

On el joc s'acaba.
Elements de diagnòstic, tractament i prevenció
de l'abús sexual en la infància

Rosa Royo Esqués

Psicòloga especialista en Psicologia Clínica i en Psicoteràpia (EFPA/COP).

Psicoanalista (SEP/IPA).

Supervisora d'institucions especialitzades en
l'atenció als maltractaments i l'abús sexual
infanto-juvenil i la violència familiar.

Professora Institut Universitari de Salut Mental de la
Fundació Vidal i Barraquer (URLI)

Tipologia d'article: conceptual o de reflexió

Resum

L'objectiu d'aquest article és presentar alguns elements que puguin ser útils per a detectar i poder fer una primera aproximació davant d'un cas d'Abús Sexual Infantil (ASI) a la petita infància, així com donar algunes idees en relació a l'assistència psicològica a aquests infants i com treballar per a la recuperació del seu benestar.

Es considera necessari que els professionals que atenen nens tinguin coneixements sobre aquesta problemàtica com una de les més eficaces formes de prevenció.

Es presenten diverses vinyetes de material clínic –diagnòstic i tractament– per exemplificar situacions i estats emocionals que trobem habitualment en aquests menors.

Paraules clau:

Abús sexual infantil, informació, detecció, tractament, recuperació, prevenció.

Abstract

The aim of this paper is to present some signs that might be useful in detecting and taking the first steps in cases of child sexual abuse in very young children. It also offers some ideas for psychological support for these children and how to work to recover their well-being.

The article considers that one of the better forms of prevention is that professionals involved in child care be aware and informed of this issue.

Clinical material is presented -diagnosis and treatment- to illustrate situations and emotional states that are common in these infants.

Keywords:

Child sexual abuse, information, detection, treatment, recovery, prevention.

Introducció

L'article parteix de la necessitat de sensibilitzar sobre l'existència dels abusos sexuals a la infància, així com de fer visible la vulnerabilitat dels menors en aquest terreny i la importància d'una intervenció eficaç des de l'inici de la detecció.

Fer visible la problemàtica de l'Abús Sexual Infantil (ASI) és una forma de prevenció, ja que succeeix quasi sempre envoltat de silenci. Els nens i nenes habitualment no parlen d'aquestes vivències, el seu silenci fa molt complicat detectar i tractar l'ASI. Normalment el que coneixem són els testimonis dels adults que ens parlen de quan eren petits i gràcies a això podem tenir informació, fer estudis i treballar per a la prevenció.

Una detecció precoç facilitaria la intervenció en infants i famílies, disminuint la necessitat del treball psicològic quan ja són adults, el que evitaria anys de patiment, sovint en solitari, i milloraria el pronòstic de la seva recuperació.

Desenvolupament

Durant el desenvolupament psicosocial els nens juguen, imaginem, recreem situacions, sovint en referència al món dels adults. Fantasien assemblar-se als pares, fer el que fan els pares. Quan l'adult abusa sexualment d'un nen, fa realitat el joc. Aquest ja no serà una il·lusió, sinó una realitat concreta que va més enllà de la capacitat imaginativa del nen. Realitat i fantasia quedaran confoses. És **on el joc s'acaba**, i amb ell la innocència i, en certa mida, la pròpia infància.

Si el menor no rep una ajuda adequada, pot quedar atrapat en un vincle patològic i alterada la seva capacitat per usar la fantasia com un element de salut i creixement (Álvarez, 1992).

Patir aquest tipus de violència és una experiència amb un gran potencial per generar patologia. Transporta al menor a un món emocional força complex, que no li toca, que no entén, un món ple d'ambivalències, confusions, pors, vergonyes i culpes. Alhora que l'enfronta a diversos dols, especialment si l'abusador és una persona de la família (Bollas, 1989).

L'ASI és un problema de salut. Malgrat està tipificat com a delictes, no es considera només un problema jurídic, sinó una qüestió de salut física i mental. Cada cop hi ha més estudis que mostren les repercussions psicològiques però també les somàtiques i socials, que poden aparèixer durant la vida de les persones que han patit aquest tipus de maltractament. (Natal, 2010).

Les conseqüències són imprevisibles, des d'afectacions serioses fins a persones que, malgrat tot, se'n surten amb suficient salut, qüestió que depèn de molts factors. Un dels més importants és com reacciona l'entorn, per aquesta raó des de les institucions especialitzades es potencia el treball amb les famílies.

Per a una bona recuperació no només la resposta de la família és vital, sinó la de tots els qui envolten als menors, també els professionals que treballen en l'àrea infantil. Tots tenim una responsabilitat en quant a la detecció, l'abordatge i la prevenció.

Per a detectar l'abús primer l'hem de definir. Què és un abús sexual infantil?

La Convenció Internacional Drets dels Nens (1989) que Espanya va acceptar, considera ASI la relació sexual amb un menor de 18 anys quan es donen 2 condicions:

L'asimetria d'edat: la persona que manté la relació sexual amb el menor sigui com a mínim 5 anys més gran. Es considera que 5 anys és suficient per estar en estadis evolutius diferents i també tenir experiències i necessitats sexuals diferents.

La coerció i utilització: l'ús de l'engany, la manipulació, la seducció i/o la força per pressionar al menor a participar en comportaments sexuals. El que permet incloure l'abús de menor a menor.

Aquest segon criteri ajuda a diferenciar l'ASI entre nens –entre iguals– de les relacions sexuals consentides entre dos menors. Sinó podríem penalitzar els jocs sexuals normals, sovint necessaris per el desenvolupament de la personalitat, i generar un problema de sobredetecció.

Segons la definició, sempre que es doni un ASI estarem davant un abús de poder. Una asimetria de poder basada en la diferència d'edat, la vulnerabilitat del menor i, sovint, la dependència respecte de l'adult.

Els tipus d'abús s'agrupen segons:

Relació de la víctima amb l'agressor/a:

- intrafamiliar (75%)
- extrafamiliar, habitualment es dona dins dels cercles de seguretat del menor.

Tipus de contacte:

- Amb contacte físic: tocaments, masturbació, fel·lació, penetració...
- Sense contacte físic: conductes inadequades, comentaris de tipus sexual, exhibicionisme, mostrar o fer material pornogràfic, tenir relacions sexuals en la seva presència, i tot el camp que han obert les noves tecnologies com proposicions i assetjament sexual mitjançant la xarxa.

Hi ha una percepció força generalitzada de què l'ASI el trobarem només en ambients precaris o en persones amb evident psicopatologia. Encara que per un tema de recursos la detecció és més habitual en les classes més desfavorides, l'ASI implica a tot tipus de perfils socials, independentment del seu nivell cultural, situació econòmica o sistema de creences.

L'Empar és mestre P-4, amb alguns nens i nenes de la seva classe, sols o en grup i generalment en llocs reservats, jugava a un joc, "el joc de l'Empar", com ella l'anomenava.

El joc consistia en que l'Empar es despullava de cintura cap amunt i es tocava davant els nens i nenes o els deia que ho fessin. Aquests, entre l'excitació i la por li seguien el joc. Alguns pares van començar a observar conductes rares en els seus fills fins que van poder conèixer que era això del "joc de l'Empar".

Aquest cas és un dels que ens ajuda a desmuntar prejudicis, no sempre són els homes els abusadors. Encara que en menor proporció també poden ser les mares, les àvies, les tietes, les amigues de la família, o de vegades la parella de pares o d'avis.

Una hipòtesi per entendre perquè es mantenen els prejudicis recau en el fet de què l'abús sexual infantil és triplement tabú. Parlar d'ASI és parlar de maltractament a menors; de sexualitat; i fa trontollar la "família" com a pilar social.

En primer lloc, la infància, reconèixer l'ASI és acceptar que no sempre podem o sabem cuidar i protegir als nens. En segon, la sexualitat, la qual sempre ha estat més o menys tabú però respecte de la sexualitat infantil hi ha una negació directa. Per últim, l'ASI atempta directament al mite de la "família feliç" i nega l'incest. La nostra societat basa el seu funcionament majoritàriament en la família, per tant té la necessitat de creure que és una base sòlida, estable i vàlida. Tots volem pensar que les famílies són "normals", que l'amenaça està a fora i que la família constituirà una defensa real i eficaç contra ella. Però la violència intrafamiliar és un fet.

La majoria de famílies construeixen nuclis afectius saludables, els pares estimen als fills, els cuiden amb amor i afavoreixen vincles emocionals adequats pels seus components, però la família és una realitat multiforme que no respon als nostres desitjos sinó a la realitat de l'ésser humà i les seves limitacions. Si socialment ja costa entendre que una persona es pugui sentir atreta sexualment pels nens, quan es tracta de l'abús sexual intrafamiliar encara és més inconcebible.

Tots aquests prejudicis i concepcions van teixint el silenci que envolta l'ASI. A més, freqüentment, l'acte de violència és desqualificat com a tal per l'abusador qui li diu al nen: "Això ho faig pel teu propi bé, t'agradarà, és només un joc...", missatges que caracteritzen la comunicació de doble vincle. Si la família o qualsevol altra persona davant la qual el menor denuncia l'abús no li creuen, dubten de la veracitat del seu relat o no donen el valor necessari a la seva confiança, afegeixen un nou acte de violència sobre el seu psiquisme (Royo, 2007). Una conducta comença a perdre el seu efecte traumàtic quan és qualificada com a tal, sinó el trauma es consolida i les sigles de l'ASI s'amplien a un nou significat: Aïllament, Silenci i Incomprensió.

El tabú ens implica a tots, també als professionals. En general quan veiem algun menor que presenta dificultats emocionals, comportamentals, relacionals, etc. poques vegades pensem que pot estar patint aquest tipus de violència. No ho considerem com a una possibilitat perquè implica acceptar una visió del món que no ens agrada tenir.

Per detectar l'ASI, els professionals, a més de la necessitat de salvar els prejudicis, ens trobem amb altres dificultats. Una de les més problemàtiques

és que els indicadors que presenten els menors víctimes de l'abús no conforma un quadre unificat i diferenciat, sinó que són símptomes que també estan presents en altres situacions i/o quadres psicopatològics de la infància.

Els signes i símptomes de tipus físic, comportamental o emocional varien d'un menor a l'altre, segons l'edat; comprensió del que està passant; el tipus de vincles familiars; la reacció dels adults propers davant la revelació i la xarxa de suport.

De totes formes es pot considerar un senyal d'alarma els canvis sobtats en els menors. El primer que observarem és que el nen canvia, sovint de la nit al dia, sense una explicació, ni una raó aparent. Un nen que controlava esfínters ho deixa de fer, un altre que anava al col·legi a gust no vol sortir de casa, i el que era de natural tranquil es mostra irritable...

La Leire, té 2 anys i mig, els pares s'havien separat. Recentment quan venia de les visites amb el pare es mostrava força nerviosa, angoixada, plorava per tot i va començar a dir que no volia anar amb ell. Després de diverses situacions similars, la nena finalment va contestar la pregunta de la mare sobre el que li passava: "El papá en fa pam-pam a la floreta amb el palito".

En la petita infància, degut a la poca autonomia que tenen en aquest moment evolutiu, l'abusador és majoritàriament algú molt proper al nen, per aquesta raó els exemples exposats en aquest treball estaran en sintonia amb aquest fet.

Els nens petits –preescolars– de vegades trenquen el silenci amb actes: li fan a altres nens o altres adults, allò que els fa l'abusador. No ho fan amb la intenció de denunciar-ho, sinó que repeteixen aquesta activitat perquè la consideren normal. És el que han viscut!

Pili de 2 anys, abusada pel pare. Sovint davant altres adults, també de la terapeuta, s'obre de cames, es toca els genitals i després es llepa el dit tot dient: "Uy que rico".

Malgrat no haver trets diferenciadors, podem guiar-nos per alguns símptomes que són els més comuns que s'acostumen a trobar: als menors abusats sovint els costa confiar, tenir amics i relacionar-se afectivament. Se senten apàtics, tenen por. Implica problemes en les àrees cognitives: els costa concentrar-se,

estudiar. Mostren dificultats per manegar-se amb les emocions, tensions, frustracions. La sexualitat sovint està afectada, mostren conductes o coneixements sexuals inadequats per a la edat. Tenen problemes per a controlar la seva agressivitat, es poden oferir tant com a víctimes, com ser ells mateixos els qui exhibeixen conductes reptadores i violentes.

No obstant, aquests trets es poden donar per altres qüestions. Si trobem un menor que presenta més d'una d'aquestes característiques, no es tracta de generar alarma sinó que es pugui valorar l'ASI com una hipòtesis diagnòstica més.

Marta, està a P3, és una nena força normal, però fa una temporada que està nerviosa.

Fa rebequeries. Es torna a fer pipi a la nit i últimament també de dia. A la mare li crida l'atenció una conducta que recentment ha aparegut, la Marta quan està a la dutxa es toca els genitals.

Malgrat la mare li pregunta, la nena no sap que dir, no respon directament, però fa un relat confós en relació al mestre de gimnàstica que diu: "em porta a una caseta".

La mare preocupada parla dels símptomes de la Marta amb la mare d'en Quim, company de classe de la nena. Aquesta s'alerta i amb molta cura li fa alguna pregunta al seu fill, com està al cole, si s'ho passa bé, etc. El nen sense cap reserva li diu que s'ho passa molt bé al gimnàs perquè l'Antònio (mestre) "en fa massatges a la cuca i m'agrada molt".

En Quim no pot comprendre que allò que viu és una experiència abusiva. Tampoc la Marta, malgrat ella ha començat a fer uns símptomes que parlen per ella. Encara que les verbalitzacions d'en Quim van deturar els abusos, la Marta estava massa confosa per a fer-ho, el cas es va complicar i va costar resoldre'l perquè el col·legi no donava credibilitat al que el nen deia i va posar moltes traves per acceptar els fets.

Si estem davant d'un menor que està patint un ASI, totes les respostes emocionals i relacionals esmentades són reaccions normals. Quan s'ha viscut en una situació de tanta confusió, incoherència i, sovint, por, si qui ha de tenir cura d'ell li fa mal, el menor no ho pot entendre, especialment en la petita infància

ja que tenen menys elements –paraules, conceptes– per comprendre el que passa. No tenen un aparell psíquic encara capaç de simbolitzar-ho.

Per tant, mentre més petit sigui el nen més fàcil serà que l'ASI es conservi en la ment com una experiència no assimilada. Els afectes –sensacions, emocions, sentiments– es van deslligant dels fets (dissociació), i resten a la ment en estat pur –por, ansietat, tristesa, apatia, ràbia, sentiments d'indefensió, desconfiança, impotència, infravaloració– seran estats anímics comuns en aquests petits infants, que els viuran sense connexió amb la experiència de l'ASI.

Com arriben a les consultes els menors víctimes d'ASI? Els nens ens arriben bàsicament de tres maneres: Una és amb la constatació que hi ha hagut l'abús, en aquests casos el més habitual és fer una valoració de l'estat psicològic general del nen, de les repercussions de l'ASI i del pronòstic.

La segona quan són derivats justament per a conèixer si ha hagut un ASI, circumstància en la qual s'haurà de fer un peritatge. En aquest cas és recomanable enviar al menor a un servei especialitzat degut a la complexitat que presenta l'avaluació: el diagnòstic ha de ser multidisciplinar –social, mèdic i psicològic–; s'haurà de valorar la credibilitat del testimoni; i és necessari també conèixer tant la xarxa de protecció com el sistema judicial.

Finalment, una tercera forma d'arribada és quan el menor és derivat a la consulta per a qualsevol altre problema o simptomatologia, sense que se sàpiga que ha patit ASI. En aquesta situació ens podem trobar que el mateix nen faci la revelació de l'ASI en una sessió de diagnòstic o de tractament, o que sigui el psicoterapeuta qui sospiti que aquests fets pugin haver ocorregut o encara estiguin passant. En aquest cas, segons la complexitat del fet, les possibilitats del servei on s'atengui –xarxa pública o concertada, consulta privada, etc.– i l'experiència professional, es podrà treballar en la consulta o serà novament convenient la derivació a una unitat especialitzada.

Per a fer el diagnòstic de l'ASI s'estudien instruments d'avaluació clínics i forenses, com són les entrevistes estandarditzades, els qüestionaris i altres mètodes, orientats a valorar possibles indicadors clínics i/o descriure indicadors de fiabilitat per avaluar la credibilitat del testimoni.

Des del punt de vista psicoanalític, no hi ha costum d'utilitzar protocols d'avaluació categorial sinó que els diagnòstics són de caire dimensional. Per

tant, l'avaluació es farà amb els instruments habituals malgrat haguem incorporat, dins del nostre propi sistema de treball, les idees importants que ajudin a la detecció i que estan a la base dels protocols específics.

Així doncs, en el diagnòstic des de la perspectiva psicoanalítica, a més de l'entrevista, és considera de gran valor el material projectiu: dibuixos, històries de test de relats i hores de joc, ja què resulta molt útil la complementaritat dels mètodes. Sovint apareix en el dibuix o en el joc allò del que no es pot parlar, o si més no, ens obre camins perquè ens puguem apropar. Si valorem que poden haver altres àrees alterades, –cognitives, intel·lectuals...– hi ha altres instruments específics per avaluar-les. En definitiva, no es fan masses variacions del que seria un procés psicodiagnòstic comú adequat a l'edat del menor.

La idea és conèixer a l'infant de la manera més completa possible: personalitat, afectes, cognicions, relacions, elements psicopatològics i també aspectes sans; aquests últims seran fonamentals per establir la relació terapèutica i afavorir la seva recuperació.

En el capítol específic de l'ASI per delimitar el problema i/o les seves repercussions necessitem conèixer algunes variables que inevitablement marcan diferències. Entre aquestes, com he comentat anteriorment, trobarem: el tipus d'abús que el menor ha patit –amb o sense contacte físic–; la persona que ho ha produït –dintre o fora de la família–; l'època de la vida en què es va donar i la durada. Totes elles ens orientaran per a fer el diagnòstic, el pronòstic i la manera de dissenyar el tractament.

La tasca psicològica de “recuperació” no es basa només en conèixer les dades, sinó en comprendre el valor que aquestes variables tenen per al menor i quina construcció s'ha fet de l'ASI. La interiorització que ha fet ens guiarà en la posterior intervenció terapèutica. Per exemple, són força importants els missatges verbals que acompanyen l'abús; en quines situacions comença i en quines s'acaba. No és el mateix el nen que diu: “l'avi em deia que jugàvem a metges”, que el que comenta: “quan tinc por i vaig al llit del papa em diu que em confon amb la mama”.

L'Eva al voltant dels 5 anys va ser abusada per un tiet. La nena relatava que al principi li agradava. Va ser mesos després, coincidint amb que l'abusador la volia convèncer per participar en altres “jocs”, que li va explicar a la mare.

Les conseqüències es van evidenciar a l'adolescència a través d'una sexualitat precoç, tendència a mirar pel·lícules pornogràfiques i un fort sentiment de culpabilitat que l'envaïa sempre que recordava que durant temps va consentir els abusos.

Una de les pitjors repercussions de l'ASI és quan l'adult vol pervertir el nen fent-lo còmplice. Quan el nen pot adonar-se'n té repercussions molt greus per a la seva recuperació. Sentiments de culpa, complicitat, vergonya... compliquen la vivència. També és molt important quan i perquè s'acaba l'ASI. És força diferent que el menor hagi pogut desvelar-lo i/o apartar-se, que el fet que es deixin de produir perquè l'abusador ha buscat una altra víctima.

Per a fer el diagnòstic, especialment de l'ASI, dependrem de la col·laboració dels menors, i aquesta està interferida per molts factors. Un dels principals és la dificultat en la petita infància per reconèixer l'acció abusiva com anòmala. L'adult sap dissimular i vendre per bons els abusos, els que sovint, van acompanyats d'algun tipus de coerció.

Quan l'abús sexual ha estat comés per una persona del cercle de confiança del menor i especialment si no hi ha hagut violència explícita, el nen no s'adona que el que està vivint no és normal fins passat molt de temps. Els nens encara no saben distingir entre l'afecte i la perversió sexual. Quan finalment se n'adonen, ja no serà només el fet concret de l'abús el que els farà mal sinó també la pèrdua de la figura protectora. La confiança ha estat traïda i els serà molt difícil confiar novament en algú altre. (Royo, et al. 2008).

La Carla era atesa pels avis materns mentre els pares treballaven. A l'edat de 5 anys va fer una verbalització espontània mentre s'estava dutxant: "a l'avi li surt lleteta", fet que va alertar als pares sobre el que estava passant.

La nena estava molt enganxada a l'avi, qui la portava d'excursió, li feia regals... Per res la Carla podia pensar que els jocs que durant molt de temps l'avi feia amb ella eren un abús.

Malgrat l'ASI es va confirmar, l'àvia i els germans de la mare mai no van creure la versió de la nena. El resultat va ser que la família es va trencar, els

pares es van quedar aïllats i la Carla molt enfadada ja que no entenia perquè no podia veure a l'avi. Han hagut de passar 4 anys de teràpia perquè la nena compregui la situació d'una manera que no la retraumatitzi.

El procés de recuperació de l'ASI pot ser llarg i lent, particularment en aquells nens que han estat abusats crònicament a una edat primerenca. Aquests nens no tenen consciència de l'abús perquè gairebé no tenen idea del que és un no-abús.

El cas de la Carla exemplifica com l'ASI ha estat la seva experiència habitual, per tant el que l'abús ha significat per a ella ha estat força diferent del significat que ha tingut pels seus pares, i per això la Carla no entén les formes de protecció que aquests han establert.

Altres vegades els nens no parlen perquè l'abusador els imposa el silenci sobre l'abús. Silenci que es converteix en un secret compartit, on el nen és obligat a callar, per imposició de qui exerceix poder sobre ell, moltes vegades amb amenaces de dany cap a ells o els seus familiars, si parlés de l'abús.

Recuperant el "joc de l'Empar" de l'exemple anterior, aquest no es produïa només com un joc excitant que s'havia de mantenir al marge dels pares: "és un joc secret que no es pot dir als pares" com els deia la mestra, sinó també coaccionant als menors, com s'observa en la verbalització que un dels nens va fer durant una sessió de joc diagnòstic. En l'escena hi havien dos personatges que es besaven a la boca i el nen tot excitat va dir: "Me recuerda una señorita que había ayer que me besaba en la boca... que l'Empar me besaba en la boca y echaba pa fuera...". Dibuixa la mestra tot dient: "le voy a pintar las marcas, que es muy vieja... me pegaba y todo y yo le gritaba déjame... Al water nos apagaba la luz, llorábamos y nos cerraba la puerta y ¡castigados!. Hacía dos agujeros y mirábamos al centro de l'Empar... Se tocaba las tetas".

Alguns nens van començar a fer símptomes d'inquietud, ansietat, plors per anar a l'escola, etc. Concretament el nen de l'exemple, qui havia assolit el dibuix de la figura humana va deixar de fer-ho i només dibuixava el cap. Així com el seu nom que de cop va començar a escriure-ho a l'inrevés.

Aquest cas exemplifica alguns dels elements que s'acostumen a trobar en els casos d'ASI: l'adult que sedueix, manipula i coacciona als menors, la

simptomatologia que quasi sobtadament apareix en els nens, la dificultat dels nens per entendre el que passa i el desconcert que a tots provoquen aquestes situacions.

Per ajudar als menors a recuperar-se d'aquestes experiències tant perversament incoherents, crear un espai de confiança, privacitat i respecte, serà una de les primeres tasques a fer perquè puguin sentir-se, dins del que és possible, prou segurs per entrar dins del seu món emocional.

Per generar confiança és important respectar el temps del menor, valorant en cada moment les capacitats que té d'evocar i d'assimilar les seves vivències. De vegades les necessitats del cas o del servei on es treballa no permet tenir-lo, però l'experiència ens demostra que forçar la comunicació o la mentalització quan encara no estan preparats, pot obrir ferides i novament estaríem en la posició de "qui ha de tenir cura, és qui fa el mal". El mateix sistema d'atenció, de vegades, reobre ferides i cronifica el patiment, és el que es denomina victimització secundària.

De totes formes, la línia no és clara, de vegades justament per evitar la retraumatització trobem l'altra cara de la moneda, el que s'anomena col·lusió. És a dir, aliar-se inconscientment amb les defenses del pacient i passar de puntetes per sobre dels problemes sense mobilitzar res conflictiu. El repte doncs serà com ajudar-los respectant el seu ritme i capacitats per la mentalització sense envair ni col·lusionar, sinó trobant el punt que permeti al nen pensar sobre l'abús en proporcions que pugui manejar i digerir.

Els menors per sobreviure construeixen defenses envers el trauma i els seus efectes, durant el procés de diagnòstic és probable que les trobem en primer pla.

Algunes vegades es defensen negant, ja sigui per la creença que no passa allò que no es diu, o perquè temen que si parlen perdran el seu món. Molts nens que han fet la revelació de l'abús després ho neguen davant del daltabaix que es produeix a la família. Se senten culpables, tenen por a les repercussions i es desdiuen.

En altres casos mantenen la versió dels fets però les repercussions poden ser trencaments familiars (separacions, suïcidis...) el que augmenta la culpa del menor.

Pepe, és un nen de 3 anys, està molt del pare i rebutja sovint la mare. No presenta simptomatologia evident.

Durant una migdiada que Pepe estava fent amb el pare, la mare l'escolta cridar. Entra a l'habitació i els troba en una situació particular, el nen sense els pantalons està de peus en el llit, posant les mans al darrera i dient que el papà li fa pupa.

El pare comenta que estaven jugant i el nen replica que a ell no li agrada. La mare davant l'estranya situació decideix pel seu compte consultar a una unitat especialitzada.

El nen durant el diagnòstic verbalitza: "papá me ponía la pichi en el culete y me hacía daño".

A rel de confirmar-se l'ASI, els pares se separen. El nen pateix per la separació dels pares i, a l'igual que la nena de l'anterior exemple, no entén perquè no pot veure al seu pare.

En altres nens, no estarem davant d'estratègies defensives, sinó que el nucli traumàtic serà el centre del seu desenvolupament. (Fonagy, 2005). Són nens en els quals la intensitat, duració o precocitat dels fets, haurà desbordat la seva capacitat d'assimilació i l'estructuració de la personalitat quedarà compromesa.

Quan aquests nens, que no han pogut mentalitzar l'experiència de l'abús, és fan grans poden aparèixer sobtadament en la seva ment certes imatges o records –flash backs– com a restes de l'experiència viscuda, especialment en moments d'intensa emotivitat com són les primeres relacions sexuals, l'embaràs, en el transcurs de la teràpia, etc.

Aquests casos tenen pitjor pronòstic i malauradament, sense ajut, poden desembocar en el futur en trastorns de la personalitat, sovint del tipus límit (TLP), que es manifesten amb impulsivitat, dificultat d'establir vincles afectius profunds, problemes de la conducta alimentària, sexual, addiccions, manifestacions d'agressivitat inter i/o intrapersonal...

Carme és una dona adulta amb diagnòstic de TLP, abusada, entre els 3 i 5 anys per un tiet. Després de dos anys de teràpia recorda certs episodis. Per exemple una nit que, sense saber com havia arribat, es va despertar al llit del tiet. No pot recordar què va passar durant la nit i comenta: “no sé si estava dormida, drogada o en un altre lloc”.

Diagnosticar si les dificultats en connectar amb les vivències traumàtiques són part del sistema defensiu o s’ha produït una errada en l’estructuració del psiquisme, serà útil tant per al pronòstic com per pensar en les estratègies terapèutiques.

D’igual manera serà també bàsic distingir les defenses que estan al servei de la no mentalització de les que representen intents de superació del trauma. Alguns nens tenen una certa capacitat de “deixar de costat” el problema sense dissociar-ho, com una manera de sortir cap endavant.

Un cop fet el psicodiagnòstic, si es considera necessari i es dona l’oportunitat, seguirà el tractament. Seran objectius prioritaris seguir treballant el vincle segur amb el terapeuta i construir la confiança en un món no abusiu.

Els menors que han patit ASI necessiten saber si la persona que tenen al davant és fiable. Sovint posen a prova al terapeuta i de vegades a tot el sistema d’atenció al menor. Necessiten saber si el terapeuta podrà rebre la seva tendresa sense confondre-la amb sexualitat o si serà capaç de suportar el seu dolor, ràbia, empipament o impotència. Sentiments que acostumen a tenir els nens quan l’ASI s’està produint i no se’ls permet expressar-ho.

Els menors més que parlar, actualitzen i actuen en les sessions els sentiments que van viure durant els fets traumàtics. Des del punt de vista terapèutic, per elaborar aquests sentiments, és molt important parlar-ne, però es necessita alguna via més per modificar-los. Serà l’experiència emocional dins de la sessió, reconeixent i validant els afectes quan apareguin en la relació terapèutica i entenent-los com a repercussions emocionals de l’experiència abusiva, que el nen podrà comprendre’ls millor i trobar formes més adequades d’expressió del seu malestar. (Royo, et al. 2008).

La confiança no serà una qüestió fàcil. Malgrat tot –o justament per això–, es convertirà en un puntal de la relació terapèutica i en un indicador de la seva evolució.

Un altre punt important a tractar en la teràpia serà la relació de poder. L’abusador es mou fonamentalment pel desig de poder, per tant es d’esperar que en el vincle terapèutic també es manifestin aspectes vinculats a l’abús de poder que el nen ha patit. L’agressivitat, ja sigui per excés o per defecte apareixerà.

Per últim, en la relació terapèutica, serà també comú que aparegui la sexualitat. Els nens abusats han estat “violentats” en el seu despertar a la sexualitat i, quasi segur, observarem problemes a aquest nivell.

Es pot manifestar de part del nen una sexualitat precoç, confosa, sovint massa explícita amb conductes o coneixements sexuals inadequats per a l’edat i no serà estrany que contratransferencialment col·loquin al terapeuta en posicions compromeses en les quals els nens projecten l’impacte que van viure durant el temps de l’abús. En aquests moments del tractament es considera més útil mantenir un espai ferm de contenció de l’experiència que la interpretació de la projecció en la sessió dels seus sentiments i vivències.

Des de la perspectiva psicoanalítica i pensant en la prevenció, es valora la tendència humana a les repeticions. Per aquesta raó es considera que existeix un risc de què les actituds i models que aquests nens han viscut, sinó han estat elaborats, es repeteixin i es perpetuïn en el propi nen o de generació en generació, situació tristament coneguda per a qualsevol que estigui a prop d’aquests problemes.

Ens referim per exemple a mares de nens abusats que han estat de petites elles mateixes abusades, si no han pogut tractar l’ASI i aprendre a protegir-se, difícilment poden protegir als altres, com seria detectar-ho en els seus fills o reconèixer altres possibles situacions abusives.

Mònica, 10 anys, abusada pel pare des de petita, quan amb el temps descobreix que la mare havia estat també abusada pel seu propi pare, pregunta: “Es possible que això s’hereti?”.

Patir ASI en l’ambient de seguretat ofereix al menor un model de funcionament i relació patològics. Quan no hi ha hagut una suficient elaboració de la situació, es pot produir una identificació amb aquest model, la qual cosa seria una manera d’explicar la relació confosa i contradictòria que de vegades mantenen abusador i abusat al llarg de la vida.

Antonio és un home d'edat avançada, que va seguir un tractament per abusar de la néta. Durant les entrevistes vàrem conèixer que ja havia abusat de la filla –mare de la nena abusada – quan aquesta era petita. La filla s'excusava dient que malgrat deixava la nena als seus pares, no pensava que li pogués passar res ja que sempre estava la seva mare present. Ens preguntem, quina diferència pensava que hi havia ara en relació a quan ella era petita?

Tenint en compte el risc de les repeticions i pensant en la prevenció i la recuperació, part de la nostra tasca serà ajudar a comprendre les raons subjectives, internes (inconscients) que es posen en marxa per repetir conductes. (Jay Frankel, 2002 i Ferenczi, 1932).

A diferència d'altres tipus de violència, el nombre de menors abusats que repeteix l'abús és força baix, el que es dona amb més freqüència és la repetició del paper d'abusat. Un menor que ha patit abusos pot ser més vulnerable a d'altres tipus de violència.

Malgrat tot, encara que en baixa proporció, alguns abusadors joves han estat nens i nenes maltractats i abusats. En el 50% dels casos el primer abús es comet abans dels 16 anys. És una feina d'extraordinària importància ajudar aquests menors que han traspassat la línia. Els motius de la seva conducta són complexes, però si un menor abusa també és un menor en risc. Si són ajudats, mitjançant una relació terapèutica, a pensar sobre les conductes i les posicions que prenen, apareix l'esperança que es pot fer alguna cosa més que repetir models.

Un aspecte important a destacar és la repetició transgeneracional del trauma. La teoria sosté que quan en una generació alguna cosa no és parlada –per angoixa, vergonya, por– i queda com “indicible”, passarà a la generació següent com “innombrable” i a la tercera com “impensable”. Els records traumàtics abolits d'una generació **es converteixen en** records que poden retornar de diferents maneres i condicionar la repetició en les següents (Tisseron, et al. 1995).

Per últim, és molt útil valorar els aspectes sans, recursos i capacitats dels menors per a resistir amb suficient salut l'experiència de patir o haver patit l'ASI, tant en el diagnòstic pel seu valor pronòstic, com en la teràpia on tindrà un lloc destacat treballar el desenvolupament d'aquests factors com eina fonamental per a assolir una bona recuperació dels nens (Cyrulnik, 2002).

En aquesta línia d'esperança voldria acabar l'article amb unes paraules de Montxo Armendáriz, referint-se a les vivències que víctimes d'ASI li havien explicat al documentar-se per a fer la pel·lícula No tengas miedo, en la qual tracta el tema: “...historias de silencios, de culpabilidades, de manipulaciones y dependencias. Pero también de supervivencia, de lucha contra la adversidad, contra la humillación, contra el sometimiento”.

Álvarez, A.: *Una presencia que da vida*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1992.

Armendáriz, M.: Pel·lícula *No tengas miedo*. Oria Films, España, 2011.

Bollas, C.: *El trauma del incesto*. En: Fuerzas del destino. Bs. As.: Amorroutu, 1989.

Cyrulnik, B.: *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa editorial. Barcelona, 2002.

Ferenczi, S.: “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño”: *Obras completas*, Tomo I. Espasa Calpe, Madrid, 1932.

Fonagy, P.: “Attachment, trauma and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience”. Ponència presentada al 44º Congrés de la IPA. Rio Janeiro.

Jay Frankel, Ph.: “Explorando el concepto de Ferenczi de Identificación con el agresor. Su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica”: *Psychoanalytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives*. (12, 1: 101-139), 2002.

Natal, A.: “El maltractament infantil. Delicte o problema de salut?»: *Revista Catalana de Pediatria*, 2010.

Royo, R.: “Del silenci, paraules. El maltractament a la infància”: *Revista Aloma*. Facultat de Psicologia Blanquerna. N° monogràfic commemoratiu del 150 aniversari del naixement de Sigmund Freud. (p. 183-200), 2007.

Royo, R.; Arnau, C.; Gálvez, C.; Raïssa Llorca y Molina, J.: ““No puc confiar en tu” El vincle terapèutic en nens i adolescents víctimes de la violència”: *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol.XXV/2 Monogràfic: Violència i Identitat (pàg. 77-91) 2008.

Tisseron, S. y otros.: *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Bs. As.: Amorroutu, 1995.

Bibliografia