

Los modos de relatar/contar/narrar el abuso sexual sufrido en la infancia por adolescentes en tratamiento psicoanalítico

Tkach, Carlos¹; Franco, Adriana; Gómez, Valeria; Toporosi, Susana; Calmels, Julieta; Wolski, Graciela; Pucci, María Victoria; Germade, Agustina; Raschkovan, Ivana; Santi, Gabriela; Peñaloza, Nancy.²

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en la Investigación Clínica "Apropiación de la sexualidad genital en púberes y adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia", acreditado en la programación 2011-2013 por UBACyT.

El objetivo del mismo es realizar algunas consideraciones clínicas involucradas en el campo específico de esta investigación y surgidas en el análisis de los casos investigados acerca de la función, el valor y el efecto de los relatos sobre el abuso en el contexto de los tratamientos psicoanalíticos. Nos centramos en la temática del relatar, contar, narrar y hablar del abuso sexual; la importancia de este relato en los tratamientos, su importancia, la forma en que surge y el lugar del analista ante ello.

Para este recorrido tomamos algunos casos clínicos que están siendo estudiados en el marco del proyecto de investigación y que en esta oportunidad nos han suscitado algunas de las preguntas que motivan la escritura de este artículo: ¿Hay que hablar del hecho abusivo? ¿Cuál sería la importancia clínica de hablar-contar-narrar el hecho abusivo? ¿Cuál es el modo de acercarse a esa experiencia por parte de los pacientes y por parte del terapeuta? ¿Cuándo sería necesario hacerlo y por qué? ¿Qué es hablar del abuso sexual? ¿Cuáles son las diferencias entre la escena, el hecho y el traumatismo del paciente? Surgen a la vez ligados a estas preguntas otros interrogantes: ¿Por qué detenerse en estas preguntas al abordar la temática del abuso sexual? ¿Se considera al mismo como un hecho que produce indefectiblemente efectos traumáticos? ¿Es una pregunta general para cualquier abordaje de lo traumático o presenta algunas particularidades a tener en cuenta desde el punto de vista clínico?

El hecho potencialmente traumático al que nos referimos difiere de otros posibles por el hecho de que el mismo excede el campo clínico en el que se centra nuestra investigación y puede influir en él de diversas maneras. Sobre él recaen procesos de silenciamiento y tabú que se presentan de modo variado tanto dentro de las familias como en la sociedad en sentido amplio. Abunda en la bibliografía específica sobre el tema, el señalamiento acerca de las barreras que debe atravesar un niño o adolescente abusado para dar a conocer la experiencia abusiva: vergüenza, temor de no ser creído, temor por las consecuencias de su revelación (pérdida del amor, culpabilización, ruptura de la familia, etc.). Estas barreras a veces logran traspasarse exitosamente, encontrando recepción en la familia, los terapeutas y el ámbito judicial; y otras veces sin embargo no logran ser traspuestas, encontrando en los adultos un redoblamiento del silencio y descrédito de lo que el sujeto enuncia.

Es por este rasgo prototípico que atraviesa el tema, y sabiendo que el mismo toca fibras íntimas de la trama social -hecho que se refuerza con los abusos incestuosos por tratarse de un tabú y una prohibición rectora de la cultura-, que consideramos que el tema de la palabra y el relato tienen para este hecho traumático un valor específico.

Los casos que conforman las unidades de análisis de esta investigación, tienen la característica de ser tratamientos donde el tema ya fue develado previamente o bien se tiene una fuerte sospecha sobre la existencia del abuso.

Por ello, los terapeutas tenían conocimiento de este hecho antes de comenzar el tratamiento, siendo que el paciente también estaba informado de este saber. Es, en algún sentido, un saber que ambos comparten, un saber sabido por ambos desde la consulta inicial.

Aspectos relevantes del método:

En esta fase de la investigación trabajamos con un diseño metodológico de carácter exploratorio (Samaja, 1994), dado que el estado de arte muestra vacancia de conocimiento respecto a investigaciones de psicología clínica en el tema.

1 Dr. en Psicología, UBA. Prof. Adj. Reg. de Clínica de Niños y Adolescentes, Facultad de Psicología, UBA

2 Docentes e investigadores, UBACyT

El diseño estuvo especialmente orientado a:

- I. obtener una familiarización con los fenómenos que comprenden el objeto de estudio,
- II. sistematizar estrategias confiables para la producción del material empírico,
- III. generar categorías teóricas de análisis y evaluar su validez para la interpretación del material clínico.

La muestra estuvo conformada por siete "Adolescentes que han sido abusados sexualmente en la infancia y que realizan o han realizado tratamiento psicoterapéutico en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y en el Centro Asistencial "Dirección General de Salud y Asistencia Social", Equipo de Atención de la Dirección de Niñez de Morón provincia de Buenos Aires. Se trata de una muestra finalística o intencionada, es decir, que se eligen las unidades, según características que para los investigadores resulten de relevancia (Sabino, 1996). La elección se ha establecido según el criterio de muestreo teórico (Glasser y Strauss, 1980): se intentó realizar un abordaje exhaustivo basado en la maximización de la heterogeneidad de casos. La validez de este tipo de muestra es sustantiva, con la finalidad de asegurar profundidad y riqueza en los datos (Samaja, 1994).

La fuente de datos estuvo conformada por materiales clínicos. Cada uno de los materiales fue elaborado por el psicoanalista que llevó a cabo el tratamiento del adolescente perteneciente a la muestra. La construcción de este material empírico estuvo guiada por los objetivos y preguntas delimitados en el proyecto de investigación.

Como afirma Azaretto (2007) "un mismo material puede aportar varios casos", ya que es la teoría desde donde se lee y escucha ese material clínico, la que permitirá transformarlo en fragmentos o viñetas que operen como casos para una investigación clínica. Esta tarea la llevamos a cabo en tres momentos: en un primer momento cada analista implicado como sujeto de la enunciación, escribió el material y presentó al equipo de investigación una selección de viñetas; luego realizamos un trabajo intersubjetivo de discusión de dichos fragmentos atendiendo a su potencia heurística para la creación y/o ilustración de categorías teóricas; finalmente construimos cada caso en base al acuerdo intersubjetivo sustentado en el debate teórico de los mismos.

La función del caso en los estudios exploratorios es la de categorizar rasgos que posibilitan aportar a una futura teorización (Azaretto, 2007). Persiguiendo este fin, la elección de los casos se sustentó en que cada uno se caracterice por algún rasgo distintivo. A partir de esta particularidad, realizamos un análisis cualitativo -de tipo hermeneúutico- de las viñetas: interpretamos los fragmentos clínicos desde el marco teórico de la investigación, a fin de categorizarlos según diversas dimensiones de análisis.

En los apartados que siguen, presentamos cada dimensión teórica de análisis con su correspondiente caso que la ilustra. Pensamos en cada viñeta clínica como un caso que sintetiza lo singular y lo universal (Montoro, 2004), de aquí la relevancia de los fragmentos que elegimos para ilustrar las categorías teóricas: cada uno mantiene la singularidad subjetiva (del adolescente y del analista) y de lo sucedido en la singularidad del tratamiento, pero a su vez permite ser representativo de otros casos análogos.

I. Ámbitos donde surge el relato que pueden influir en el proceso psicoterapéutico de distintos modos (tanto en analista como en el paciente)

En primer lugar es necesario diferenciar los contextos donde niños o adolescentes pueden relatar la experiencia del abuso sexual. Importa ubicar estos contextos, dado el abanico variado de instancias y ámbitos en donde transitan las niñas, niños o adolescentes que han sufrido una experiencia de abuso y en los cuales puede dar cuenta de la experiencia abusiva por medio de la palabra. Por otra parte, importa trazar este mapa en pos de discriminar el campo específico donde esta investigación se sitúa, para pensar la función, valor y efecto de los relatos sobre el abuso, ya que no es lo mismo hablar de una experiencia abusiva como parte de un testimonio en un juicio, que ser evaluado en cuanto a la existencia de este hecho, que hablar con la madre o la maestra, o contar a un terapeuta lo ocurrido en el marco de un tratamiento.

Entre otros ámbitos, pueden mencionarse los siguientes:

- a) Judicial (declaración testimonial en Cámara Gesell ó declaración en juicio según la edad, peritaje psicológico psiquiátrico forense, entrevista con el juez de familia, y otras dependencias judiciales);
- b) Familiar o educativos;
- c) Clínicos.

Dentro de los ámbitos clínicos existen las evaluaciones psicológicas focalizadas -lo que se llama "validación diagnóstica" de relato de abuso- y que corresponde a un proceso diagnóstico sobre el tema puntual que puede realizar un profesional en el ámbito privado ó público o el Cuerpo Médico Forense, o ambos. Esta tarea tiene pautas de indagación específicas que cuentan con cierto consenso en la comunidad profesional (Intebi, 1998) y tiene a la vez un objetivo específico: dar cuenta por medio de la evaluación clínica si hay criterios de validez para pensar que el hecho haya ocurrido. Teniendo en cuenta que en la mayor parte de los abusos sexuales no existe marca física que lo corrobore, el valor de la palabra, testimonio, relato del adolescente o niño es la pieza clave de la evaluación y acceso al hecho (Sanz y Molina, 1999; Sanz 1998).

También existen dentro del ámbito clínico, además de las evaluaciones focalizadas, los tratamientos terapéuticos. Estos pueden estar centrados en la elaboración de la experiencia abusiva y su consecuente traumatismo; o bien tener un enfoque abierto hacia la problemática general del paciente. Es en el ámbito de un tratamiento de orientación psicoanalítica que se centra esta investigación para pensar, en el artículo que presentamos, la temática del relatar, contar, hablar sobre el abuso sexual.

II. Lo traumático en los casos de abuso

Consideramos necesario diferenciar y delimitar el uso que daremos a algunas expresiones y conceptualizaciones como "trauma" y "stress post traumático", que pueden confundir disfunción psíquica con factor desencadenante. En otras palabras el acontecimiento vivido en la realidad (el abuso de carácter sexual y siempre violento aunque la violencia fuese psicológica y no física) con los efectos de dicho/s suceso/s en la subjetividad.

Entre los autores contemporáneos que han estudiado clínicamente la cuestión de lo traumático, señalemos que Moty Benyakar (2005) afirma que "no toda situación hiperintensa genera una disfunción traumática y no toda disfunción se instala a través de un elemento único y claramente detectable". Llamaremos entonces situación disruptiva al hecho fáctico vivido; vivencia a lo intrasubjetivo; y experiencia a la articulación de ambas (Benyakar y Schetjtman, 1998). Entendiendo por disruptivos a los acontecimientos que por sus características exigen un trabajo psíquico que desborda lo que éste puede metabolizar.

Como ya anticipamos, el propósito del equipo de investigación es reflexionar a partir de la articulación con la clínica, la función del relato de la vivencia de abuso en el espacio terapéutico: nos interrogamos acerca de si el poder contar, confiar, el suceso vivido, se conjuga siempre con un trabajo psíquico de metabolización de lo vivido. Consideramos que en la clínica de pacientes con estas vivencias traumáticas, compartir el hecho acontecido con el terapeuta o psicoanalista posibilitaría el proceso de transformarlo en experiencia en la medida que se pueda conectar el afecto, la angustia con las representaciones. El psiquismo necesita de esta articulación para poder metabolizar dichas experiencias.

Al decir de los autores antes mencionados, con quienes acordamos, "la experiencia traumática será el producto de una articulación fallida entre un evento disruptivo y potencialmente traumatogénico, y una vivencia traumática" (Benyakar y Lezica, 2005). Vivencia traumática entonces, según el punto de vista freudiano clásico, en la medida en que desborda la capacidad psíquica de metabolización y hace emerger la angustia automática que no permite el desarrollo de mecanismos defensivos adecuados y eficaces. Lo traumático podría permanecer encapsulado en el aparato psíquico en carácter de exterioridad como un cuerpo extraño encapsulado, incrustado en el psiquismo que denomina introducto. Diferenciándolo de introyecto, lo introyectado es integrado, el psiquismo lo metaboliza, genera un trabajo de inscripción. El introducto en cambio se incrusta en el psiquismo, como un hecho fáctico externo que no puede transformarse. Tiende a la irrupción de la repetición de la vivencia traumática.

Surge la pregunta ¿contar lo sucedido a un otro significativo, al otro de la transferencia, que puede escuchar, ver, y el pensar junto con el paciente, es lo que permite transformar este in-

troducto en una vivencia traumática? Este concepto de vivencia traumática es justamente una paradoja por lograr articular la vivencia de la desarticulación, o sea, liga la representación de haber estado desarticulada la representación psíquica del abuso con el afecto, que es la angustia.

Es necesario diferenciar los modos de presencia clínica (retornos, repeticiones) de elementos psíquicos de lo traumático (de diversa índole), de la cuestión de los modos del relato de dicha vivencia por parte del paciente. Aunque ambas dimensiones vayan siendo ligadas en el curso del proceso analítico.

El introducto ocupa un lugar intermedio entre el recuerdo hiperemotivo y una forma de alucinación. Irrumpe en sueños, relatos, juegos, gráficos como no elaborado con el efecto insoponible de revivir lo acontecido. Según esta conceptualización el introducto presenta una inscripción en el sistema mnémico que mantiene su cualidad perceptual (Benyakar y Lezica, 2005).

Con relación al elemento de lo perceptual, la psicoanalista Silvia Bleichmar (1992, 2006, 2008) sostiene a partir de sus desarrollos sobre el traumatismo, que se producen modos de emergencia patológica, que no tienen el carácter simbólico en el sentido que Freud le concede al síntoma; sino que forma parte de la presencia de elementos de lo visto y lo oído que operan en el sujeto sin una metabolización posible. Estos elementos (signos de percepción), tienen que ver con primeras inscripciones no metabólicas que no simbolizan nada más que a sí mismas. Falla en ellas el carácter de simbólico y devienen simbólicas cuando se las restituye a la relación que tienen con la escena que las produce.

Es por ello que no pueden ser recordadas, porque no forman parte del patrimonio subjetivo, "son cosas en sí", no hay representaciones, está dificultada la función simbólica.

Por exceso traumático el niño puede presentar en el trabajo analítico estos elementos denominados "indiciarios" por Silvia Bleichmar (2009), no metabolizados, presentes en modos desarticulados en la producción psíquica. Esta autora subraya que "lo indiciario" es central en el diagnóstico de situaciones de abuso, sea del niño o vistos por él. Justamente sugiere que no habría que hacer el diagnóstico por el relato sino por las isuras del mismo, por los modos en que aparecen estos elementos no representacionales.

Lo que caracteriza los estados de abuso es la dificultad de estructurar fantasías de mayor riqueza y en cambio apegarse a tres ó cuatro elementos que se repiten siempre idénticos, porque precisamente el traumatismo se caracteriza por la imposibilidad de creación simbólica a corto plazo.

III. El complejo traumático

Las vivencias del complejo traumático se pueden sintetizar en tres: vivencias de vacío traumático, de desvalimiento y de desamparo. (Benyakar 2005; Green, 1999).

El vacío traumático se refiere a una extraña sensación de aturdimiento que produce en un sujeto una vivencia que se le impone y lo obliga a una constante actividad psíquica reparatoria. Vivencia de vacío que implica fenómenos que perduran en su condición de sensación, de falta de articulación, de tener un agujero en la trama vivencial, que no ha podido ser elaborada, de falla en el proceso representacional. Vivenciada como la percepción oscura de un sutil desasosiego, como huecos mentales, recortes de la memoria, vacío psíquico que se manifiesta en variadas formas de expresión que incluye la paradoja de una inscripción de la falta de inscripción en la red vivencial. No se trata del vacío de la depresión, del sentimiento de soledad, que también puede acompañar a este otro vacío.

La vivencia de desvalimiento se define como la percepción de la propia incapacidad psíquica para procesar la experiencia. Como primer elemento del desvalimiento se destaca la sensación de incapacidad para interactuar en forma adecuada con el medio, cuando ante un evento el sujeto no puede reaccionar en forma eficaz para impedir su advenimiento, o cuando este impacta en forma desestabilizadora. El segundo elemento de la vivencia de desvalimiento implica un proceso intrapsíquico desencadenado por la vivencia traumática, el sujeto experimenta una vivencia causada por la captación endopsíquica de pérdida situacional y momentánea de la función articuladora, de la propia incapacidad de procesar, de un desfallecimiento psíquico, percepción de un estado de impotencia e indefensión psíquica del aparato, de un registro pérdida de los recursos para articular y así producir esa vivencia. En la medida que el sujeto se supone incapaz de tener una respuesta adecuada, cuando otro quiere actuar muchas veces el adolescente proyecta esa vivencia de desvalimiento en el terapeuta o el fa-

miliar: "no hay nada que se pueda hacer", en tanto percepción del estado de impotencia e indefensión psíquica.

La vivencia de desamparo como componente del complejo traumático es el efecto de la falla en los otros significativos encargados de brindar alivio a las necesidades pulsionales y de protección frente a las diferentes incomodidades y peligros. Las situaciones disruptivas adquieren significación psíquica por la perturbación con que amenazan a las tendencias narcisistas de autoconservación. Cuando están ausentes la necesaria contención y sostén proveniente del medio se produce la vivencia de la falla en el encuentro con el otro en su función auxiliadora o protector produciéndose la denominada vivencia de desamparo. En la situación clínica puede ponerse de manifiesto a través de una desconfianza en los otros y una actitud frente a los otros incluido el psicoanalista o psicoterapeuta que puede ir desde el escepticismo a una franca hostilidad. En los casos de abuso sexual es esperable esta desconfianza subjetiva pues la vivencia de haber sido abusado en general proviene de un adulto que tendría que haberlo cuidado y protegido.

Precisamente los que tenían que cuidarlo y protegerlo son los que lo exponen o actúan el abuso sexual, por tanto es esperable esta desconfianza hasta, en algunos casos, encontrar en el vínculo transferencial un encuentro exitoso que permita generar una "vivencia de amparo" (Benyakar y Lezica, 2005).

El concepto de "violencia secundaria" (Aulagnier, 1977) permite también reflexionar respecto a la capacidad del psicoterapeuta en dar tiempo a que se establezca en transferencia la confianza necesaria para poder contar lo que puede recordar de lo sucedido, sin forzar una declaración a la manera de confesión que nada tiene que ver con un trabajo de subjetivación y articulación.

IV. Diferentes formas de relatar / contar / narrar

Como ya se indicó, esta investigación toma para su estudio, casos de pacientes en tratamiento, que ya han develado la experiencia de abuso, es decir que hay otros adultos que tienen noticia del hecho. Por tanto, los relatos o narraciones a los que asistimos son posteriores a este momento o simultáneo.

Encontramos en los casos que hemos estudiado, modos clínicamente diversos del contar, de hablar sobre el traumatismo sexual. Al menos surgen cuatro (o cinco) formas posibles:

1. Contar y pensar el tema. Momentos del tratamiento donde se cuenta tal o cual situación traumática para pensar un padecimiento actual.

Una paciente, mientras intentaba dar cuenta de por qué sentía tanto rechazo con su pareja cuando éste le proponía determinada forma de encuentro sexual, ella decía a su terapeuta "no se bien por qué, pero lo que sí me acuerdo es que esa era la forma en que mi hermano me tocaba a la noche mientras yo dormía. Nunca se lo conté a mis padres, sí a mi hermana que le pasaba algo parecido. No sé si tiene que ver, pero me da mucho rechazo. No lo soporto. Sé que no tiene nada de malo pero nunca me va a gustar a mí, esa parte del cuerpo y esa forma de tocar yo no la soporto".

2. Contar bajo la forma de catarsis. Su función sería la descarga y es un contar con afecto comprometido. (Sobre este tema, ver punto V: Narración y elaboración)

Lita de 13 años es derivada a un servicio local de promoción y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes por la Unidad Funcional de Investigación n° XX del Departamento Judicial de San Martín. Junto con una denuncia policial se solicita intervención por vulneración de derechos, habiendo padecido la púber tocamientos por parte de su padre biológico y siendo obligada a practicarle actos masturbatorios. En la primera entrevista el terapeuta le preguntó si sabe por qué viene y ella responde: "sí, por lo de mi papá pero no tengo ganas de hablar ahora sobre eso". Recién en la sexta entrevista Lita llega y refiere necesitar hablar de los abusos de su papá en su casa (esta entrevista es luego de que al padre lo excarcelan y se realiza una medida de protección de la púber quien quedará con su abuela). "Ahora siento que puedo y necesito hablarlo. Una de las veces hace un mes atrás, era un día sábado, mis hermanos habían salido, mi mamá también y yo quedé sola en la casa con mi papá. Yo salía de bañarme y me sequé toda en la parte separada de mi pieza, después mi papá vino y me dijo que yo estaba re bonita, que yo iba a ser para él, después se tiró encima mío y me tocó toda, los pechos por debajo del corpiño y su cosa por arriba de mi bombacha, esto pasó cuando yo estaba sentada en mi cama secándome y él se me tiró encima mío con fuerza porque es muy gordo y yo no podía zafar. Después de eso logre sacármelo de encima ti-

rándole de los pelos de su pecho, que asco que me da, como lo odio". Se hace un silencio, Lita está con mucho enojo mientras relata lo sucedido -"Lo peor fue otro día, que estaba mi hermanita de dos años durmiendo y él también me llama a la cama de mi hermano que es una cucheta; él estaba abajo y me dice: vení mi amor, y fui para que me deje de joder porque ya me tenía cansada, me pidió que le toque su coso asqueroso y peludo, se le empezó a poner duro y salió una cosa, un líquido, que en biología dicen que es eyaculación. Yo lo toqué con mis manos, lo hice porque sino no me dejaba salir". Lloro muy angustiada. Al finalizar la entrevista dice mientras suspira: -"ahora siento que me saqué un peso de encima y éste nudo que tenía en la garganta hace tiempo y más cuando venía acá pero no me animaba a contarlo, me daba vergüenza, enojo".

3. Contar los hechos de modo desafectivizado. Contar los hechos sin pensarlos en términos del proceso analítico, es un contar donde los hechos son cosas, y el sujeto está a distancia de esas cosas, como si no fueran parte de su biografía y de su padecimiento. En estos casos vemos que muchas veces prima un modo disociado (escindido), muchas veces son secuencias desligadas de la trama vital, de otros sucesos o hechos que los acompañaban.

Malena, es una adolescente de 18 años que vive en un hogar convivencial para niños y adolescentes en riesgo psicosocial. Ingresó a vivir allí a los 10 años, privada del cuidado parental a causa de la detección de una situación de abuso sexual intrafamiliar hacia la niña por parte de un hermanastro. En la primera entrevista del tratamiento, Malena cuenta que vive en un hogar. Ante la pregunta de la terapeuta acerca de con quién vive allí, responde sin que pueda observarse en ella ningún signo de angustia: "Con todo el mundo, desde hace 8 años. Porque cuando era más chica mi hermanastro abusó de mí. Yo tenía 8 años y él 24. Eso me hizo perder la confianza. Todo empezó en la dirección del colegio, me llevaron a la dirección y me dijeron que me iban a trasladar a un instituto. Yo no sé cómo fue que se enteraron, yo no quería ir a un instituto".

4. Contar de un modo compulsivo. Contar de modo repetitivo, como si una pieza de la experiencia traumática se escenificara sin aparente transformación entre el momento inicial y el que se cuenta. Una repetición compulsiva por vía de la palabra.

La madre de una paciente cuenta que cuando su hija tenía 4 años había sufrido un abuso sexual por parte de la pareja de la madre. Luego de unos meses de descubierto el hecho y de ser relatado por la niña, la madre dice que no sabía qué hacer porque todo el tiempo la niña contaba lo le pasó. "Un día estábamos en la parada del colectivo y empezó a contar todo a un señor que estaba ahí!!! Yo me quería morir, no sabía que hacer. Tantas veces le dije que era muy bueno que hubiese contado". Al transmitir la madre qué contaba la niña, ésta relataba otra vez toda la secuencia de palabras y actos que el hombre que abusaba había producido. Lo contaba del mismo modo que lo contó la primera vez.

5. Otros modos de presencia clínica. Estos modos no suponen narrar-contar sino lo que se podría denominar un modo de contar sin palabras: formas expresivas que no son lingüísticas sino afectivas, emocionales, corporales, sueños, dibujos, juegos y que participan de lo "indiciario" de acuerdo a los desarrollos de Silvia Bleichmar que desarrollamos más arriba.

V. Narración y Elaboración

Respecto a los efectos y función del narrar el suceso no se podría pensar que sólo por hablar o contar el hecho se comienza a elaborar. La narración puede quedar totalmente desligada del afecto como se puede observar en el caso Malena. Además, es de destacar que "la vivencia traumática nunca puede ser verdaderamente narrada" (Benyakar y Lezica, 2005: 124). La elaboración de la vivencia traumática apunta no a suprimir la vulnerabilidad psíquica sino por el contrario a representarla. Es decir que la vivencia traumática no habría de suprimirse. El efecto patógeno tendería a disminuir si se logra registrar en el tratamiento psicológico que se ha atravesado por una desarticulación en la trama vivencial, sin que ello implique perder la integridad psíquica y se pueda incluir el hecho como una vivencia penosa a ser elaborada, ligándolo con los afectos concomitantes.

Las situaciones traumatogénicas no se recuerdan sino que emergen en la conciencia de manera intrusiva, parecen recuerdo pero al no poder ligar afecto y representación producen sensación de vacío y no pueden procesarse como recuerdos. Es función y trabajo del análisis transformar estas escenas desgajadas en recuerdos penosos y desde allí poder elaborar.

Resultan pertinentes para estas distinciones realizadas del narrar la vivencia del abuso en la situación analítica la diferenciación que Jorge Rodríguez (2008) realiza entre contar, decir y hablar.

Contar requiere de un espacio donde otro sostiene, siempre se da en un entredos y es hacer la experiencia de la disponibilidad, que es algo más que su presencia, poder contar con el estar del otro. Hablar no es decir. Decir es disimular el no saber. Al hablar estoy con otro pero al contar me incluyo y lo incluyo. Al silencio del principio sigue un "hablo; luego, digo; al final, cuento".

Según Rafael Paz el método catártico de la primera etapa freudiana recuperaría una experiencia humana que atraviesa tiempos y culturas: "aliviarse de los padecimientos compartiéndolos con otro". Dicho método implica una "narración en primera persona terapéuticamente eficaz, al permitir la manifestación de emociones bloqueadas en un marco de sentido propicio y jerarquizado". Retomada desde el método ya desarrollado contar/narrar al modo de la catarsis, incluso reiterada, "es un momento necesario en la dialéctica de todo análisis para que advenga a la calidad de proceso" válida para lo traumático en sentido tanto extenso como puntual. "Narrarse" supone un paso en el tránsito a concebirse en alguna medida como protagonista del propio destino y el reconocimiento de un espacio interior. Para lo cual es necesario refinar criterios de contención elaborativa, atravesar el miedo del psicoanalista a su supuesta pasividad y la negación a constituirse en un simple recipiente de evacuaciones. La experiencia del inconsciente se alejaría si el trabajo analítico se limitase a facilitar la exposición de sentimientos y su eslabonamiento de redes espontáneas de sentido; pero amputar esta exposición generaría importantes disociaciones o manifestaciones comprimidas o racionalizantes. No remite a "un decir que luego se impregna y trasunta, sino a un decir pasional o una pasión dicente" que obviamente requiere luego ser elaborada en transferencia. Es necesario entonces, diferenciar entre las descargas meramente evacuativas; el "manifestarse" en narrativas involucrantes por la intensidad de lo escénico/figural; y los "actings explosivos o insidiosos". En cambio, la "buena catarsis" daría lugar a un espacio interlocutivo junto a una expectativa esperanzada.

Dos referencias freudianas permiten precisar la cuestión de lo traumático y en ese sentido tanto la utilidad como las limitaciones de la teoría traumática de la primera época para la comprensión de los síntomas neuróticos. Por un lado la diferenciación hecha entre síntomas que tienen una relación clara con el suceso ocasionador y otros que no, en los cuales el nexo causal es oscuro. Por otro, con la consideración de que tanto el trauma psíquico o bien, el recuerdo del mismo, obra al modo de un cuerpo extraño, se afirman dos cosas: 1) la eficacia perdurable del trauma que denomina "eficacia presente" y 2) la función del recuerdo con agente de tal eficacia. Hay una insistencia en acentuar la acción del "proceso ocasionador" como causa desencadenante inmediata que perdura sin la mediación de los "eslabones causales intermedios". Lo que permite distinguir dos aspectos: uno, el momento '0', cuando lo real fractura del estado preexistente de cosas; otro, la constitución en sistema del recuerdo que implica el orden psíquico en su conexidad con efectos y producción imaginante. Freud deja atrás así lo que podría llamarse una teoría restringida de la catarsis al pulir una teoría del acontecimiento a partir de situar lo eficaz como siendo externo/interno (Paz, 2008).

Lucia consulta a los 19 años

En el momento de la consulta relata estar muy angustiada y tener la idea de no vivir más y tomar pastillas. Siente la autoestima muy baja, y relata problemas con la alimentación: desde los 16 años come y luego va al baño a vomitar. Tiene un novio y cuando él se va, ella no puede recordar nada de lo que había pasado estando con él.

Su cabeza no podía dejar de trabajar todo el tiempo. Sentía que tomaba las ideas de los otros, no tenía propias ni era inteligente.

Sentía que tenía un secreto que había que tapar y que la apartaba de todo, hasta de su propia familia. Muchas veces sentía que la mente se le ponía en blanco. Dormía y tenía pesadillas. Sus padres se separaron cuando ella tenía 4 años.

Dice: De chica mi papá me dejaba todo el tiempo con mis abuelos. No tuve contención de su parte. Mi abuelo era un enfermo que me tocaba. La primera vez que lo conté yo estaba en segundo año: se lo conté a mi otra abuela. Mi mamá lo venía presintiendo a partir de que escuchó un programa de TV. Esto pasó desde los 6 hasta los 8 años. Después nos fuimos a vivir a otra ciudad, y en séptimo grado, cuando volvimos, volvió a pasar. Mi abuelo hizo lo mismo con todos los chicos del barrio, después lo supe por mi mamá. Fue director de la escuela

y lo echaron por eso. Mi abuelo era degenerado, pero mi abuela era cómplice. Mi abuela se iba a coser en la cocina. Ella sabía de la enfermedad de mi abuelo, y me dejaba sola con él"

"Cuando le pregunto a mi papá por qué me dejaba en la casa de ellos si él sabía esto de mi abuelo, me dice: yo hacía lo que podía.

Relatos acerca del abuso en la tercera entrevista

"Lo que me hacía mi abuelo era algo que yo tenía que aguantarme, pero a veces me daba placer. Me siento degenerada. En esos momentos sentía placer pero no se lo quería demostrar a mi abuelo, me daba vergüenza. Yo sabía que era algo malo. Tenía mucha tensión en ese momento y después me dormía. Después no me lo acordaba, entraba a mi casa y no existía eso.

"En séptimo grado volvió a pasar, pero ya me era angustioso. Fue en la casa de mi papá. Una vez que fui a dormir y vino a "cuidarme". Hubo dos cosas que me marcaron (llora): Yo creía que mi papá había vuelto y le dije a mi abuelo: "papi, volviste". Y era él que me dijo: "No, tu papá salió". Ese día fue terrible. Tendría 7 u 8 años.

Otra vez, en 7º, como mi papá vivía lejos del colegio me había quedado un tiempo en lo de mi abuela. Duró unos meses, pocos, porque yo empecé a robar y llamé la atención. Volví a lo de mi papá. Una vez estaba escuchando la radio, mi abuelo empezó con las cosquillas y empezó a tocarme. Le digo: basta! Lo primero que me dijo fue: "Ay, estás más gorda". Yo le digo: Sí, sí. Y no reaccioné... Ahí no era de placer, era de terror. Me levanto y se tira arriba mío en la cama de mi papá. Me hacía parar en los pies y bailábamos. Cuando se me tira encima dice: "para sentir te tenés que mover" Yo estaba dura. Siempre fue tocarme, no penetración. Después fuimos a la casa de mi abuela como si nada" Eso me pasa, estoy con el chico que me gusta, él se va, y después no me acuerdo nada de lo que pasó cuando estuvo.

Ahora bien, para los casos de esta investigación, la vivencia traumática real presenta particularidades diferenciales de las estudiadas en los casos neuróticos (particularidades que serán profundizadas en futuros trabajos). En este sentido ya anticipamos más arriba al respecto las ideas de Benyakar. Pero a los efectos de comprender el lugar del contar/narrar en situaciones de abuso, las precisiones freudianas puestas de relieve por Paz nos permiten circunscribir que en esta clínica se trataría del lugar que ocupa la eicacia presente del trauma, más cerca de una vivencia enquistada que de su recuerdo, o del momento '0' de lo real fracturante. Los relatos catárticos en estos casos tendrían sus particularidades durante el proceso psicoterapéutico y su valor como momento necesario.

VI. La escucha psicológica

Se encuentra una variedad de posiciones. Sean estas pensadas o no por el terapeuta. No preguntar o intervenir sobre el tema hasta que el paciente lo incluya por sí mismo, preguntar pero de formas inductivas o violentas, y preguntar como intervención terapéutica. El preguntar se entiende como una solicitud o invitación a un relato sobre la experiencia.

Ana tiene doce años en el momento de la consulta. Unos meses antes, había empezado a vivir en un hogar³ para niñas y adolescentes a causa de: falta de contención y cuidado familiar. Hasta ese entonces, se encontraba residiendo en la casa de su abuela paterna (que fallece al mes de su ingreso al hogar) junto con ella, su tía y su primito. El motivo por el que el hogar la trae es: erotización con otros chicos, sospecha de abuso por parte de los amigos del padre a los que ella llama "tíos"; y también porque la niña pedía tener un tratamiento.

En la primera entrevista, la terapeuta le pregunta con que idea viene al tratamiento, en que cree que la puede ayudar; ella se queda en silencio y dice que no sabe. La terapeuta continúa diciendo: "...con algo que hayas estado viendo con la otra psicóloga...". La niña interrumpe y menciona: "Hay algo, pero que a ella no le conté. Es algo feo, que no le conté a casi nadie. Mi tía no lo sabe". Luego se retrae y por algún motivo, la terapeuta no pregunta y se limita a decir que debe ser algo muy íntimo, porque las cosas íntimas se comparten con pocas personas; y que se ve que es algo que la pone muy triste. Ella asiente mientras escucha esto pero no sigue con su relato. A lo largo del tratamiento, que duró dos años, este tema no volvió a surgir como material del que se pudo hablar puntualmente. Sin embargo, Ana fue mejorando en algunos aspectos de su vida y recuperando algunas cosas vitales para su crecimiento; también, como característica de su modo de decir, mantuvo la modalidad de empe-

3 Instituciones que permiten alojar de forma transitoria, a niñas, niños y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial

zar a contar algo, generar cierta expectativa, y luego detener su relato aún cuando se le señalaba esto o se le preguntaba por aquello que estaba diciendo.

En las viñetas clínicas somos testigos de la angustia del terapeuta al escuchar y de cierta inhibición que también puede jugar en el lo. También de cómo los pacientes prueban si el analista tiene espacio y puede soportar este relato. Lo cuidan del horror, en algún sentido.

CONCLUSIONES

Según surge de la lectura de la bibliografía específica recorrida hasta el momento en su articulación con los materiales clínicos presentados, encontramos que se delimita como prioritaria la emergencia de defensas de tipo más primarias: escisión, disociación (Intebi, 1998: 194) desmentida, renegación, y no así la represión. En función de ello, es que nos preguntamos si el volver a un relato posible sobre lo ocurrido, éste cobra un valor diferencial que ante otro tipo de defensas. Las situaciones traumatogénicas no se recuerdan sino que emergen en la conciencia de manera intrusiva, parecen recuerdos, pero al no poder ligar afecto y representación producen sensación de vacío y no pueden procesarse como recuerdos. Es función y trabajo del análisis transformar estas escenas desgajadas en recuerdos penosos y desde allí poder elaborar. Es decir, por medio del relato del hecho fáctico, en el contexto terapéutico, ante un otro que escucha, se alcanzarían mejores posibilidades de integración de ese núcleo no integrado al que no se llegaría por asociaciones del paciente. Consideramos que en la clínica de pacientes con estas vivencias traumáticas, compartir el hecho acontecido con el terapeuta o psicoanalista posibilitaría el proceso de transformarlo en experiencia en la medida que se pueda conectar el afecto, la angustia, con las representaciones. El psiquismo necesita de esta articulación para poder metabolizar dichas experiencias.

A la vez cabe preguntarse cómo entrar en relación con lo que ha quedado fuera del comercio asociativo, si esta modalidad cumple una posibilidad de resguardo, de protección ante hechos que quizás el sujeto psíquico no está en condiciones aún de integrar. O, dicho de otra manera, cuál es el modo, la precaución que como psicoanalistas se debería tener, para no forzar una integración corriendo el riesgo de producir una desestabilización en el paciente y una mayor desintegración.

Nos interesa diferenciar de "qué sufre" (los síntomas o lo sintomático en sentido amplio) y "qué le pasó" (el hecho fáctico). En este sentido es trabajo del análisis vislumbrar qué es lo traumático para cada sujeto: para algunos puede ser la pérdida del amor de la familia por la denuncia, para otros la exposición sufrida en las revisiones médicas o los peritajes reiterados y no cuidados, para otros temas estrictamente vinculados a la situación sexual (dolor, placer, confusión, secreto, etc.), para muchos la vergüenza y la culpa. Y, para la gran mayoría varias de estas situaciones a la vez.

Si el contar se da en un espacio terapéutico, en el contexto de la transferencia, paciente y psicoanalista están involucrados y no todos los psicoanalistas están preparados o son capaces de escuchar.

Éstas y otras temáticas clínicas se abren para seguir investigando con el propósito de afinar los dispositivos terapéuticos adecuándolos a cada caso en particular y no reduplicar situaciones abusivas o de violencia secundaria, aún con las mejores intenciones.

BIBLIOGRAFÍA

Aulagnier, P. (1977) La violencia de la interpretación. Buenos Aires Amorrortu

Azaretto, C. (2007) Diferentes usos del material clínico en la investigación en psicoanálisis. Memorias de la XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología: Tercer encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, UBA

Benyakar, M. y Schetjtman, C. (1998) "Salud mental de los niños en guerras, atentados y desastres naturales" en Postdata Revista de Psicoanálisis, Año II, N°3, Homo-Sapiens. Fundación Estudios Clínicos en Psicoanálisis

Benyakar, M. y Lezica, Á. (2005) Lo traumático, Clínica y paradoja. Tomo 1. Buenos Aires: Biblos

Bleichmar, S. (1992) Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes: Diarios Clínicos. N°5 lo traumático en la infancia. Ediciones Diarios Clínicos

- _____ (2006) La deconstrucción del acontecimiento. En Leticia Glocer Bleichmar, S. (2008). El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo. Buenos Aires. Revista Topia
- _____ (2009) Inteligencia y simbolización. Buenos Aires: Paidós
- Fiorini (Comp.) Tiempo, historia y estructura. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Freud, S. (1895) Estudios sobre la Histeria. En Sigmund Freud Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Green, A. (1999) Sobre la discriminación e indiscriminación afecto-representación. Congreso de la Ipa en Chile, Revista de Psicoanálisis, vol. 56, N°1
- Glasser, B. y Strauss, A. (1980) The discovery of grounded Theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publ.
- Intebi, I. (1998) El abuso sexual infantil en las mejores familias. Buenos Aires: Granica
- Montoro, A. (2004) La clínica y su formulación teórica: un cuestionamiento de la noción de singularidad. EFBA. Jornadas
- Paz, R. (2008) Cuestiones disputadas en la teoría y la clínica psicoanalíticas. Buenos Aires: Ediciones Biebel
- Rodríguez, J. (2008) Contar, decir, hablar. Buenos Aires: Letra Viva
- Sabino, C. (1996) El proceso de investigación. Buenos Aires: Lumen
- Samaja, J. (1994) Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: EUDEBA, 1995
- Sanz, D. y Molina, A. (1999) Violencia y Abuso en la familia. Buenos Aires: Lumen Humanitas
- Sanz, D. (1998) Alegato de abuso sexual infantil en casos de divorcio. En Lamberte, Silvio; Viar, Juan Pablo y Sanchez, Aurora (Comp.).Violencia Familiar y Abuso sexual. Buenos Aires: Editorial Universidad