

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. Siguiéron 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 elicidado 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.