

LA NIÑA QUE CUIDA

TRAUMATIZACIONES EXTREMAS: EL RECONOCIMIENTO Y SU CONTRIBUCIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD¹



THE GUARDIAN GIRL

EXTREME TRAUMATIZATION: THE RECOGNITION AND ITS CONTRIBUTION IN SUBJECTIVITY CONSTRUCTION.

Cómo citar este artículo: Cáceres, M., Pamela, (2023) La niña que cuida. Traumatizaciones extremas: el reconocimiento y su contribución en la construcción de la subjetividad. *Rev. De Familias y Terapias*, Año 32, N°54, junio 2023. Páginas 19 - 46. <https://doi.org/10.29260/DFYT.2023.54A>

PAMELA CÁCERES MEZA²

Recibido: 20 de mayo 2023

Aceptado: 28 de mayo 2023

RESUMEN

A través de la presentación y análisis de un caso clínico, se analizan 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* - mentalización.

1 El presente artículo es realizado a partir de la Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica: Trauma y Psicoanálisis Relacional, Profesora guía: Ps. Margarita Díaz Cordal. Santiago, Chile, 2015. Universidad Alberto Hurtado.

2 **Pamela Cáceres Meza.** Psicóloga / Mg. en Psicología Clínica: Trauma y Psicoanálisis Relacional. Terapeuta Familiar y de Pareja IChTF. Docente y Supervisora Postítulo Clínica del Trauma Relacional Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos - ILAS.

ABSTRACT

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 - mentalization.

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

Alejandro Zambra, 2011
Formas de volver a casa

INTRODUCCIÓN

El largometraje “El edificio de los chilenos” de la directora chilena Macarena Aguiló y la obra de teatro “El año en que nací” dirigida por la argentina Lola Arias, que casi por casualidad vi el año 2011 y 2012 respectivamente, 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 hermanos en una casa ubicada en un apacible sector de Santiago. Como para muchas familias, 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, 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.

La pertinencia de este artículo hoy se relaciona con que, a pesar de los cincuenta 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

la vivió directamente, 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 los efectos de situaciones de traumatización extrema en la segunda generación. Así, la pregunta rectora de esta investigación fue 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?*

Este artículo presenta un caso clínico cuyo análisis permite reflexionar sobre la pregunta planteada.

1. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta 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.

A continuación, expongo un resumen de los desarrollos teóricos que me permitieron la comprensión del caso clínico que presento. Los autores que consideré corresponden a autores que premeditadamente seleccioné por considerarlos atingentes para el presente trabajo.

1.1. 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 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. Esto a pesar de los desarrollos teóricos en esta línea de Sándor Ferenczi (1931), 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 neurobiología, y por la influencia, que se ha demostrado que tiene, en el origen de la psicopatología.

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).

“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. 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).

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 (Winnicott, 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”, pero de uno que ya sucedió. Éste, es decir el recuerdo, sólo puede alcanzarse a través de una reexperimentación en el proceso terapéutico frente a una “madre suficientemente buena” (terapeuta) que contenga aquellas angustias primitivas.

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.

Así, una vivencia deviene traumática cuando hay “ausencia de sintonía” por parte del medio con las emociones dolorosas del niño/a.

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.

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 aterrizador. Señala 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.

1.1.1 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 holandesa 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 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 es-

tados 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”.

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).

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”. 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.

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).

1.2 CLÍNICA DEL TRAUMA RELACIONAL

Basándome fundamentalmente en los desarrollos teóricos de Bromberg (2001, 2006, 2009, 2011), Fonagy & Target (1996, 1999, 2013) y Benjamin (1988, 1997, 1998), presento a continuación un breve resumen sobre *enactment*, mentalización y reconocimiento, conceptos ampliamente desarrollados en la literatura reciente del psicoanálisis relacional y que considero relevantes para la comprensión del caso clínico.

1.2.1. *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 terapeuta, 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. 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.

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 *self* disociados en forma de *enactment*. Por otro lado, los elementos disociados no tienen otra forma de hacerse accesibles a la exploración terapéutica (Bromberg, 2009).

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 terapeuta” al

hecho de que “algo está pasando”. El terapeuta ha sido hipnóticamente disociado 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* disociado 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 disociativo, al menos por un período de tiempo. Cuando paciente y analista están juntos en el capullo disociativo (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 terapia, este espacio intersubjetivo construido por paciente y terapeuta 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 asimétri-

co- 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 debiera 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*.

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, pág. 98) 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 la relación analítica puede oír, en un solo contexto, las voces de los otros estados del *self* del paciente, 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 (Levenkron, en prensa, citada en Bromberg, 2006).

1.2.2. 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.

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.

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 pueden reflexionar sobre la experiencia subjetiva de otra persona acerca de ellas en el contexto de su propia experiencia de sí mismos -que pueden ubicarse en los espacios (Bromberg, 2011)- 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).

1.2.3. Reconocimiento como eje de la construcción de subjetividad

Jessica Benjamin (1997) 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.

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.

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.

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/terapeuta]- 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 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.

1.3 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 psicossocial o trauma político.

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).

1.3.1. 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).

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).

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).

Destacar el carácter acumulativo y secuencial del trauma, permite comprender la retraumatización post-dictadura de los pacientes. Ésta se ve reforzada porque la reparación es insuficiente y porque la sociedad en conjunto está dañada. Las medidas de reparación, cuando están concentradas sólo en los afectados, permiten que emerge la idea de que existe sólo un grupo de la sociedad dañado, 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. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Laura es una joven de aspecto amable y mirada melancólica e inteligente quien, en las primeras entrevistas, señaló tener “una sensación” de estar pasando por un momento muy difícil, con mucho malestar, tristeza, desánimo y angustia.

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.

El año anterior al inicio del tratamiento, Laura ocupó el lugar de cuidadora principal de 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 con el regreso de la hermana, momento en el que Laura comienza a sentirse muy triste y desanimada, razón por la cual consulta. El médico diagnostica depresión, indica psicoterapia y la deriva a ILAS debido a que contaba con el antecedente de que su madre, en período de dictadura, antes del nacimiento de Laura y sus hermanos, estuvo detenida “algunas semanas”.

Laura nació en Sudáfrica y llegó a Chile a los 4 años. 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.

Isabel tenía 17 años y Juan 29 cuando se casaron. Aunque Laura no sabe por qué, relata sin ningún asomo de duda que su abuela “obligó” a su mamá a casarse con su papá. A lo largo del proceso terapéutico

fuiamos comprendiendo que su madre “fue casada” al poco tiempo de ser liberada de un centro clandestino de detención y tortura como un modo de que pudiera salir del país, protegiéndola así de una eventual nueva detención. Juan era un vecino que desde hacía unos años vivía en 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.

Como antecedente, en las entrevistas iniciales Laura menciona dos condiciones médicas que considera relevantes: padece recurrentes y severas otitis desde pequeña y en la adolescencia le diagnosticaron una molesta endometriosis. Debido a esta última condición cree que le va a costar mucho tener hijos.

Inicio del tratamiento

En la primera sesión, de un modo ordenado y lineal, y sin emociones involucradas, Laura se presenta de la siguiente manera:

Hace cinco años que no tengo contacto con mi papá... lo demandé por pensión alimenticia y se enojó... nunca más hemos sabido de él... Tengo sentimientos de culpa... y lo echo de menos..., yo era su regalona.

Mi madre es bipolar y ha estado internada tres veces... es una mujer extraordinaria. Cuando estuvo mal me tocó hasta bañarla... 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... 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 viviendo...

Me preocupa y me asusta que no tenga ganas de seguir viviendo y me pregunto si podré ayudarla. Pienso también que sus palabras “toda mi vida intenté ser súper fuerte...” dan cuenta de la disociación que le ha permitido sobrevivir.

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. 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 forma cómo lo hizo -cortando la relación con sus hijos- distorsionó la relación dejándola a ella en el rol de victimaria.

Pienso que se entrecruzan en la biografía de Laura varias violencias: la violencia del padre contra la madre (expulsión de la madre de la casa familiar a raíz de la separación conyugal) 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. Supo hace sólo tres años que su madre había estado detenida por una conversación que escuchó en un pasillo al pasar. El abandono del padre es también un hecho muy violento que se suma a las violencias señaladas.

A medida que fuimos avanzando en el proceso terapéutico, la sintomatología depresiva de Laura se agudizó obligándola a

congelar sus estudios. Aunque le fue muy difícil iniciar terapia farmacológica y tomar la decisión de congelar la 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 es una paciente muy contenida y muy bien comportada que pareciera adaptarse a mis ritmos, punto que me ha preocupado especialmente en el trabajo con ella ya que, por su edad, Laura 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- le imponga 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.

Enactment 1: “gente en la misma sintonía”

Un edificio público de Santiago, que 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, repentinamente me encontré con Laura y su madre, quienes me saludaron muy afectuosamente. 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.

A la sesión siguiente a este encuentro, en un hecho desacostumbrado, su madre llamó para decir que Laura estaba con gastroenteritis y que no acudiría a la sesión que teníamos programada. A la consulta siguiente Laura tampoco asistió ni avisó, algo inusual en su comportamiento como paciente.

Cuando finalmente la veo en sesión, habían transcurrido 17 días desde nuestro encuentro. No hace ninguna alusión a él 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 que nos encontráramos. Dijo 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.

Hablamos también sobre su inasistencia a dos sesiones seguidas, y le planteo que pienso que sí se vinculan a nuestro encuentro. Le recuerdo que ella se “indigestó”, evidencia de que su cuerpo sí registró la ambivalencia que le significó encontrarnos: fue un momento cómodo (“allá uno se encuentra con gente que está en la misma sintonía”) e incómodo (expresado en su indigestión), tal vez porque me vio 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 desarrollara más mi idea, Laura insistió:

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...

La sentí temerosa de hablar más, también sentí que bajo las palabras “sólo sé que fue una época dura”, había otras cosas, pienso que relacionadas con la detención y consiguiente tortura de la madre. Laura se aseguró recalando 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...”

La imagen de la madre escuchando agua en su cabeza me impacta y vuelvo a pensar en la tortura³. Me paraliza y no sé qué decir. Laura hace caso omiso a mi -creo yo- imperceptible conmoción-paralización, y continúa hablando de “algunas cosas generales”. 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 y la tortu-

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.

ra. La supervisión me permitió comprender que actué a la madre que no puede hablar de la detención y la tortura junto a la dificultad mía -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, 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 decir que su madre no ha andado muy bien, 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? Cumpliendo la función de la niña que cuida, es muy probable que haya hecho alguna asociación en esta línea. Y por eso sus inasistencias, para cuidarme a mí también de no hablar cosas difíciles. Tal vez por eso recaló que prefería “no preguntar más”.

En ese momento ni ella ni yo pudimos hablar más del tema. Yo no pude hablar más de nuestro encuentro por mi pudor y también por temor de estar imponiéndole algo. 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.

Al insistir con la interrogante por cómo había sido para ella encontrarme con mi familia, se limitó a señalar que “bien” y no quiso hacer preguntas. Sin embargo, el tema de su maternidad inevitablemente se abrió paso entre nosotras. Tal vez la identificación conmigo, así como hablar del sitio de memoria y establecer juntas una relación entre nuestro encuentro y todo lo ocurrido después, fue lo que posibilitó que habláramos de algo propiamente de ella: su anhelo por la maternidad.

Saliendo del *enactment* 1

La imagen de la madre escuchando agua en su cabeza no dejó de acompañarme en las sesiones que siguieron. Sabía que para salir del *enactment* descrito necesitábamos responder preguntas como: ¿qué es eso de oír agua en la cabeza? ¿por qué su madre la oye? ¿Con qué podrá relacionarse...?

Sin embargo, no fue sino hasta casi un año después que considero pudimos conversar sobre estos temas y 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 comento sobre lo bien que le queda. Ella respondió diciendo que es muy cómodo tener el pelo corto y que además no ha tenido más otitis. Recordé que, efectivamente, la última otitis severa fue pocas semanas después de iniciada la terapia, y aproveché la ocasión para preguntarle si 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 este ruido se vincula con la detención y tortura. 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 profundos ojos curiosos y, luego de un momento de silencio, 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.

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). 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. Y dado que le hizo sentido, pudo poner palabras y pensar y relacionar con los síntomas psicósomáticos del sobrino.

***Enactment* y mentalización**

Hubo unos meses del trabajo con Laura en los que me sentí muy sobrepasada por las múltiples y severas dificultades de sus hermanos. A los otros les pasan cosas y la que se desordena internamente es ella, es decir, es su subjetividad la que se pierde. Me identifiqué con el modo en el que se hace cargo y se preocupa de sus hermanos, pero me siento inútil y sin capacidad para ayudarla. 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.

Comparto con ella mi desesperanza e impotencia, añado que tal vez ella también la siente y que, a lo mejor, también tiene susto porque le parece que está retrocediendo, y que todo lo que ocurre en su casa le impide hacer su vida. Laura asiente y agrega que en muchas ocasiones siente rabia con sus hermanos, no con su mamá, porque “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...”. 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 pareja de 4 años le había propuesto matrimonio. Me lo dice de un modo bien plano, como relleno nuestro silencio 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:

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, especialmente si hay separación...

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 moverse, 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 asintió con la cabeza.

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, dejándose contener. Tomando las palabras de Bromberg (2011), pienso que Laura tuvo la sensación de haber sido vista, sin siquiera haberse 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, momentos que aparecen en la relación terapéutica y que conducen a la creación de un nuevo estado intersubjetivo. 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 ella sí puede ser buena mamá, y Laura pudo permitirse la experiencia de un buen maternaje. No obstante, sé que para tener sus propios hijos va a tener que dejar el lugar de la niña que cuida.

Repentinamente, Laura 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. No dije nada, pienso que la frase sobre su hermano fue una frase para poder irse, porque si no ¿cómo nos separa-

mos?, ¿cómo terminamos la sesión? 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. En otras palabras, hablar de Carlos es retomar la disociación para poder irse. No obstante, sentí que se había ido de esta sesión de un modo distinto, esta fue una sesión donde, tal como plantea Bromberg (2001) Laura pudo pararse entre los espacios.

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 avergüenza contar 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.

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

El caso clínico presentado permite reflexionar sobre la manera de reparar las heridas causadas por los traumas provocados por la violencia social. Específicamente, traté 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 expuse 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 significó 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 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). 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 simbolizadas.

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. La autora 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 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 un espacio que su madre no tiene. 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, 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.

Pienso 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. 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. Tal vez siempre queda una pequeña parte disociada sostenida sólo por la mirada.

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 acompañándola 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.

Comprender juntas que la bipolaridad de su madre se relacionaba con la tortura y la salida repentina del país casada con un hombre que apenas conocía, y compartir con ella mi idea de que su depresión, la de Laura, es expresión de esa historia, la ha ido aliviando. Laura no había pensado nunca antes estas cosas, pero estos eventos, de alguna manera, siempre han estado presentes.

El trauma, que nunca había sido reconocido, no desaparece, pero ya no se expresa en angustias e inseguridades inentendibles. El trauma permanece como una vulnerabilidad siempre presente, pero lo traumático puede llegar a ser pasado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 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.
- BECKER, D. & CASTILLO, M.I. (1993). El tratamiento psicoterapéutico de pacientes traumatizados extremos. *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. (2013) [1998]. *La sombra del otro*. Intersubjetividad y género en psicoanálisis. Madrid: Prismática Editorial.

- 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. *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. *Praxis, Revista de Psicología y Ciencias Humanas*, 3(5), 138-145. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Diego Portales.
- 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, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- DÍAZ, M. (1995). Familia y represión política. Trauma y contexto social: consecuencias transgeneracionales. *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=&cart=&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. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 23(1), 114-127. Santiago de Chile: Asociación Psicoanalítica Chilena.
- FERENCZI, S. (1981) [1931]. Análisis de niños con los adultos. *Obras Completas. Vol.4*, 109-124. Madrid: Espasa-Calpe.
- FERENCZI, S. (2008) [1932]. *Sin simpatía no hay curación*. El diario clínico de 1932. J., Dupont (comp.). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- FERENCZI, S. (1981) [1933]. Confusión de lengua entre los adultos y el niño. *Obras Completas. Vol.4*, 139-149. Madrid: Espasa-Calpe.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2008) [1996]. Jugando con la Realidad: IV. Una teoría de la realidad externa arraigada en la intersubjetividad. Londres: *Libro Anual de Psicoanálisis*, XXIII, 121-136.
- FONAGY, P. (1999). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis N° 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://revistamentalización.com/ultimonumero/01.pdf>> [consulta: 19.5.2015].
- GAMPEL, Y. (2006) [2005]. *Esos padres que viven a través de mí. La violencia de Estado y sus secuelas*. Buenos Aires: Paidós.
- 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.
- JORDÁN, J.F. (2002). Experiencia, trauma y recuerdo. A propósito de un texto de Winnicott. *Gradiva, Revista de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis*, 3(2), 157-164. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Psicoanálisis.
- KAËS, R. (1996) [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.
- ROJAS, R. (2000). Trauma, escisión y adaptación: Ferenczi, antecedentes de Winnicott. *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*. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7(1), 40-58, Santiago de Chile: Sodepsi.
- STOLOROW, R. & ATWOOD, G. (2004) [1992]. *Los Contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder.
- WINNICOTT, D.W. (1989) [1965]. Capítulo 22: El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D.W. (1992) [1971]. Capítulo 5: La ubicación de la experiencia cultural. *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1992.