



**UNIVERSIDAD
ALBERTO HURTADO**

Facultad de Psicología

Magíster en Psicología Clínica, Trauma y Psicoanálisis Relacional

LA NIÑA QUE CUIDA
TRAUMATIZACIONES EXTREMAS: EL RECONOCIMIENTO
Y SU CONTRIBUCIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica.
Trauma y Psicoanálisis Relacional

PAMELA CÁCERES MEZA

Profesora guía:

Margarita Díaz Cordal

Santiago, Chile

28 de Septiembre de 2015

*Leer es cubrirse la cara, pensé.
Leer es cubrirse la cara. Y escribir es mostrarla.*

Alejandro Zambra, 2011

Formas de volver a casa

Con amor infinito, para Javiera e Ignacio.

a g r a d e c i m i e n t o s

Agradezco en mi primer lugar a mi paciente, sin su generosidad y sin el recorrido que hemos hecho juntas esta tesis no hubiera sido posible.

A todas mis profesoras del Magíster que han hecho amable y amoroso el camino hacia el psicoanálisis.

A Margarita Díaz, profesora y supervisora, por su apoyo persistente y por ayudarme a ver lo que no veía y cambiarme el ojo.

A mis hijos, por el tiempo irrecuperable que mi estudio tardío les ha quitado.

A Alejandro, mi marido, que con su amor y paciencia tanto ha hecho posible.

ÍNDICE

Resumen	iii
Introducción	1
I. Contexto socio-histórico	4
1.1 Antecedentes del trabajo con víctimas de violaciones a los Derechos Humanos en Chile	8
II. Marco teórico	13
2.1 Acerca del psicoanálisis relacional	15
2.2 Perspectiva relacional del trauma	18
2.2.1 Disociación normal y disociación patológica	30
2.3 Clínica del trauma relacional	38
2.3.1 <i>Enactment</i>	39
2.3.2 Mentalización	47
2.3.3 Reconocimiento como eje de la construcción de sujetividad	51
2.3.4 Autodevelación	56
2.3.5 Saliendo de la disociación: elaborando el <i>enactment</i>	65
2.4 Trauma político	66
2.4.1 Modelo de traumatización extrema de ILAS	68
2.5 Transmisión transgeneracional del trauma en contextos de traumatización extrema	74
III. Marco metodológico	83
3.1 Estudio de Caso Clínico	83
IV. Presentación del Caso Clínico	88
V. A modo de conclusión	114
Referencias bibliográficas	125

R E S U M E N

A través de la presentación y análisis de un caso clínico, esta investigación analiza los efectos de la transmisión transgeneracional de eventos traumáticos originados en el contexto de la violencia política ocurrida en Chile durante la dictadura y su impacto en la construcción de subjetividad en la segunda generación. Se revisa el concepto de trauma desde la perspectiva del psicoanálisis relacional, así como conceptualizaciones desarrolladas respecto al trauma político. Asimismo, se discuten aportes teóricos que permiten la comprensión de la transmisión transgeneracional del trauma y desarrollos teóricos relacionados con la clínica del trauma relacional. Se consideran específicamente las nociones de *enactment* y reconocimiento como eje de la construcción de subjetividad.

Palabras clave:

Traumatización extrema, reconocimiento, subjetividad, *enactment*.

A B S T R A C T

Through the presentation and analysis of a clinical case, this research examines the effects of intergenerational transmission of traumatic events arising in the context of political violence occurred in Chile during the dictatorship and its impact on the construction of subjectivity in the second generation. The concept of trauma is reviewed from the perspective of relational psychoanalysis and conceptualizations from the perspective of relational psychoanalysis, as well as conceptualizations regarding the political trauma are developed. Theoretical contributions that allow the understanding of intergenerational transmission of trauma and theoretical developments related to the clinic of relational trauma are also discussed. Specifically the notions of enactment and recognition are considered as pillars of the construction of subjectivity.

Key words:

Extreme traumatization, recognition, subjectivity, enactment.

INTRODUCCIÓN

El largometraje “El edificio de los chilenos” -de la directora chilena Macarena Aguiló- y la obra de teatro “El año en que nací” - protagonizada por chilenos y dirigida por la argentina Lola Arias- que casi por casualidad vi el año 2011 y 2012 respectivamente, gatillaron en mí la idea de la presente tesis y me impulsaron a atreverme a pensar en este trabajo.

Estas manifestaciones culturales -que expresan el impacto de la violencia política en primera persona- podrían haber pasado rápidamente por mi cabeza y perderse en el mar de las notas olvidadas que todos tenemos, de no haber sido por el guiño que le hicieron a algunos eventos de mi propia biografía.

Hasta los ocho años viví con mis padres y mis hermanos en una casa ubicada en un apacible sector de Santiago. Como para muchos otros chilenos, la apacibilidad se rompió bruscamente el 11 de septiembre de 1973. El golpe obligó a mis padres a salir al exilio, iniciándose éste para ellos -y por consiguiente para nosotros sus hijos- el mismo 1973.

Cuando volví a Chile, tenía nacionalidad española, diez años de vida en cinco países compartiendo con gente amable y solidaria, hablaba tres idiomas y había estado en doce colegios.

“El edificio de los chilenos” y “El año en que nací” son obras creadas, protagonizadas y escritas en primera persona por jóvenes que, podríamos decir, no sufrieron directamente la violencia política. Sin embargo, y aunque suene paradójico, sí la vivieron: lo que les tocó vivir en sus primeros años a raíz de las vivencias de traumatización extrema de sus padres marcó, sin duda, la construcción de su propia subjetividad, y actuó como motor, impulsor o gatillador de las mencionadas expresiones culturales.

Estas expresiones culturales expresan la certeza de que lo traumático no termina con la generación directamente afectada, y evidencian la necesidad de reconocimiento de lo ocurrido en un espacio más amplio como un modo de construir-se y constituirse como sujeto.

La pertinencia de esta investigación se relaciona con que, a pesar de los cuarenta años transcurridos desde el golpe militar ocurrido en nuestro país, en la práctica clínica constatamos que los efectos de la violencia política aún son visibles no sólo en la generación que vivió directamente la violencia política sino también en sus hijos y nietos.

Las referencias que hice a las expresiones culturales -largometraje y obra de teatro- y a un tramo de mi biografía, me permitieron acercarme al tema de la presente tesis: los efectos de situaciones de traumatización extrema en la segunda generación. Así, la pregunta que guía esta investigación es la siguiente: ¿qué efectos tiene en la construcción de la subjetividad de la segunda generación la situación de traumatización extrema de la que fue víctima la primera generación?

El presente estudio se enmarca en la perspectiva psicoanalítica, específicamente en el psicoanálisis relacional, y se basa en la presentación de un caso clínico cuyo análisis permite reflexionar sobre la pregunta planteada. Asimismo, la pregunta planteada guió la revisión teórica.

I. CONTEXTO SOCIO - HISTÓRICO

El último tercio del siglo XX en América Latina destacó por la violenta caída de los regímenes democráticos a mano de dictaduras que se caracterizaron por la sistemática violación a las libertades y derechos humanos (Rebolledo, 2006).

En Chile, el golpe de estado ocurrido el 11 de septiembre de 1973, originó un quiebre institucional que provocó la destrucción del Estado de Derecho que existía y el inicio de una dictadura cívico-militar que se prolongó hasta 1990.

Torturas, secuestros, desapariciones, ejecuciones, exilios, relegaciones, amedrentamientos y allanamientos masivos formaron parte de la política represiva de la dictadura militar. Esta política estuvo acompañada de múltiples y sofisticados métodos de ocultamiento y silenciamiento de lo ocurrido con las víctimas; las autoridades negaban sistemáticamente los hechos y/o entregaban información falsa a las familias de los detenidos. Operó en el país una fuerte censura a la prensa y a los demás medios de comunicación, y a nivel internacional, el gobierno negó los abusos y entregó versiones falsas a los organismos de Derechos Humanos (Rebolledo, 2006).

Con la recuperación de la democracia en marzo de 1990, se inician en nuestro país acciones tendientes a clarificar y reconocer las violaciones a los Derechos Humanos cometidas en el período de dictadura por agentes del Estado.

Durante el gobierno de Patricio Aylwin se crearon dos comisiones encargadas de la investigación de las violaciones de los derechos humanos. La primera, **Comisión de Verdad y Reconciliación**, creada en 1990, debía esclarecer los hechos y sugerir medidas de reparación y prevención. De esta manera, se buscaba “establecer la verdad de lo ocurrido y hacer justicia en la medida de lo posible” (Aylwin, 1990), “donde la verdad se transforma en un sustituto social de la justicia” (Reyes y Juricic, 2000, p. 17). Esta comisión fue presidida por el jurista y político Raúl Rettig, razón por la cual se le conoce como **Comisión Rettig** y su resultado como *Informe Rettig*.

Posteriormente, en 1992, se creó la **Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación** que tenía, como una de sus tareas, calificar la posible condición de víctimas de aquellas personas respecto de las cuales a la Comisión Rettig no le fue posible formarse convicción o cuyos casos no alcanzó a examinar por falta de antecedentes suficientes.

La **Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación** recibió 1.200 denuncias, de las cuales 899 fueron consideradas como casos de

violaciones a los Derechos Humanos, los que sumados a los casos calificados por el *Informe Rettig*, da un total de 3.195 casos calificados. Los resultados del trabajo de la **Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR)** quedaron plasmados en el *Informe sobre Calificación de Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y de la Violencia Política*.

Una década después, el año 2003, en el gobierno de Ricardo Lagos, se crea la **Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (CNPPT)**, cuyo objetivo era suplir las carencias de la *Comisión Rettig* que sólo pudo pronunciarse sobre los detenidos desaparecidos y sobre quienes habían muerto a manos de agentes de Estado durante la dictadura. Las torturas y prisiones no habían sido contempladas. Esta Comisión, presidida por monseñor Sergio Valech y llamada por lo mismo *Comisión Valech*, plasmó sus resultados en el *Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura*.

El año 2010, siete años después, la presidenta Michelle Bachelet crea la segunda *Comisión Valech*, llamada oficialmente **Comisión Asesora Presidencial para la Calificación de Detenidos Desaparecidos, Ejecutados Políticos y Víctimas de Prisión Política y Tortura**. El trabajo de investigación de esta Comisión se plasmó en un segundo informe de la *Comisión Valech* (2011). En él se establece que Chile reconoce oficialmente un total de 40.018 víctimas, cifrando en 3.065 los muertos y desaparecidos.

Para Faúndez y Cornejo (2010):

La importancia fundamental de la CNPPT es que finalmente, después de 30 años de ocurrido el golpe militar chileno, otorga un reconocimiento oficial a la aplicación masiva y sistemática de la tortura, fenómeno que continuó silenciado tras el término de la dictadura, tanto por la estructura política heredada que perpetuó la impunidad, como por el temor de las víctimas y sus familias, y el desinterés, la incredulidad y la negación por parte de la sociedad. (p. 33)

Lira (1990) señala que el impacto traumático de la tortura está dado, por el impacto sorpresivo e inesperado de las múltiples amenazas vitales, y por la consecuente desorganización experimentada por los sujetos, familias y grupos sociales.

El periodo de dictadura en nuestro país, se caracterizó por la utilización de diversas acciones represivas, generando un efecto aterrador sobre los afectados, sus familiares, organizaciones políticas y sobre toda la sociedad. La dictadura militar asumió e intervino la totalidad de los poderes del Estado y también las organizaciones sociales. Las desapariciones forzadas, los fusilamientos y ejecuciones tanto colectivas como individuales afectaron a un número importante de dirigentes de determinadas colectividades políticas y miles de chilenos se vieron forzados a salir al exilio para proteger su vida (Reyes y Juricic, 2000).

Recién recuperada la democracia, las palabras “superar los agravios del pasado, reparar las ofensas, borrar las sospechas, desvanecer las desconfianzas” pronunciadas por el Presidente Patricio Aylwin (1990) al comenzar el período ordinario de sesiones del Congreso Nacional, identifican a Chile como un país fracturado y reconocen la experiencia de las víctimas como un proceso traumático no sólo para las víctimas, sino para la convivencia nacional.

Reyes y Juricic (2000) señalan que:

De esta manera, se comienza a enfatizar que los efectos traumáticos producto de las violaciones a los derechos humanos se pueden identificar no sólo en las víctimas sino también en la sociedad en su conjunto. Lo anterior conlleva necesariamente a comprender este período traumático como un proceso donde sus efectos se han instalado en las relaciones sociales. (p. 16)

1.1 Antecedentes del trabajo con víctimas de violaciones a los Derechos Humanos en Chile

A raíz de las violaciones de los DDHH ocurridas en nuestro país a partir de 1973, más de un centenar de terapeutas trabajaron con personas víctimas de violación de los Derechos Humanos en distintas instituciones, las que fueron surgiendo casi espontáneamente como un

modo de responder a la realidad social que se vivía. Se crearon organismos destinados a denunciar la represión y a dar el seguimiento legal que permitiera esclarecer los abusos cometidos.

A fines de 1973, se forma el **Comité Pro Paz**, organismo ecuménico encargado de apoyar en lo penal y social. Al poco tiempo, éste da lugar a la **Vicaría de la Solidaridad**, formándose a fines de 1974 el equipo de salud que funcionaba en policlínicos territoriales. En 1975 se crea la fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas, **FASIC**, donde se entrega atención legal y social. Hacia 1977 ya funcionaban plenamente los equipos interdisciplinarios de salud mental de la Vicaría y del FASIC.

El gran desafío teórico-práctico de los/as terapeutas que formaron parte de estos equipos, tuvo que ver con el desarrollo de herramientas terapéuticas que pudieran responder a las necesidades de las víctimas. Los modelos teóricos aprendidos no eran suficientes y la realidad estaba fuera de los parámetros conocidos, de modo que, progresivamente, fue necesario ir articulando nuevas y distintas formas de aproximarse a la realidad.

El primer elemento terapéutico lo constituyó la *desprivatización de la experiencia* a través del testimonio, el cual se grababa como evidencia de la situación represiva. Esta grabación en sí cumplía una función terapéutica al transformar lo que se vivía privadamente en una

experiencia compartida, contribuyendo así al necesario reconocimiento del daño por parte de otros.

Los equipos de salud mental van estableciendo como pilares del trabajo terapéutico la denuncia, la investigación y el tratamiento, elementos que quedan unificados con el método testimonial *desprivatización de la experiencia*.

Con el apoyo de la comunidad internacional, a comienzos de los años 80, se forman nuevas instituciones, desarrollándose en esta década un amplio equipo de terapeutas que trabajaba en la asistencia de las víctimas y en la creación de nuevos cuerpos teóricos y prácticos.

En 1980 se crea la fundación Protección a la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia **-PIDEE-** organismo que se dedicó a trabajar con niños/as en una labor multidisciplinaria, ofreciendo atención pediátrica, escolar, social, legal, psiquiátrica y psicológica.

A comienzos de la misma década, se forma la Corporación de Promoción y Defensa de los Derechos del Pueblo, **CODEPU**, que brinda asistencia legal y social, ampliándose al trabajo en salud física y mental un par de años más tarde. Paralelamente al trabajo de asistencia que otorgaban en su sede, el equipo de CODEPU realizaba asistencia en las cárceles.

En 1986 se crea el Centro de Investigación y Tratamiento del Strés, **CINTRAS**. El equipo de este centro jugó un importante rol en la investigación y en el pensar terapéutico, desarrollando, además, un amplio trabajo terapéutico con filiales en provincia.

En 1988 se forma el Instituto Latinoamericano de Salud Metal y Derechos Humanos **-ILAS-** formado por psicólogos/as y psiquiatras que habían trabajado en el equipo de salud mental del Fasic. Como institución, han continuado realizando atención terapéutica hasta hoy y han desarrollado una importante labor en la creación de conocimientos para entender y ayudar a quienes han sufrido la traumatización extrema.

Quienes habían sido directamente afectados generaron agrupaciones como la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos, Agrupación de Familiares de Ejecutados Políticos, Agrupación de Familiares de Presos Políticos.

Estas iniciativas lograron paliar en parte los efectos de la violencia represiva, ya que los organismos de derechos humanos muchas veces funcionaron en forma aislada del resto de la sociedad, generándose una división entre los dañados o afectados, y los “no dañados”, como si no hubiera sido la sociedad toda la dañada.

Lira (1996, citada en Reyes & Juricic, 2000) señala que el carácter traumático de la violencia política hizo que sus consecuencias se prolongaran en la vida de los sujetos y de sus familias mucho más allá del fin de la tortura misma y que se produjeran efectos psicopatológicos en los individuos, en sus familias y en sus grupos sociales de pertenencia, que no eran necesariamente inmediatos a la situación padecida.

II. MARCO TEÓRICO

*“Aquellos que se callan en la primera generación,
la segunda lo lleva en el cuerpo...”*

Françoise Dolto

El marco teórico que guía la presente investigación se basa en los postulados del psicoanálisis relacional, el cual se desarrolla a partir del quiebre de la hegemonía del psicoanálisis clásico y se presenta como una nueva integración de conceptos y perspectivas psicoanalíticas ofreciendo una alternativa a la teorización psicoanalítica clásica. El término exacto *psicoanálisis relacional* surgió por consenso en una reunión de un pequeño grupo de analistas guiados por Stephen Mitchell. El nombre fue elegido por dos razones: representaba en forma clara la idea de que la mente humana, su desarrollo normal, la patología y el proceso de crecimiento terapéutico, están configurados relacionalmente -punto de vista central que unía a ese grupo de analistas- y, al mismo tiempo, el término no era tan específico conceptualmente como para transmitir la vinculación a un conjunto determinado de ideas (Bromberg, 2011). Aron (1996) señala que a mediados de la década de los '80, el término “relacional” comienza a usarse en forma explícita y deliberada para referirse a un nuevo movimiento dentro del psicoanálisis que era contrastado con la teoría y técnica clásica. Benjamin (1998) potencia esta idea planteando que

psicoanálisis relacional no quiere decir que el punto de vista intrapsíquico clásico ya no tenga valor. La autora sostiene que las posiciones intrapsíquica e intersubjetiva no pueden excluirse ni prescindir la una de la otra, sino que en la perspectiva relacional éstas se articulan y se incluyen.

Stephen A. Mitchell (1988) afirma que en las últimas décadas hemos asistido a una transformación de las ideas psicoanalíticas, y en la actualidad, las influencias más importantes para la elaboración de las teorías y la práctica clínica no derivan del modelo de las pulsiones.

Aclara que:

Algunos de estos aportes provienen de autores que en general permanecen fieles al modelo de las pulsiones, pero cuyos puntos de vista en gran medida lo sustituyen (por ejemplo, Mahler). Otras son de autores que al escribir emplean la jerga del modelo de las pulsiones, aunque definen de nuevo todos los términos clave y señalan que los elementos básicos de sus estructuras tienen otra procedencia, con lo que resulta una visión relacional en todos los aspectos importantes (por ejemplo Winnicott y Loewald). Finalmente, hay colaboraciones importantes que han rechazado abiertamente la teoría de las pulsiones (como Sullivan, Fairbain y Kohut). (p. 13)

En este capítulo se revisan aportes teóricos que permitirán la comprensión de la transmisión transgeneracional en situaciones de violencia política. Los autores que fueron considerados corresponden a autores que premeditadamente seleccioné por considerarlos atingentes

para el presente trabajo. En primer lugar, se expone una breve reseña sobre el psicoanálisis relacional. A continuación se presenta la perspectiva relacional del trauma y luego se abordan los principales aspectos de la clínica del trauma relacional. Finalmente, se abordan las conceptualizaciones desarrolladas respecto al trauma político y la transmisión transgeneracional en contextos de traumatización extrema.

2.1 Acerca del psicoanálisis relacional

El modelo relacional se plantea como “un punto de vista diferente según el cual las relaciones con los demás y no las pulsiones, son la materia prima de la vida mental” (Mitchell y Greenberg, 1983, citado en Mitchell, 1988, p. 13). Esta perspectiva destaca la permanente vinculación entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, señalando que la conformación de toda experiencia personal se articula en la relación con otro, es decir, la experiencia se desarrolla en un espacio intersubjetivo continuado.

Mitchell (1988) plantea que las teorías del modelo relacional:

No nos describen como un conglomerado de impulsos de origen físico, sino como si estuviéramos conformados por una matriz de relaciones con los demás, en la cual estuviéramos inscritos de manera inevitable, luchando simultáneamente por conservar nuestros lazos con los demás y por diferenciarnos de ellos. (...) La persona sólo es inteligible dentro de la trama de sus relaciones pasadas y presentes. (p. 14)

Consecuentemente con lo anterior, el autor introduce el concepto de “matriz relacional” como un término que supera la dicotomía relaciones interpersonales y relaciones objetales intrapsíquicas. Éste abarca los terrenos intrapsíquico e interpersonal, e incluye tanto la autorregulación como la regulación del campo de las relaciones. “Los terrenos interpersonal e intrapsíquico se crean, penetran el uno con el otro y se transforman de manera mutua, sutil y compleja” (ibíd., p. 21). “El campo de las relaciones constituye la experiencia individual” (ibíd., p. 31). Es decir, el autor plantea que el significado de la experiencia emerge en la interacción con los demás, en un intercambio de influencia mutua permanente.

Robert D. Stolorow y George E. Atwood (1992) destacan que la perspectiva relacional busca “la comprensión de los fenómenos psicológicos no como productos de mecanismos intrapsíquicos aislados sino como emergentes de la interacción recíproca de las subjetividades en relación” (p. 27) y subrayan que los fenómenos psicológicos “no pueden ser entendidos independientemente del contexto intersubjetivo en el que toman forma” (Atwood y Stolorow, 1984, citados en Stolorow y Atwood 1992, p. 27). Por tanto, el área de la investigación psicoanalítica no es la mente aislada individual, sino el sistema más amplio creado por el interjuego mutuo entre los mundos del paciente y su analista y el del niño y sus cuidadores. De la misma forma, la psicopatología no se debe a mecanismos intrapsíquicos sino que cristaliza en los contextos intersubjetivos. El psicoanálisis relacional traslada el foco de la

investigación psicoanalítica del mundo interno del paciente para dirigirlo al campo de las relaciones, incluida la relación que se da entre paciente-analista.

Mitchell (1988) plantea que las fronteras del psicoanálisis se han movido y que este movimiento de los límites ha tenido profundas consecuencias para la teoría y para la práctica clínica. En esta misma línea, Margarita Díaz (2006) enfatiza las implicancias que esta perspectiva tiene para la clínica “ya que incorpora la subjetividad del analista como un elemento siempre presente que necesita ser incluido en la comprensión de la dinámica del proceso analítico” (p. 114).

El psicoanálisis relacional, por un lado, vincula los aportes del psicoanálisis con el contexto, y, en esa medida, facilita la comprensión del trauma de origen sociopolítico que es donde se centrará la discusión de la presente investigación. Por otro lado, le asigna un importante papel al otro en la constitución de las experiencias y plantea una comprensión del trauma como emergente del contexto intersubjetivo. Numerosos autores dentro del psicoanálisis han señalado que un acontecimiento deviene traumático si falla el reconocimiento y la validación esperada del ambiente. Cuando falla la contención del medio, se encapsularían las sensaciones dolorosas, lo que constituye una vulnerabilidad adicional a los estados traumáticos. Por tanto, es en el campo intersubjetivo donde se define el carácter traumático o no de un acontecimiento (Díaz, 2006).

2.2 Perspectiva relacional del trauma

El concepto de trauma ha constituido un pilar del pensamiento psicoanalítico desde los primeros estudios sobre los orígenes de la histeria (Breuer y Freud, 1893-95). Incluso después del abandono de Freud de “la teoría de la seducción” (Freud, 1914), Freud continuó concediendo al trauma un papel central en la patogénesis. Sin embargo, su desarrollo teórico sobre el trauma se inclinó en una dirección distinta y marca un cambio decisivo al pasar del trauma causado por acontecimientos externos hacia el trauma producido por fuerzas internas, es decir, conceptualiza el trauma como producto de la *fantasía* del paciente. Esta evolución de la teoría del trauma en Freud hacia un absoluto determinismo intrapsíquico, corresponde a una concepción del trauma bajo la concepción de la mente aislada (Stolorow y Atwood, 1992), donde la importancia del contexto intersubjetivo no parece haber sido considerada por Freud como elemento significativo en la ocurrencia de la vivencia traumática a pesar de los desarrollos teóricos en esta línea de Sándor Ferenczi, contemporáneo y discípulo de Freud (Díaz, 2006).

En la actualidad, el concepto de trauma se ha enriquecido con las contribuciones del desarrollo infantil temprano y la teoría del apego, con su relación con la neurociencia cognitiva y la neurobiología, y por la influencia, que se ha demostrado que tiene, en el origen de la psicopatología.

Este trabajo destaca los desarrollos teóricos de distintos autores que han aportado en la construcción de la concepción relacional del trauma, comenzando con los aportes de Ferenczi y Winnicott como precursores de esta concepción.

Sándor Ferenczi (1933), en el congreso de Wiesbaden en 1932, presentó la ponencia *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y la pasión*. En esta exposición, rescató la mirada inicial de Freud sobre la etiología del trauma en la que se destacaba que el trauma es producto de una falla, y habló no sólo del trauma vinculado a la transgresión sexual, sino que también se refirió a la hostilidad y el odio del adulto, considerando traumática toda situación en la que el adulto no cumplía de forma recurrente y permanente en el tiempo su función protectora.

Este autor le da particular importancia a lo que sucede en el infante cuando es agredido y plantea que es la angustia que siente la que lo lleva a subordinarse, a adivinar los deseos del agresor y gratificarlos. Asimismo, plantea que es la introyección del sentimiento de culpa del agresor por parte del niño lo que permite comprender que el niño al recuperarse del ataque se sienta confuso y culpable a la vez.

Para Ferenczi (1931), el traumatismo lo constituye la reacción de los adultos frente a las vivencias dolorosas del niño. Plantea que lo peor es la desatención, y que los niños superan shocks incluso graves, sin

amnesia ni consecuencias, si reciben de su madre comprensión, ternura y sobre todo sinceridad. Por el contrario, la incompreensión expresada en un “silencio de muerte” puede conducir al niño incluso a dudar de lo ocurrido, de su concepción de lo real y de su confianza en sí mismo (Ferenczi, 1931).

El aporte central de Ferenczi se relaciona con la importancia que le da a la respuesta del ambiente frente a la vivencia traumática del niño: dependiendo de cómo sea la respuesta del medio la vivencia devendrá traumática o no.

La falta de reconocimiento del daño es lo que define el carácter patógeno del trauma, y es lo que, al mismo tiempo, dificultará el posterior acceso a la vivencia para su elaboración. En esta situación, el sujeto es capaz de observar lo traumático como un observador externo, sin sentir la destrucción, aunque es capaz de verla. Esta disociación queda sellada por el silencio y el secreto respecto de la situación vivida (Ferenczi, 1934, 1988, citado en Becker y Castillo, 1993; Díaz, 2006).

El trauma entonces, devendría por una falta de reconocimiento por parte de los adultos con respecto a la emoción que acompaña a la experiencia de conmoción psíquica. Ferenczi (1933) resalta que bajo estas circunstancias una parte de la personalidad es impulsada a sobremadurar. Si además estas vivencias traumáticas se reiteran durante el desarrollo del niño, generarán confusión de identidad y una

tendencia a la fragmentación de la personalidad, las cuales se comportarán como personalidades distintas que no se conocen entre sí.

"La madre con su *abrazo psíquico* da sostén y amparo al bebé posibilitando su existencia en el reconocimiento y afirmación del [niño] sujeto como entidad realmente existente, válida de dimensión, forma y sentidos determinados" (Rojas, 2000, p. 184). Es decir, la función materna a modo de *abrazo* o *vendaje psíquico* es la que le permitiría al niño destinar su fuerza psíquica a la reparación de aquello que ha sido afectado por la invasión traumática (Ferenczi, 1932).

Para Donald W. Winnicott (1965, 1971) el concepto de trauma -central en su teoría por la importancia que le da al ambiente facilitador y a sus fallas en el logro de la continuidad del desarrollo del individuo (Gómez, 2013)- implica tomar en cuenta factores externos y comprende el trauma como una falla relativa a la dependencia. Señala que el trauma "es aquello que quiebra la idealización de un objeto por el odio de un individuo reactivo frente a la falla de ese objeto en lo que atañe a cumplir su función" (Winnicott, 1965, p. 178). Asimismo, plantea que la familia actúa como "escudo protector" del niño frente al trauma y que no todas las fallas son traumáticas, esto dependerá de la frecuencia con que ocurran, de la etapa de desarrollo emocional del niño, así como del reconocimiento y reparación del ambiente en relación a la ocurrencia de esta falla (Winnicott, 1971).

Winnicott (1965) continúa señalando que al principio, en la etapa de dependencia absoluta, el trauma implica un derrumbe y una pérdida de confiabilidad del bebé en el medio. “Dicho derrumbe se manifiesta en una falla, o falla relativa, en la instauración de la estructura de personalidad y de la organización yoica” (íbid, p. 178). Más adelante, el autor aclara que “en definitiva, el trauma es la destrucción de la pureza de la experiencia individual a raíz de la intrusión de un hecho real demasiado súbito e impredecible.... (íbid, p. 180).

Si en la fase de dependencia absoluta las perturbaciones ambientales son excesivas, se produce una ruptura en la *continuidad del existir*, en tanto la necesidad reiterada de reaccionar a la invasión del medio se vivencia como una amenaza de aniquilamiento. Si, al mismo tiempo, el medio falla en dar respuesta a las necesidades del bebé, éste aprenderá a comportarse de acuerdo a las fallas, y las consecuencias serán la construcción de un *falso self* (Winnicott, 1971) o la escisión narcisista de la personalidad como defensa frente a la amenaza de fragmentación (Ferenczi, 1932). En palabras de Ferenczi (1931), la escisión narcisista de la personalidad “(...) representa la división de la persona en una parte sensible, brutalmente destruída, y en otra que lo sabe todo pero que de alguna manera no siente nada“ (p. 118). El *falso self*, de un modo que podríamos llamar “adaptado”, permite que queden bloqueados, ocultos tras las defensas, importantes montos de sufrimiento que de otro modo quebrarían la existencia de la persona; la distancia de estos sentimientos dificulta la posibilidad de encontrarse

con la experiencia traumática en el camino de su elaboración (Winnicott, 1965, 1971).

Al fracturarse la posibilidad de dar continuidad a la propia existencia como resultado de lo invasivo de los hechos ocurridos, no hay una existencia, y al no haber existencia no resulta posible hablar de experiencia (Jordán, 2002). Es decir, lo que acontece con el trauma es una paradoja en la cual lo traumático es y no es una experiencia (Winnicott, 1965). En este punto Jordán (2002) se pregunta por las características de la experiencia y señala:

Podemos decir que la experiencia en sus orígenes es personal, se acompaña de la experiencia de omnipotencia, es clasificable, categorizable, memorizable y depende absolutamente de otro, inexistente para el sujeto, que la facilita, por ejemplo, la madre que asiste al bebé en su experiencia personal de nacimiento mediante su propio empeño. (p. 159)

Al no ser una experiencia, lo traumático se expresará en los sujetos de modo indirecto, quedando los efectos de lo no simbolizado registrado en el cuerpo en la presencia de angustias insoportables. Lo traumático no logra configurarse como memoria y queda en una condición de vacío atemporal y aespacial en torno al cual se ubicarán las experiencias que logran ser organizadas y significadas por el sujeto (Kinston y Cohen, 1984, 1986; Tustin, 1988; Matte Blanco s/r citados en Jordán, 2002).

Jordán (2002) aclara que:

(...) Lo experimentado puede ser recordado y, por lo tanto, también olvidado. (...) Lo traumático, al no ser propiamente una experiencia, no se constituye como memoria por lo tanto no puede ser recordado ni olvidado. Entonces, ¿cómo recordar lo traumático en el tratamiento si no está constituido como memoria? La respuesta es que lo traumático en el tratamiento puede recordarse en tanto puede ser experimentado por primera vez, constituyéndose, recién allí, como recuerdo que puede ser por tanto olvidado. (p. 161)

Lo que se experimenta con posterioridad al trauma es el “miedo al derrumbe”, entendiendo por derrumbe al estado de cosas impensable que está por debajo de la organización de las defensas (Winnicott ¿1963?). La agonía primitiva que experimenta el niño en la fase de dependencia absoluta da origen a una organización defensiva que se reedita en el espacio terapéutico. Se trata de un temor al derrumbe, pero de uno que ya sucedió. Es un hecho escondido en el inconsciente que se lleva de aquí para allá (del presente al pasado), el cual no pudo ser experimentado en el momento de su ocurrencia y por ende no puede recordarse (Winnicott, 1965). Éste, es decir el recuerdo, sólo puede alcanzarse a través de una reexperimentación en el proceso terapéutico frente a una “madre suficientemente buena” (analista) que contenga aquellas angustias primitivas.

Stolorow y Atwood (1992) nos recuerdan que tanto Winnicott (1963) como Kohut (1959) habían destacado la importancia terapéutica del

reconocimiento y admisión de la *validez*, desde la perspectiva del paciente, de estar reexperimentando en la relación transferencial el trauma original.

Michael Balint (1963) postula que el ser humano se desarrolla desde la vida fetal en armonía con su medio ambiente, y lo que convertiría una experiencia en traumática es una falta persistente de ajuste entre madre e hijo. Para este autor, aún las más tempranas experiencias que conducen a una alteración del yo se pueden considerar traumas, siendo su principal característica que forman parte de una relación objetal primaria. Enfatiza que el trauma es situacional y que requiere de al menos de dos personas, comenzando por la madre y las personas cercanas. Plantea que esta falta de ajuste tiene efectos posteriores en el yo, y la huella que deja el medio al que recurrió el yo para sortear la situación traumática queda inscrita -al mismo tiempo que altera su desarrollo- como una “falta básica”, la que en cierto sentido queda fijada como un medio para enfrentar futuras situaciones. El autor hace análogo al trauma la noción de “falta básica”, y destaca la relación de dependencia con el objeto que traumatiza, dándole gran importancia a la reacción de éste (Gómez, 2008).

Stolorow y Atwood (1992), recogiendo y ampliando lo planteado por Ferenczi, plantean que la esencia del trauma es la experiencia de un afecto insoportable, y lo que hace que un afecto se vuelva insoportable no es su intensidad, sino la ausencia por parte del entorno de la

respuesta empática que el niño requiere como ayuda para ser capaz de tolerar, contener y aliviar el impacto doloroso. Las experiencias infantiles dañinas -pérdidas, por ejemplo- no son por sí mismas necesariamente traumáticas (o al menos no de forma duradera) o patogénicas, siempre que haya un medio con capacidad de respuesta empática. Los autores amplían esta idea señalando:

Desde el punto de vista del desarrollo, los estados afectivos traumáticos deben entenderse en relación con el sistema relacional en el que estos estados afectivos toman forma. (...) El trauma en el desarrollo temprano se origina dentro de un contexto formativo intersubjetivo cuyo aspecto central es una falta de sintonía afectiva (una rotura del sistema de regulación mutua entre el cuidador y el niño), que lleva a la pérdida por parte del niño de su capacidad de regulación de los afectos y, en consecuencia, a un estado insoportable, aplastante, desintegrado y desorganizado. (p. 99)

Los autores señalan que ofrecen una conceptualización del trauma en el desarrollo semejante a la de Balint (1969, citado en Stolorow y Atwood, 1992), y describen que el trauma ocurre en una secuencia temporal que, de forma esquemática, puede describirse en dos fases. En la primera, el medio ambiente del niño, constituido por los cuidadores, responde con frustración o rechazo ante las necesidades del niño, generando una reacción dolorosa en el bebé. En la segunda fase, el infante se dirige a su cuidador en busca de una respuesta empática que sintonice con su dolor y que le pueda ayudar a contenerlo y modularlo. Cuando los padres repetidamente fallan en dar una respuesta empática,

el niño comprende que sus sentimientos reactivos dolorosos no son bienvenidos y secuestra defensivamente sus emociones dolorosas para poder conservar el vínculo que le es necesario. Los sentimientos dolorosos que han sido marginados se constituyen en una permanente fuente de conflicto interno y una causa de vulnerabilidad ante nuevas situaciones traumáticas.

Así, una vivencia deviene traumática cuando hay "ausencia de sintonía" por parte del medio con las emociones dolorosas del niño. Esta falta de sintonía es la que hace que el niño experimente un afecto intolerable, el que queda como principio organizador de su experiencia y que por lo tanto podrá emerger frente a nuevas y futuras experiencias. Esta conceptualización incluye tanto los acontecimientos traumáticos puntuales como los "traumas acumulativos", experiencias sutiles y continuadas a lo largo de la niñez (Stolorow y Atwood, 1992).

Kohut (1971, citado en Stolorow y Atwood, 1992) subraya que el trauma acumulativo:

(...) a menudo proviene de una patología de carácter específica de los padres, los cuales necesitan utilizar al niño narcisistamente, y ello imposibilita que puedan suministrar la función de reconocimiento, de aceptación y de respuesta empática a los estados afectivos dolorosos reactivos del niño (ibíd., p. 102).

En ausencia de un contexto intersubjetivo integrador afectuoso, contenedor y modulador, el niño traumatizado debe disociar el sentimiento doloroso de las experiencias dando, a menudo, como resultado estados psicósomáticos o divisiones entre la experiencia subjetiva de mente y cuerpo, o el replegamiento tras un escudo protector (a modo de capullo) como un modo de evitar posibles heridas en los vínculos con otras personas. La ausencia de empatía validadora es el aspecto central del trauma psíquico (Stolorow y Atwood, 1992).

Puede decirse que “el efecto duradero de los traumas sobre el desarrollo se deriva del establecimiento permanente de principios organizadores invariantes e inexorables que permanecen fuera de la [...] influencia de la autoconciencia reflexiva o de las experiencias posteriores” (Brandchaft y Stolorow, 1990, citados en Stolorow y Atwood, 1992, p. 103).

El niño traumatizado puede desarrollar el principio organizador de que sus necesidades insatisfechas y su dolor emocional son expresiones de defectos vergonzosos de su *self* y por tanto deben permanecer fuera de su experiencia consciente, sintiendo, además, que estos “defectos” son los causantes de las experiencias traumáticas que los produjeron (Stolorow y Atwood, 1992). Al respecto, los autores puntualizan que:

El establecimiento de tales principios organizadores, que a menudo llevan a la total sustitución de la realidad subjetiva del propio niño por la del cuidador, por una parte permite conservar el vínculo con el cuidador

que responde de forma inadecuada y dañina, y por otra, protege frente a la retraumatización. (p.103)

Asimismo, Stolorow y Atwood (1992) destacan que es en la conceptualización del trauma donde la doctrina de la mente aislada ha sido más perjudicial a pesar de los esfuerzos de Ferenczi (1933) por contrarrestar el descuido del psicoanálisis a la hora de valorar la importancia del abuso, particularmente del abuso sexual, en la patogénesis de las neurosis. Sólo recientemente el abuso sexual y otros abusos físicos frecuentes de los niños han sido considerados de forma sistemática por los psicoanalistas. Las explicaciones que atribuyen, por ejemplo, el caos afectivo o el retraimiento esquizoide de pacientes que sufrieron abusos infantiles a “fantasías” o a “organizaciones de personalidad borderline”, equivalen a culpar a la víctima, reproduciendo los rasgos del trauma original.

Desde la mirada intersubjetiva por tanto, lo central en el trauma es que el contexto no responde de modo empático, no reconociendo ni validando los hechos (Stolorow y Atwood, 1992).

Algo esencial del trauma psicológico es que genera una pérdida catastrófica de la inocencia y de las ideas absolutas, que son la base de un realismo y optimismo ingenuo que nos permite funcionar en el mundo, sentirlo seguro y predecible. Esta pérdida altera nuestra capacidad de estar en el mundo, exponiéndonos a la contingencia de

existir en un universo azaroso e impredecible, que no garantiza la seguridad ni la continuidad del ser (Stolorow, Atwood y Orange, 2003).

Philip Bromberg (2009) utiliza la metáfora del tsunami para referirse a la experiencia subjetiva del trauma, la que es vivida como la inundación de un afecto caótico y aterrador. Señala que el trauma ocurre cuando se interrumpe o amenaza la continuidad de la experiencia del *self* y que todo el mundo es vulnerable a la experiencia de tener que hacer frente a algo que es más de lo que su mente puede manejar. Cómo nos afectamos es siempre una cuestión de grado.

2.2.1 Disociación normal y disociación patológica

Bromberg (2001, 2006, 2009) distingue entre disociación normal -que nos permite funcionar en el mundo sin dejar de ser quienes somos- y disociación patológica, la que ocurre a raíz del trauma.

La estructura de personalidad normal estaría moldeada tanto por la disociación como por la represión y el conflicto; en palabras de la psicoanalista Janine Lampl-de Groot (1981, citada en Bromberg, 2001), la personalidad múltiple está presente en todos los seres humanos como un fenómeno del funcionamiento mental.

Sullivan (1950, citado en Bromberg, 2001) señaló que cada ser humano tiene tantas personalidades como relaciones interpersonales. Lo que hay en estas palabras es la concepción de la mente como una configuración de estados de conciencia cambiantes, no lineales y discontinuos.

El autor sugiere que esta línea podría relacionarse con los conceptos de Winnicott (1960a, citado en Bromberg 2001) de un *self* verdadero y falso, y aunque Winnicott no los conceptualizó como estados de conciencia disociados, enfatizaría el elemento no-lineal del crecimiento psíquico. Asimismo, señala que ya en Winnicott estaría presente el concepto de un *self* que es descentrado y el concepto de crecimiento de la mente como una dialéctica más que un proceso unidireccional.

Bromberg (2001) introduce el concepto de la disociación normal o multiplicidad normal del *self* al señalar que la habilidad del ser humano de vivir una vida plena de autenticidad y auto-conciencia depende de la presencia de una constante dialéctica entre la fragmentación y unidad de los estados del *self*, permitiendo a cada *self* funcionar óptimamente sin hipotecar la comunicación y la negociación entre ellos. Describe que en el funcionamiento normal una persona puede acceder simultáneamente a distintos estados del *self* separados que pueden involucrarse en un diálogo interno, a pesar de sus perspectivas contrastantes e incluso opuestas sobre la realidad personal. Esta capacidad es la que permite a los aspectos del *self* coexistir en la

conciencia como conflicto intrapsíquico potencialmente solucionable (Bromberg, 2006).

Cuando todo va bien en términos de desarrollo, una persona está consciente, débil y momentáneamente, de la existencia de estados del *self* individuales y sus respectivas realidades porque cada uno funciona como parte de una ilusión sana de una identidad personal cohesionada, un estado cognitivo y experiencial global que se siente como “Yo”. Cada estado del *self* es una pieza del “Yo”. Como ya se ha señalado, la disociación normal es una función de la mente humana que permite a los estados del *self* individuales funcionar óptimamente -y no sólo defensivamente- cuando se requiere. En otras palabras, la disociación es principalmente un medio a través del cual un ser humano mantiene la continuidad, coherencia e integridad personal del sentido del *self*, es decir, la división de la auto-experiencia al servicio de la auto-integridad (Bromberg, 2001).

Bromberg (2001, 2006, 2009) plantea que cuando la experiencia del sí-mismo/otro es demasiado estresante como para ser sostenida como un estado de conflicto interno, la mente se orienta a aliviar este estrés por medio del uso defensivo de un proceso cerebral normal, la disociación. Es decir, la disociación no sólo nos permite enfrentar el estrés rutinario y funcionar en el mundo sin dejar de ser quienes somos, sino que como defensa responde al trauma: la inundación caótica convulsionada de una emoción no regulable que domina la mente, amenazando la

estabilidad del sentido de sí mismo, y a veces la cordura. El conflicto intrapsíquico se hace vivencialmente displacentero y sobre todo intolerable, esto porque la disyunción que se produce no es entre contenidos mentales disarmónicos, sino entre aspectos ajenos del *self*, entre estados del *self* que son tan discrepantes que no pueden coexistir en un único estado de consciencia sin una potencial desestabilización de la continuidad del *self* (Bromberg, 2011).

Lo característico de la disociación patológica es la presencia de un estado mental concreto, lo que Bromberg (2006) explica indicando que hay pensamiento sin pensador, o más bien, sin que el pensador se dé cuenta de que el otro *self* es un pensador por derecho propio con quien es posible compartir o intercambiar ideas. Por lo tanto, en la medida que existe disociado de otros estados del *self*, cada estado del *self* es necesariamente una isla de concreción (Bromberg, 2006). Los estados del *self* separados -o islas- no se comunican entre sí, al menos por un tiempo (Bromberg, 2006).

Bromberg (2009) señala que la disociación patológica puede ser una estructura que organiza la vida en sí misma reduciendo la gama en la que ésta puede ser vivida y ha sido descrita por Putnam (1992, citado en Bromberg, 2001) como “el escape cuando no hay escape”. En estos casos, la disociación cumple una función evolutiva -en tanto asegura la supervivencia de la continuidad del *self*- que al mismo tiempo limita la función reflexiva ya que la mente/cerebro se orienta a detectar los

eventos que potencialmente podrían provocar una desregulación afectiva. Que la estructura mental, en pro de la seguridad afectiva funcione proactivamente como un detector de humo, tiene un precio: implica a la persona pasar la vida sometida a un proceso de constante vigilancia, transformando la vida en un tiempo de espera no vivido Bromberg (2009, 2011).

Las dinámicas de no reconocimiento de los niños por parte de los padres, tienen un rol fundamental en la creación de una estructura mental disociativa grave en los adultos (Bromberg, 2006). El autor se refiere a la temprana falta de sensibilidad del padre o madre por algún aspecto genuino del *self* del niño (que comunican que este aspecto del niño es “malo”), lo que se manifiesta en un distanciamiento enmascarado del contacto auténtico que deja al niño sintiendo que parte de él no resulta valiosa ni placentera para un otro amado, y por tanto, no tiene existencia relacional como parte de “mí”. El autor señala que el niño tiene que disociar gradualmente una parte de él para mantener con sus padres el vínculo de apego que define su sentido nuclear del *self*. Pero esa parte del niño no desaparecerá como si nada. Ninguna parte del *self* desaparece nunca; hará sentir su presencia de una forma o de otra y se sentirá como “no-yo”. Algunas veces esta parte hará sentir su presencia de formas suficientemente dolorosas como para llevar a ese niño pequeño a consultar, a menudo años después, escoltado por su *self* adulto, que se avergüenza por ambos, el niño y, en palabras de Bromberg (2006), su “gorila”. En la medida que el

vínculo de apego, y por tanto la continuidad nuclear del *self*, se pone en riesgo por la existencia del “gorila” específico del paciente, ese gorila es vivido como una experiencia de no-yo (Bromberg, 2006).

Lo más frecuente es que sea la vergüenza disociada de los padres, generada por su propio *self* dañado, la que hace imposible que el padre o madre reconozca las cualidades del niño que él mismo ha repudiado en su propio *self*, lo que a su vez le hace incapaz de modular la vergüenza que el niño siente frente al no reconocimiento. Así, el progenitor se disocia de la inmediatez de la relación y del placer compartido que ésta potencialmente conlleva. Cuando un progenitor disocia su vergüenza hasta tal punto que la disociación bloquea su capacidad de disfrutar estar con el niño, estamos en presencia de una herida evolutiva importante. Esto constituye un acto de no reconocimiento que es tan traumatizante como el dolor que causa un progenitor que es abusador activo, y en ocasiones resulta más debilitante (Bromberg, 2006).

Si el otro desconfirma en forma sistemática (Laing, 1962 citado en Bromberg, 2006) un estado mental del niño, especialmente en momentos emocionalmente intensos, y se comporta como si el significado que la experiencia tiene para el niño fuera irrelevante, éste crece desconfiando de la realidad de su propia experiencia y desarrolla un impedimento en su capacidad de procesar cognitivamente sus estados mentales emocionalmente cargados en un contexto

interpersonal, reflexionar sobre ellos, sostenerlos como estados de conflicto intrapsíquico y, por tanto, incorporarlos como “Yo”.

La disociación se vuelve entonces la solución más adaptativa para preservar el *self* (Bromberg, 2006). Si se menosprecia la necesidad del niño de reconocimiento *amoroso*, ésta queda dominada por la vergüenza y dicha necesidad se convierte en un aspecto “no-yo” disociado del *self* que al ser gatillado no sólo libera el hambre no satisfecho de sensibilidad auténtica, sino también una corriente de vergüenza, la emoción asociada con la falla de quien uno es, no una falla en lo que uno *hace*. La falla en lo que uno hace genera ansiedad y autoestima baja, o culpa y depresión, pero la falla en quien uno es conduce a la vergüenza, la señal de desestabilización inminente, el shock de ya no ser “yo”.

La necesidad de la mente de recurrir a la disociación como defensa no termina cuando el trauma “se termina”. Para el cerebro éste *nunca* termina. Y la razón por la cual esto ocurre es porque el trauma deja un residuo de emoción no procesada y disociada que el cerebro no fue capaz de regular: “la sombra del *tsunami*”. El cerebro trata de controlar lo que no puede regular (Bromberg, 2011).

Bromberg (2011) enfatiza que el *self* nuclear (formado por patrones tempranos de apego) define cómo es uno según la percepción que de él tienen sus objetos parentales. Aquellos aspectos que los padres

niegan en su hijo quedarán desconfirmados de la existencia relacional, porque las experiencias subjetivas que organizan esos estados del *self* no pueden compartirse y contrastarse, a través de la comunicación. La desconfirmación no es relacionalmente negociable, es traumática por definición, y daría cuenta de gran parte de lo que llamamos trauma evolutivo o del desarrollo. La esencia de la naturaleza humana podría ser la extraordinaria capacidad de la personalidad para negociar continuidad y cambio simultáneamente, claro que lo hará bajo las condiciones relacionales correctas (Bromberg, 2001).

El efecto de la experiencia traumática es que para proteger la continuidad del *self*, la persona renuncia a la coherencia entre estados del *self*. Cuando la ilusión de continuidad es tan peligrosa para la continuidad del *self*, se niega el acceso simultáneo a la consciencia a aquella experiencia no coherente con el estado del *self* que organiza la identidad nuclear. La persona se vuelve incapaz de sostener formas de verse a sí misma frente a sus objetos que resultan conflictivas entre sí dentro de un mismo estado experiencial. Como consecuencia, emociones opuestas y auto percepciones disonantes no están disponibles para la auto-observación, por lo que la persona tiende a vivenciar su experiencia subjetiva inmediata como verdad, y cualquier respuesta a su “verdad” que implique un punto de vista distinto, es vivenciada como desconfirmadora y poco empática (Bromberg, 2006).

Este planteamiento tiene implicancias en el entendimiento psicoanalítico del *self* y en el modo en que se promueve su crecimiento terapéutico. Bromberg (2001) denomina “de pie en los espacios” a la situación en la que paciente y analista juntos, pueden sostener/oír el estado del *self* disociado que se está abriendo paso. Para el autor, la salud es la habilidad de pararse en los espacios entre realidades sin perder ninguna de ellas, es la capacidad de sentirse como un *self* entre muchos. “De pie en los espacios” es una forma de describir la capacidad relativa de una persona para hacerle un espacio, en cualquier momento, a la realidad subjetiva que no es fácil de contener para el *self* que se experimenta como “yo” en ese momento. A algunas personas no les resulta posible “pararse en los espacios”, en ellos es posible observar el prototipo de una mente organizada más centralmente por disociación que por represión (Bromberg, 2001).

2.3 Clínica del trauma relacional

Sassenfeld (2012) plantea que las transiciones teóricas del psicoanálisis clásico al psicoanálisis relacional, traen aparejadas tres transiciones clínicas: (1) un vuelco desde la primacía del contenido a la primacía del contexto, (2) un vuelco desde la primacía de la cognición a la primacía del afecto, y (3) un alejamiento del concepto de técnica sin todavía abandonarla del todo. Siguiendo a Mitchell (1997), el autor afirma que en la actualidad los terapeutas relacionales se inclinan hacia

la idea de que, dentro de ciertos márgenes, lo importante no es tanto lo que se hace como con cuánta detención lo que ocurre entre paciente y terapeuta es elaborado en el transcurso del trabajo terapéutico.

Basándome fundamentalmente en los desarrollos teóricos de Bromberg (2001, 2006, 2009, 2011), Fonagy & Target (1996, 1999, 2013) y Benjamin (1988, 1997, 1998), a continuación expondré brevemente los desarrollos teóricos de *enactment*, mentalización, reconocimiento y autodevelación, conceptos ampliamente desarrollados en la literatura reciente del psicoanálisis relacional y que considero relevantes para el análisis del trabajo terapéutico de la presente investigación.

2.3.1 *Enactment*

Jacobs (1986, citado en Coderch 2010 y en Sassenfeld, 2011) quien introdujo el término *enactment* en la teoría psicoanalítica, señala que, en términos generales, el concepto se sitúa en la comunicación inconsciente entre paciente y analista, tratándose, por lo general, de actividades interpersonales relativamente sutiles (a diferencia del *acting-out*).

Bromberg (2009) concibe el *enactment* como un proceso disociativo diádico mediante el cual se dan a conocer y se hacen potencialmente disponibles a la conciencia los esquemas emocionales del paciente

derivados del trauma. Señala que paciente y terapeuta están conectados por medio de una modalidad disociativa de vinculación. Puntualiza que el *enactment* es un evento disociativo compartido y un proceso de comunicación inconsciente que se dirige a aquellas áreas de la experiencia del *self* del paciente donde el trauma (ya sea del desarrollo o de inicio en la edad adulta) ha afectado, en un grado u otro, la capacidad de regulación del afecto en un contexto relacional, y por tanto, al desarrollo del *self* al nivel del procesamiento simbólico de pensamiento y lenguaje.

Cuando la experiencia emocional es traumática (más de lo que la mente puede soportar), permanece sin ser simbolizada a nivel cognitivo y la mente recurre a la disociación como un modo de evitar que se gatillen tanto emociones no procesadas creadas por el trauma, como el inicio de una emoción caótica e ingobernable que podría amenazar con desestabilizar su funcionamiento (Bromberg, 2011).

Wilma Bucci (1997, citada en Bromberg, 2011) plantea que las emociones traumáticas disociadas constituyen una forma subjetiva de realidad que se organiza por una experiencia que denomina sub simbólica, y que se comunica a través del *enactment*.

El fenómeno del *enactment* no se relaciona ni con la negación ni con la evitación del conflicto interno; es parte del funcionamiento natural de la mente que sólo está haciendo aquello para lo cual la evolución la ha

adaptado, en dos modos diferenciados de procesamiento de información. Un modo, el “sub-simbólico” (Bucci, 1997 citada en Bromberg 2006, 2011) se organiza a nivel de la experiencia corporal como esquemas emocionales que dan a conocer su presencia afectivamente, mediante las “formas de ser” de una persona. El segundo modo, el simbólico, se organiza a nivel del darse cuenta cognitivo y se comunica por medio del lenguaje verbal. Durante el *enactment*, paciente y analista se encuentran en un capullo disociativo dado que la comunicación sub simbólica que está ocurriendo es temporalmente inalcanzable porque está inaccesible para el funcionamiento cognitivo-reflexivo (Bromberg, 2011).

Aquellas experiencias no simbolizadas -que existen como una realidad separada, fuera de la autoexpresión- quedan excluidas de la auténtica vivencia relacional humana e impedidas de una participación completa en la vida del resto de la personalidad. La lucha interna entre estados del *self* arrastra consigo la relación terapeuta-paciente, permitiendo así que el terapeuta acceda a uno de los *selves* disociados en forma de *enactment*. Por otro lado, los elementos disociados no tienen otra forma de hacerse accesibles a la exploración terapéutica (Bromberg, 2009).

Cuando el *enactment* comienza y el paciente cambia su estado del *self*, el terapeuta forzosamente cambia el suyo, el fenómeno es siempre una calle bidireccional. La disociación es un proceso magnético [hipnótico], y en la medida que analista y paciente están compartiendo una

circunstancia emocional que les pertenece igualmente a ambos, todo alejamiento o distanciamiento no avisado de ese campo por parte de cualquiera de las dos personas, necesariamente alterará el estado mental del otro. Al tratarse de un evento que pertenece igualmente a ambos, el analista está, usualmente, en un estado de hipnosis cualitativamente similar al de su paciente y algunas veces se obsesiona, concretamente, con el contenido verbal de la sesión; las palabras comienzan a tener una cualidad “irreal”, y esto es lo que frecuentemente “despierta al analista” al hecho de que “algo está pasando”. El analista ha sido hipnóticamente dissociado de la parte de sí mismo que estaba participando de la actuación, pero una vez que recupere el acceso al *self* del analista, ya no estará “dormido” en la experiencia del aquí y ahora entre ellos. Un estado del *self* dissociado del paciente que sostiene otra realidad -una que a veces es ferozmente opuesta a aquella de la cual se está hablando- puede comenzar a ganar una voz.

En otras palabras, cuando comienza el *enactment* (sin importar quién lo inicia), ningún analista puede sintonizar inmediatamente con el cambio que ha ocurrido en el aquí y ahora de la realidad del paciente y analista, e inevitablemente se vuelve parte del proceso dissociativo, al menos por un período de tiempo. Cuando paciente y analista están juntos en el capullo dissociativo (porque los envuelve a ambos), no pueden contactarse con nada más que la emoción preponderante que en ese momento organiza sus respectivos estados del *self* (Bromberg, 2011).

El presente es copado por la experiencia traumática que busca relacionalidad [contacto humano] a través del *enactment*, por lo tanto, en la utilización terapéutica del *enactment* es central aumentar la competencia para la regulación de los afectos. Esto requiere que la relación paciente-terapeuta se convierta en un lugar que permite el riesgo y la seguridad al mismo tiempo, que sea, como señala Bromberg (2009), una relación que permita la dolorosa reexperimentación del trauma temprano, sin que el revivir sea sólo una ciega repetición del pasado. Una relación que ha descrito como segura pero no demasiado segura.

Una relación paciente-terapeuta como la descrita implica un analista conectado emocionalmente con el paciente, genuinamente preocupado por la seguridad afectiva de éste y al mismo tiempo comprometido con el doloroso proceso de reexperimentación por el que atraviesa el paciente.

Bromberg (2001) conceptualiza la disociación como un proceso interpersonal, por lo tanto, los procesos disociativos operan tanto en el paciente como en el analista como un elemento dinámico (y dialéctico) de la relación terapéutica. Así, el reconocimiento es un proceso diádico de regulación mutua, un espacio para pensar entre y acerca del paciente y el analista. Se trata de un espacio únicamente relacional y a la vez todavía individual; un espacio que no pertenece a ninguna persona sola y, aún así, pertenece a ambos y a cada uno; un espacio

crepuscular en el cual “lo imposible” se vuelve posible, donde los *selves* incompatibles “despiertan” a su propia “verdad” y pueden “soñar” la realidad del otro [*self*] sin arriesgar su propia integridad. Es, sobre todo, un espacio intersubjetivo que, como el estado de “trance” de la conciencia antes de dormir, permite que tanto la vigilia como el sueño coexistan. En análisis, este espacio intersubjetivo construido por paciente y analista, está al servicio del crecimiento terapéutico. El involucramiento activo por parte del analista con el estado mental del paciente, permite a la percepción del *self* del paciente, en el aquí y ahora, compartir la conciencia de experiencias del sí mismo incompatibles que estaban formalmente disociadas.

Debido a que la disociación funciona interpersonalmente, aspectos no simbolizados del *self* del paciente son actuados rutinariamente con el analista como un canal de comunicación separado y poderoso en el proceso clínico. Para permitir que este espacio se abra -en este proceso diádico asimétrico- el analista debiera intentar mantenerse simultáneamente en sintonía con su experiencia subjetiva de la relación y su cualidad cambiante. Óptimamente debería intentar estar experiencialmente accesible al impacto de esos momentos en donde el terapeuta toma conciencia de que un cambio en el estado del *self* (tanto del terapeuta como del paciente) ha ocurrido, y a los detalles de su propia auto-reflexión sobre si debería procesar esta conciencia con su paciente o no y cuándo hacerlo (Bromberg, 2001).

La disociación del analista no es un “error”, es intrínseco al proceso de comunicación humana, de ahí la inevitabilidad del *enactment*. Bromberg (2001) incluso plantea que se podría escoger extender el concepto propuesto por Winnicott en 1969 de “uso del objeto” y sugerir que el analista siempre es “sordo” con respecto al paciente, y “equivocado” en sus interpretaciones, por lo menos con respecto a ciertos aspectos disociados del *self* del paciente, permitiéndole así al paciente “recrear” al analista como parte del proceso evolutivo que constituye el centro del crecimiento del paciente.

Bucci (1997 citada en Bromberg 2006, 2011) plantea que la activación de la experiencia disociada en la sesión, a través del *enactment*, es fundamental para el proceso terapéutico. Para que esta reexperimentación de lo traumático no sea una simple repetición, es necesario que el terapeuta comprenda que la angustia del paciente responde a la necesidad de ser reconocido en su dolor y le importe. Es en este encuentro de subjetividades que el paciente podrá ver reflejado en la mente del otro aquellos aspectos de sí mismo que hasta ahora había tenido que mantener fuera de su mente. Aunque inicialmente se verá inundado por los afectos traumáticos, la presencia comprometida del analista le permitirá tolerarlo sin desintegrarse, evitando así una retraumatización. El analista puede responder a la necesidad de reconocimiento del paciente.

Bromberg (2009) destaca la importancia de ir desarrollando, en terapia, una creciente capacidad para jugar en forma segura con algo que hasta ahora ha existido sólo como la sombra disociada de un trauma pasado. Expone cómo las interacciones -en terapia- que él denomina “sorpresas seguras” van permitiendo “reducir el tsunami”, es decir, van permitiendo aumentar la capacidad para regular los estados afectivos, algo esencial para el núcleo del proceso de crecimiento en psicoterapia, definida por Ronald Laing (1967, citado en Bromberg, 2009) como “un intento obstinado de dos personas de recuperar la totalidad del ser humano a través de la relación entre ellos.”

En la medida en que el analista, mejor dicho, la relación analítica, puede oír en un solo contexto las voces de los otros estados del *self* del paciente -que sostienen realidades incompatibles- el miedo, por parte del paciente, a la inundación traumática del afecto disminuye. Cuando la experiencia disociada que ha sido puesta en acto se procesa relacionalmente, el conflicto interno y su potencial resolución se hacen progresivamente más accesibles.

El proceso de lo que se denomina “elaboración de un *enactment*”, es el análisis y ocurre mientras lo vivimos: esta es la negociación (Levenkron, en prensa, citada en Bromberg, 2006).

2.3.2 Mentalización

Fonagy (1991, citado en Bromberg 2001) llama a la capacidad de simbolizar estados mentales conscientes e inconscientes dentro de uno y otros la capacidad de “mentalizar”. Bromberg (2011) llama la atención sobre la relación entre disociación y mentalización al plantear que un modo de salir de los *enactments* es a través de la mentalización.

Fonagy y Target (1997, 1999, 2013) desarrollan el concepto de mentalización -o función reflexiva- remarcando que es una capacidad que denota la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros en términos de estados mentales. Fonagy y Target (2013) formulan la siguiente definición:

(...) definimos *mentalización* como una forma de actividad mental imaginativa mayormente preconsciente, concretamente, de interpretación de las acciones de las personas en términos de estados mentales “intencionales”. Esta actividad es “imaginativa” porque debemos imaginar qué es lo que los otros pueden estar pensando o sintiendo. (...) El mismo tipo de salto imaginativo puede requerirse para comprender nuestra propia experiencia mental, particularmente en relación con cuestiones con carga emocional o reacciones irracionales (...). Para adoptar esta postura de concebirse a sí mismo y a los otros como teniendo una mente, el individuo necesita un sistema representacional simbólico para los estados mentales. (p. 3)

El funcionamiento auto reflexivo es un proceso cognitivo en el cual uno piensa sobre sí mismo como si uno fuera objeto del propio

pensamiento. Para Aron (1998) se trata de un proceso dialéctico de sentirse uno mismo como sujeto, y también reflexionar sobre uno como objeto. Por tanto se trata de una función intelectual observacional y también experiencial emocional.

La emergencia de la mentalización ocurre a través de la experiencia del niño de ver reflejados sus estados mentales, lo que suele ocurrir en el contexto de un juego seguro con las figuras significativas. Para que este proceso sea exitoso, se requiere de un adulto capaz de jugar reiterada y comprometidamente con él, de manera tal que le ayude a reconocer los sentimientos y pensamientos implicados en su juego. De este modo, el niño podrá ver sus estados mentales representados en la mente del adulto, quien además le otorga con ello un vínculo con la realidad. Así, la relación emocional del niño con sus padres juega un rol central en la promoción de la capacidad de comprender las interacciones en términos de estados mentales. Es esta relación la que capacita al adulto significativo para crear un mundo para el niño en el cual él pueda experimentarse como un ser con sentimientos, que tiene deseos y que piensa. Fonagy y Target (1996) remarcan que en el juego conjunto el adulto adopta la postura mental del niño y se lo representa a él en relación a un tercer objeto, mantenido simbólicamente en la mente por ambos.

En el desarrollo normal, alrededor de los cuatro y cinco años, el niño alcanza una etapa de mentalización o modalidad reflexiva donde los

estados mentales pueden ser experimentados como representaciones. Se acepta la diferencia entre la realidad interna y la externa, y éstas no necesitan ser equiparadas ni tampoco separadas (Fonagy & Target, 1996).

Los autores señalan que el logro en la elaboración de los significados compartidos entre individuos lleva a un estado diádico de conciencia. Apuntan a la evidencia acumulada de que la interacción diádica de este tipo contribuye al logro de la organización cerebral normal. Cuando los niños no pueden crear estos estados diádicos, la coherencia y complejidad de su representación de sí mismo se desvanece, acercándose más a los estados de desorganización en los dominios emocional y cognitivo.

La investigación ha demostrado que la capacidad de mentalización se ve disminuida en la mayor parte de las personas que han experimentado algún trauma. En concordancia con esto, en las personas traumatizadas se ha observado una ausencia de *insight* sobre los modos en que funciona su propia mente (Fonagy & Target, 2013).

Bromberg (2011) también señala que la capacidad de la mente de vivenciar reflexivamente la subjetividad de otra persona en un contexto relacional -un fenómeno del aquí y ahora- se ve afectado por el trauma, lo que a su vez perjudica la capacidad para la intersubjetividad. De ahí la importancia de la mentalización.

Las personas que son capaces de reflexionar sobre la experiencia subjetiva de otra persona acerca de ellas en el contexto de su propia experiencia de sí mismos -personas que pueden ubicarse en los espacios- se están relacionando intersubjetivamente. Este proceso es mediado por la mentalización, un logro del desarrollo. La mentalización permite a una persona reflexionar sobre disyunciones entre su propia experiencia de sí mismo y la forma en que parece existir en la mente de un otro sin tener que aislar automáticamente las visiones disyuntivas de sí mismo en islas de realidad de estados mentales desconectados, evitando que se comuniquen entre sí. O para ponerlo de otra manera, la capacidad de mentalizar hace menos probable que la mente recurra automáticamente a la disociación para proteger su estabilidad cuando se ve confrontada con la “alteridad” (Bromberg, 2011).

Hay una relación entre mentalización y apego en tanto el apego es el ámbito de entrenamiento ideal para el desarrollo de la mentalización porque es seguro y no competitivo. En este apego, la ilusoria coherencia del *self* normalmente se mantiene gracias a los permanentes comentarios sobre la conducta que proporciona la mentalización, ésta completa los espacios en blanco y entrelaza nuestras experiencias para que tengan sentido. “En ausencia de una fuerte capacidad de mentalizar, como consecuencia del trauma, es posible que se revele claramente la fragmentación subyacente de la estructura del *self* en todos nosotros” (Fonagy & Target, 2013, p. 14).

2.3.3 Reconocimiento como eje de la construcción de subjetividad

Jessica Benjamín (1997), desde la teoría psicoanalítica, concibe a los modelos intrapsíquico e intersubjetivo no como opuestos sino como modos complementarios de comprender la psique. Asimismo, plantea que un elemento central es la mantención de la tensión que existe entre estos dos modelos. La autora se nutre de la teoría de las relaciones objetales en psicoanálisis, especialmente de Winnicott, de la crítica filosófica y social feminista, y de la investigación y teorización reciente acerca de la infancia, y sostiene que la creencia compartida por las teorías relacionales es que el proceso psicoanalítico se produce entre sujetos y no dentro del individuo. Este planteamiento conlleva el reconocimiento del “otro” como sujeto que participa en la construcción de su propia experiencia pero también de la experiencia del “otro”. Se trata del encuentro de dos subjetividades, cada una con su propio conjunto de relaciones internas las que crean un nuevo conjunto entre ellas.

La autora plantea una visión nueva respecto del tema de la dominación y sumisión, señalando que ésta resulta de la “ruptura de la tensión necesaria entre la autoafirmación y el reconocimiento mutuo, tensión que permite que el sí-mismo y el otro se encuentren como iguales soberanos” (Benjamin, 1997, p. 24). Es posible señalar que Benjamin conceptualiza el trauma a través de los términos sumisión-dominación,

ocurriendo éste cuando no se reconoce al sujeto como un “otro”, con la consecuente ruptura de la tensión dialéctica entre la autoafirmación (o afirmación de sí mismo) y el reconocimiento del otro.

Autoafirmación y reconocimiento -respuesta del otro que hace significativos los sentimientos, las intenciones y las acciones del sí-mismo- constituyen polos de un delicado equilibrio que forma parte de lo que se denomina “diferenciación”: el desarrollo del individuo como un sí-mismo consciente de que es distinto de los otros. El equilibrio, y con él la diferenciación del sí-mismo y el otro, es difícil de mantener especialmente porque la necesidad de reconocimiento genera una paradoja.

El reconocimiento sólo puede provenir de un otro al que reconocemos como sujeto (Benjamin, 1988). “(...) La incapacidad para sostener la paradoja de esa interacción puede convertir (y a menudo convierte) en dominación y sumisión el intercambio de reconocimientos.” (Benjamin, 1997, p. 24). Es decir, el otro debe ser reconocido como sujeto para que el sí mismo experimente plenamente su subjetividad en presencia del otro. La autora aclara:

La concepción intersubjetiva sostiene que el individuo crece en las relaciones con otros sujetos, y a través de ellas. (...) La idea de la intersubjetividad reorienta la concepción del mundo psíquico desde las relaciones de un sujeto con su objeto hacia un sujeto que se encuentra con otro sujeto. (p. 33)

El reconocimiento mutuo incluye experiencias comúnmente descritas en las investigaciones sobre la interacción temprana madre-bebé: sintonía o entonamiento emocional, influencia mutua, mutualidad afectiva, estados de ánimo compartidos, y no corresponde a una secuencia de hechos como las fases de maduración y el desarrollo, sino que es un elemento constante.

La dimensión intersubjetiva tiene que ver con el reconocimiento del otro no como objeto, sino como sujeto del deseo, como algo separado y equivalente, con un centro personal. La paradoja fundamental consiste en que “en el momento mismo de realizar nuestra propia voluntad independiente, dependemos de otro que la reconozca” (Benjamin, 1997, p. 68). Para Benjamin (1988) la paradoja no debiera resolverse sino mantenerse como una tensión constante.

Reconocimiento e intersubjetividad son conceptos centrales en las teorías contemporáneas sobre el desarrollo que Benjamin (1998) aborda en profundidad, distinguiendo cuándo se trata de una relación entre dos personas y cuándo de una relación de reconocimiento entre dos sujetos. Llama la atención sobre el hecho de que en algunas corrientes teóricas que se autodefinen como intersubjetivistas, este término se aplica a todo aquello que involucra a dos personas, sin tener en cuenta si la relación que el sujeto mantiene es con otros sujetos o es con otros en tanto objetos. Asimismo, la autora distingue entre las dimensiones psicoanalíticas intrapsíquica e intersubjetiva y enfatiza la

importancia de la conservación de la direccionalidad de ambas dimensiones de la experiencia. Se inclina por el principio de la *mantención de la tensión* y cuestiona el ideal o el intento de integración forzado de estas dimensiones (Dio Bleichmar, 2013 en Benjamin, 1998).

En concordancia con lo anterior, Benjamin (1997) define la práctica clínica como el encuentro o desencuentro en el reconocimiento de ambos participantes -analista y paciente- como sujetos, dejando atrás la concepción del paciente como objeto de las interpretaciones del analista y de éste como autoridad. Al reflexionar sobre el reconocimiento y sobre la importancia de éste en el psicoanálisis, Benjamin (1998) está pensando en la doble tarea del reconocimiento mutuo, es decir, cómo analista y paciente dan a conocer su propia subjetividad y, al mismo tiempo, reconocen la del otro. Asimismo, la autora es explícita en señalar que concibe la subjetividad del terapeuta como la de un ser falible y la del paciente como la de alguien que puede saber y hablar con autoridad.

La importancia del reconocimiento radica en que ha sido la falta de reconocimiento lo que convirtió la experiencia en intolerable y traumática, destruyéndola como campo de experiencia. Desde esta perspectiva, validar un afecto doloroso que ocurrió en el pasado es transformarlo en experiencia; y la experiencia requiere un contexto intersubjetivo -madre/ambiente [paciente/analista]- que permita que se

organice e integre lo vivido en el pasado (Stolorow, 1994, citado en Jordán, 2002).

Benjamin (1988) enfatiza que la teoría intersubjetiva nos muestra que dos sujetos que se reconocen entre sí no son lo mismo que un sujeto que regula al otro, y que una de las ideas más importantes de la teoría intersubjetiva es que en el reconocimiento mutuo hay - simultáneamente- igualdad y diferencia.

Así, la situación analítica en sí ha llegado a entenderse como un espacio transicional potencial, que crea las condiciones para el desarrollo de una agencia auténtica, y no ya sólo como un contexto para la interpretación, en el cual el analista “cambia” al paciente (Benjamin, 1988).

Bromberg (2001) se refiere al reconocimiento cuando reflexiona sobre lo que denomina “la verdadera relación”. Señala que desde este marco de referencia, el analista, guiado por el paciente y por su propia experiencia personal de autenticidad, se permite formar relaciones con cada uno de los estados del *self* del paciente al punto que lo permita el paciente, y en cada relación tiene una oportunidad para utilizar creativamente un rango de su propio estado de conciencia. Enfatiza que, frecuentemente, un estado del *self* particular del paciente nunca ha sido expuesto o comunicado completamente, sin vergüenza, con toda su “verdad”, a otro ser humano. En este sentido, el juego entre la

empatía y la confrontación -en palabras de Benjamin, encuentro o desencuentro- de parte del analista es relevante ya que cada uno de los estados del *self* del paciente hace lo que hace porque ve una sola “verdad” sobre la cual intenta actuar. No hay ninguna forma de que la narrativa personal de “quien soy” cambie cognitivamente; sólo un cambio en la realidad perceptual compartida con otro puede modificar la realidad cognitiva que define el mundo interno del paciente. Este proceso requiere una experiencia, una colisión actuada entre el paciente y al analista, una dialéctica entre sintonía y confrontación (Bromberg, 2001).

Usado con criterio, Bromberg (2001) plantea que un acercamiento que indique al paciente la multiplicidad del *self* es tan cercano a la experiencia subjetiva de muchos pacientes que conduce a un sentimiento de mayor integración y no desintegración, porque el reconocimiento de la existencia de cada estado el *self* alivia la sensación de confusión del paciente.

2.3.4 Autodevelación

En la práctica clínica, la subjetividad del terapeuta puede expresarse a través de lo que Bromberg (2006) denomina autodevelación del analista. Destaca que la autodevelación puede ser considerada por algunos como una intrusión, sin embargo, aclara que es equivalente a

intrusión sólo si el marco de referencia es el de un analista tratando de cambiar a un paciente. Explica que si el analista comparte su experiencia -es decir, expresa su subjetividad- para facilitar la meta de la negociación intersubjetiva, entonces la autodevelación es un asunto totalmente diferente.

La literatura relacional resalta el poder terapéutico de la autodevelación, la honestidad, apertura y vitalidad afectiva del analista. Se enfatiza que lo central es poder equilibrar, simultáneamente, la apertura emocional con la preocupación predominante y explícita por parte del analista por la seguridad emocional de su paciente. Autodevelación tiene que ver con compartir estados emocionales del analista producto del impacto de los procesos del paciente. En otras palabras, se trata de compartir -velando por la seguridad emocional del paciente- lo que a uno como analista le ocurre con su participación en el proceso.

Bromberg (2006) destaca que dado que el material inconsciente se considera co-construido más que revelado, el rol del analista no es evitar su participación personal en el proceso, sino monitorear y usar continuamente los efectos inmediatos y residuales de su participación personal como parte inherente de su posición. El autor destaca que la existencia del analista como una persona real no sólo es inevitable sino que es necesaria porque la experiencia del analista, mientras está con su paciente, se vincula con la experiencia de su paciente como parte de una configuración emocional, cognitiva e interaccional unitaria que es

subjetiva e intersubjetiva al mismo tiempo. Algunos aspectos de esa configuración están disociados en cada persona, y deben procesarse conjuntamente en la inmediatez de la interacción analítica para alcanzar la simbolización cognitiva por medio del lenguaje (Bromberg, 2006), he ahí su importancia.

Bromberg (2006) sostiene que el psicoanálisis más efectivo consiste en vivir y elaborar los *enactments*. En este sentido, recalca que la autodevelación del analista no aparece como intrusiva sino como necesaria, salvo que el analista esté haciendo uso de ella para tratar de cambiar a un paciente.

La autodevelación incluye el verbalizar los aspectos disociados del *self* del paciente que impactan y resuenan con aspectos disociados del *self* del analista. El autor enmarca lo expuesto en una reformulación de la técnica psicoanalítica, concibiéndola como un proceso más abarcativo de negociación relacional. Postula que “técnica” es esencialmente lo que resulta útil al trabajo particular de un analista con un paciente particular en un momento dado, y describe esta nueva sensibilidad como una concepción de la acción terapéutica basada-en-el-proceso (en vez de estar basada en un contenido o resultado), en la cual un aspecto fundamental es el procesamiento conjunto de las colisiones entre la subjetividad del paciente y la del analista. Asimismo, sostiene que una posición terapéutica que sistemáticamente intenta evitar los choques entre subjetividades en algún momento llega a ser sentida por

el paciente como desconfirmadora. Lo que ocurre en estos momentos es que el paciente siente que el analista no lo tiene en su mente, y llega a sentirlo porque el analista no está sintiendo *personalmente* el impacto de las partes disociadas del *self* del paciente que están intentando tener existencia en lo relacional. Así, se priva a estos estados del *self* de un contexto humano en el cual ser reconocidos y estar vivos (Bromberg, 2006).

Bromberg (2006) continúa, indicando que dado que un procesamiento óptimo debiera incluir la experiencia interna del analista, éste debe estar especialmente sintonizado con el equilibrio variable del paciente entre la seguridad afectiva y la sobrecarga emocional. Señala que si se mantiene el compromiso del analista con esa sintonía, entre terapeuta y paciente puede empezar a tomar forma una realidad transicional que tiene espacio para una negociación relacional emocionalmente viva. A su vez, esto estimula la capacidad del paciente para el funcionamiento intersubjetivo en áreas de la personalidad en que la capacidad de tolerar el conflicto intrapsíquico había sido reemplazada por la disociación. En este sentido, la autodevelación emocional del analista es un ingrediente de la acción terapéutica que promueve el necesario clima terapéutico de sinceridad emocional (Bromberg, 2006). Holly Levenkron (en prensa, citada en Bromberg, 2006) sostiene que ese clima se ha logrado cuando el analista puede dar su punto de vista al paciente compartiendo con él su experiencia emocional. Bromberg (2006) agrega que cuando sea posible, el analista debe tratar de

señalar “la experiencia de su experiencia”, factor fundamental para que la revelación sea amable para el paciente. El valor de la honestidad emocional aumenta con la apertura que uno tiene a compartir la complejidad total de la propia subjetividad, incluyendo las dudas sobre si compartirla o no.

Bromberg (2006) plantea que la revelación emocional del analista a menudo es un alivio para el paciente, aun cuando despierte sentimientos de rabia y dolor porque clarifica las cosas. Según el autor, este planteamiento es un aspecto significativo del proceso relacional a través del cual el funcionamiento auto-reflexivo del paciente puede regular el control cognitivo de su experiencia emocional hiperestimulada. La autorregulación del *self* disociado y por tanto potencialmente fuera de control, sólo puede ocurrir activando y simbolizando cognitivamente en la sesión misma lo que Bucci (1997, citada en Bromberg, 2006) llama experiencia sub-simbólica y que antes sólo podía ponerse en acto. Es aliviador porque aumenta la confianza del paciente en su propia capacidad de pensar acerca de una experiencia sin sentir que la experiencia misma lo va a sobrepasar y conduce a una mayor auto-reflexión.

Es importante destacar que el analista debe “ganarse” el derecho a compartir su subjetividad mediante la lucha con sus propias limitaciones, y aceptar con humildad el hecho de que no puede encontrar la respuesta correcta solo. Para un analista que tiene una

visión relacional del desarrollo mental, el derecho a revelar su subjetividad “se gana” con la experiencia que el paciente tiene de poder al mismo tiempo mantener su propia visión [la del paciente] (Bromberg, 2006).

Bromberg (2006) resalta que las condiciones específicas de desarrollo analítico difieren siempre en cada relación terapéutica, y que cada díaada analítica debe encontrar su propio equilibrio entre la seguridad y el riesgo. Enfatiza que para cada paciente la confrontación con la existencia del analista como persona real, incluyendo su autodevelación deliberada, sólo se vive como suficientemente segura en términos emocionales siempre que esté dentro del rango de capacidad del paciente para procesar cognitivamente la emoción que esto le evoca. Se señala que si el analista sigue estando auténticamente curioso y no trata de resolver las cosas por sí mismo, no estará tratando de lograr que el paciente acepte su subjetividad (del analista) en reemplazo de la del paciente. Considerar este principio permite que muchos pacientes aparentemente frágiles resistan estar frente a una aparente intrusión del terapeuta; pueden tolerar reflexionar sobre lo que está pasando como no-yo y “yo” al mismo tiempo porque sienten que no está en riesgo su propia subjetividad, es decir, no sienten que tienen que cambiar su propia subjetividad por la “verdad” que el analista le ofrece (Bromberg, 2006).

Bromberg (2006) continúa, explicando que durante el procesamiento de un *enactment*, el nexo entre lo que se pone en acto no verbalmente y lo que se pone en palabras, incluyendo la revelación del analista de su propia experiencia subjetiva, se relaciona con el hecho de que los sentimientos del analista respecto a su paciente no son de su propiedad personal, sino que son parte de un contexto no simbolizado dentro del cual el analista y el paciente tienen piezas que se vinculan a nivel sub-simbólico, y no todavía mediante el lenguaje.

Retomando lo relativo a la autodevelación, pienso que lo que Bromberg (2006) ha llamado “autodevelación no sólo permisible sino también necesaria”, se relaciona con la “doble tarea del reconocimiento mutuo” propuesta por Benjamin (1988, 1997) y también con el proceso evolutivo que Fonagy (1999) ha denominado mentalización, proceso a través del cual se permite que la experiencia sub-simbólica se haga parte del *self* relacional en lugar de ser puesta en acto interminablemente.

Bromberg (2006) especifica que cuando paciente y analista pueden compartir abiertamente la experiencia disociada, que hasta entonces ha sido demasiado peligrosa para su relación como para formularla cognitivamente, el proceso mediante el cual esto ocurre amplía el ámbito y la fluidez del diálogo conduciendo a un contenido cada vez más integrado y complejo que puede simbolizarse lingüísticamente, volviéndose por lo tanto disponible para la auto-reflexión y resolución

del conflicto. No es posible saber por adelantado cuánta autodevelación del analista es suficiente y cuánta es excesiva, lo que define la honestidad emocional es el esfuerzo sostenido y a menudo doloroso de enfrentar esta imposibilidad de predecir (Bromberg, 2006).

Ampliando lo anterior, Bromberg (2006), señala que lo descubierto acerca de la participación de los analistas dentro de los *enactments* es que en ocasiones pueden surgir recuerdos del analista que no pensábamos estaban “tan vivos”, y que tienen relación con lo que le está ocurriendo al paciente en ese momento. Se pregunta qué hacer con estas experiencias, cómo compartirlas con el paciente, cómo decide un analista si revela información biográfica personal y cuándo hacerlo. El autor considera que esta es sin duda una elección más compleja que aquella involucrada en la revelación de sentimientos del proceso, y se justifica una mayor preocupación no sólo con respecto al bienestar del paciente y del tratamiento, sino también en relación a la privacidad personal del mismo analista. La revelación de este tipo de información por parte del terapeuta debiera ser en respuesta a una sensación profunda de que ello ahondará un contexto relacional emocionalmente vivo que está en curso, en el cual la experiencia de proceso en el aquí y ahora ya está siendo compartida, y el analista puede sentir que este elemento agregado es consistente con dicho contexto. Este tipo de revelación no debiera usarse para crear vivacidad emocional. Como cualquier otra decisión que un analista toma con un paciente determinado, la autodevelación adquiere significado por el

contexto presente de la relación en que se da, no por su utilidad como técnica. Su utilidad para el proceso analítico se constituye por su cualidad de apertura a la negociación. En otras palabras, el valor de la revelación del analista de su historia personal se fundamenta en su emergencia espontánea en su mente como parte del momento, y su importancia reside en que es algo de su pasado personal que aparece sin haberlo buscado y es bastante vívido en el presente (Bromberg, 2006).

Hay diferencia entre autodevelación de la experiencia del proceso y autodevelación de información biográfica. La autodevelación no es un tema técnico sino relacional, y tiene que ver con el proceso de facilitar el desarrollo de nueva representación mental, proceso que es construido por la participación de dos mentes que están vivas una para la otra. Este aumento de la colaboración analítica depende de dos principios: primero, ser honesto es parte natural de la negociación; y segundo, en el proceso de una confrontación negociada, los dos miembros aprenden que sus confrontaciones no los llevan a una ruptura, y por tanto el paciente puede confiar cada vez más que los quiebres relacionales son reparables.

En términos simples, al reconocer que el cambio no es lineal, también aceptamos que no ocurre por medio del pensamiento (“si hago esto, entonces sucederá esto otro”), sino más bien a través de la reunión única de dos mentes, de manera impredecible (Bromberg, 2006).

2.3.5 Saliendo de la disociación: elaborando el *enactment*

A medida que el analista se ve forzado a vivenciar y responder a aquellos aspectos del paciente que éste desearía rehusar, el paciente comienza a habitar un *self* que se siente completo en la mente del analista y por lo tanto se empieza a sentir, al mismo tiempo, más completo en su propia mente. Bromberg (2006) denomina a esta fase del tratamiento etapa de transición de la disociación a la capacidad de conflicto.

En un proceso terapéutico que promueve el crecimiento se desarrolla una mayor capacidad para abandonar la seguridad que provee la disociación, y simultáneamente, aumenta la capacidad de soportar y procesar el conflicto interno. Un paciente se hace mentalmente más capaz de jugar y de luchar creativamente con una experiencia que antes sólo podía ser puesta en acto en el plano interpersonal. En términos del proceso clínico, se hace más capaz de “hablar de sí mismo” en un proceso intrapsíquico/intersubjetivo de re-simbolización cognitiva del *self*. Ahora el paciente comienza a ser más capaz de usar el placer y la seguridad, lo que Winnicott (1958, citado en Bromberg, 2006) llamó la capacidad de estar solo en presencia de otra persona: la experiencia de estar solo en presencia de alguien disponible, alguien presente, pero presente sin hacer demandas. Debido al aumento de esta capacidad, el paciente comienza a hacer una parte cada vez

mayor del trabajo en forma interna más que a través del *enactment* (Bromberg, 2006).

El soporte de este proceso de crecimiento es una relación paciente-terapeuta que permite la negociación de las colisiones entre subjetividades. El sentido de juego que está a la base de la situación analítica permite jugar con el otro como un objeto, haciendo factible la negociación que conduce a la intersubjetividad, es decir, experimentándose unos a otros como sujetos.

2.4 Trauma político

La conceptualización teórica de los efectos psíquicos y psicosociales de las vivencias de situaciones de violencia extrema ha sido agrupada bajo la noción de trauma psicosocial o trauma político.

Ignacio Martín-Baró (1988) propuso el concepto de *trauma psicosocial* para abordar los problemas psicológicos y sociales derivados de determinados contextos socio-históricos. Este concepto enfatiza “el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada por la vivencia prolongada de una guerra” (Martín-Baró, 1988, p. 77), destacando que las raíces de las heridas que afectan a las personas no se encuentran en el individuo sino en la sociedad, y que, por su misma naturaleza, la herida se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la

sociedad a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e individuales que se construyen y afectan dialécticamente. El autor resalta la idea de que los eventos traumáticos no provocan una herida uniforme en todas las personas que los sufren, sino que ésta adquiere características específicas en cada individuo dependiendo de sus condiciones personales, de la ubicación en el escenario social general y en el conflicto sociopolítico particular.

Las conceptualizaciones de trauma de Martín Baró (1990) se refieren a un proceso donde, si bien se puede identificar un medio traumatizante implementado desde el orden político, éste ya ha permeado y se ha instalado en las relaciones sociales. (...) No puede negarse que existen consecuencias que se enquistan en el cuerpo o la personalidad, pero éstas adquieren sentido dentro de un proceso histórico. (Castillo, 2013, p. 68)

Castillo (2013) destaca que la contextualización histórica de una temática que tradicionalmente ha sido considerada intrapsíquica, resulta teórica y políticamente relevante ya que al resaltar la dimensión social y política del problema, lo re-significa y re-sitúa en el espacio de lo colectivo. “Asimismo, al desarrollar la noción de trauma ligada a lo político, se destaca la especificidad del fenómeno de la violencia política y de sus efectos, y se enfatiza la diferencia que tiene con otras problemáticas que pertenecen a otro ámbito” (Castillo, 2013, p. 69).

2.4.1 Modelo de traumatización extrema de ILAS

En Chile, a raíz del trabajo clínico realizado con familias y personas que sufrieron directamente situaciones traumáticas asociadas a la represión política (desaparición o ejecución de un familiar, detenciones prolongadas, tortura, exilio y relegaciones) y ante la insuficiencia de las categorías diagnósticas de síndromes psiquiátricos relativos al trauma, los profesionales del Instituto Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental (ILAS) desarrollaron el concepto de *traumatización extrema* (Castillo, 2013) para referirse a las traumatizaciones de origen sociopolítico.

Castillo y Becker (1990, citados en Castillo, 2013) definen traumatización extrema como:

(...) un proceso que da cuenta de un tipo de traumatización específica, que ocurre en dependencia de acontecimientos socio-políticos. Se caracteriza por su intensidad, permanencia en el tiempo y por la interdependencia que se produce entre lo social y lo psicológico. Es un tipo de traumatización específica, que desborda la capacidad de la estructura psíquica de los sujetos y de la sociedad de responder adecuadamente a este proceso. Su objetivo es la destrucción del individuo, sus relaciones interpersonales, su conciencia de clan y su pertenencia a la sociedad. La traumatización extrema está marcada por una forma de ejercer el poder en la sociedad, donde la estructura socio-política se basa en la desestructuración y el exterminio de algunos miembros de esta misma sociedad por otros de sus miembros.

El proceso de traumatización no está limitado en el tiempo y se desarrolla en forma secuencial. (p. 70)

Esta conceptualización integra los aportes de Bruno Bettelheim (1952, citado en Castillo, 2003), quien vincula el trauma al contexto sociopolítico; la dimensión temporal de *trauma acumulado* de Masud Khan (1963, citado en Díaz, 2006); y la noción de *traumatización secuencial* propuesta por Hans Keilson (1979, citado en Díaz, 1995) para referirse al período de posguerra o, análogamente, post-dictatorial, el cual no solamente evidencia las consecuencias prolongadas de las experiencias traumáticas, sino que además forma parte del proceso traumático mismo.

Bettelheim (1943, citado en Castillo, 2013), al relacionar el trauma al contexto sociopolítico en el cual se origina, subraya la especificidad de esta vivencia, su condición de situación extrema, su prolongación incierta en el tiempo, su impredecibilidad e inescapabilidad, la total impotencia para hacer frente a la situación y el carácter esencial que ésta tiene de ser producida por un ser humano contra otro ser humano. “Este autor es el primero en explicar, muy claramente, que la traumatización producto de un desastre conscientemente producido por seres humanos contra otros seres humanos, no puede ser categorizada en un lenguaje psiquiátrico o psicoanalítico” (Castillo, 2013, p. 70).

Masud Khan (1963, en Castillo, 2013) sigue el desarrollo de las ideas de Winnicott enfatizando la importancia del ambiente y desarrolla el

concepto de *trauma acumulado*. Este concepto está básicamente referido a la relación materno-infantil e implica que la falla del medio ha marcado el desarrollo del niño por su repetición y acumulación en el tiempo. El autor plantea que las fallas se acumulan en el proceso de desarrollo sin que esta acumulación sea percibida y que aparecen, posteriormente, reflejadas en la estructura de personalidad del sujeto. Es decir, el trauma se relaciona con una sucesión de experiencias que por sí solas no son traumáticas, pero en la medida que se acumulan adquieren el significado de un proceso traumático. En este concepto está implícita la idea de que la madre no ha logrado constituirse en “escudo protector”, por tanto, no ha habido reconocimiento de las fallas ni intento de compensarlas, es decir, lo que no ocurre es una adecuada reparación. En estas circunstancias, el niño se ve obligado a adaptarse a las necesidades de la madre, asumiendo el rol de cuidador como la única forma de relacionarse con quien es indispensable para su sobrevivencia (Khan, 1963, citado en Díaz, 2006).

A raíz de sus investigaciones con niños judíos huérfanos de la guerra en Holanda, Keilson (1979, en Castillo, 2013) describe la existencia de tres secuencias traumáticas: (1) la ocupación de Holanda por parte de los alemanes y el terror inicial en contra de la minoría judía; (2) la persecución directa, la deportación y separación de las familias; y, (3) el período de posguerra. Demuestra que el proceso de *traumatización secuencial* puede desarrollar traumas crónicos cuando el contenido de la situación traumática es la persecución y represión política, y destaca

que las consecuencias de un trauma no sólo son prolongadas en el tiempo, sino que el mismo trauma persiste incluso una vez finalizada la represión política -tercera secuencia traumática- si las expectativas de reparación no se cumplen.

Castillo (2013) destaca que:

Colocar el énfasis en el aspecto sociopolítico del proceso traumático no significa ignorar o desconocer la desestructuración individual, psíquica, sino más bien apuntar a la necesidad de no olvidar que la desestructuración es también social, que se produce y reproduce socialmente, o, dicho de otra manera, es importante reconocer que la traumatización no sólo ocurre en la mente de las personas sino también entre ellas (Castillo y Becker, 1993).

La traumatización secuencial planteada por Keilson, describe cómo el contexto social provoca el quiebre psíquico en las víctimas y promueve la mantención de la disociación. (p. 93)

El término traumatización extrema enfatiza, por un lado, el hecho de que ha ocurrido un trauma, y, por otro, el calificativo de “extremo” “apunta a la naturaleza específica del trauma que ni en su manera de ocurrir, ni en sus consecuencias a corto y largo plazo, ni en su sintomatología, ni en sus implicancias socio-políticas puede ser comparado con otros eventos traumáticos” (Castillo, 2013, p. 71). A diferencia de experiencias traumáticas producto de situaciones naturales imprevisibles e involuntarias -por ejemplo, un terremoto, con inicio y final claramente delimitado-, un elemento central de este tipo de

traumatización es que pierde su carácter de evento único y se convierte en un proceso que no está limitado en el tiempo (Díaz, 1995).

Castillo (2013) continúa señalando que a diferencia del susto, el terror de origen político se caracteriza porque se tiene conocimiento de la situación a la que se teme pero no se sabe cómo defenderse de esa amenaza. Es por esto que el terrorismo, tanto el que proviene del Estado como el que proviene de otras fuentes, instala una violencia omnipresente que ocupa un lugar en todos los planos de existencia de quienes la sufren, inscribiéndose tanto en sus memorias como en el horizonte de todo proyecto de vida (Mier, 2000, citado en Castillo, 2003).

La noción de *traumatización extrema* permite dar cuenta del trauma como proceso histórico, así como la articulación de la subjetividad, en cuanto ésta se construye a partir del entramado de relaciones intersubjetivas (Castillo, 2000). Destacar el carácter *acumulativo* y *secuencial* del trauma, permite comprender la retraumatización post-dictadura de los pacientes. En este punto vale enfatizar que la retraumatización post-dictadura se ve reforzada porque la reparación es insuficiente y porque el conjunto de la sociedad está dañada. Las medidas de reparación cuando están concentradas sólo en los afectados, permiten que emerja la idea de que existe sólo un grupo de la sociedad dañada, que efectivamente son los traumatizados extremos, sin embargo hay un daño que es del conjunto de la sociedad, y por lo

tanto es el conjunto de la sociedad la que tiene que hacerse cargo de la reparación. De lo contrario, se produce la división entre los dañados y no dañados, y los traumatizados extremos quedan como un conjunto marginal de la sociedad -dañado- como si en ellos solamente se concentrara el daño. Así, las medidas de reparación no son suficientes porque (1) no se cumplen totalmente las expectativas de reparación, y (2) porque las personas dañadas quedan consideradas como un grupo más bien marginal, como si hubiera un conjunto de la sociedad no dañado. Esta división de la sociedad es importante ya que sobre ella se funda la tercera secuencia ya descrita.

Asimismo, el concepto de *traumatización extrema* resalta la idea de que en el trauma de origen político se desarrolla un proceso traumático que amplía los efectos del daño en el tiempo y para las siguientes generaciones, dando lugar a nuevas secuencias traumáticas en las cuales la familia continúa su desarrollo. Es de este modo que experiencias traumáticas como el exilio, la tortura, o la desaparición forzada y prolongada en el tiempo de personas, implican la alteración de la vida familiar en varios niveles, en tanto se siguen presentando consecuencias de estas situaciones de modo concordante con la falta de reconocimiento y elaboración del daño sufrido. La transmisión transgeneracional del trauma permite comprender los mecanismos en que el daño se hace presente para las nuevas generaciones de víctimas de la dictadura.

2.5 Transmisión transgeneracional del trauma en contextos de traumatización extrema

En este apartado abordaré la transmisión transgeneracional a partir de los desarrollos teóricos de los psicoanalistas René Kaës, Haydée Faimberg y Yolanda Gampel.

Kaës (1993), analizando los textos freudianos, señala que el interés de Freud por la transmisión de la vida psíquica está presente a lo largo de toda su obra. Destaca la concepción de un sujeto del inconsciente en tanto que sujeto del vínculo, el que es simultáneamente heredero, beneficiario y servidor de la vida psíquica de quienes lo precedieron y de los vínculos de transmisión en los cuales él se forma.

Kaës (1993) se interesa por la transmisión de la vida psíquica entre y a través de las generaciones. Distingue dos modalidades de la transmisión: por una parte, aquella en la que hay una transformación de lo transmitido, y por lo tanto el sujeto receptor encuentra a la vez que crea lo que recibe en un terreno que es transicional, y por otra, aquella donde lo transmitido no es objeto de transformación y la transmisión entonces deviene traumática. En el primer caso se efectúa una transmisión entre generaciones, de elementos psíquicos asimilables y elaborables, útiles e incluso indispensables para el desarrollo psíquico. En el segundo caso, se efectúa una transmisión transgeneracional -a través de las generaciones- de procesos afectivos que no pudieron ser

reconocidos y simbolizados por las generaciones precedentes y que inevitablemente se transmiten de generación en generación. Estos elementos y contenidos psíquicos pertenecen a la categoría de lo indecible, de las fantasías inconscientes encriptadas y encapsuladas que actúan como cuerpo extraño y, mientras no sean objeto de una elaboración-integración, constituyen enclaves intrapsíquicos susceptibles de convertirse en fuente de sufrimiento, de perturbaciones, de bloqueos evolutivos y de repeticiones.

El autor distingue tres modos de transmisión: intrapsíquica, intersubjetiva y transpsíquica.

En la transmisión ***intrapsíquica***, exhaustivamente estudiada por Freud a partir de su teoría de los sueños, los contenidos psíquicos se transmiten desde el inconsciente hacia el preconscious o consciente, o bien de una instancia psíquica a otra.

La transmisión ***intersubjetiva*** se origina en el grupo familiar, como transmisión intergeneracional. Por esta vía se transmiten las investiduras narcisistas, los ideales, los valores, modalidades defensivas, mitos, experiencias de separación, los vínculos intersubjetivos que generan un espacio psíquico entre los sujetos y las identificaciones. Es una transmisión que permite la transformación de los contenidos psíquicos y es estructurante en tanto le va devolviendo al

niño la noción de ser él mismo, de reconocer y nombrar sus afectos, sus estados de ánimo, sus deseos, etc.

En cuanto a la transmisión *transpsíquica*, ésta supone la derogación de los límites y el espacio intersubjetivo, y está constituida por aquello que proviene directamente del psiquismo de otro o de otros exteriores al sujeto pertenecientes a otras generaciones (padres, abuelos, bisabuelos, personajes significativos de la mitología familiar). En este nivel falta el espacio transicional que permite la transformación de los contenidos recibidos en elementos propios, lo que impide que se pueda llevar a cabo el proceso de elaboración transgeneracional. La transmisión no se efectúa *entre* los sujetos sino *a través* de los mismos. Son contenidos "en bruto", casi sin procesamiento, lo que puede ser sentido por el receptor como "desvitalización" o la presencia de algo extraño que aliena y que perturba. Lo que se transmite no es transformado, es pues, una *transmisión repetitiva*.

La transmisión ocurre a través de un aparato inconsciente que nos permite interpretar, es decir, constituir y producir sentido, y se estructura a partir de lo que falta y falla, lo que ya había sido señalado por Freud en 1914 en «Introducción al narcisismo»: el narcisismo del niño se apuntala sobre lo que falta a la realización de los «sueños de deseo» de los padres. Kaës enfatiza:

No solamente a partir de lo que es falla y falta se organiza la transmisión, sino a partir de lo que no ha advenido, lo que es ausencia de inscripción y de representación, o de lo que, en la forma de encriptado, está en estasis sin ser inscrito. (p. 24)

Es a esta noción de no-inscripción a la que alude Winnicott (1974) cuando habla de un “vivido no-vivido y siempre por revivir” y del temor a un derrumbe ya acontecido, pero sin que el Yo sea capaz de metabolizar lo que en ese momento vivió fuera de toda representación de palabras. (ibíd., p. 26)

Haydée Faimberg (1993) desarrolla el concepto **telescopaje de las generaciones** para dar cuenta del proceso de transmisión, especialmente para explicar el modo en el que una historia que no le pertenece al paciente resulta ser organizadora de su psiquismo. Señala que el telescopaje es una forma particular de identificación inconsciente con contenidos que pertenecen a las generaciones anteriores. Al hablar de las causas de tales identificaciones, centra su reflexión en la relación que existe entre la regulación narcisista parental e identificación, y considera que los padres internos están inscritos en el psiquismo de sus hijos como padres que consideran al hijo como parte de ellos mismos. Desarrolla la idea de las identificaciones alienantes o clivadas del yo en base al narcisismo de los padres que organizan el psiquismo del hijo.

La parte alienada del yo del hijo se identifica con la lógica narcisista de los padres. Esta lógica que denomina regulación narcisista, lleva a los

padres, por un lado, a atribuir al niño -mediante la función de intrusión narcisista- todo lo que odian en ellos mismos, es decir, su no-yo, adquiriendo el niño de este modo una identidad negativa. Por otro lado -mediante la función de apropiación- los padres se atribuyen a sí mismos todo lo que aman en el hijo, con lo que se apropian de su identidad positiva. El hijo se identifica con esta distribución de las atribuciones negativas y positivas por un tipo de identificación que permanece escindida, dissociada de su yo, que la autora denomina “identificación alienada”. En esta identificación -que es muda e inaudible- el niño se queda sin espacio psíquico para desarrollar su identidad libre del poder alienante del narcisismo de sus padres, y se identifica con un conjunto representacional que no le pertenece a él sino a lo rechazado por otro significativo de su historia. Los padres internos están inscritos en el psiquismo del niño como padres que consideran al hijo en tanto parte de ellos mismos. La función alienante es el origen de un clivaje del yo y produce un sentimiento de extrañeza o futilidad. Es un sentimiento pero también una organización que pertenece a otro, así, es posible ver en muchos pacientes una doble condición contradictoria, un psiquismo vacío por un lado y al mismo tiempo “demasiado lleno” o alienado (Faimberg, 1993).

De este modo, la historia de los padres pasa a estar como encajada en la historia vital del niño. Cuando estas identificaciones inconscientes, detectadas en la transferencia, condensan tres generaciones Faimberg (1993) las denomina **telescopaje entre generaciones**. Este tipo de

identificación congela el psiquismo y pone en evidencia un tiempo circular y repetitivo. El pasaje de la identificación a la representación es posible por la construcción interpretativa, permitiéndole al paciente acceder a situarse en relación con la diferencia de generaciones.

Yolanda Gampel (2005) -a raíz de su trabajo clínico con pacientes que fueron niños durante el Holocausto, y también con sus hijos y nietos- plantea el concepto de **radioactividad** como metáfora para referirse a las consecuencias que tiene la violencia social en los individuos, pero también en sus descendientes, es decir, en las siguientes generaciones. Señala que los efectos de la violencia se manifiestan a largo plazo y a través del tiempo como “restos radiactivos” en la intersección entre el presente y el pasado; en sus palabras:

Los residuos radiactivos pueden transmitirse de la primera generación, la que vivió directamente la Shoah, a la segunda generación, que la vivió en forma fantasmática, y luego a la tercera. El concepto de transmisión radiactiva intenta dar forma a un fenómeno inconsciente, imprevisible. (p.18)

Análogamente a como la radioactividad tiene efectos físicos inmediatos en las personas y un tiempo después, la violencia social tiene un impacto en la subjetividad al momento de los hechos, pero además puede tener efectos a largo plazo, especialmente debido a lo no dicho y no simbolizado por la generación que vivió directamente en el cuerpo la violencia. El dolor físico, que se transforma en dolor psíquico, no

hablado y no simbolizado por ser demasiado doloroso, es lo que “oye” y recibe la generación siguiente. En palabras de Gampel (2005):

Para los que sufrieron en persona los horrores de los campos de concentración, las escenas son reales, concretas, fueron vividas en el cuerpo. Las imágenes que conservaron, el trauma producido por los campos, tienen que ver con una experiencia física, con una percepción sensorial. Esas escenas traumáticas, transmitidas inconscientemente por los sobrevivientes, se inscriben en el imaginario de sus hijos de un modo lacerante y perturbador. El trauma vivido en forma directa por los padres se transforma en una realidad traumática fantasmizada por la siguiente generación. (p. 22)

La autora enfatiza que en los contextos en los que las funciones de la familia giran fundamentalmente en torno a la sobrevivencia, los niños tienen poca centralidad habiendo escaso lugar para que sus necesidades sean escuchadas, convirtiéndose más bien en expertos en el cuidado de sus padres y desarrollando un fuerte sentimiento de omnipotencia. En este sentimiento de omnipotencia hay una desconexión con la propia vulnerabilidad. Y es aquí, en este giro de desconexión donde se puede traspasar el “hacerse cargo” a la tercera generación, que le da la voz a las necesidades de sus padres, que previamente fueron silenciadas para el cuidado de sus abuelos.

Gampel (2005) señala que en los sobrevivientes, el nacimiento de un hijo suscita una revaloración narcisista, es una afirmación de la vida y una prueba de que la vida no se ha agotado y que el poder del horror

no es todopoderoso. Cada hijo de un sobreviviente se convierte en un bebé-milagro que alivia el dolor y la pérdida, pero una madre atravesada por un duelo en suspenso, habitada por muertos-vivos, no puede ni recibir ni transformar la angustia de muerte del niño a causa de su propia vivencia traumática, y no puede proteger a sus hijos de sus propias angustias existenciales, por lo que esa angustia queda despojada de todo significado y es interiorizada por el niño como un “terror sin nombre”. En palabras de Gampel:

Cuando los padres son incapaces de cumplir esa función reflexiva y transformadora, el niño no puede reunir ni ordenar los datos perceptivos y cognitivos para enfrentar el mundo. Entonces su conciencia rudimentaria lo lleva a tomar sobre sí la tarea que sus padres no pueden asumir, se ve impulsado a hacerse cargo del sufrimiento de sus padres, viviéndolo en forma fantasmática. En efecto, frente al vacío psíquico y la ausencia de palabras significativas sobre el sufrimiento, crea por sí mismo contenidos parcelados, fragmentarios, y se los apropia. De este modo, se introduce en la constelación traumática de los padres. (p.26)

Los padres, al no poder hablar de su infancia por el dolor que les causa, no se encuentran del todo presentes psíquicamente. “Sus hijos, con mucha creatividad mezclada con mucha angustia y mucho sufrimiento, van entonces en busca del “tiempo perdido” de sus padres para traerlos aquí y ahora, vivos, completamente presentes” (Gampel, 2005, p.27).

Los efectos de la violencia social no terminan con el fin del contexto en el que se originan, sino que mantienen su vigencia en el tiempo y se transmiten a las generaciones siguientes. La transmisión del trauma se extiende transgeneracionalmente impactando en los procesos de diferenciación y formación de identidad de las nuevas generaciones (Díaz, 1995; Gampel, 2005).

Díaz (1995) señala que en los jóvenes que consultan en ILAS es posible observar conductas sobremaduras, resultado de las adaptaciones y sometimientos necesarios a un medio caracterizado por la carencia, las pérdidas y las frustraciones tempranas de las necesidades básicas. Esta conducta de “falso *self*” es la única respuesta posible a las delegaciones familiares y al contexto sociopolítico. Las iniciales estrategias relacionadas a la sobrevivencia, con el tiempo se convierten en reglas interaccionales de la familia, apareciendo la transmisión transgeneracional en la exigencia de cumplir una serie de mandatos familiares muchas veces contradictorios entre sí.

III. MARCO METODOLÓGICO

“El estado mental en el cual escribo no se organiza de acuerdo a temas, y a menudo me sorprende gratamente cuando me doy cuenta de que el tema asignado previamente está efectivamente presente en alguna parte de lo que escribí. (...) mientras estoy trabajando en cada nuevo manuscrito tengo muy poco claro sobre qué estoy escribiendo hasta que tengo un montón de páginas de algo y puedo iniciar un diálogo con ellas para descubrir cómo, o incluso si acaso, el tema predeterminado calza con ellas.”

Bromberg, P., 2011

3.1 Estudio de Caso Clínico

Coherentemente con el referente teórico que guía esta investigación- psicoanálisis relacional- la estrategia de investigación asumida se basa en una perspectiva hermenéutica y utiliza métodos cualitativos. Específicamente, se enmarca en la metodología cualitativa de Estudio de Caso Clínico, la cual considera que la observación clínica en psicoanálisis -particularmente el caso del estudio individual- ha sido el método central por el que se avanza en el conocimiento psicoanalítico (Castillo, 2013).

Lo común a las investigaciones cualitativas, inspiradas en un paradigma hermenéutico, es que los materiales o datos a analizar son palabras o discursos, ya sea escritos o hablados. Son metodologías que permiten

decir del lenguaje mediante el lenguaje (Ibáñez, 1989), de ahí el carácter reflexivo de las investigaciones cualitativas.

Al tratarse de una metodología centrada en el lenguaje, el investigador asume que el objeto de estudio no es asequible de modo separado a su subjetividad, sino que el investigador se encuentra inevitablemente imbricado en el objeto de estudio. “Es precisamente la implicación y responsabilización con la realidad social lo que otorga a la figura del analista la posibilidad de construir un marco que permita ‘descifrar’ y, a la vez, ‘construir’ una cierta visión del fenómeno estudiado” (Pujal y Pujol 1995)

El énfasis está puesto en la comprensión de los procesos, considerando su dimensión histórica, política, cultural y contextual. Se trata de un tipo de investigación que al intentar dar cuenta de lo social o de lo psicológico no busca explicar sino comprender por medio de los significados y sentidos posibles de analizar.

Desde esta perspectiva, la legitimidad de los resultados no está dada por la concordancia inequívoca con una realidad externa. Por el contrario, su validez y veracidad se determinan por el estatuto científico avalado por una comunidad científica particular, encargada de evaluar el orden y coherencia interna del proceso investigativo. Dentro de este marco es que se entiende al método como un conjunto de reglas que

dan estatuto científico a la práctica, y no necesariamente veracidad, sí legitimidad a la investigación (Cottet, P., 1998).

Al considerar el Estudio de Caso dentro del paradigma interpretativo, y para responder el modo en el que se establece la comprensión de la vida de una persona, Stolorow y Atwood (1984, citados en Castillo y Gómez, 2003) plantean lo siguiente:

Desde la perspectiva hermenéutica todo conocimiento psicoanalítico es conocimiento interpretativo en cuanto siempre proporciona una pauta del significado de algo que ha sido expresado. Este significado es algo que pertenece al mundo personal y subjetivo de un individuo y se hace accesible mediante la empatía del analista.

El diálogo entre el universo de un individuo y el del analista se consigue cuando se enfoca el patrón interno de una vida, como una estructura especial de significados que une las diferentes partes de ese mundo en un todo inteligible. Para lograr esto se parte de una o más hipótesis interpretativas en un contexto experiencial/histórico de vida dentro del cual el comportamiento tiene significado. Se estudian luego otras instancias y se suman otras hipótesis sobre los contextos subjetivos y genéticos. La relación entre las hipótesis y el análisis como totalidad sigue un “círculo hermenéutico” en el cual las partes dan paso al todo y el todo proporciona un contexto para evaluar las partes.

Si se considera que el estudio de caso en psicoanálisis es un procedimiento interpretativo, esto implica que la validez de sus resultados se evalúa exclusivamente a la luz de criterios hermenéuticos. Y estos criterios son: la coherencia lógica del argumento, la totalidad de la explicación, la consistencia de las

interpretaciones con conocimiento psicológico aceptado y la belleza estética del análisis. (p. 298)

Respecto del análisis de casos clínicos, Castillo (2013) señala que:

En psicoanálisis se considera que un paso hacia la formulación de hipótesis psicoanalíticas, surge del material que se obtiene de la sistematización de casos clínicos. Esta posibilidad permite actualizar concepciones psicoanalíticas y generar hipótesis que pueden convertirse en nuevos conocimientos. (p. 37)

A través de la narración, el Estudio de Caso Clínico, da cuenta de la historia del paciente y su significado, así como de los aspectos propios del proceso psicoanalítico. Se considera la participación e involucramiento del terapeuta ya que se lo conceptualiza como un proceso intersubjetivo que involucra un diálogo entre dos subjetividades, y que, por lo tanto, también devela lo que le sucede al terapeuta con determinado paciente o temática. Se consideran también los aspectos éticos necesarios para asegurar la confidencialidad de la información presentada (Castillo, 2013).

A través de la descripción de una experiencia de un proceso terapéutico, el objetivo de este Estudio de Caso Clínico es responder la pregunta que guía esta investigación: ¿qué efectos tiene en la construcción de la subjetividad de la segunda generación la situación de traumatización extrema de la que fue víctima la primera generación?

La descripción del proceso terapéutico desarrollado con Laura¹ se basa en las notas que tomé durante las sesiones, en la relectura de las mismas y en mi vivencia como terapeuta, resguardando en todo momento la ética y confidencialidad. Finalmente, considero relevante explicitar que cuento con consentimiento informado de parte de la paciente para la escritura del presente caso.

¹ Nombre ficticio

IV. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

“El problema podría formularse de este modo: psicoanálisis (...) mantiene la polémica alrededor de lo que se convino en llamar la transmisión psíquica: tal vez sería más claro decir transmisión de la psique, o producción intersubjetiva de la psique”

Kaës, R., 1993

Laura -a quien atiendo como parte de la red de profesionales ILAS (Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos, institución que atiende personas que fueron víctimas de violaciones a los Derechos Humanos durante el periodo de dictadura)- es mi paciente desde hace tres años y medio y aún se encuentra en tratamiento. Considero que la presentación de este proceso terapéutico puede facilitar la comprensión de los efectos de la represión política en la segunda generación, es decir, en los hijos de quienes fueron víctimas directas de la misma. El caso ilustra cómo las situaciones traumáticas de origen político ocurridas incluso antes que la paciente naciera -análogamente a como ocurre con los efectos de la radioactividad (Gampel, 2005)- han influenciado su subjetividad apareciendo en su vida de joven-adulta.

Presentaré los antecedentes generales del caso para luego detenerme en algunos momentos específicos del proceso que considero

ejemplifican partes centrales de los aspectos teóricos que me interesa resaltar.

Laura

Laura, de 28 años al momento de la consulta, estudiante universitaria de tercer año que divide su tiempo entre sus estudios y un trabajo como vendedora *part-time*, es una joven de aspecto amable y mirada melancólica e inteligente a quien conocí en mi consulta un frío día del mes de mayo.

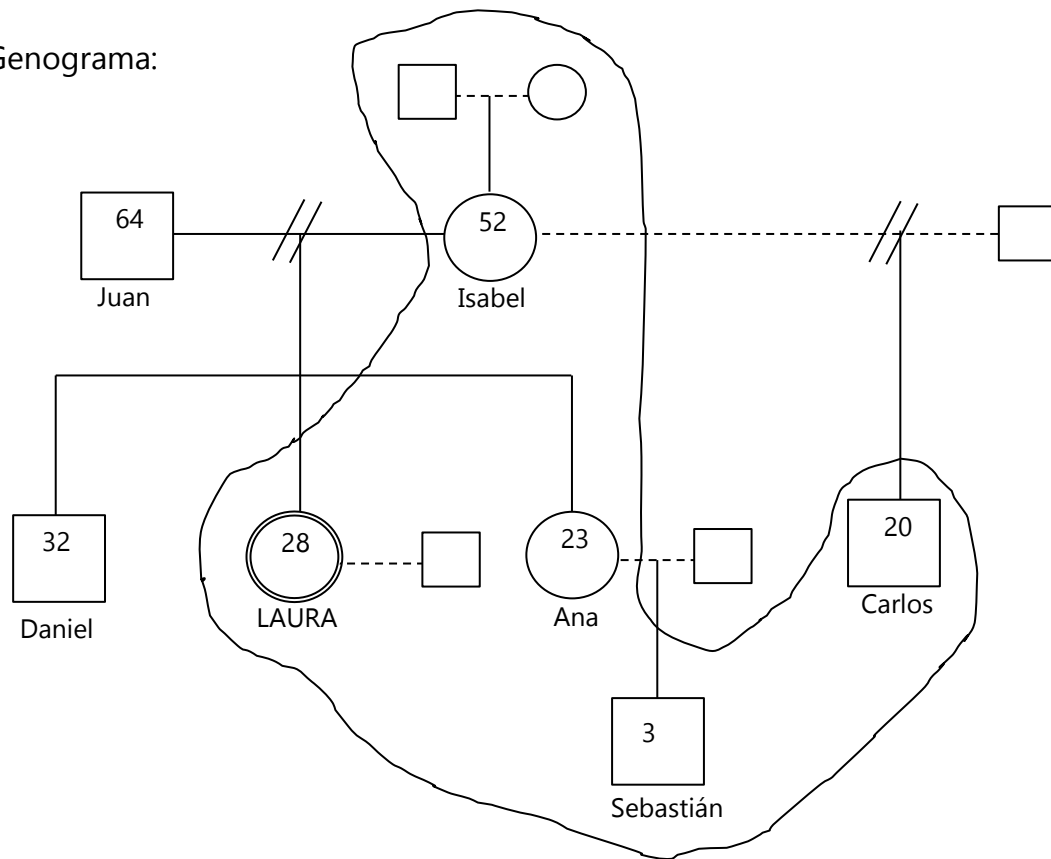
Respecto de su motivo de consulta, en las primeras entrevistas señaló tener “una sensación” de estar pasando por un momento muy difícil, con mucho malestar, tristeza, desánimo y angustia. También le preocupan su rendimiento académico y una tartamudez que aparece sólo cuando debe disertar en público. En relación a su rendimiento académico, dice que desde su época escolar le ha costado concentrarse, que siempre ha estudiado más que sus compañeros y que sus esfuerzos no se reflejan en sus notas. Con un lenguaje claro y coherente y con el modo de hablar pausado que la caracteriza, transmite calma y tristeza al mismo tiempo. Con sus ojos amables me mira atentamente, como indagando respuesta a sus angustias. Pienso que está asustada y siento su tristeza y un genuino deseo de acogerla.

Su historia

El año anterior al inicio del tratamiento, Laura ocupó el lugar de cuidadora principal de Sebastián, su sobrino de 3 años, debido a que su hermana Ana debió estar fuera de Chile por tres meses. Durante ese tiempo, desarrolló una estrecha relación con el niño, situación que cambia abruptamente cuando la hermana vuelve. Es después del regreso de su hermana que Laura comienza a sentirse muy triste y desanimada, razón por la cual su madre la lleva a consultar con un psiquiatra. El médico diagnostica depresión, indica psicoterapia y la deriva a ILAS. Ella es beneficiaria porque su madre, en período de dictadura, estuvo detenida “algunas semanas”. La detención de la madre ocurrió antes de que Laura y sus hermanos nacieran.

Laura nació en Sudáfrica y llegó a Chile a los 4 años. Es la segunda de tres hermanos y tenía 6 años cuando sus padres se separaron. El padre ha vivido siempre en Sudáfrica, y hasta los 16 años de Laura, vino regularmente a Chile a ver a sus hijos durante las vacaciones de verano.

Genograma:



A raíz de la separación conyugal, el padre expulsa a la madre del hogar obligándola a abandonar la casa sin sus hijos, quedando mi paciente y sus hermanos (la menor en ese entonces de tan sólo 9 meses) viviendo en la casa familiar a cargo de los abuelos maternos. El padre de Laura justificó la expulsión de Isabel aduciendo que él era el dueño de la casa. La dependencia económica del grupo familiar del padre, incidió en que los abuelos maternos de mi paciente no vieran con buenos ojos la separación conyugal propiciada por Isabel por lo que “aprobaron” la expulsión de su propia hija del hogar, quedando ellos al cuidado de los nietos.

Durante los casi 10 años en que la madre estuvo fuera de la casa familiar, Isabel visitó regularmente a sus hijos. Los primeros años, y dado que tenía prohibido ingresar a la casa, interactuaba con ellos desde el otro lado de la reja de entrada. A medida que fueron pasando los años, las normas impuestas por el padre fueron flexibilizándose e Isabel podía entrar a la casa a ver a sus hijos pero llegada la noche debía irse.

Isabel tenía 17 años y Juan 29 cuando se casaron. Laura relata absolutamente convencida y sin asomo de duda, lo siguiente: “mi abuela obligó a mi mamá a casarse con mi papá... no sé bien por qué... yo creo que porque mi abuela es muy manipuladora y logra que todos hagan lo que ella quiere...”. A lo largo del proceso terapéutico fuimos comprendiendo que su madre “fue casada” al poco tiempo de ser liberada de un centro clandestino de detención y tortura de la DINA² como un modo de que pudiera salir del país, protegiéndola así de una eventual nueva detención. Isabel cursaba su último año de colegio cuando fue detenida y su escolaridad quedó inconclusa hasta el día de hoy. Juan, 12 años mayor que Isabel, era vecino del barrio y desde hacía unos años se había ido a vivir a Sudáfrica por razones laborales. La liberación de Isabel coincidió con una visita de Juan a Chile, momento en que la abuela de mi paciente hizo todo lo que estaba a su alcance para “casar” a su hija.

² Dirección de Inteligencia Nacional, también conocida por su acrónimo DINA, fue la policía secreta del régimen militar de Augusto Pinochet en Chile entre 1973 y 1977. La DINA fue responsable de numerosos casos de infiltración política y violaciones a los derechos humanos, entre los que se cuentan asesinatos, secuestros y torturas de personas, adultos y niños.

La madre de Laura sufrió una severa y prolongada alopecia nerviosa después del nacimiento de su último hijo; tiene diagnóstico de trastorno del ánimo y, producto de sus crisis, ha estado hospitalizada en tres ocasiones en hospitales psiquiátricos, habiendo recibido sesiones de electroshock en cada hospitalización. La última hospitalización fue hace siete años. Desde entonces, aunque está sin fármacos y sin psicoterapia, Isabel ha estado estable.

Como antecedente, es necesario mencionar dos condiciones médicas relevantes. Laura padece, por un lado, recurrentes y severas otitis desde pequeña, y por otro, una molesta endometriosis diagnosticada en la adolescencia. Debido a esta última condición cree que le va a costar mucho tener hijos.

Inicio del tratamiento

En la primera sesión, Laura se presenta de la siguiente manera:

Hace cinco años que no tengo contacto con mi papá... Mi madre es bipolar y ha estado internada tres veces, pero la existencia de Sebastián la ayuda a tener cable a tierra. Hace cinco años demandé a mi papá por pensión alimenticia y se enojó, nos amenazó. Cinco meses después de que presenté la demanda tuve que llamarlo para avisarle del fallecimiento de su madre y en esa ocasión me dijo 'a ustedes los entierro junto con mi madre', nunca más hemos sabido de él... Tengo sentimientos de culpa... y lo echo de menos... yo era su

regalona... Yo me consideraba súper fuerte e iba tapando las cosas, pero con lo que ha ido pasando como que todo se sacude....

Relata su historia de modo ordenado y lineal. Sin emociones involucradas, y casi sin pausa continúa:

Mi mamá es una mujer extraordinaria. Cuando estuvo mal me tocó hasta bañarla y yo era chica. Yo tenía 18 años cuando la hospitalizaron por segunda vez y tuve que hacerme cargo de todo, llevar a los chicos al colegio, la casa, mi mamá... Soy como mamá de mi mamá, y protegí mucho a mis hermanos cuando mi mamá estaba mal..., por eso al final soy la única que la cuida... Siento que toda mi vida intenté ser súper fuerte... y en este momento no tengo ganas de seguir siéndolo... en realidad no tengo ganas de seguir... me siento sin ganas de seguir viviendo... no me siento bien...

Sus palabras “toda mi vida intenté ser súper fuerte...” dan cuenta de la disociación que le ha permitido sobrevivir.

Me preocupa y me asusta que no tenga ganas de seguir viviendo y me pregunto si podré ayudarla.

La situación con su padre la tiene muy angustiada, especialmente porque lo extraña y también porque se siente culpable de haberlo demandado y de haber dejado, en sus palabras, también a sus hermanos sin padre. Pienso que cuando Laura presentó la demanda, probablemente lo hizo desde una fuerte sensación de injusticia ya que el padre llevaba varios años sin apoyarlos económicamente, pero Juan,

al reaccionar de la manera como lo hace -cortando la relación con sus hijos- distorsiona la relación dejándola a ella en el rol de victimaria.

Se entrecruzan en la biografía de Laura varias violencias: la violencia del padre contra la madre (expulsión de la madre de la casa familiar al momento de la separación) y la violencia política (detención de la madre) ocurrida antes que Laura naciera. Ambas violencias han ocurrido de un modo casi invisible para Laura ya que no las vivió directamente y tampoco se habla de ellas en la familia. Isabel nunca ha hablado con su hija de su detención. El año 2009, Laura se enteró que su madre había estado detenida por una conversación que escuchó en un pasillo al pasar.

Considero importante añadir que el abandono del padre también es un hecho muy violento que se suma a las violencias ya señaladas.

A medida que fuimos avanzando en el proceso terapéutico, la tristeza y angustias de Laura aumentaron, intensificándose la sintomatología depresiva con importantes alteraciones del sueño y del apetito. Le pedí interconsulta con un médico psiquiatra a lo que al principio se negó diciendo que no quería medicamentos y que prefería superarlo sola. Nos tomamos un par de sesiones para hablar sobre esto y finalmente se convenció de que no es necesario que todo lo resuelva ella. Inició tratamiento farmacológico y dado lo agudo de su sintomatología decidió congelar su año académico.

Aunque le fue muy difícil iniciar terapia farmacológica y tomar la decisión de congelar su carrera, pienso que se trató de un momento importante ya que fue una decisión que colocó su vulnerabilidad al centro, haciéndola visible para sí misma y para los otros cercanos tal vez por primera vez. Laura se da cuenta de la magnitud de su pena, a la que se refiere “como un gran hoyo que me traga”. Al mismo tiempo, siento que es una paciente muy contenida y muy bien comportada que pareciera adaptarse a mis ritmos. Este es un punto que me ha preocupado especialmente en el trabajo con ella ya que Laura, por su edad, podría ser mi hija. Esto ha significado que en el proceso he puesto especial cuidado en que no se articulen la primera generación [yo] con la segunda generación [paciente], de la misma manera que se articuló en el pasado, lo que sería acercarse al abismo de la repetición; es decir, el riesgo es que yo también -igual que su madre- imponga a la paciente mi subjetividad no estando disponible emocionalmente para hablar sobre el pasado traumático, o que Laura sienta que tiene que cuidarme, pauta central en su organización de la experiencia.

“Gente en la misma sintonía”

Un edificio público de Santiago, que post golpe militar funcionó como centro de detención y torturas, en las últimas décadas se ha ido convirtiendo en un sitio de reflexión y memoria al que cada año acuden muchas personas a recordar y rendir homenaje a las víctimas de la dictadura.

Un 11 de septiembre, mientras caminaba con mi familia por las inmediaciones de este Memorial -lugar al que, desde hace unos años y como un íntimo acto de memoria, solemos acudir- repentinamente me encontré con Laura y su madre quienes me saludaron muy afectuosamente. Yo, a pesar de lo inesperado del encuentro con mi paciente en ese lugar, correspondí el saludo y les presenté a mi marido y a mi hijo menor quienes en ese momento me acompañaban.

Llevábamos cuatro meses de terapia con sesiones dos veces por semana cuando ocurrió el encuentro que acabo de relatar.

A la sesión siguiente a este encuentro, en un hecho desacostumbrado, su madre llamó a la hora de inicio de la sesión para decirme que Laura estaba con gastroenteritis y que no había dormido en toda la noche así es que no podría acudir a la sesión que teníamos programada. A la sesión siguiente Laura tampoco asistió ni avisó, algo inusual en su comportamiento como paciente. Cuando la llamé para saber por qué no había asistido, me dijo que había tenido que llevar a su sobrino al médico ya que estaba enfermo y no había quien lo pudiera llevar.

Cuando finalmente la veo en sesión, habían transcurrido 17 días desde nuestro encuentro. No hace ninguna alusión a aquel encuentro ni a sus inasistencias por lo que soy yo la que comento que no nos veíamos desde el Memorial y le pregunto cómo fue para ella encontrarse conmigo allí. Dice lo siguiente:

Me resultó agradable encontrarte porque allá uno se encuentra con gente que está en la misma sintonía..., pero ir allá me trae sentimientos encontrados porque mi mamá se pone nostálgica y comienza a contar y recordar cosas... cosas de la época de la dictadura..., cosas generales de esos tiempos... fue una época difícil, en mi casa de esto no se hablaba porque mi papá, creo, era partidario del golpe y apoyaba la dictadura.

También hablamos sobre su inasistencia a dos sesiones seguidas, y que yo pienso que sí se vinculan a nuestro encuentro en el Memorial. Le recuerdo que ella se “indigestó” después de dicho encuentro, le digo que pienso que es evidencia de que su cuerpo sí registró la ambivalencia que le significó el encuentro: cómodo -lo que expresó con la frase “allá uno se encuentra con gente que está en la misma sintonía”- e incómodo -expresado en su indigestión-, tal vez porque me vió allí con mi marido y mi familia, y que faltar a las sesiones tal vez fue su modo de protegerse de hablar de estas cosas difíciles... Antes que yo desarrollara más mi idea, Laura rápidamente señaló:

Es que yo no viví ese tiempo así es que en realidad no sé... sólo sé que fue una época dura... He intentado hablar con mi mamá sobre esa época pero mi mamá claramente no quiere hablar, creo que hay que darle tiempo, ya contará ella cuando pueda hacerlo...

La sentí temerosa de hablar más, también sentí que bajo las palabras “mi mamá recuerda cosas generales de esos tiempos” había otras cosas, pienso que relacionadas con la detención y consiguiente tortura de la madre. Laura se aseguró insistiéndome que prefiere no preguntar

porque su mamá por esos días [del mes de septiembre] “no ha andado muy bien..., ha vuelto a sentir ruido de agua en la cabeza...”

Enactment 1

La imagen de la madre escuchando agua en su cabeza me impacta y vuelvo a pensar en la tortura³. Me paralizó y no sé qué decir. Laura hace caso omiso a mi -creo yo- imperceptible conmoción-paralización, y continúa hablando de “algunas cosas generales” de la historia de su madre. Yo, aún sin saber qué decir, repentina y torpemente, cambio el tema y le pregunto cómo ha estado ella este tiempo, siento que hemos hablado toda la sesión de su madre y nada de ella (¡como si hablar de su madre no fuera otra cosa que hablar de ella!). Respondió escuetamente algo sobre su ánimo diciendo que ha andado mejor y finalizamos la sesión.

Comprendo que mi cambio inesperado y brusco de tema grafica el *enactment* en el que estábamos, y se relaciona con aspectos disociados de ambas. Por un lado, la dificultad disociada de Laura para oír el horror que le tocó vivir a su madre, y por otro, me di cuenta que no me atreví a continuar y ofrecerle a Laura la asociación que tenía en mi mente entre el ruido de agua en la cabeza de su madre y la tortura. La supervisión me permitió comprender que actué a la madre que no puede hablar de la detención y la tortura junto a la parte mía que

³ Lo asocio con la práctica de tortura llamada “submarino húmedo”, que consiste en el hundimiento de la cabeza en un recipiente con agua, generalmente sucia, hasta un punto cercano a la asfixia del prisionero/a.

tampoco quiere hablar de las situaciones traumáticas. Esto a su vez se relaciona con mi propia dificultad -también disociada aunque cada vez menos- para hablar con la segunda generación sobre las experiencias traumáticas.

El encuentro en el espacio de memoria-detención-y-tortura entre ella, su madre y yo como representante de la terapia, que busca juntar estos los elementos, la indigestó porque hizo la conexión entre la detención de la madre, la tortura y los síntomas de la madre y los de ella. A ese impacto fue al que le fuimos poniendo palabras en la medida que pudimos ir saliendo de la disociación.

Cuando Laura comenzó a hablar de su madre, yo la protegí a ella y a “ambas” cambiando el tema. Y ella también me protegió a mí de un modo que he descubierto durante la escritura de este trabajo.

He pensado que es muy probable que Laura pensara que yo también estuve detenida o que algo me pasó a mí también -“allá uno se encuentra con gente que está en la misma sintonía”- y que por eso nos encontramos en el Memorial. ¿Por qué no lo iba a pensar si ella es especialista en saber lo que le pasa a la madre? Es muy probable que ella, cumpliendo la función de la niña que cuida, haya hecho alguna asociación respecto a que a mí también me puede haber pasado algo. Creo que esto es lo que significó para ella nuestro encuentro. Y por eso sus inasistencias, con las cuales me estaba cuidando a mí también de

no hablar cosas difíciles. Tal vez por eso recalco que prefería “no preguntar más”.

Ahora pienso que ni ella ni yo podíamos hablar más del tema. ¿Por qué no pude yo hablar más de nuestro encuentro? Por mi pudor y también mi temor de estar imponiéndole algo que es importante para mí. La historia traumática, esta vez la mía, puso en acto, una vez más, que no hay espacio para ella sino sólo para los que sufrieron. Esto es algo que he pensado ahora, y que por lo tanto no he abordado con la paciente.

Al insistir con la interrogante por cómo había sido para ella encontrarme con mi familia, se limitó a señalar que “bien” y no quiso preguntar nada más. Sin embargo, el tema de su maternidad inevitablemente se abrió paso entre nosotras y unas semanas después comentó que estaba preocupada por un posible embarazo. Tal vez la identificación conmigo, así como hablar del Memorial y establecer juntas una relación entre nuestro encuentro y todo lo ocurrido después, incluidas sus inasistencias, fue lo que posibilitó que habláramos de algo propiamente de ella: su anhelo por la maternidad.

A pesar de mi torpe y brusco cambio de tema, es primera vez que la paciente pudo hablar tanto de lo ocurrido a su madre en dictadura, lo que sí se relaciona con nuestro encuentro: “allá uno se encuentra con gente que está en la misma sintonía...” Mi verbalización o comprensión de lo que pasó le permitió tomar contacto con su *self* disociado.

La imagen de la madre escuchando agua en su cabeza no dejó de acompañarme en las sesiones que siguieron con Laura. Con ayuda de la supervisión entendí que para salir del *enactment* descrito necesitábamos responder preguntas como: ¿qué es eso de oír agua en la cabeza? ¿Por qué su madre oye agua en la cabeza? ¿De dónde podrá venir eso de oír agua en la cabeza? ¿Con qué podrá relacionarse? ¿Laura también oye agua en la cabeza? ¿Conoce ella otras personas que oigan agua en la cabeza? ¿Cómo ha sido para Laura saber que su madre cada cierto tiempo oye agua en la cabeza?

Saliendo del enactment 1

Si bien era consciente de la importancia de conversar estos temas con mi paciente, no fue sino hasta un buen tiempo después que considero pudimos salir de este *enactment*. Ocurrió un día en el que Laura llegó con el pelo corto y al comenzar la sesión, de un modo informal y casual, noto su corte de pelo y opino sobre lo bien que le queda. Ella respondió comentando lo cómodo que es tener el pelo corto y que además no ha tenido más otitis, afección que padecía frecuentemente desde pequeña. Recordé que efectivamente no ha tenido más otitis (la última otitis severa fue pocas semanas después de iniciada la terapia) y aproveché la ocasión para preguntarle si ella alguna vez ha relacionado sus otitis con algo. Con cara sorprendida dijo que no y yo me animé a compartir algo que había pensado muchas veces, que sus otitis recurrentes sí se relacionan con el ruido de agua en la cabeza de su madre y que éste

ruido se vincula con la detención y tortura de su madre. Añadí que pensaba esto desde la primera vez que mencionó lo del ruido del agua en la cabeza pero que en ese momento no había podido decírselo porque me había paralizado, probablemente porque fue algo que surgió después de nuestro encuentro en el Memorial.

Me miró intensamente con sus ojos curiosos, y luego de un momento de silencio sonrió generosa y francamente. Dijo que era raro y fuerte lo que yo acababa de decir pero que la aliviaba oírlo y que además me encontraba razón. A continuación, y con una fluidez llamativa, como si se tratara del mismo tema, dijo que se había puesto a pensar en su sobrino, específicamente en si su dermatitis de niño se relacionaría con algo.

Considero que ofrecer mis pensamientos y relacionar lo hasta ahora disociado permitió que Laura se instalara, fluidamente, en el presente. Nos permitió, también, salir del *enactment* en el que estábamos (Bromberg, 2011).

Al final de la sesión nos reímos las dos de buena gana, a ambas nos parecía rara o loca, pero cierta, la asociación que habíamos hecho.

Laura encontró en lo que dije el reconocimiento de su *self* disociado (la niña asustada que somatiza la experiencia no relatada pero transmitida de la madre). Pudo poner palabras y pensar y relacionar con los

síntomas psicósomáticos del sobrino. Esto último dado que le hizo sentido.

Enactment y mentalización

Hubo unos meses del trabajo con Laura en los que me sentí muy sobrepasada por las múltiples dificultades de sus hermanos (alcoholismo y severa adicción a la cocaína de Carlos, Ana que no se hace cargo de Sebastián, peleas familiares, etc.). A los otros les pasan cosas y la que se desordena internamente es ella, es decir, es su subjetividad la que se pierde. Me siento desesperanzada y no sé qué hacer ni qué decir para ayudarla a resolver estas complejas situaciones. Me identifico con el modo en el que Laura se hace cargo y se preocupa de sus hermanos, comparto su preocupación y la pena que siente, pero me siento inútil y sin capacidad para ayudarla. A ambas nos invade una profunda desesperanza. En palabras de Bromberg (2009), todo lo que ella y yo hemos trabajado ¡y la catástrofe igual se instala! Comprendo que, en términos del proceso, es como si retrocediera, y comparto mi desesperanza con ella.

Le explico que siento impotencia y que pienso que ella también la siente, y que a lo mejor también siente pena, y que tal vez incluso tiene susto porque siente que está retrocediendo, y que todo lo que ocurre en su casa le impide hacer su vida. Laura asiente y añade que en muchas ocasiones también siente rabia con sus hermanos. En este

momento le pregunto si acaso sentía algo de rabia con su mamá, y me dijo: “la mayoría de la gente suele ver a sus mamás como la fuerte... como la que contiene... a mí me tocó verla vulnerable... y siempre tengo susto de volver a verla así...”, reiteró que la persona que le genera más rabia es su hermana Ana. A este comentario de desplazamiento de la rabia no supe qué decir. Y después de un pequeño silencio entre nosotras, Laura mencionó como al pasar, que su pololo de 4 años le había dicho que le gustaría que se casaran. Me lo dice de un modo bien plano, desafectado y sin darle casi importancia. Yo me alegro con la noticia y así se lo hago ver pero sin palabras, sólo con mi expresión facial, ella continuó diciendo:

No sé bien qué me pasa con la idea del matrimonio..., tal vez me da susto que él se aburra porque siempre pasa algo en mi casa [volvemos a la casa], y me asusta sobre todo el tema de los hijos [de nuevo el tema de los hijos], especialmente si hay separación... el tema de la maternidad es un tema para mí... porque yo me llevé súper mal con mi mamá, y por eso he pensado que quiero tener sólo hijos hombres... ya te he contado esto...

Momento de encuentro

En ese momento comienza a ocurrir algo que no sé si ella en realidad hizo, pero mi sensación es que Laura había empezado casi imperceptiblemente a mecerse, muy lentamente, comenzando entre nosotras un silencio muy prolongado. El silencio continuó largo y profundo, percibo que es un silencio importante, muy cómodo y calmo sostenido sólo por nuestras miradas. Tuve la sensación de que podríamos haber permanecido mucho tiempo allí las dos. Al cabo de un rato se lo señalo y ella asiente con la cabeza, sin palabras. Fue un momento casi hipnótico, estábamos como cuando uno mira al bebé a los ojos y se puede quedar allí horas, pienso que en ese momento yo era la madre-terapeuta. No se lo dije pero lo actuamos: una madre que contiene, que la oye y que se queda ahí. La niña-paciente tranquila y la madre-terapeuta tranquila. Laura, que es experta en rescatar a las madres vulnerables, esta vez no tuvo que rescatarme, se dejó contener. Siguiendo a Bromberg (2011), pienso que Laura tuvo la sensación de haber sido vista ¡y ni siquiera se había dado cuenta de que se sentía invisible!

Por la calidad emocional del silencio creo que se trató de un encuentro sin palabras, un ejemplo de lo que Stern (1997) denomina “momentos de encuentro”, momentos que se refieren a los aspectos emocionales del sí mismo disociados porque no tuvieron reconocimiento, que aparecen en la relación terapéutica y que conducen a la creación de un

nuevo estado intersubjetivo, que en este caso se relaciona con mi sensación profunda de que ella puede ser madre. Con mi tranquilidad averbal, en esta sesión en la que hablamos del matrimonio y de los hijos, tal vez le transmití mi certeza de que sí puede ser buena mamá, y Laura pudo permitirse la experiencia de un buen maternaje. Pero sé que para tener sus propios hijos va a tener que dejar el lugar de la niña que cuida.

Repentinamente, Laura me dijo “¡ah, no te conté nada de Carlos!”, su hermano menor, quien hace poco había tenido un grave accidente debido a su consumo excesivo de alcohol y drogas. Laura cuenta molesta que Carlos hace como si nada hubiera pasado y que a ella en realidad lo que le da rabia es que su madre no sea constante con él. No dije nada, pienso que la frase sobre su hermano fue una frase para poder irse, porque si no ¿cómo nos separamos?, ¿cómo terminamos la sesión? Probablemente para salir de ese lugar tan regresivo necesitaba hablar nuevamente de sus hermanos, ser mamá de toda su familia es funcional. No pregunté por Carlos porque pensé que si lo hacía corría el riesgo de usar el espacio para decirle qué tiene que hacer la Laura-mamá de Carlos. Sentí que se había ido de la sesión de un modo distinto. Entendí que conectarse con su familia es funcional para no conectarse con sus lados más regresivos, los que ella aún no puede tolerar, y que este estado regresivo es el estado del *self* disociado que ella trae a sesión. Hablar de Carlos es retomar la disociación para

poder irse. Sin embargo esta fue una sesión donde Laura pudo pararse entre los espacios (Bromberg, 2001).

En la sesión siguiente, aludí directamente a la calidad de nuestro silencio, explicité que me pareció un silencio muy tranquilo y bueno, y añadí que tuve la impresión de que pudo aparecer la Laura-niña, y que esa niña y yo pudimos estar en el espacio terapéutico tranquilas. Asintió con lágrimas en los ojos y por primera vez me dijo que se había ido con pena de la sesión anterior. En ese momento me atreví a decirle que a lo mejor se sintió contenida, y, tomando sus palabras, a reconocer que no tuvo una madre fuerte, que más bien había sido ella la fuerte. Agregué también que creo que a veces siente algo de vergüenza por contar con este espacio de terapia y su familia no. Dijo resueltamente que sí, que se siente culpable por contar con la terapia. Creo que se siente así porque nunca ha sentido el maternaje, le cuesta sentir que tiene una buena relación conmigo, y cuando la madre está mal (cuando siente ruido de agua en la cabeza) no viene porque le da vergüenza tener un espacio terapéutico y que su madre no lo tenga. Laura siente que ella es la que menos necesita, siente que tiene mucho y su madre muy poco.

Contenerla en la desesperanza, confrontarla con la disociación de la rabia, ponerle palabras a lo que ha ido ocurriendo entre nosotras, que es expresión de lo traumático, e ir acompañando a Laura en el reconocimiento de lo que ha ido sintiendo, es lo que ha permitido que

emerjan los lados más disociados del *self* de Laura. Ha permitido también que se integren y puedan ser reconocidos como “sí mismos”. Como terapeuta, he prestado mi mente para que la paciente pueda experimentar lo hasta ahora disociado.

Enactment 2

Después de un año y medio de terapia, Laura retomó sus estudios universitarios. Es una alumna destacada a la que no le cuesta concentrarse para estudiar y su tartamudez en las presentaciones es prácticamente inexistente. Está disfrutando sus logros académicos y se ve linda y contenta lo que se refleja en su ropa cada día más colorida. Laura reporta sentirse cada vez mejor y la relación con su madre es cercana. En las sesiones dice siempre que está bien y casi no tenemos de qué hablar. Transcurridos unos dos meses en los cuales las cosas han estado calmas y sin que tuviéramos mucho de qué hablar, pienso que ya podemos iniciar el cierre del proceso terapéutico y así se lo planteo. Laura no se sorprende, dice estar de acuerdo y acepta sin ningún tipo de emoción ni comentarios lo que le propongo. Acordamos un período de tres meses para cerrar.

A pesar de que yo venía hace un tiempo pensando en plantearle el cierre del proceso, no entiendo por qué se lo propongo de un modo tan apresurado, un modo que difiere tanto de la manera en la que habitualmente, en mi rol de terapeuta, planteo los cierres. No obstante

su aceptación, me quedo con una sensación de extrañeza respecto de lo propuesto, sobre todo porque sé que Laura aún no ha hecho una conexión entre la tortura, el trastorno del ánimo de su madre y su propia depresión ¡y yo pensando en cerrar el proceso! De nuevo el *enactment* ilustrando la disociación de ambas: una parte mía y otra de ella hace que no podamos hablar de lo traumático, que es precisamente esto: la inexistencia de conexión entre la tortura y la sintomatología crónica física y psíquica de su madre.

Salida del enactment 2

En la sesión siguiente Laura comenzó como había sido la tónica del último tiempo, comentando que todo iba bien. Yo, que había quedado preocupada por mi apresurado planteamiento de cierre, le pregunto cómo se había ido de la sesión pasada y dijo ¡no recordar de qué hablamos! Cuando le recordé que hablamos de cerrar el proceso dijo: “¡ah, cierto!”, riendo con ganas de su olvido. Las dos sabíamos que no era momento de cerrar la terapia, y su risa fue la puerta de entrada que me permitió decirle que creo que me equivoqué y que pensé que sería bueno que le diéramos un poco más de vueltas a la idea del cierre. Me dijo que sí, que estaba de acuerdo y preguntó por qué pensaba yo que era mejor no finalizar el proceso todavía. Fue la primera vez que me interpeló directamente con una pregunta. Expliqué que me parecía importante que pudiéramos ver cómo se relacionaba la historia de su madre, ocurrida antes que ella naciera, con su vida, porque yo pensaba

que esos eventos, de alguna manera, siempre estaban presentes. Dijo que le hacía sentido porque “lo que yo no quiero es que ni ella [refiriéndose a su madre] ni yo volvamos a estar mal”.

Lentamente, en las sesiones que siguieron, fui compartiendo con la paciente las otras asociaciones que yo tenía en mi cabeza. Pude decirle que creía que a su madre “la casaron” para salvarla, algo que pensé el primer día que la recibí en mi consulta al escuchar su historia; que creía que la bipolaridad de su madre sí se relacionaba con la tortura y la salida repentina del país casada con un hombre que apenas conocía, y que creo que su depresión, la de Laura, es expresión de esa historia. Juntas fuimos haciendo las conexiones. Laura no había pensado nunca antes estas cosas pero ir atando cabos la iba aliviando. Comenzó a hablar mucho en las sesiones que siguieron, hablaba de su relación de pareja, comentaba sus éxitos académicos, discutimos si renunciaba o no al trabajo *part-time* que tenía, volvimos a hablar de su padre y de detalles importantes de la vida de ella y de sus hermanos, y recordó de nuevo los momentos en los que su mamá estuvo mal y ella tuvo que cuidarla. En ese momento del proceso, le propongo usar el espacio terapéutico para hacer sesiones con su madre, de modo que pudiera preguntarle lo que no sabe.

La sesión conjunta finalmente -sin que lo planeáramos- se concretó en el mes de septiembre, justo un año después de nuestro encuentro en el Memorial. Fue una sesión de mucha conexión emocional que Laura

inició diciendo: “yo vengo bien. Mi mamá [que estaba a su lado] más o menos porque septiembre no es su mes...”. La madre toma inmediatamente la palabra y aclaró:

Efectivamente, septiembre es un mes duro porque me detuvieron en septiembre, y septiembre siempre será un mes difícil para mí... y este septiembre, no sé si fue por los 40 años o qué... pero sí, he podido decir ‘septiembre es duro’, y no es la primavera como me tenían convencida los psiquiatras lo que me hace mal. Ha sido importante poder decirlo. Hoy quiero saber más cómo sacar estas cosas dolorosas que tengo adentro, quiero trabajarlo, sé que yo sola no puedo... mi primera crisis fue cuando nació mi hijo mayor...

Aunque Laura no le preguntó a su madre detalles de la detención ni de lo que vivió, Isabel pudo responder todas las preguntas de su hija, especialmente cuando le preguntó por las hospitalizaciones por los intentos de suicidio de sus hermanos, momentos que Laura no recordaba bien. Al finalizar la sesión, le pregunté a la madre si quería decir algo, y dijo:

Primero que nada, que la amo mucho, y si volviera a vivir lo mismo, lo volvería a vivir por ellos.... Hoy la veo bien, en cualquier espacio en el que ella está, está siempre brillando... a lo mejor se ha ido descargando el peso de su mochila...

Esta sesión ocurrió el año 2013, cuando se cumplieron 40 años del golpe militar, y que públicamente se hablara más de lo que había pasado facilitó la conversación. El reconocimiento social de lo ocurrido

ha facilitado sin duda la reparación individual. A la tensión que se sentía al inicio, le han seguido períodos de más y más conversaciones entre Laura y su madre pero fuera de sesión.

Poco tiempo después de estas sesiones Laura me cuenta que está embarazada. Pienso que haber hablado con su madre permitió que sus temores se disiparan dejando espacio a sus propios deseos y anhelos, uno de ellos era la maternidad. Laura se fue a vivir con su pareja con quien ha consolidado la relación, y la última vez que la ví en sesión, antes de la pausa que acordamos hacer por su postnatal, me dijo que pensaba que de aquí en adelante venían sólo cosas buenas. El trauma, que nunca había sido reconocido, no desaparece, pero ya no se expresa en angustias e inseguridades inentendibles. Recuerdo las palabras de su madre en la sesión conjunta: “mi primera crisis fue cuando nació mi hijo mayor...”, y sé que su maternidad tendrá momentos de angustia por la repetición. El trauma no desaparece, permanece como una vulnerabilidad siempre presente, pero lo traumático puede llegar a ser pasado

Actualmente, el hijo de Laura cumplió un año y la paciente continúa en terapia.

V. A MODO DE CONCLUSIÓN

“(...) los dolores inexorables de la condición humana son vividos con la crudeza de una herida abierta sin la protección de la “piel” que provee la mentalización”

Fonagy & Target, 2013

La presentación del caso clínico expuesto permite reflexionar sobre la manera de reparar las heridas causadas por los traumas provocados por la violencia social. Específicamente, se ha tratado de comprender qué efectos tiene en la construcción de la subjetividad de la segunda generación la situación de traumatización extrema de la que fue víctima la primera generación. No se exponen detalles de la experiencia de traumatización extrema vivida por la madre de la paciente antes que ella naciera, pero sabemos que estuvo detenida unos días y que fue víctima de tortura durante su detención.

Como un eje transversal, el caso muestra la presencia constante del contexto social en lo individual. Hay una articulación de lo privado con lo público así como un enlazamiento de esa articulación con mi subjetividad como terapeuta y la subjetividad de la paciente. Esta articulación está en la base de nuestra relación de manera implícita y algunas veces de forma explícita. Marca la emoción compartida en muchos momentos del proceso y es la base de nuestros *enactments*.

Las manifestaciones culturales y nuestro encuentro en un lugar de memoria, aparecen como una evidencia de lo traumático al mismo tiempo que nos hablan de la importancia y contribución del reconocimiento social en la elaboración de experiencias traumáticas. Pienso que las manifestaciones culturales -el Memorial como lugar de memoria y las elaboraciones a través de la expresión artística que mencioné al inicio y que fueron el punto de partida de esta investigación- evidencian la necesidad de reconocimiento mostrando que lo traumático no termina con la generación directamente afectada.

La presencia del contexto social en lo individual articula también un entrelazamiento entre el presente y el pasado. El trabajo con Laura - proceso aún en curso- ha significado construir memoria y la construcción de memoria supone construcción de subjetividad. En esta investigación consideré lo clínico de este punto graficado a través de los *enactments*.

He sugerido que un efecto importante, cuando la primera generación ha sido víctima, se relaciona con la dificultad de la segunda generación de construir su propia subjetividad y sentirla legítima. Como si la segunda generación tuviera dificultades en construir su propia subjetividad porque carga con la delegación de buscar develar y lograr el reconocimiento ausente en la experiencia de la primera. Así, las experiencias de traumatización extrema vividas por la primera

generación -experiencias devastadoras para el psiquismo- dejan huella en la segunda generación.

Sabemos que lo particular de las experiencias de traumatización extrema reside en que se relacionan con un riesgo de muerte inminente y que están originadas en una persecución de origen político organizada desde el Estado y al mismo tiempo negada por éste. Estas situaciones tuvieron como uno de sus efectos “la perturbación de la tarea materna-paterna debido a la invasión de una experiencia externa de carácter traumática que impidió u obstaculizó seriamente la disponibilidad emocional de los padres para los hijos” (Gómez, 2013, p. 9). De este modo, el niño/a no tiene más alternativa que “acomodarse”, y “acomodarse” significa aislar sus experiencias subjetivas, que al no ser reconocidas por un “otro” significativo, se constituyen en experiencias que revisten un carácter de “ilegítimas”. Este “acomodo” requiere disociar aquella parte del *self* que, sin embargo, sabe de la legitimidad de la experiencia subjetiva. El *self* queda atento a mantener disociada aquella parte de sí mismo que pone en riesgo el vínculo de apego que garantiza su sobrevivencia. En el caso de Laura, pienso que el modo en el que el trauma se deslizó en su vida fue convirtiéndola desde muy temprano en una niña “fuerte” que ha cuidado y protegido a su madre por sobre sus propias necesidades. Esta labor de “niña que cuida” transformó su vida en un tiempo de espera no vivido. Como plantea Benjamin (1988), el dolor que acompaña a la obediencia es preferible al dolor que acompaña a la libertad.

El desafío terapéutico inicial consistió en construir una relación terapéutica lo suficientemente segura y estable para la paciente que posibilitara la expresión de lo traumático. Entonces, acorde con sus posibilidades, aquello que la inundaba de angustia pudo lentamente ir emergiendo. Sin embargo, las consecuencias de la experiencia traumática, la impronta que el trauma ha dejado en la trama relacional en cambio, no podía ser “dicha” ya que la falta de reconocimiento de sus experiencias subjetivas impidió que pudiesen constituirse en una experiencia que pudiera ser simbolizada y que quedara en la memoria de largo plazo. En otras palabras, la paciente no tuvo la posibilidad de verse reflejada en la mente de otro, quedando así limitada su capacidad para procesar cognitivamente sus estados mentales. Estos aspectos del trauma sólo pudieron emerger a través de las oportunidades que nos otorgaron los *enactments*, entendidos éstos como eventos disociativos compartidos donde ocurre una comunicación inconsciente hacia aquellas áreas donde el trauma afectó la capacidad de regulación del afecto en un contexto relacional (Bromberg, 2009). La relación terapéutica posibilitó la emergencia de lo traumático a través de la puesta en acto. Yo como terapeuta, al participar presté mi mente para permitir que las partes del *self* disociadas de la paciente encontraran relacionalidad y pudieran comenzar a ser simbolizados.

La relación terapéutica es una relación de encuentro o desencuentro en el reconocimiento de ambos participantes (Benjamin, 1998). Y lo que permite que la subjetividad se desarrolle a partir de un *enactment*, es

que la línea de desregulación se active bajo condiciones seguras pero no demasiado seguras. Cuando esas condiciones están presentes, la relación analítica no sólo repite los fracasos del pasado de un contexto que falló y que no pudo responder con el necesario reconocimiento, sino que hace “algo más”, y eso es lo que facilita el aumento de la coherencia entre los estados del *self*. Así, un *enactment* se transforma en el contexto propicio para el crecimiento terapéutico pudiendo emerger algo nuevo a partir de lo que paciente y analista hacen de manera inesperada. Son “sorpresas seguras” que permiten la construcción conjunta de una nueva realidad, un espacio entre la espontaneidad y la seguridad a la que se le infunde una energía propia (Bromberg, 2011).

El trabajo con los *enactments* requiere un terapeuta no sólo con disponibilidad emocional y atento a los estados afectivos del paciente de modo de ir reconociéndolos, sino que también precisa un terapeuta dispuesto a hacer uso de su propia subjetividad para que exista mutualidad en este reconocimiento.

Laura sabía que su madre había estado detenida. Además, año a año solía acompañarla a las distintas conmemoraciones en torno al 11 de septiembre que se realizan en recintos que fueron campos de concentración en período de dictadura. También estaba el hecho de que ella acudió a solicitar apoyo psicológico a ILAS, institución que atiende víctimas de violaciones a los Derechos Humanos. Es decir, la

paciente *conocía* la información pero no había una vinculación entre las palabras y las emociones, siendo la disociación la que le permitía hablar del ruido de agua que oye su madre sin afectación.

Lo anterior también se relaciona con lo planteado por Kaës (1993) respecto a la transmisión transgeneracional -a través de las generaciones- de procesos afectivos que no pudieron ser reconocidos y simbolizados por las generaciones precedentes y que inevitablemente se transmiten de generación en generación. El autor recalca que estos contenidos psíquicos pertenecen a la categoría de lo indecible, de las fantasías inconscientes encapsuladas que actúan como cuerpo extraño y, mientras no sean objeto de una elaboración-integración, constituyen enclaves intrapsíquicos susceptibles de convertirse en fuente de sufrimiento y de repeticiones.

Para que la paciente tuviera voz propia no era posible imponerle a la madre con todo su trauma y su dolor. Antes de la realización de la sesión conjunta fue necesario que construyéramos juntas una emocionalidad que contuviera y que posibilitara que el horror que vivió la madre -y del cual Laura de alguna manera estuvo siempre participando- no se convirtiera en una actualidad para ella, porque Laura ha estado próxima a convertirse en una loca, la misma loca que dicen que fue su mamá.

Pienso que Laura probablemente no se deprimió antes porque contaba con su padre, pero éste al desaparecer de su vida la “derrumbó”, permitiendo, desde los planteamientos de Bromberg (2011), la irrupción del lado del *self* que había permanecido disociado. Deprimirse tal vez fue su manera de mostrar un aspecto de sí misma que otra persona (su madre) había depositado en ella, un modo de pedir que se prestara atención a pensamientos que excedían su conocimiento consciente. “¿Contenían estos pensamientos una perspectiva tan terrorífica que ella prefería estar ausente antes que exponerse a ello?” (Gampel, 2005, p. 24). Laura y yo descubrimos que dentro de ella había algo oculto que no le pertenecía: una parte de la trágica experiencia de detención de su madre, y hemos podido relacionar esto con su depresión.

A través del síntoma de la depresión, Laura ha interrogado a su madre; y la necesidad de saber de Laura, expresada a través del síntoma depresión, le permitió a su madre asumirse como víctima. Por otro lado, la madre de Laura se activó cuando Laura se deprimió. De cierta manera, Laura llevó a su madre a testimoniar, y ella, al mismo tiempo, despertó al mundo.

En la familia de Laura no hay relato construido del daño de la madre producto de la tortura. Ha habido una disociación sistemática en la familia respecto de lo que pasó, es como si el contexto familiar se hubiera aliado con la traumatización. En este contexto, para Laura no

es menor contar con el espacio terapéutico y que su madre no tenga atención. Esta preocupación habla de Laura como mamá pero no de Laura como hija. He planteado que tal vez le fue difícil apoderarse del espacio terapéutico porque nunca sintió maternaje. Le ha costado sentir que tenemos una relación buena, y cuando la madre está mal no viene a sesión porque siente que tiene mucho. Se avergüenza de contar con este espacio y que su madre no lo tenga. La niña siempre sintiendo que ella es la que menos necesita. Para Laura, tener mamá significa hacerse cargo de su madre, y ocurre que la única manera de tener madre es siendo hija.

Fonagy y Target (2013) plantean que la mentalización actúa como una “piel” protectora de los dolores. Sin esta “piel”, los padecimientos inherentes de la vida son amplificados y prolongados por la dificultad que tiene el paciente para procesar mentalmente las experiencias dolorosas. De ahí la importancia de los *enactments* descritos ya que son escenas que posibilitaron la emergencia de lo traumático así como el surgimiento de la subjetividad de Laura. Continuando con la metáfora de la “piel” que proponen Fonagy y Target (2013), podría decirse que la salida de los *enactments* -a través de la mentalización- “restaura la piel” que se hallaba dañada por lo traumático.

Por mi propia historia soy atraída como polilla a la ampollita a ciertos temas, por lo que trabajar con Laura me ha significado el desafío de estar atenta para no imponerle mi propia subjetividad y permitir la

emergencia de su propia subjetividad. De alguna manera hemos logrado estar juntas “de pie en los espacios” (Bromberg, 2011) y pienso que ha podido ver en el “otro” terapeuta a un “otro” confiable, dispuesto a entrar con ella en un rango de interacciones seguras pero no demasiado seguras. Así, en el contexto de la serie de *enactments*, se va produciendo un cambio en grados mayores de reconocimiento y de simbolización.

Laura es una paciente segunda generación adulta, y una pregunta que me ha rondado a lo largo del proceso y durante la escritura de este caso es ¿por qué es importante para la segunda generación saber lo ocurrido? La respuesta puede parecer un tanto obvia pero creo que para la segunda generación es importante saber para poder distinguirse de la generación anterior y no repetir, integrar los distintos *selves* y hacer así la propia vida. Que la primera generación responda a la interpelación de la segunda generación significa un acto de reconocimiento mutuo, satisface la necesidad de reconocer al otro como una persona separada, semejante a nosotros pero distinta (Benjamin, 1988). La segunda generación también necesita confrontarse con el secreto nunca verbalizado pero siempre sentido, hay algo de la historia biográfica que necesita ser develado en un contexto donde logre la validación y el reconocimiento que no tuvo.

A lo largo del tiempo, Laura y yo conversamos cada vez con mayor comodidad, en parte por el desarrollo de la honestidad que se produce

en la evolución natural de cualquier relación exitosa, y en parte porque ambas hemos aprendido que hablar no lleva a rupturas irreparables del apego (adaptado de Bromberg, 2006).

Análogamente a las obras de teatro que mencioné al inicio y que fueron el punto de partida de esta investigación, creo que el trabajo clínico con la segunda generación contribuye a la construcción de memoria colectiva. Es decir, estimo posible pensar la clínica individual como un aporte al proceso de memoria colectiva.

No quiero terminar sin señalar que la escritura de este caso y la reflexión teórica me ha ido transformando, tal vez de terapeuta-implicada a terapeuta-sujeto. He pensado que Laura tal vez ha notado esto, teniendo incluso la experiencia integrativa de que lo que ella ha hecho me ha cambiado como terapeuta. “Puesto que estos actos están también cargados de emoción, de placer o dolor, actuar sobre el mundo significa poder cambiar al mismo tiempo los propios sentimientos en la dirección deseada” (Benjamin, 1988, p. 42).

A lo largo de este proceso, como terapeuta, me han rondado más incertidumbres que certezas, sobre todo al inicio del proceso. No sólo Laura estaba asustada con su depresión y con cómo podía “estar mal” su madre, yo también lo estaba. No estaba del todo segura por qué Laura debía saber lo que a su madre le había ocurrido aun cuando teóricamente me parecía claro. Respecto de los *enactments*, ocurrieron

tal como los describí, sin embargo creo que nunca salí del todo de ellos. Siento como si una partecita pequeña hubiera quedado sin palabras. He pensado que tal vez siempre queda una pequeña parte disociada sostenida sólo por la mirada.

Finalmente, hay muchas emociones que no es posible poner en palabras. El cambio y los logros de la paciente y míos hablan de un proceso exitoso pero difícilmente de todos los sentimientos involucrados.

Muchas otras cuestiones, además de las experiencias traumáticas de la paciente, han sido abordadas y necesitan aún abordarse antes de que Laura y yo finalicemos el proceso iniciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARON, L., (1996) *Un encuentro de mentes*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2013
- ARON, L. (1998) Cap.1: The Clinical Body and the Reflexive Mind. En L. Aron & F.S. Anderson (Eds.), *Relational Perspectives on the Body*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- AYLWIN, P., (1990) *Mensaje presidencial del 21 de mayo de 1990*. En línea: <http://historiapolitica.bcn.cl/mensajes_presidenciales> [consulta: 31.01.2014]
- BALINT, M., (1963) *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós, 1982.
- BECKER, D., & CASTILLO, M.I., (1993) El tratamiento psicoterapéutico de pacientes traumatizados extremos. En: *Revista Chilena de Psicoanálisis*. 10, 50 - 59. Santiago de Chile: Asociación Psicoanalítica Chilena.
- BENJAMIN, J., (1988) *Los lazos de amor*. Buenos Aires: Paidós.
- BENJAMÍN, J., (1997) *Sujetos iguales, objetos de amor*. Buenos Aires: Paidós.
- BENJAMIN, J., (1998) *La sombra del otro. Intersubjetividad y género en psicoanálisis*. Madrid: Prismática Editorial, 2013.
- BROMBERG, P., (2001) *Standing in the spaces. Essays on Clinical Process, Trauma & Dissociation*. New York: Taylor & Francis
- BROMBERG, P., (2006) *Awakening The Dreamer: Clinical Journeys*. NJ, London: Analytic Press

- BROMBERG, P., (2009) Reduciendo el Tsunami. Regulación Afectiva, disociación y la sombra de la inundación. En: *Revista Electrónica de Psicoterapia Clínica e Investigación Relacional* (CEIR). 3 (1), 93 - 110. España: Instituto de Psoterapia Relacional. En línea: <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CeIRValoreycomentelostrabajospublicados/tabid/661/ID/81/Reduciendo-el-Tsunami-Regulacion-afectiva-disociacion-y-la-sombra-de-la-inundacion-Phillip-Bromberg.aspx> [consulta: 30.7.2014].
- BROMBERG, P., (2011) *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. New York and London: Routledge
- CASTILLO, M.I. (2003) Aquella nueva geografía donde la puerta de entrada dice: nunca más. En: *Praxis, Revista de Psicología y Ciencias Humanas*. 3 (5), 138 - 145. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Diego Portales.
- CASTILLO, M.I. & GÓMEZ, E. (2003). Peculiaridades de la Investigación en Psicoanálisis. En: *Revista Tramas*. (21), 275 - 301. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco. En línea: <http://tramas.xoc.uam.mx/busqueda.php> [consulta: 22.8.2014].
- CASTILLO, M.I. (2013) *El (im) posible proceso de duelo. Familiares de detenidos desaparecidos: violencia, trauma y memoria*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- CODERCH (2010) *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- COTTET, P. (1999). Los discursos de la masculinidad en Chile: Informe de resultados. En: *Praxis, Revista de Psicología y Ciencias Humanas*. 1 (1). Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Diego Portales.

- DÍAZ, M. (1995) Familia y represión política. Trauma y contexto social: consecuencias transgeneracionales. En: *Revista Proposiciones*. (26), 208-219. Santiago de Chile: Ediciones SUR, En línea: http://www.sitiosur.cl/centro_de_documentacion_resultados.php?PID=100102&doc=&lib=&rev=&art=&doc1=&vid=&autor=&coleccion=Proposiciones&busca=&sw=COLECCION&materia1=&materia2=&tipo= [consulta: 22.8.2014].
- DÍAZ, M., (2006) Espacio potencial y trauma: una mirada intersubjetiva. En: *Revista Chilena de Psicoanálisis*. Vol. 23 (1), 114 - 127. Santiago de Chile: Asociación Psicoanalítica Chilena.
- FAIMBERG, H. (1993). El telescopaje [encaje] de las generaciones. Acerca de la genealogía de ciertas identificaciones. En: R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J.J. Baranes. *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- FAÚNDEZ, X., & CORNEJO, M. (2010) Aproximaciones al estudio de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 19 (2), 31-54.
- FERENCZI, S. (1931) Análisis de niños con los adultos. En: *Obras Completas*. Vol.4, 109 - 124. Madrid: Espasa-Calpe, 1981.
- FERENCZI, S. (1932) *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. J., Dupont (comp.). Buenos Aires: Amorrortu editores. 2008.
- FERENCZI, S. (1933). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En: *Obras Completas*. Vol.4, 139 - 149. Madrid: Espasa-Calpe, 1981.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1996) Jugando con la Realidad: IV. Una teoría de la realidad externa arraigada en la intersubjetividad. Londres: Libro Anual de Psicoanálisis, 2008, XXIII, 121-136.
- FONAGY, P., (1999) Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis* Nº 004. Disponible en línea: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000104&a=apegos-patologicos-y-accionterapeutica> [consulta: 10.12.2014].

- FONAGY, P. & TARGET, M. (2013) Apego, trauma y psicoanálisis. El lugar de encuentro entre psicoanálisis y neurociencia. *Revista Mentalización*. Año I (1) Bilbao, España. Disponible en línea: <http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/01.pdf> [consulta: 19.5.2015].
- GAMPEL, Y., (2005) *Esos padres que viven a través de mí. La violencia de Estado y sus secuelas*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- GÓMEZ, E., (2008) Trauma psíquico temprano en hijos de personas que han sido afectadas por traumatización de etiología social. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 4 (1), 118-128. Santiago de Chile: Sodepsi.
- GÓMEZ, E., (2013) *Trauma relacional temprano*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- IBÁÑEZ, J. (1989). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En: M. García, J. Ibáñez & F. Alvira (comp.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universitaria Textos.
- INFORME SOBRE CALIFICACIÓN DE VÍCTIMAS de violaciones de derechos humanos y de la violencia política elaborado por la Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación. En línea: http://www.ddhh.gov.cl/informes_cnrr.html [consulta: 5.8.2013].
- JORDÁN, J.F., (2002) Experiencia, trauma y recuerdo. A propósito de un texto de Winnicott. En: *Gradiva, Revista de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis*. 3 (2), 157-164. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Psicoanálisis.
- KAËS, R. (1993) Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud. En: R. Kaës, H. Faimberg, M. Enriquez & J.J. Baranes (Eds.), *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (pp. 75 - 96). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- KAËS, R. (1995) *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LIRA, E., (1990) Psicología del miedo y conducta colectiva en Chile. En I. Martín-Baró (Ed.), *Psicología social de la guerra: trauma y terapia* (pp. 22 - 25). San Salvador: UCA Editores.

- MARTÍN-BARÓ, I., (1990) La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. En: *Psicología social de la guerra*. San Salvador: UCA Editores, 1990.
- MITCHELL, S., (1988) *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: una integración*. México: Siglo XXI editores, 1993.
- PUJAL, M., & PUJOL, J., (1995) Discurso, orden social y relaciones de poder. Una propuesta y su ejemplificación en el discurso de la maternidad. En *Revista de Psicología Social Aplicada*. 5 (12) p. 172 - 182. Valencia: Sociedad Valenciana de Psicología Social.
- REBOLLEDO, L., (2006) *Memorias del desarraigo. Testimonios de exilio y retorno de hombres y mujeres chilenas*. Santiago de Chile: Catalonia.
- REYES, M. J., & JURICIC, M. F., (2000) *El sí-no de la reconciliación. Representaciones sociales de la reconciliación nacional en los jóvenes*. Santiago de Chile: Arzobispado de Santiago Fundación Documentación y Archivo de la Vicaría de la Solidaridad.
- ROJAS, R., (2000) Trauma, escisión y adaptación: Ferenczi, antecedentes de Winnicott. En: *Gradiva, Revista de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis*. 1 (2), 179 - 189. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Psicoanálisis.
- SASSENFELD, A., (2011) *Enactments: una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente*. En: *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 7 (1), 40 - 58, Santiago de Chile: Sodepsi.
- SASSENFELD, A., (2012) *Principios Clínicos de la Psicoterapia Relacional*. Santiago de Chile: Ediciones Sodepsi.
- STOLOROW, R., & ATWOOD, G., (1992) *Los Contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder, 2004.
- STOLOROW, R., ATWOOD, G., & ORANGE, D., (2003). Worlds of Trauma. En: *Worlds of Experience. Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. N.Y.: Analytic Press.
- WINNICOTT, D.W., (¿1963?). Capítulo 18: Miedo al derrumbe. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1965) Capítulo 22: El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En: *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Buenos Aires: Paidós, 1989.

WINNICOTT, D.W., (1971): Capítulo 5: La ubicación de la experiencia cultural. En: *Realidad y Juego*, Barcelona: Gedisa, 1992.