de las creencias a las situaciones de la vida? Y al contrario, ¿cómo construir un modelo que nos permita comprender por qué y con qué objetivo los seres humanos se saltan sus creencias o se acogen a ellas de un modo tan rígido sobre todo si se hallan en momentos críticos? Todas estas preguntas e incertidumbres constituyen para nosotros un estímulo y un desafío, motor de nuestra actividad terapéutica con los sistemas familiares “abusadores”.

De este modo nuestras experiencias y la lectura de Maturana, Varela, Von Foster y otros nos llevan a la siguiente pregunta: ¿Cómo los seres humanos producimos nuestros conocimientos, nuestras creencias, nuestro mapa del mundo y cómo nos quedamos ligados a ellas? Nuestra hipótesis es que en los sistemas abusadores existen formas de organización y contextos que influyen el proceso cognitivo de tal modo que una de las posibilidades sea la aparición del abuso sexual.

Buscando delinear mejor estas organizaciones y estos contextos, hemos basado nuestra investigación en el lenguaje, de acuerdo con los planteamientos de Bandler y Grinder (1975) (retomados por Hunneus, 1986) quienes consideran el lenguaje natural como un modo de forjar los modelos o representaciones, pero en un otro registro lógico: “El lenguaje natural es un modo de construir mapas hablados de nuestras representaciones: es una forma de metarrepresentación o una representación de lo que tiene ya una representación (Hunneus, 1986).

Desde este punto de vista, el universo lingüístico (digital o analógico) de los sistemas implicados en la situación de abuso se convierte en el hilo conductor o el mapa que nos permite la exploración de este territorio tan complejo y confuso. Así

nuestro enfoque considera el lenguaje natural de los sistemas (familia y sistema de los operadores sociales) como el punto de intersección de *la producción material* de la cultura familiar (los modelos de comportamiento, su organización, su estructura) y *la producción ideológica* (el sistema de las creencias y de los afectos no materializados) compartidos completamente o a distinto nivel por los miembros de la familia.

Para modelizar la *producción material* de las familias abusadoras hemos centrado nuestra atención sobre los rituales de la familia, es decir sobre los modelos particulares de acción y reacción a los que los se acogen los miembros de la familia en distintos niveles (Seltzer y Seltzer, 1986).

Para la modelización de la *producción “ideológica”* (no observable) hemos escogido explorar de modo inferencial los mitos y creencias temáticas de las familias desde una perspectiva histórica.

LOS ABUSOS SEXUALES Y SU DESCUBRIMIENTO COMO FENÓMENOS HISTÓRICOS.

Como equipo especializado entramos en contacto con las familias y sistema de operadores en el momento en que el abuso sexual ha sido denunciado por un adulto que ha recibido la información expresada de forma explícita o implícita del niño víctima. Esta situación introduce la posibilidad de la crisis necesaria para cualquier tipo de cambio.

El descubrimiento de los comportamientos de abuso corresponde pues “al estado de un sistema en el momento en que se hace inminente un cambio” (Langsley, citado por Ausloos, 1983). Por otra parte, Maturana y Varela afirman en referencia a los procesos históricos que “cada vez que en un sistema emerge un estado como resultado de la modificación de un estado precedente, se produce un fenómeno histórico”.

Desde este punto de vista, el hecho de denunciar los comportamientos de abuso se convierte, como el propio abuso, en una manifestación de un fenómeno histórico.

Es importante subrayar que descubrir y denunciar los hechos de violencia sexual, por parte de los adultos, no es un comportamiento tan frecuente como sería de desear. Nuestra experiencia clínica conoce casos en los que el niño ha intentado comunicar a los adultos su condición de abusado a través de comportamientos o de su cuerpo violado. En nuestra experiencia no hemos encontrado un niño que no hubiese intentado hablar de forma metafórica de su drama. Después de un cierto periodo de tiempo los niños presentan problemas escolares, síntomas depresivos, problemas de comportamiento, de identidad, etc.

Las posibilidades terapéuticas en situaciones de violencia sexual o de incesto se manifiestan con las “fluctuaciones” que el operador externo a la familia haya tenido el coraje de producir. La acción de este agente -como por ejemplo, el médico

de familia, un enfermero escolar, el asistente social del barrio, una maestra o un vecino, etc... - que se hace depositario del secreto podría, si encuentra un ambiente solidario a su alrededor, crear las condiciones necesarias para provocar en el sistema abusador “una situación de inestabilidad a partir de cual puede alcanzarse un nuevo estado de equilibrio, incluso a través de una perturbación infinitesimal. Esta intervención de un agente externo puede desequilibrar la homeostasis del sistema, lo que puede dar lugar a tres movimientos de índole diversa en el sistema:

un retorno al estado precedente sin reelaboración de la crisis:

? mitos y secretos;

una catástrofe (cambio gradual y relativamente pequeño que produce un salto imprevisto de comportamiento):

? explosión del sistema;

una reelaboración creativa del sistema:

? fuerzas internas y/o

? apoyo del ambiente.

En el caso en que el operador niegue los hechos o considere que la gestión del caso deba ser asumida por otros, se convierte en cómplice de la violencia misma y con frecuencia bloquea la posibilidad de intervención que al desencadenar un crisis, habría podido conducir a la protección del niño y a una ayuda terapéutica al sistema familiar implicado.

LA ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS ABUSADORES

La reacción particular de cada familia frente a la crisis causada por el descubrimiento del incesto y las informaciones, tanto en el plano material como en el “ideal” extraídas de las sesiones terapéuticas nos han permitido distinguir tres tipos de organización familiar, que corresponden a diversos sistemas de creencias:

organización aglutinada y altruista

organización promiscua, caótica, indiferenciada y usurpadora

organización petrificada y absoluta

Al discutir estos diferentes modelos familiares conviene tomar en cuenta igualmente tres fases de evolución:

durante la crisis, constituye el momento en que la familia se halla frente al descubrimiento de los episodios de abuso con uno o más hijos; la descripción de esta fase corresponde a lo que observamos directamente en las interacciones familiares durante las sesiones.

antes de la crisis: a través de todo este periodo los comportamientos abusadores juegan un rol homeostático en el sistema familiar (e incluso con frecuencia en el social) lo que conlleva como consecuencia una incompatibilidad vital entre las finalidades de los adultos de los sistemas circundantes y las de los niños. El escenario de este periodo que antecede la crisis exige por nuestra parte un esfuerzo de imaginación, ya que se trata

de construir una historia en la que no hemos tomado parte, pero que hemos reconstruido con la familia durante las sesiones a fin de dar un sentido a las transgresiones presentes.

durante la terapia: se trata del período que, empezando con la crisis, prosigue con la formación de un contexto terapéutico en el que la familia y los terapeutas se hallan empeñados en un proceso de humanización del sistema familiar y de restauración de los derechos de los menores. Según nuestra experiencia, limitada en el tiempo, no poseemos todavía datos suficientes que puedan aclarar la evolución a largo plazo de determinados tipos de organización.

La organización aglutinada y altruista

En el momento de la crisis el lenguaje de este sistema familiar es el lenguaje del “arrepentimiento” y del “perdón”; arrepentimiento del adulto abusador y perdón del grupo familiar, incluida la víctima del abuso. El adulto autor del acto con sus palabras intenta convencernos a nosotros y a sí mismo no saber porqué ha hecho lo que ha hecho. Se considera incapaz de cometer un acto de este tipo. Su lenguaje expresa que ha hecho algo sin haberlo pensado y no haberlo expresado con palabras ni a sí mismo ni a los demás. En el momento de la crisis este adulto se presenta como persona consciente de haber cometido un grave error y de estar dispuesta a todo para repararlo.

Organización de la familia antes de la crisis: plano material de la cultura familiar

Se trata frecuentemente de una organización en la que el padre se describe como una persona afectuosa, tierna y próxima a los propios hijos, que se ocupa de ellos desde el nacimiento, se dice de él que es un padre “maternal”. Pero con el crecimiento gradual de los hijos aumentan los juegos corporales con ellos. Por ejemplo, el padre de una familia tratada por nosotros tenía la costumbre de jugar con sus tres hijas semidesnudas a un simulacro de lucha libre. La madre no había considerado nunca esta actividad del marido como una anormalidad; se mostraba, al contrario, admirada por la capacidad afectiva de su cónyuge. Ella tenía en cambio un papel pasivo en el sistema parental, a pesar de representar el pilar de la organización familiar bajo el aspecto de la gestión de la familia, de las relaciones con el exterior y del cuidado físico del marido y de las hijas. Cuando su marido se iba de paseo con las hijas, prefería quedarse en casa, satisfecha de gozar, como decía, de un momento de descanso y tranquilidad, que le permitía leer, reflexionar y concluir, sin interrupciones, cualquier actividad doméstica.

En nuestro imaginario de operadores la organización y el funcionamiento de estas familias antes de la crisis recuerdan el tipo de familia unida, simbolizado tal vez por la publicidad televisiva; pero, profundizando en nuestras observaciones esta organización aparentemente perfecta parece ocultar por parte del padre un uso de

las hijas como ositos de peluche (objeto transicional); al mismo tiempo, la relación de fusión padre-hijas permitía a la madre exorcizar el temor de dejarse invadir, conservando así la posibilidad de ser “ella misma” en soledad.

El sistema aglutinado en una perspectiva histórica

En el plano ideal de la cultura familiar se pone de manifiesto que la historia y las creencias de la familia se registran bajo formas de mitos de sacrificio y de devoción. Se observa, así, muy frecuentemente que en su familia de origen hayan sido “hijos dotados” de devoción respecto a sus padres. Su drama consiste en el hecho de que desde su nacimiento han tenido que asumir el rol que reconoce y satisface las necesidades de los propios padres a título de compensación por el sacrificio de sus progenitores.

Estructuras disipativas durante la crisis y oportunidades terapéuticas

Toda esta idílica estructura familiar se tambalea pavorosamente apenas uno de los hijos, con frecuencia la hija mayor, preadolescente o adolescente, confía a una persona externa a la familia o a la madre que el padre se mete en su cama y sospecha, por ejemplo, que haga lo mismo con su hermana menor.

En este punto estalla la crisis que crea un estado de sufrimiento y perturbación en todos los miembros de la familia y frecuentemente también en el sistema de los operadores. Estos últimos se hallan divididos entre la defensa de la cohesión de la familia minimizando los hechos y la denuncia de lo acaecido a la justicia para una condena del padre incestuoso.

La situación en la que viven estas familias durante la crisis nos hace pensar metafóricamente en las “estructuras disipativas” de Prigogine. En efecto, en aquel momento, estas familias aparentemente perfectas en su organización se encuentran en situaciones de desequilibrio. Estas nuevas estructuras pueden desarrollarse hacia otros tipos de organización más sana, compatible con la vida si se producen determinadas condiciones favorables que permitan a las familias aprovecharse positivamente de la energía del ambiente circunstante. Estas condiciones favorables se corresponden a los ejes importantes en nuestro modelo terapéutico y más en concreto:

- acuerdo solidario entre operadores de los diversos sistemas (escolar, médico-socio-psicológico, judicial y otros);
- comportamientos que reflejan verdad y firmeza a fin de hacer respetar la integridad de todos los componentes del sistema, particularmente de los menores;
- desarrollo de un contexto terapéutico de respeto y de amor para todos en el ámbito de una terapia a largo plazo con la familia

No nos extenderemos en estos aspectos que, por otra parte, son válidos también para otros tipos de organización; pero nos gustaría insistir en su importan-

cia es estos casos para prevenir fenómenos que se producen cuando nos encontramos lejos de las condiciones de equilibrio. Subrayamos los riesgos de la aparición de trastornos psicosomáticos y/o psíquicos, en función de mecanismos equilibradores de una crisis así como de peligros todavía más graves, como el suicidio precedido del homicidio de todos los miembros de la familia.

Nuestra experiencia con este tipo de organización familiar, a diferencia de la acumulada con los otros dos tipos de familias, nos lleva a sostener que existen condiciones propicias para una aproximación terapéutica a la familia, sin encarcelamiento preventivo del culpable.

Un tutor designado por la red de concertación garantiza el control y tutela de los hijos víctima; sin embargo es oportuno permanecer vigilantes y prudentes durante todo el tratamiento terapéutico dado que no todos los arrepentidos lo son de verdad y es muy difícil el cambio para cualquier ser humano que forma parte de una familia.

Organización promiscua, caótica, indiferenciada y usurpadora

El lenguaje de los adultos del sistema familiar durante la crisis se expresa con el lenguaje del estupor. Se sorprenden, porque los operadores, incluida la justicia, hace que una situación que no parecía tan grave se transforme en un “caso”. El adulto abusador dice lo que piensa y hace lo que considera “normal” respecto a una lectura de la realidad que lo autoriza, por ejemplo a “preparar a los hijos para afrontar los hechos de la vida”.

La organización antes de la crisis

Promiscuidad, interacciones caóticas y ausencia de fronteras generacionales son las características distintivas del funcionamiento de la familia. En este tipo de organización se pone de manifiesto una tendencia al “desorden”, con rupturas relacionales repetidas a nivel transgeneracional. Las situaciones familiares son muy heterogéneas y cambiantes, etc. Los hijos viven, por ejemplo, con un padre que no lo es biológicamente, o con una madre que lo es sólo para algunos de ellos. La promiscuidad, debida con frecuencia la pobreza y a las reducidas dimensiones de la casa; situación objetiva que facilita transgresiones físicas entre los componentes de la familia.

En este contexto las “relaciones sexuales” se hallan fuera del campo de la intimidad entre adultos para volverse normales y probables en el cuadro del funcionamiento familiar.

Carencias de carácter psicológico, afectivo y social se repiten de generación en generación ocasionando a los componentes de la familia trastornos a nivel de simbolización y verbalización de las experiencias. Estas carencias hacen además difícil la posibilidad de establecer un diálogo constructivo entre personas.

Evidentemente estas situaciones predisponen a los adultos a pasar al acto y a los

hijos a convertirse en objetos para ellos en un contexto de búsqueda de ternura y/o calor humano, imposible de conseguir de otro modo en aquel ambiente.

La falta de estructura y el funcionamiento caótico de estos sistemas familiares son el único mecanismo de adaptación al que recurren estas familias frente a un ambiente social que, para su organización, exhibe frecuentemente fuertes desigualdades. Desde este punto de vista, el niño desempeña el papel de chivo expiatorio de una sociedad profundamente injusta.

A su vez la falta de estructura de la familia y el funcionamiento caótico impiden desarrollar capacidades adecuadas para dominar el ambiente (trabajo, amistades, deberes civiles), o lo que refuerza el repliegue de la familia sobre sí misma en la búsqueda de satisfacer sus necesidades vitales. De este modo se cierra un círculo vicioso.

La organización promiscua en su perspectiva mítica

Creencias e historia familiar se hallan atravesadas por mitos de destrucción y supervivencia.

Los padres con frecuencia experimentan situaciones de este tipo durante su infancia y adolescencia; si han vivido en familia han sido utilizados en su lucha por la supervivencia de sus padres y han aprendido a utilizar a su vez a los demás para no “derrumabarse”

Estructuras disipativas durante la crisis y posibilidades terapéuticas

En este caso la crisis afecta más a varios operadores que a la propia familia, lo que explica el gran pesimismo y escepticismo que hemos observado en muchos operadores que siguen a estas familias durante largo tiempo.

Todo se desarrolla como si los mitos de destrucción y de supervivencia de las familias se hubiesen infiltrado en el sistema de los operadores, paralizando sus esperanzas de cambio. Paradójicamente es la esperanza la que actuando a través de los comportamientos de maternizaje por un lado y de reafirmación de los límites, por otro, constituye la única oportunidad de los operadores de romper el círculo vicioso de estas familias.

Nuestro enfoque terapéutico

El factor básico que favorece la realización de una estructura disipativa es la creación en el entorno familiar y durante un largo periodo una red de operadores capaces de crear una relación solidaria. En este caso la estructura disipativa empieza con su inserción que permite una estabilidad temporal del sistema familiar (maternaje) y al mismo tiempo con la introducción del concepto de ley (partenaje) gracias a una estrecha colaboración con el sistema judicial.

La organización rígida, absolutista y totalitaria

Para la descripción de este tipo de organización y del enfoque terapéutico correspondiente nos remitimos al artículo de van Marcke y Igodt (1987), pero nos gustaría, con todo, subrayar lo que principalmente se encuentra en este tipo de organización.

Si todos los abusadores tienden a comprender su visión del mundo como la real, este tipo de abusador es el más sorprendente: los hechos se hallan patentes a los ojos de todos; la hija o los hijos han desvelado los abusos sufridos, pero el adulto continúa defendiendo su imagen; sus relaciones familiares idealizadas, la existencia de un mundo absolutamente moral en contradicción con cuanto se acaba de descubrir.

El lenguaje debe definirse como dogmático, el universo perceptivo de las representaciones y del lenguaje se halla dirigido en su totalidad a defender la representación mistificada de la realidad que excluye cualquier posibilidad de reflexión crítica y consciente sobre cuanto sucede.

El discurso es dicotómico y reductivo por excelencia. Cuando la crisis lo pone en discusión se defiende y se vuelve todavía más rígido. En este momento el hombre manifiesta su tragedia, mostrando que lo que piensa y lo que expresa en su lenguaje es del todo incoherente con lo que ha hecho. Sin embargo no puede reconocer su actos. Se produce una fuerte distancia entre el decir y el hacer, como si el pensamiento y el lenguaje perteneciesen a un habitante de otro planeta y el comportamiento a otro totalmente distinto.

En el momento en que se desvela el incesto este tipo de padre autoritario y moralista lo niega en bloque, rechazando con todas sus fuerzas incluso la sospecha de haber cometido una bajeza semejante. Si las pruebas son decisivas, se defenderá afirmando que la hija o hijas le han incitado o provocado. La madre, otro miembro adulto del sistema, con frecuencia le defenderá, intentando descalificar el testimonio de las propias hijas, redefiniéndolo todo como fruto de sus fantasías o pura imaginación.

Podemos afirmar que en estas situaciones se halla totalmente ausente la capacidad de reflexionar y que la vida personal se vuelve ciega a sí misma (Matura y Varela, 1984).

En la organización de este tipo de familia existe una regla mítica que reza así: "Se prohíbe saber"; en otras palabras no se puede reflexionar sobre lo que se sabe y, por tanto, sobre la vida misma.

En este sistema totalitario se niegan sistemáticamente las experiencias subjetivas de cada uno. Se desplazan o deforman para dejar espacio a creencias rígidas o dogmáticas.

De forma paradójica este tipo de creencias debe considerarse el resultado de un proceso de "conocimiento", correspondiente a un sistema estructurado de conocimientos, en otros términos, a un mapa del territorio.

Como se puede colegir nos encontramos ante las ideas explicitadas al principio

de este escrito: ¿Por qué creemos en lo que creemos?

El problema del padre o de la madre autoritarios no consiste en sus creencias, que les son necesarias, como a nosotros, para organizar la realidad. El problema consiste en el hecho de que consideran sus creencias como verdades absolutas, negándose a sí mismos y a los hijos la posibilidad de reflexionar. De este modo su creencia absoluta se transforma en un factor engañoso de la realidad. La eficacia del sistema de creencias en el mistificar o impedir la reflexión crítica de la realidad depende del nivel de poder que tiene efectivamente el o los titulares de estas creencias en la sociedad. En caso de alto grado de poder, las creencias mistificadoras de la realidad tienen igualmente la función de mantener el poder.

Por ejemplo, el poder de un padre que pertenece a este tipo de familia autoritaria-totalitaria se muestra de forma evidente: impone sus creencias para esconder la naturaleza arbitraria de su poder y para no verse sometido a discusión. En el ámbito político autoritario encontramos muy frecuentemente este mecanismo que favorece la conservación de las relaciones de poderes inicuos y abusivos.

En estas familias se trata de conservar el poder omnipotente de las ideologías ancestrales. Pero, además, en un nivel sincrónico la negación y la distorsión de experiencias permiten exorcizar para los adultos el peligro de tener que enfrentarse al sufrimiento experimentado en su infancia.

Conviene insistir en el hecho que casi siempre el adulto abusador ha sido un menor del que se ha abusado. El abusador es un abusado que abusa. Esta redefinición del abusador adulto nos permite reencuadrar, por una parte, la transgresión no considerándola como el resultado de un espíritu maligno y enfermo, sino como el efecto de un proceso histórico, con muchos otros actores y corresponsables. Esta redefinición nos abre además el camino para permitir a cada uno de nosotros, cada uno en su nivel, implicarse en la lucha por cortar este círculo repetitivo de abusos y violencia.

Nuestros modelos terapéuticos, como las ideologías, las religiones y la teorías científicas pueden considerarse como sistemas de creencias. En efecto, aun a riesgo de repetirme, las creencias son un modelo de las experiencias de cualquier ser humano, es decir el resultado del proceso de percepción de cada uno, simbolizado en el lenguaje. Este lenguaje nos permite también comunicar con otros nuestros modelos y sistemas de creencias; nos da la posibilidad de dialogar con los demás y de intercambiar nuestras creencias con nuestros semejantes.

El verdadero drama es que en el funcionamiento del sistema abusador se excluye la posibilidad de diálogo. Nuestro reto como seres humanos con objetivos terapéuticos consiste en contribuir a crear las condiciones para hacer posible el diálogo. Pero para hacerlo es preciso creer en el diálogo y luchar para que el diálogo sea posible.

El autor describe la experiencia terapéutica de su grupo de trabajo en relación al abuso sexual según el modelo sistémico. Describe la figura del adulto abusador: casi siempre el abusador es un abusado que abusa, justifica o mistifica el abuso porque se halla convencido de que su visión del mundo es la de la realidad objetiva y que sus comportamientos son coherentes con esta realidad. El autor identifica tres tipos de organización de los sistemas familiares abusadores que corresponden a diversos sistemas de creencias. Subraya la importancia de una intervención comunitaria para movilizar los recursos de los diversos sistemas humanos que rodean a la familia y al niño abusador. Continúa siendo difícil encontrar el modo de entrar en contacto con el sistema abusador porque excluye la posibilidad del diálogo.

Palabras clave: *sistemas de abuso familiar, enfoque sistémico, mapa, territorio, cosmovisión, sistema de creencias.*

Nota Editorial:

Este artículo constituye una versión reducida, de la que se han eliminado los esquemas que se han integrado en el texto para facilitar su lectura y comprensión, que fue publicado en *Pisocobiectivo*. 19, 1999, pp. 63-81, con el título “Lo svelamento del’incesto e dell’abuso sessuale”. Agradecemos el permiso para su traducción.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

- AUSLOOS, G. (1983). Finalités individuelles, finalités familiales: ouvrir des choix. *Revue de Thérapie Familiale*. 4, 207-209.
- BANDLER, R & GRINDER, J. (1975). The structure of magic. *Science and Behavior Books*. Palo Alto, California.
- BATESON, G. (1970). Form substance and Difference. *General Semantics Bulletin*, 37.
- ELKAIM M., GOLDBETER, A. & GOLDBETER, E. (1980). Analyse des transitions de comportement dans un system familial en termes de bifurcation. *Cahiers Critiques de thérapie Familiale et de Pratique de Réseaux*, 3, 18-34.
- HUNEEUS, F. (1986). *Lenguaje, enfermedad y pensamiento*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos
- MATURANA, H. (1987). *Strategies cognitives dans le cerveau humain*. Paris: Le Point.
- MATURANA, H. & VARELA, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago: Editorial Universitaria de Santiago de Chile.
- SELTZER, J. & SELTZER, R. (1986). Le matériel, le mythique et le magique: une approche culturelle des familles. *Dialogue*, 91, 62-76
- VAN MARCKE, D & IGODT, P. (1987). La thérapie familiale face à l’inceste. *Revue de Thérapie Familiale*. 8, 371-388.

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 *borderline*¹, 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 transmitirles 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 traumatógeno 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.
- VETRONE, G. & BERTI, C. (1991). Psicoterapia delle vittime della dittatura. *Psicoterapia e Scienze Umane*, año XXV, n.3.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32**

PSICOTERAPIA DE GÉNERO: ENTREVISTA A VICTORIA SAU SÁNCHEZ

Imma Lloret Ayter y Montserrat García Mas

(Grupo de identidad femenina del Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya)

Victoria Sau Sánchez es Doctora en Psicología, Licenciada en Historia y escritora. Ha ejercido como Profesora de Psicología Diferencial en la Universidad de Barcelona, y ha trabajado como Psicoterapeuta durante más de 25 años. Desde la Psicología del género ha elaborado significativas y originales aportaciones teóricas al conocimiento psicológico de las relaciones interpersonales; uno de sus postulados es “el instinto maternal no existe”.

PREGUNTA: *¿Cuál es su visión del papel de la psicoterapia?*

VICTORIA SAU: En primer lugar, no tiene que trabajar con mentiras. Es preciso desmontar los tópicos, los estereotipos. Por ejemplo, cuando viene una mujer con problemas de inseguridad sobre sus sentimientos maternales, preguntando: “¿usted cree que yo quiero a mis hijos?” (pregunta que se repite con cierta frecuencia), yo le digo qué cree que es la maternidad: ¿la obligación de sentir una devoción innata, de no alentar ningún deseo propio más allá de satisfacer los de los hijos? Esto no sería humano, y un hijo, una hija, tienen derecho a tener una madre humana. Te preguntan si la maternidad es un instinto y yo les digo que no, que no lo creo así, y que estoy al lado de mucha gente que tampoco cree que lo sea, gente académicamente respetable. Y esta afirmación considero que es demostrable. Luego estudiamos su maternidad concreta.

PREGUNTA: *¿Entonces, usted no cree que la psicoterapia sea neutral?*

VICTORIA SAU: No. Siempre hay un posicionamiento que yo personalmente no trato de ocultar delante de la persona, sino al contrario. Vengo a decir: la ciencia y la psicoterapia que se basa en estudios científicos, pretenden ser neutrales, pero sólo es una pretensión. El caso es que ya está bien que sea así porque esto permite autocorregirse, que no sea dogmática. Con esto no creo decir nada nuevo en este campo. Personalmente me gusta que la persona sepa dentro de qué línea vamos a trabajar -la mía es la de la psicología del género- y que yo voy a ser lo más neutral posible dentro de mi manera de pensar. De esta manera lo controlo. Reconociendo la no neutralidad se consigue mucha más neutralidad. Este es el primer paso con la persona que viene por vez primera, aunque no el primer día, porque ese día sólo

escucho y ni siquiera tomo ninguna nota para poder concentrarme en lo que dice. Cómo va a ir, siendo este trabajo a dos, viene después. Más adelante me voy dando cuenta de los efectos que han producido en la persona la falta de información por un lado, y la información desviada por otro. Gramsci decía que “la verdad es revolucionaria”. Yo opino que no exclusivamente, pero sí si se da en el lugar y el momento oportunos de una vida. Es curioso observar cómo hombres y mujeres ignoran que hablan lenguajes diferentes y que en muchas ocasiones no sólo no se comprenden sino que riñen por esto -como los analfabetos que no saben que hablan en prosa-. Algunas sesiones toman el cariz de una clase, quizá por deformación profesional por mi condición de profesora. Pero ellas tienen derecho a saber que su padre, su marido, su compañero, las oye pero no las escucha porque tienen desvalorizado a priori el lenguaje femenino, y que les han socializado para que esto sea así. Y si se trata de ellos, lo mismo. A partir de aquí se cambian técnicas de comunicación y se consiguen muy buenos resultados.

PREGUNTA: *¿Es lo que decía antes de ir desmontando los tópicos...?*

VICTORIA SAU: Exacto. Es un decodificar continuamente lo que es una impostura. Otro ejemplo: las mujeres acuden con frecuencia bajo el presupuesto de que son unas grandes egoístas. Son víctimas culturales de una tradición judeocristiana de carácter vulgar. En realidad están confundiendo el egoísmo con el amor propio y la autoestima. La cuestión de la baja autoestima, tan de moda últimamente, tiene mucho que ver con la confusión con el egoísmo como pecado. Clarificar esto aumenta el nivel de conocimiento de las personas. Es como subir un peldaño más de una escalera: el horizonte se amplía. En términos rogerianos hablamos del crecimiento de la persona; hay muchos conceptos para expresarlo, pero ésta es la idea.

PREGUNTA: *¿Por lo tanto, este proceso de deconstrucción de aspectos que son culturales es básico?*

VICTORIA SAU: Sí. Es un proceso de deconstrucción y de construcción al mismo tiempo, porque no se puede tirar la cultura tal cual por la ventana. Lo que hemos recibido en cada generación tiene que ser cribado, aunque no es fácil. En primer lugar, lo anterior, por ser anterior, no es necesariamente desechable, sino no seguiríamos representando a los trágicos griegos. Sería imposible, además, partir de cero a cada generación. Se hacen lecturas nuevas sobre la realidad desde criterios que suponemos mejor fundamentados y verdaderos. El cambio de opinión respecto a la aplicación de la pena de muerte es un ejemplo. Estados Unidos está en fase de desarrollo en este sentido. Claro que ellos no han tenido un Beccaria.

PREGUNTA: *Esto hace pensar en esas corrientes desde el construccionismo social que hablan de las historias dominantes que absorbemos como si fueran verdades universales... Por ejemplo, el hecho de que las mujeres deben asumir el cuidado de los demás o aquello que explicaba antes de la maternidad.*

VICTORIA SAU: En efecto; esto me recuerda el concepto de Gilligan sobre

la “ética del cuidado”, defendido desde corrientes psicoanalíticas, cuyo discurso es a mi juicio bastante reaccionario. Yo leo con cierta prevención a esta autora porque parece que quiere encajarnos dicho “cuidado” como parte de la esencia femenina y para toda la vida. Si el orden patriarcal no crea pobreza, no tendremos que cuidar de los pobres ni las mujeres ni los hombres. Si no hay guerras ni minas antipersonales, no habrá que cuidar de heridos y mutilados. Y así sucesivamente. Los casos particulares, que siempre estarán entre nosotras/os dependerán en cada caso de la situación y circunstancia. No seré yo quien niegue a los hombres la sensibilidad para el cuidado, aunque se les haya reprimido culturalmente para que pudieran llevar a cabo el proyecto patriarcal sin demasiadas deserciones ni crisis de culpabilidad. Ahora bien, cuando un fenómeno dura mucho tiempo, siglos o, como en el caso del género, milenios, aparece a los ojos de la generación actual como un hecho de la naturaleza. Y en cambio es temporal, cultural, sólo que se ha difuminado la noción de temporalidad e historicidad. En este sentido es cierto que quienes han cuidado de los demás han sido básicamente mujeres, por mor de la división genérica del trabajo, pero no las mujeres. Algunas son muy malas cuidadoras, por cierto.

PREGUNTA: Volviendo al tema de la terapia, ¿qué piensa sobre la terapia familiar?

VICTORIA SAU: Primero diré algo sobre la palabra “terapia”. Yo lo denomino “trabajo psicológico”. Las personas que he visto no eran enfermas mentales; no sabría cómo hacerlo. Esto queda para la psiquiatría. Y al mismo tiempo es un trabajo a dos. Y ahora, contestando a la pregunta, mi opinión es que en la terapia familiar de orientación dinámica a la mujer no se la trata según su especificidad porque no se tiene en cuenta la psicología del género. En la sistémica, no creo que cada mujer deje de verse bajo un enfoque de rol: hija, madre, hermana... Pero, ¿cómo está afectando este rol a causa de las diferencias de género? Toda psicoterapia, honestamente llevada, tiene efectos positivos, por supuesto, pero no son el modelo que me interesa.

PREGUNTA: ¿De sus palabras se puede deducir que cree que la Psicoterapia debe contribuir a un cambio social?

VICTORIA SAU: En su parte proporcional, efectivamente. El cambio, el crecimiento o como queramos llamarle, en principio es individual. Pero mi concepto de persona individual no es el de alguien encerrado en sí mismo/a como en una jaulita. Sin menoscabo de que hay que saber aceptar la soledad individual aunque esta aceptación sea amarga, ni siquiera en la más espantosa soledad el individuo está verdaderamente solo, porque estamos hechos de y con los demás. Comemos, habitamos una vivienda, leemos un libro, porque otros y otras han cultivado, transportado, construido, vendido, escrito y editado... La persona es como una medalla, con sus dos caras, y ambas son indisolubles. Cada cara está influida por la otra. Lo de dentro va hacia fuera, se vuelca en el exterior y vuelve adentro con cosas de este exterior que cada cual selecciona y elabora a su modo;

luego se vuelve a salir y así indefinidamente. Todo lo que está al alcance de nuestra percepción forma parte de nuestra vida, desde el firmamento hasta el vecino de al lado. Pero hay algo que queda en parte oculto: las relaciones de los hechos entre sí, de las personas entre sí, y de las personas con los hechos. La psicología relacional no está desarrollada. Es un campo muy complejo pero interesantísimo. No creo que al Poder le interese que lo recorramos.

PREGUNTA : A lo largo de su experiencia clínica ¿ha observado algún cambio en las demandas de las mujeres o de los hombres?

VICTORIA SAU: Los hombres que no son o no quieren ser machistas están muy confundidos con sus sentimientos. Es lógico. La inteligencia es más rápida que las emociones y hasta que se armonizan ambos hay ciertos desajustes. Las mujeres han desmitificado la supuesta superioridad masculina, pero más que nunca desean una comunicación auténtica, entre iguales, lo cual no excluye que sean en algún sentido, el de género, diferentes. Algo que al principio les cuesta entender es que los hombres les tengan miedo. Porque mientras el miedo de la mujer al hombre es de carácter operativo, el del hombre a la mujer es irracional. Ambos géneros están en tiempos psicológicos diferentes en el seno de un tiempo sociohistórico común. Pero acabarán encontrándose. También ha desaparecido un fenómeno que se daba con cierta frecuencia a finales de los años setenta y principios de los ochenta: personas que querían saber si eran verdaderamente de izquierdas o actuaban y pensaban como tales debido a su extracción social de clase media baja. Trabajábamos el dolor de haber sido testigos de humillaciones infligidas a los padres y las madres, como algo diferente del resentimiento... Gente universitaria se había puesto a trabajar en fábricas por eticidad, pero eran más valiosos/as en otra parte. Tenían una lectura muy literal de la Ideología. Al pasar de esa literalidad a un estadio más elaborado, hubo quienes se dejaron seducir por otras psicologías y discursos culturales preparatorios de la mediocracia que hoy nos invade. Conocí algún caso de éstos, pero he de decir también que he tenido la suerte de conocer muchas personas inteligentes y honestas que no sólo no se apearon de su modo de pensar sino que lo mejoraron, aunque esto a veces les costara la pérdida de amistades o la dificultad de encontrarlas nuevas.

PREGUNTA: ¿Cómo defendería la necesidad de trabajar partiendo de la Psicología del género?

VICTORIA SAU: En primer lugar porque la Psicología del género está presente en la humanidad entera. La terminología al uso, en los temas más dispares, lo explicita. Los políticos, por ejemplo, y los partidos que representan, se enamoran, se casan, se divorcian, se amanceban o traicionan según pares de opuestos femenino/masculino, como no deja de reflejarlo el humor gráfico. Por esto me extraña que la Psicología no lo utilice apenas en su trabajo. Tengo un pensamiento apriorístico, fruto del estudio y la reflexión personal, que me sirve de lanzadera hacia el futuro. El futuro lo hacemos cada día, a cada momento. La idea ridiculizada

de un mundo sin problemas que desde el poder se nos atribuye a quienes pensamos que es posible un mundo mejor, es una majadería. Las discrepancias, los puntos de vista diferentes, los intereses, siempre estarán ahí. De lo que se trata es de ir más allá del SÍ/NO del ordenador; el pensamiento binario, como pensamiento, es miserable. Por mi parte, opino que el ser humano ni es bueno por naturaleza como decía Rousseau, ni es malo por naturaleza como ahora está de moda afirmar. Cada cual lleva en su equipo psicológico de todo: el altruísmo y el caínismo, es un decir. Es el sistema de relaciones como tal quien suscita la producción de uno u otro. Cuando los seres humanos tienen lo suficiente para vivir con dignidad en relación con su contexto, que no es demasiado, se desarrollan las actitudes positivas y las negativas quedan para situaciones excepcionales. Si el contexto es depredador, y cuanto más se tiene más se desea, las actitudes negativas predominan. Yo no estoy de acuerdo con la teoría del deseo freudiana; estoy más cerca de la de la “rivalidad mimética” de René Girard... En el trabajo psicológico hay que enseñar a las personas a pensar. Yo opino que en psicología hay una racionalidad que va más allá de la razón kantiana: cada cual quiere lo mejor no por deber sino por necesidad interna de cada cual. Y el ir cubriendo esta necesidad es lo que más se acerca a la felicidad, aunque la palabra esté trasnochada. Yo procuro enseñar que ni la guerra ha existido siempre ni la prostitución es el oficio más viejo del mundo.

PREGUNTA: *¿Qué es lo que se está haciendo actualmente desde la Psicología del género?*

VICTORIA SAU: Lo que he venido diciendo: desarticular los mitos y creencias que hoy en día, con los conocimientos del pasado que tenemos -históricos, antropológicos, sociales, religiosos- repugnan a la inteligencia propia. Sin dejar de ser importantes porque son el pasado desde el que nos hemos construido. Como apuntó en los años setenta la psicoanalista Baker Miller “los valores atribuidos al género femenino son los más importantes para la vida.” Los hombres hicieron el reparto: yo, el exterior; tú el interior; nosotros, la *tecné*; vosotras, los sentimientos. Y a partir de aquí ellos ridiculizan los sentimientos porque están del lado de un colectivo al que inferiorizan. En la distribución fueron muy torpes al dejar la infraestructura del ser humano en poder de las mujeres, a las que tienen que recurrir cuando este oxígeno psicológico les falta. Ésta es una de las fuentes de la agresividad masculina. Las mujeres, por su parte, al no poder expandirse socialmente como hubiera sido lógico, hipertrofiaron los sentimientos que no podían canalizarse por otros medios, y también ahí encontramos una cantera para el trabajo psicológico. De cara al futuro, muchas características de género están destinadas a desaparecer, y las que queden serán genuinamente fruto de la diferencia que, nos guste o no, se da entre los dos colectivos sexuales y que las personas hemos culturizado. La especie es sexuada y la constituyen dos. Dos para reunirse, pero no para unirse y, menos aún, confundirse. Pero sin estructuras jerárquicas de por medio.

Addenda

VICTORIA SAU: Hay un par de cosas que no han salido en la entrevista y que me gustaría añadir.

Primera. Siempre he manejado en mi trabajo el sentido del humor. Sin menoscabo de que algunas sesiones puedan ser muy dramáticas y dolorosas, en otras el humor ha permitido trascender muchas cosas y ha optimizado la tarea. No está planificado de antemano; depende de la situación. Y de que va en mi personalidad. El encuadre psicológico es mixto: en ocasiones directivo, y en otras, no. No creo en los modelos estáticos. La vida no lo es.

Segunda. Aunque todo el tiempo he hablado en presente, la verdad es que desde hace un par de años estoy sustituyendo el trabajo clínico por la orientación de trabajos de investigación diversos, con vistas a dedicarme exclusivamente a ello y a escribir y participar en conferencias, seminarios, etc. He aprendido mucho en estos veinticinco años.

Nota bibliográfica: Dado el interés que despierta el trabajo de Victoria Sau Sánchez y para poder conocer a fondo su pensamiento, añadimos parte de su bibliografía:

- *Diccionario ideológico feminista I y II* Barcelona: Icaria 1981, 1990, 2000
- *“Otras lecciones de psicología”* AA.VV. En *Otras lecciones de psicología*. Bilbao: Maite Canal 1992
- *Ser mujer: fin de una imagen tradicional*. Barcelona: Icaria 2ª ed. (1993)
- *El vacío de la maternidad*. Barcelona: Icaria 1995

INDICE GENERAL AÑO 2002

Nº 49 PROCESOS DE DUELO EN PSICOTERAPIA

DUELO Y SIGNIFICADO

Robert A. Neimeyer, Holly G. Prigerson y Betty Davies

"NO LO ENTIENDO": LA BÚSQUEDA DE SENTIDO EMOCIONAL Y COHERENCIA PERSONAL ANTE UNA PÉRDIDA TRAUMÁTICA DURANTE LA INFANCIA.

Lynne Angus

LA RECONSTRUCCIÓN DIALÓGICA EN UN CASO DE DUELO:
MECANISMOS PRAGMÁTICO-RETÓRICOS EN PSICOTERAPIA

Olga Herrero y Lluís Botella

LA EXPERIENCIA TRANSFORMADORA DE LA TERAPIA NARRATIVA DE DUELO.

Inmaculada Ochoa de Alda Ochoa de Eguileor

INTERVENCIONES SOBRE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DUELO EN SITUACIONES DE CATÁSTROFE, GUERRA O VIOLENCIA POLÍTICA

Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega

PSICOTERAPIA CON CLIENTES TRAUMATIZADOS Y EN DUELO:
UN MARCO CONSTRUCTIVISTA PARA EL AMOR Y LA CURACIÓN.

Keneth W. Sewell

RUPTURA VINCULAR Y DUELO

Carles Pérez Testor, Josep Castillo Garayoa y

Montserrat Davins

Nº 50/51 CASOS EMBLEMÁTICOS

HISTORIA DE UNA TERAPIA:

RAZONES Y PORMENORES DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Héctor Fernández-Álvarez, Marcela Fernández y Alejandra Coppo

UN CASO DE BULIMIA CRÓNICA CON MULTITRATAMIENTO

Sandra Sassaroli

"QUIERO SER LIBRE DE MÍ MISMO":

UN CASO DE TRASTORNO OBSESIVO DE LA PERSONALIDAD

Sonia Tapia Melendo

EL CAMBIO POSIBLE, UN CASO CLÍNICO: EL HOMBRE DE LA BARCA

Maurizio Dodet

¿DÓNDE VAS CON MANTÓN DE MANILA?.

"EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA..." AUTÓNOMA

Manuel Villegas Besora y Ana, paciente de un grupo de terapia

"NO ES MI CASA, QUE ES LA SUYA". COMPRENSIÓN Y TRATAMIENTO DE UN CASO DE AGORAFOBIA DESDE UNA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA

Eva Azorín

DE LA DINÁMICA AFECTIVA - COGNITIVA A LA EMERGENCIA DE SIGNIFICADO NARRATIVO:
ANÁLISIS DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Álvaro T. Quiñones Bergeret

EL LENGUAJE SIMBÓLICO COMO MEDIADOR EN LA RELACIÓN Y PROCESO TERAPÉUTICOS:
DEL SÍMBOLO A LA RELACIÓN.

María R. Ventosa Villagrà RESISTENCIA Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Nº 52 EL ABUSO SEXUAL DE MENORES

EL ABUSO SEXUAL DE MENORES

Gaetano De Leo, Vera Cuzzocrea, Stella di Tullio, Gian Luigi Lepri

AUTONARRACIÓN Y RECUPERACIÓN DEL SENTIDO EN VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES

Patrizia Patrizi

EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: UN ANÁLISIS COGNITIVO-EVOLUTIVO

Enrico Costantini, Giuseppe Miti

LOS TERAPEUTAS FAMILIARES Y EL ABUSO SEXUAL: REFLEXIONES SOBRE UN CAMBIO DE PERSPECTIVA

Marinella Malacrea

LA REVELACIÓN DEL INCESTO Y DEL ABUSO SEXUAL

Jorge Barudy

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

Ugo Sabatello, Elena Perozzi, Renzo Di Cori

PSICOTERAPIA DE GÉNERO: ENTREVISTA A VICTORIA SAU SÁNCHEZ

Imma Lloret Ayter y Montserrat García Mas

MASTER TERAPIA COGNITIVO SOCIAL

14ª PROMOCIÓN 2003-2006

- * El Master TERAPIA COGNITIVO SOCIAL, organizado por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología, forma parte de los cursos de tercer ciclo de la Universidad de Barcelona.
- * El Master TERAPIA COGNITIVO SOCIAL ofrece un programa completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistémica, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en el ámbito individual, de pareja y de familia. Está dirigido a psicólogos clínicos y médicos psiquiatras que deseen especializarse en este enfoque o iniciarse en la práctica de la psicoterapia. En su cuadro docente participan destacados profesores de universidades nacionales y extranjeras, junto a profesionales y especialistas de reconocido prestigio.
- * El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 18-21 y Sábados 9-14 horas (quincenal)

Preinscripción:

- Período: Setiembre/Octubre
- Documentación: Certificación académica, Curriculum

Matrícula:

- Período: Noviembre/Diciembre
- Precio de la matrícula completa por año: 1.500 eur. el primer año, 1.600 eur. el segundo y 1.700 eur. el tercero

Secretaría del Curso:

- Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics
C./ Passeig de la Vall d'Hebron, 171 - 08035 Barcelona (Spain)
Teléfono: (34) 93.312.51.00
FAX: (34) 93.402.13.62
Página WEB: <http://www.ub.es.personal/mtcsc.htm>

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@psi.ub.es

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com