

LA INFANCIA: ENTRE EL SUJETO Y SU OBJETIVACIÓN

Childhood: between the subject and his objectification

Analía Beatriz Basualdo
analiabasualdo@yahoo.com.ar

Facultad de Psicología | Universidad Nacional de La Plata

El sujeto no es algo que pueda ser alcanzado directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte; por el contrario es aquello que resulta del encuentro cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto en juego... antes que ninguno el lenguaje.

Agamben, 2005.

Resumen

Frente a las distintas expresiones de lo disruptivo en la infancia, en la actualidad las primeras respuestas del escenario médico, social y educativo abundan en la psicopatologización, en la medicalización, en la institucionalización y en la judicialización de la infancia que, de manera espiralada, culminan en su “normalización” objetivándola.

Nos detendremos en un tema que interroga las múltiples intervenciones que dirigen su atención a un dato de nuestra época: el abuso sexual infantil (ASI). Resulta un significativo organizador que nos confronta con la reducción de una categoría al paradigma de evento traumático.

A partir de un bosquejo clínico, el presente recorrido intenta mostrar la manera singular de dar respuesta a lo traumático y a lo que un sujeto ha hecho a partir de eso. Veremos cómo, frente a lo disruptivo y más allá de la objetivación que las categorías intentan cautivar, lo singular nunca será apresado en protocolos vigentes.

Palabras claves: infancia, abuso, objeto, sujeto

Abstract

In the face of the different expressions of the disruptive in childhood, today the first answers of the medical, social and educational scenario abound in the psychopathology, medicalization, institutionalization and child rearing, which spirally culminates in its "normalization" objectifying it. We will dwell on an issue that questions the multiple interventions that focus their attention on a data of our time: child sexual abuse. The A.S.I is a significant organizer that confronts us with the reduction of a category to the traumatic event paradigm. From a clinical outline, the present review tries to show the unique way of responding to the traumatic and to what a subject has done from that. We will see how, as opposed to the disruptive, and beyond the objetivation that the categories try to captivate, the singular will never be captured in current protocols.

Keywords: childhood, abuse, object, subject

1. Introducción

Asistimos a un mundo globalizado cuyos nuevos paradigmas denuncian en una urgencia desmedida la cancelación inmediata de cualquier signo de malestar subjetivo. En este proceso, el campo de la salud mental resulta la expresión indiscutible de la discrepancia entre subjetivación y objetivación.

Frente a las distintas expresiones de lo disruptivo en el campo infantil actual, las primeras respuestas del escenario médico, social y educativo abundan en la psicopatologización, en la medicalización, en la institucionalización y judicialización de la infancia que, de manera espiralada, culmina objetivándola en su normalización.

Para algunos autores (Stolkiner, 2012) la psicopatología puede ser una herramienta útil para los procesos terapéuticos, sin embargo, reconocer el padecimiento subjetivo no agota su expresión. El sufrimiento padecido por la estigmatización de los cuadros psicopatológicos no es inherente a ninguna "enfermedad", en tanto no se reduce a ella y excede el encuadre psicopatológico. El padecer recibe, desde el campo ontológico, un constructo que lo nombra como una característica intrínseca a la persona, quedando reducida la categoría de sujeto.

Nos detendremos en un tema que interroga las múltiples intervenciones que dirigen su atención a un dato de nuestra época: el abuso sexual infantil (ASI). Resulta un significativo organizador que nos confronta con la reducción de una categoría al paradigma de evento traumático. A partir de un bosquejo clínico, el presente recorrido intenta mostrar la manera singular de dar respuesta a lo traumático y a lo que un sujeto ha hecho a partir de eso. Veremos cómo, frente a lo disruptivo y más allá de la objetivación que las categorías intentan cautivar, lo singular nunca será apresado en protocolos vigentes.

En este marco, nos interesa señalar el trabajo clínico realizado en el contexto del proyecto de investigación "ACCIÓN INFANCIA Y SALUD MENTAL" desarrollado de manera integral entre la cátedra de Psicopatología II y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), institución pública que aborda las presentaciones actuales del malestar en la infancia.

2. Stress pos-traumático: paradigma del trauma

Se ha vuelto un lugar común hablar de ASI como suceso traumático junto a un uso banal de conceptos aplicados a la clínica. Una lectura rigurosa, si bien excede el alcance de este recorrido, nos exige examinar algunas líneas doctrinales.

En la descripción del ASI, cuando se examina desde el punto de vista del *stress* que los eventos traumáticos producen en los sujetos, los aportes tanto teóricos como clínicos resultan de una extensión amplia y condicionada por el uso de términos tan heterogéneos como inespecíficos. El paradigma centrado en considerarlo como un evento traumático (Bados López, 2006), se establece entre diversas nociones de sucesos traumáticos experimentados directamente y se extienden desde el combate militar, los ataques personales violentos, ser secuestrado, ser tomado como rehén, los ataques terroristas, las torturas hasta los campos de concentración y los desastres naturales, entre otros. Y en el caso de los niños, los sucesos traumáticos sexuales pueden incluir las experiencias evolutivamente inapropiadas sin amenaza, violencia o daño.

Cada uno de los sucesos expresa que, dada la intensidad extrema de un acontecimiento dañino repentino, se producen una serie de fenómenos clínicos que se manifiestan en una pérdida de control de las repues-

tas emocionales y cognitivas. El suceso traumático se sigue viviendo en pensamientos, en sueños y en emociones como una realidad presente.

En este sentido, resulta significativo la ausencia de criterios específicos del ASI que se traducen en ciertas manifestaciones sintomáticas que abarcan desde cambios de conducta, fobias diversas, fugas hasta tendencias suicidas, es decir, la sintomatología se encuentra en cualquier *stress* post-traumático.

Las presentaciones actuales de la Academia Americana de Pediatría ambicionan mostrarlo como un verdadero cuadro clínico estrechamente vinculado a un único factor etiológico: el hecho abusivo. Se trata de situaciones padecidas por niños y denunciadas por adultos como traumáticas. Las normativas en cuanto a los criterios protocolizados están referidas a representaciones gráficas que muestran actos sexuales, a relatos que aluden a cambios repentinos de la conducta, a conciencia súbita y precoz de los órganos genitales, cambios en los hábitos del dormir, pesadillas y temores a personas y/o lugares.

El reduccionismo se centra en curar *lo traumático* con una nominación que homogeniza todas las respuestas, el síndrome post-traumático que fija para todos cuáles son los síntomas a partir de ese diagnóstico, cuáles son los criterios para su obtención y su perdurabilidad, así como su pronóstico.

3. La sexualidad infantil y lo traumático

Guiados por la pluma de Sigmund Freud, advertimos que la novedad de su descubrimiento radica en demostrar que la sexualidad es constitutiva del ser humano. La consideración del trauma vinculado a lo sexual obtiene toda su valoración al encontrar en la sexualidad infantil su sustrato material. Al restituir a la infancia un lugar distinto al del prejuicio moralizante, Freud en su recorrido inmejorable de *Tres Ensayos de Teoría Sexual* ([1905]1992) barre con significaciones normativas y angelicales sobre el niño. La existencia de la sexualidad infantil objeta las perspectivas ingenuas y románticas de la inocencia infantil que lo situaban como un ser a-sexuado, incapaz de desear o de orientarse bajo sus activas determinaciones pulsionales. El autor señala una economía libidinal al destacar un exceso de excitación, algo que no tomara del lenguaje la riqueza de su articulación.

4. Perspectiva discontinuista del trauma

La indicación de Freud abre una vía de análisis posible sobre el ASI, donde el acontecimiento que llamamos traumático y sexual debe ser leído a partir de un momento lógico anterior, un trauma originario relacionado con la irrupción de lo real. Lo real que no es la realidad, lo real como el nombre que se le adjudica a la satisfacción mortífera-sexual de la pulsión.

Desde sus primeros *Escritos sobre la Histeria* ([1893]1995) se refiere a que una vivencia sexual acaecida en la infancia resulta imposible de ser asimilada, reabsorbida en el interior del aparato psíquico del *infans*, dado que éste no cuenta con recursos psíquicos para responder a ese exceso experiencial. Es necesario aclarar que, a tal vivencia, se suma un segundo acontecimiento sobrevenido en época puberal, que entra en conexión asociativa con el primer suceso, reprimido y, por ende, olvidado.

El concepto de traumatismo sexual a partir de Freud se organiza en dos tiempos y establece entre ellos la lógica del efecto póstumo del trauma que leemos como resignificación. Desde esta perspectiva discontinuista en el abordaje del trauma, para que una escena abusiva se transforme en traumática y pueda ser intervenida, debe acompañarse de un segundo momento que despierta la huella del evento pretérito resignificandola como tal, es decir otorgándole la coloración sexual. No se trata de una simple rememoración de lo vivido pues ello está, a la representación en palabra, perdido.

Como vemos, nos encontramos muy lejos de explicar el trauma por la relación del sujeto con la realidad fáctica. Se complejiza el concepto de trauma que Freud se esmera en no hacerlo depender de los acontecimientos accidentales, para hacer entrar a jugar la noción de trauma psíquico, como algo que organiza lo vivo, algo previo que instituye la existencia.

El trauma del que nos ocupamos corresponde al traumatismo que lo sexual imprime al sujeto humano, desprovisto de un aparato que reabsorba esa dimensión pulsional.

5. Lo que la clínica nos enseña

El empuje a hablar y su fracaso

Una niña de 10 años es abusada por su padre biológico en el marco de las visitas pautadas vía judicial a partir de la separación de sus padres.

Luego de la revelación, se inicia un proceso jurídico-penal que culmina en una demanda de tratamiento psicológico para la niña:

[...] mi mamá estaba muy mal, no podía creer lo que había pasado y llorando me pedía que fuera a la psicóloga [...] No recuerdo casi nada de aquellas entrevistas... enseguida deje de ir [...] Yo no quería ir... pero me convenció mi mamá, insistía mucho en eso (s/d).

La urgencia materna y un forzar a hablar de lo padecido en esta niña a quien designamos "M", redobla y replica la posición de objeto que sufriría frente al goce paterno. Este *empuje a hablar* de lo traumático, sin la correlativa elección por parte de ella, se expresa en las escasas entrevistas mantenidas en aquel momento y en un desgano generalizado en aumento que puso fin a ese intento fallido de psicoterapia.

En la búsqueda de la verdad fáctica, el niño es acosado y re-victimizado en maniobras que no miden las consecuencias de esa exposición y provocan efectos adversos. El significante "víctima" tiende a cristalizarse una vez que se pierde el derecho al anonimato y se congela en esa posición. Los múltiples discursos (jurídico, psicológico, médico) que operan para dar lugar a ese sujeto aniquilado por la historia del abuso, paradójicamente cancelan en su propio ejercicio la dimensión subjetiva. Discursos del poder y del saber (sobre todo acerca de la sexualidad y del bien) se cristalizan de la forma más conveniente allí donde son hablados: en las instituciones. Desde aquellas que reciben al niño como también aquella compleja institución que se mantiene entre los muros y cuyo nombre es "la familia". Lo sexual aparece, entonces, como una de las múltiples caras del abuso.

El segundo tiempo: el sujeto por fin cuestionado

Recibimos a M. en una institución pública dos años después de sucedido el episodio abusivo y de aquel furtivo tratamiento. Esta vez, es ella quien elabora un pedido de entrevistas psicológicas y nos dice:

Hace tres semanas yo le dije a mi mamá que quería ir a hablar con un psicólogo. Fue cuando empezaron a presentarse unas imágenes que ya no puedo evitar que aparezcan... antes yo me había olvidado de lo que me pasó, pensaba en otra cosa para calmarme... ahora, no sé por qué, pero empecé a recordar y no puedo hacer lo que hacía antes para olvidarme... vine para hablar de lo que me pasa y que me puede decir usted (s/d).

En *Los signos del Consentimiento* (Miller, 1985) hallamos la referencia teórica de lo que la clínica nos enseña en la viñeta seleccionada. La espera del signo según el cual un niño dice "sí" o dice "no", acepta o rechaza su consentimiento, habilita, no sólo el inicio de un tratamiento, sino también su palabra y hacia quien será dirigida.

Pasaron dos años para que M. demande un espacio para hablar y desvíe con ello la dirección que tomo la urgida -y por eso fallida- demanda materna. Un silencio que le permitió reconducir su posición inicial, aquella que la dejaba en una espera de algo que no había terminado de ocurrir. El precipitado furor por atender al trauma, según rezaba el imperativo materno, canceló ese primer momento que M. demandaba silente, para consentir sobre su decir, en términos de responsabilidad subjetiva.

La anuencia de la niña es ilustrada también en la frase de M. al solicitar por primera vez a su madre "quiero ir a hablar", pedido directo que nos señala como analistas en la recepción de sus dichos. Nuestra aceptación también ratifica el pedido de un niño cuya decisión lo constituye en actor de su palabra. El consentimiento se expresa también, si seguimos al autor, en *un querer ser paciente* bajo los distintos modos discursivos en que haga su aparición.

M. ha consentido su relato y describe en toda su extensión, en términos freudianos, la enfermedad en sentido práctico, se queja de una ideación parasitaria, cuya fuerza pulsional no obedece a la razón y le interfiere en su quehacer habitual. Los índices de su división subjetiva están exhibidos, así como también su transferencia positiva a lo psicológico, de donde espera un saber para ser asistida. M. trae ahora un síntoma bajo la modalidad de la compulsión, una formación de compromiso que se construye en un segundo tiempo, dos años después de ocurrido el hecho abusivo.

Que el sufrimiento tenga conexión con la causalidad traumática obedece a la elaboración de un saber sobre la opacidad del trauma. Un trabajo de resignificación que permanece a la espera, a veces bajo el señuelo del silencio y viene a revelarnos que, sólo la inclusión del sujeto en una secuencia significativa, completa la historia de lo acontecido.

Retomemos a M. en un momento de su recorrido que se conservó en el tiempo y le permitió interrogar su posición de cara a sus dichos:

(...) me acuerdo que mi hermana me había dicho la noche que pasó eso que no me quede con mi papá, que me vuelva con ella... yo no le hice caso... pensaba que tenía que cuidar a mi papá...él andaba con amigos raros, yo tenía miedo que se drogara, que se emborrachara (s/d).

Si aceptamos en llamar *posición subjetiva* a la relación del sujeto con su propio decir, es en tanto el sujeto puede rechazar o consentir aquello que sus dichos representan (Miller, 1985): "yo pensaba que lo podía ayudar, que él necesitaba ayuda... pero en realidad, no sé por qué creía en eso..." dijo M.

Nos resulta muy instructivo constatar con el autor que, si bien toda demanda se despliega en la dimensión de la represión sobre el "no querer saber nada", en esta niña se ratifica la posición subjetiva sobre el plano de un saber supuesto. Dicha posición, se capta en los enunciados bajo la forma de un "no sé", un saber potencial que el analista tratará de hacer virar hacia la noción de lo que *hay por saber* (Miller, 1985). Desvío que dio lugar a otro momento de escansión subjetiva muy importante: "mi papá es un pobre infeliz ... ahora me pregunto por qué me quedé esa noche". Valioso testimonio que pone en valor ese lugar de sujeto supuesto al saber, en tanto el lugar del Otro puesto en suspenso. El Otro en tanto la otra escena freudiana, lugar del inconsciente que cada uno hace existir y tiene responsabilidad en eso. Se trata de saber qué hace con lo que advirtió sobre la causalidad que la determina...

6. Para concluir

Entre aquel primer tiempo brutal por su efecto sorpresa y las consecuencias que va a tener para cada cual, se encuentra el inconsciente de cada sujeto que impide hacer equiparables las respuestas que habrá para cada caso. Es decir que, el peligro exterior, está filtrado, paliado, modulado necesariamente por el peligro interior, tal como nos enseña Freud.

Desde la posición inicial de objeto gozado por el otro, amedrentado, aterrorizado por el ejercicio de la violencia sobre su cuerpo y sin su consentimiento, M. ha sido incluida en un trabajo de tratamiento de lo real en juego en su satisfacción pulsional. Ese recorrido, es lo que permitió el establecimiento de una pregunta sobre su deseo que la interroga en su elección: "por qué me quede esa noche". Su trabajo en entrevistas per-

mitió avanzar respecto de esa determinación subjetiva mortífera que la empujó a quedarse en casa de su padre en el lugar de irse.

En esta dirección pretendimos expresar que la noción de sujeto no se constituye en la objetividad, no se deduce de descripción alguna sobre las conductas del sujeto. Somos testigos de cuál es el sentido que dicho sujeto acuerda a lo que hace, incluso a lo que dice y es eso lo que justifica el término de sujeto, si presume la singularidad que allí se encuentra y en qué proporciones lo pone en juego en el análisis.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2005). *Profanaciones*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Bados López A. (2006). *Trastorno por Estrés Postraumático*. España: Universitat de Barcelona.
- Freud, S. ([1893]1995). "Escritos sobre la Histeria", Tomo II. En *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Miller, J. A. (1985). "*Los signos del consentimiento*" en Salman, S. (comp.) *Psicoanálisis con Niños. Los fundamentos de la práctica*. Buenos Aires: Praxia Grama.
- Stolkiner, A. (2012). "Infancia y medicalización en la era de 'la salud perfecta'". En *Propuesta Educativa*, 21 (37), pp. 28-38. Recuperado de <http://www.propuestaeducativa.flacso.org.ar/archivos/dossier_articulos/62.pdf>

Acerca de la autora

Analía Beatriz Basualdo es licenciada en Psicología, especialista en Clínica Psicoanalítica con adultos. docente de la cátedra de Psicopatología II de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y codirectora de diversos proyectos de Extensión Universitaria. Además, es miembro del equipo técnico del Servicio de Atención Terapéutica Integral, especializado en la atención de menores que han sufrido prácticas abusivas sexuales, área dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano de la provincia de Buenos Aires y supervisora clínica externa para profesionales que realicen actividades clínicas en abuso sexual infantil en dependencias públicas de la Secretaría de Niñez y Adolescencia.

Anteriormente, fue residente del Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Taraborelli" (Necochea, provincia de Buenos Aires) y realizó una pasantía internacional en el Centre Hospitalier Paul Guiraud Villejuif, en París, Francia.