

EXPERIENCIA PSICOTERAPÉUTICA CON MUJERES ADULTAS ABUSADAS SEXUALMENTE EN SU INFANCIA

Ester Nani

Fecha de recepción: diciembre 2011

Fecha de aceptación: febrero 2012

El abuso sexual infantil (ASI) consiste en la realización de un acto violento de abuso de poder, tanto físico como psíquico, que ejerce un/a adulto/a sobre un menor, el que es vivido por la víctima como un atentado contra su integridad física y psíquica, y no tanto contra su sexualidad, por lo que constituye una forma más de victimización y violencia ejercida sobre niñas y niños. Vulnera y viola el derecho de l@s menores a decidir, actuar y defenderse en igualdad de condiciones.

Cuando el abuso sexual ha sido intrafamiliar, generalmente es practicado por un integrante insospechado del grupo familiar. Si fuera extrafamiliar, seguramente es alguien cercano a la familia y se trata de una figura igualmente insospechada de cometer tal acto, como un pariente, amigo, médico, o docente. Para toda/o niña/o u adolescente, sus padres; docentes; médic@s; amigo@s; parientes cercanos; sustitutos, constituyen los primeros vínculos de amor y confianza y de los cuales dependerá para desarrollar su vida. De ellos espera actos y gestos de cuidado y protección. Por esto mismo, cuando alguien muy allegado comete un acto de abuso sexual, se genera en la víctima lo que Eva Giberti(1) ha definido como *"un ruido enloquecedor, producto de lo siniestro, que no cabe en su mente y en sus sentimientos cuando ello ocurre, lo que siempre fue familiar se torna extraño y produce pánico y confusión. Lo que debía significar un acto de amor se transforma en expresión de odio, confusión, miedo y es causa de padecimiento."* Por lo tanto, cuando el trauma irrumpe, ocurre que lo que debía resultar agradable, se torna amenazante, doloroso, peligroso, generando una suerte de "paralización" en el comportamiento de quien sufre el ataque, que se traducirá en síntomas derivados de la simbolización de la represión.

La víctima, en tanto no puede otorgarle un sentido a lo que está ocurriendo, se culpabiliza considerándose mala, sucia, o incluso, "demasiado atractiva", en definitiva, culpable ("algo debo haber hecho o debo tener para que me pase esto") y se avergüenza por lo ocurrido, alentada generalmente por el mismo agresor para

asegurarse de que el acto permanecerá en secreto. Si el abusador llega a ser denunciado o descubierto, negará su responsabilidad acusando de mal interpretar sus intenciones o de mentir y fabular, a quien en realidad es la víctima de su comportamiento perverso. Así la situación, la niña o el niño, desarrollará sus mecanismos defensivos para afrontar los diferentes aspectos que acompañarán el desarrollo de su vida.

Desde una perspectiva diagnóstica tradicional, los efectos del abuso pueden relacionarse con lo que definimos como síndrome de estrés postraumático.

A partir de los relatos de las personas víctimas de ASI, podemos destacar cuatro aspectos básicos:

1.- Culpabilidad: La víctima tiende a culparse por el abuso sufrido. Al condenarse a sí misma, bloquea el re-conocimiento del o los responsables de su victimización, evitando asumir que las personas en las que ella confiaba y amaba, la han lastimado o descuidado. O concluir que si los denuncia y enfrenta con su responsabilidad por lo ocurrido, esto la expondría a la pérdida de su sistema de apoyo, el que, a pesar de todo, le garantiza su subsistencia, por lo tanto los sigue considerando necesarios en su vida. También teme a las reacciones defensivas de los responsables del abuso si son enfrentados con su acusación y que la consideren como co-responsable de lo ocurrido. Ya sea porque “no hizo nada” para evitar la agresión, o porque “algo debe haber hecho” para provocarla, o porque es una fabuladora y una mentirosa.

2.- Responsabilidad: Este aspecto se deriva del anterior y parece cumplir la finalidad de “liberarla” paradójicamente de una realidad aún más dura de aceptar cual es la de reconocer el sentimiento de impotencia y vulnerabilidad que la expone a una autovaloración de mayor indignidad. Le resulta menos amenazador e intolerable verse a sí misma como alguien que en cierto modo es responsable de lo ocurrido, que admitirse como víctima indefensa.

3.- Autoestima: La víctima crece sintiendo como si algo dentro suyo fuera inexorablemente sucio, perverso, “impuro”, o desagradable. El sentirse sucia o fracasada, se vuelve parte de su carácter, cree que no vale nada y que está marcada de por vida, piensa que no es digna de un verdadero amor, que nadie puede quererla ya que no es digna de ser valorada. De algún modo, espera y supone como lógico al maltrato, vivido inconcientemente como el merecido castigo por la falta que ha cometido, o como la inevitable consecuencia debida a su “mala suerte”.

4.- Agresividad: Ha sido lastimada por aquella(s) persona(s) a la(s) que amaba y en las cuales confiaba. Esta experiencia impidió que viviera una infancia lo suficientemente segura y feliz como para desarrollar su vida de modo gratificante y esperanzador. Sin embargo y a pesar de esta realidad piensa que si expresa su

rechazo y su ira, esto podrá significar un mayor peligro para ella. Las amenazas del abusador, han reforzado la represión y el temor a expresarse ya que provocaría una mayor exposición a sufrir otros ataques. Con el tiempo podrá manifestar su ira en dos modos extremos: incapacidad para expresarla, lo que en muchos casos implica una dificultad o imposibilidad en reconocer y defender sus derechos y su seguridad e integridad personales; o por el contrario, a mostrar un estado casi constante de enojo o una agresividad indiscriminada (pulsión de muerte), causa de actitudes injustificadamente hostiles, actos antisociales, o de comportamientos que implican algún riesgo de autodestrucción.

Experiencia terapéutica

Me interesaría destacar la importancia de instrumentar un abordaje clínico integrador de variados recursos teóricos que a mi entender lejos de ser incompatibles, pueden complementarse y potenciarse mutuamente, y junto a nuestras pacientes (me referiré a pacientes mujeres ya que en mi experiencia, todas las pacientes que han sido víctimas de ASI, son mujeres), nos permitirán lograr su salud psíquica, física, y emocional.

Para el abordaje psicoterapéutico he utilizado un enfoque clínico integrador de recursos aportados por diferentes teorías de la psicología, atravesados fundamentalmente por la perspectiva de género y aplicados de acuerdo a los diferentes momentos de una misma sesión como del proceso psicoterapéutico. Esto implica incluir intervenciones surgidas tanto desde el campo del psicoanálisis, del sistémico, como del cognitivo-conductual.

La agresión sexual sufrida por una/o niña/o, implica experimentar una serie de sentimientos confusos y abrumadores que podemos definir como traumáticos. El concepto básico de "trauma" lo define como el estado generado por la acción de un estímulo intenso e inesperado que provoca una herida, tanto física como psíquica, rompiendo la barrera de protección de una persona, precisamente por lo inesperado y por la intensidad y calidad de las emociones que desencadena. Esto producirá, como inevitable reacción, un fuerte desequilibrio narcisista.

Si bien fue Charcot(2) el primero en relacionar los aspectos emocionales a la generación de un trauma, fue Josef Breuer(3) quien desarrolló el concepto de trauma al analizar los sueños de sus pacientes descubriendo que lo traumático residía en la intensidad y calidad de las respuestas emocionales que se ponían en juego y no tanto en el impacto físico del hecho traumático.

Para Freud(4), el trauma ocurre necesariamente en el campo de la sexualidad ya que al igual que las situaciones sexuales, el trauma opera el mecanismo psíquico de la represión. En tanto se trata de un proceso psíquico patológico, esta forma de defensa impedirá la manifestación de una reacción o respuesta ante el hecho traumático, lo que derivará en la formación de síntomas neuróticos. Desde el psicoanálisis se entiende que la vivencia traumática no puede integrarse con el resto de la vida anímica conciente de la persona, debido al conflicto que genera enfrentar el recuerdo del abuso con las representaciones de carácter moral, provocando la defensa represiva del Yo.

Sabemos que el trauma - herida - sobrepasa la capacidad de elaboración, por lo que se instala la represión como reacción defensiva primaria que se relacionará con determinados recuerdos de la persona, en un intento de cierre o elaboración de dicha herida y procurando el alivio de la angustia. Este mecanismo defensivo explica el fuerte empobrecimiento del Yo de las pacientes e influirá decisivamente en la percepción de sí mismas y en todos los aspectos centrales de sus vidas.

Las consecuencias, que pueden manifestarse en lo más inmediato, se expresan a través de síntomas que señalan un daño emocional severo y que se diferenciarán de acuerdo a la edad en la que se produjo el abuso, de acuerdo a quién lo perpetró, durante cuánto tiempo, y si fue intra o extrafamiliar. Entre los efectos psíquicos más comunes, se destacan: mostrar un comportamiento alterado, ya sea por muy violento o por muy inhibido; deterioro de las habilidades cognitivas; manifestar altos niveles de ansiedad; baja autoestima; depresión; trastornos disociativos; ideación paranoide; realización de actos compulsivos; conductas autodestructivas; elección de parejas maltratadoras y abandonicas; fantasías o intentos de suicidio. Entre los físicos, los más comunes en el cercano plazo son la enuresis y/o la encopresis, y más a mediano y largo plazo, trastornos de la alimentación, tanto obesidad como anorexia y/o bulimia, así como trastornos respiratorios de variada complejidad, incluso desencadenando cuadros asmáticos. Igualmente son frecuentes los cuadros depresivos, tanto severos como agudos, pudiéndose presentar de manera crónica y de no mediar un tratamiento, el daño se profundiza y entre otras manifestaciones, afectará especialmente la capacidad para vincularse socialmente.

También puedo afirmar que **todas** las pacientes (anteriores como actuales) que han sido víctimas en su infancia de un abuso sexual, se culpabilizan por lo ocurrido, considerándose anormales, malas, impuras, sucias, y avergonzándose por haber sido "elegidas" para perpetrar el abuso. Este sentirse elegidas provocará una fuerte perturbación por el conflicto de emociones que genera la simultaneidad de experimentar sentimientos vergonzantes, junto a otros que suponen algún tipo de

valoración positiva sobre sus atributos personales. Interpreto este tipo de fantasías y sentimientos como la representación psicológica de lo impuesto por una cultura que por siglos justificó y/o negó el abuso sexual en l@s niñ@s y prefirió, y necesitó, sospechar y acusar a las víctimas con todo tipo de argumentaciones, para despojarse de su responsabilidad ante el abuso de poder y la violencia cuando son ejercidos por hombres sobre mujeres, y por adultos sobre niñ@s. La experiencia de verse obligadas a mantener el secreto, alentadas por el mismo agresor y por la desprotección de otros adultos responsables de su atención y cuidado, sumado a las emociones y fantasías que genera dicha desprotección e imposibilidad de defenderse, definirán el presente y el futuro de sus vidas.

En el transcurso de la terapia, surgen imágenes, proyecciones, sueños, o expresiones verbales sobre ellas mismas, en las que se valoran como "estropeadas", "marcadas", o con "fallas de origen". Fuertes inhibiciones, o por el contrario, comportamientos afectivos y/o sexuales riesgosos, suelen definir mayormente a sus relaciones.

Un momento que interpreto como muy significativo en el tratamiento de estas pacientes, es cuando encuentran la posibilidad de expresar que sintieron algún grado de placer durante el abuso, lo que es vivido como un recuerdo fuertemente perturbador y generador de trastornos o dificultades en su vida sexual y las enfrenta a mayores sentimientos de culpa.

Otro aspecto fundamental para abordar esta problemática, es que como terapeutas entendamos que el contexto familiar no es neutro ni "inocente" respecto del abuso cometido aunque se declare ignorante de lo ocurrido. Es estratégico que sea interpretado como "partícipe necesario" en la génesis y continuidad del abuso y que se constituyeron en colaboradores inconcientes (y no tanto) especialmente en el sostén de un ámbito de impunidad para el abusador. De hecho funcionó como un sistema de apoyo para las complicidades necesarias, por lo que si la situación del abuso no se sincera con los integrantes de la familia, y no se adjudican las responsabilidades correspondientes, continuarán los efectos dañinos de la represión. En definitiva, es estratégico lograr en el análisis del contexto familiar de la paciente, el reconocimiento de la culpabilidad de quien perpetró el abuso y de quién o quiénes, teniendo la posibilidad de descubrirlo y terminarlo, sin embargo, no lo hicieron. Por lo tanto, habrá que trabajar sobre (y con) los miedos y las fantasías de la paciente respecto del hecho de enfrentar las reacciones y efectos que provocará tal "desen-mascaramiento". En algunos casos, indiqué que imaginara, y si era posible, representara (proyectara), las diferentes reacciones y argumentaciones que podrían dar sus familiares al enfrentarlos con el sinceramiento público del abuso. He comprobado que este recurso de ensayo-

preparación, aunque en algunas ocasiones la angustia y el miedo operen dificultándolo, cuando puede realizarlo, es absolutamente genuino ya que permite poner en “acción” el acontecimiento futuro, permitiendo experimentar un “como si” estuviera ocurriendo en el aquí y ahora.

En este momento del tratamiento es importante orientar las intervenciones terapéuticas en función de superar el Yo –indiferenciado-familiar-abusivo para alcanzar un Yo diferenciado y personal, tal como lo plantean Murray Bowen(5) y Helm Stierlin(6), logrando una "diferenciación yoica" que le permita invertir energía psíquica en la elaboración del trauma y en el logro de su salud psíquica y emocional. El acto de enfrentar a sus familiares con la responsabilidad que les cabe, constituye un paso altamente significativo en pos de la cura. Esta indicación terapéutica tiene la finalidad de romper “el silencio” del trauma y la inacción consecuente de la necesidad defensiva de reprimir sus emociones, recuerdos, y pensamientos. Asumirse como protagonista de sus actos y asignar las responsabilidades en quienes corresponde, es reparatorio y necesario en el proceso de superación de su condición de víctima para comenzar a valorarse como sobreviviente, y finalmente, lograr su reconocimiento como viviente, tal como lo señala Jorge Barudy(7).

También he sugerido a mis pacientes escribir sobre lo que deseen, con la consigna de que lo hagan de acuerdo a todo lo que sienten, sintieron y recuerdan que esté relacionado con el episodio del ASI. He podido confirmar que si se logra una escritura claramente expresiva, ésta se convierte en un recurso terapéutico relevante ya que escribir exige detenerse sobre la experiencia y evaluar sus circunstancias, lo que implica lograr una nueva representación en su psiquismo. En este sentido me pareció enriquecedor para mi experiencia clínica entender que la escritura expresiva provoca una serie de efectos de alivio comprobables luego en la salud de la paciente, ayudando a reordenar el pensamiento, a elaborar y superar la vivencia de impotencia y parálisis que muchas veces genera la posibilidad de enfrentarse con los recuerdos, así como al abusador, y en muchas ocasiones ayuda a disminuir las crisis depresivas. Una de las condiciones es que movilice las emociones involucradas en un proceso de reconstrucción del hecho traumático, en tanto como describe James Pennebaker(8) *“La escritura emocional o expresiva nos brinda la posibilidad de acceder a nuestro innato potencial creativo así como a descubrir nuestras emociones y pautas de pensamiento más inconcientes. Con ello se contribuye a reducir el estrés mental, reforzar la autoestima e incluso a fortalecer el sistema inmunológico. En definitiva, se pueden conseguir beneficios tanto a nivel psicológico como a nivel físico en general. Escribir cambia la forma en que la gente piensa y organiza su mundo interno”*. Entiendo que podemos considerarla como un recurso terapéutico importante en tanto nos abre

la oportunidad de generar un proceso que reinscribe las emociones en un nuevo formato.

Para concluir, quiero destacar la importancia de señalar a estas pacientes, que el haber iniciado un tratamiento psicológico y sostener su continuidad en el tiempo, constituye ese primer paso esencial para “tomar en sus propias manos” la responsabilidad y el sentido de sus vidas.

Referencias:

- (1) Giberti Eva -Argentina: Psicóloga, Psicoanalista, Asistente Social, y Docente Universitaria. Fundadora de la primera Escuela para Padres de Argentina.
- (2) Charcot Jean-Martin 1825-1893-Francia: Médico neurólogo y anátomo-patólogo. Fundador junto a Guillaume Duchenne de la neurología moderna.
- (3) Breuer Josef 1842-1925-Austria: Médico, Fisiólogo y Psicólogo.
- (4) Freud Sigmund 1856-1939-Austria. Médico y Neurólogo. Creador del Psicoanálisis.
- (5) Bowen Murray 1913-1990-EEUU: Psiquiatra y Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Georgetown. Creador de la Teoría de los Sistemas Naturales.
- (6) Stierlin Helm 1926-Alemania: Psiquiatra y Psicoanalista. Pionero en el desarrollo de la terapia de familia. Profesor emérito y Doctor en Medicina y Filosofía.
- (7) Barudy Jorge 1949-Chile: Neuropsiquiatra, Psiquiatra infantil y Terapeuta familiar.
- (8) Pennebaker James 1950-EEUU: Psicólogo y Lingüista. Docente y estudioso del poder reconstructivo de la escritura.