

## Mujeres víctimas de la tortura sexual como consecuencia de la violencia política

### Sexual torture women victims as a consequence of political violence

María Isabel Castillo Vergara

Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS)  
International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP)

#### Resumen

Durante la dictadura militar en Chile (1973-1990) las mujeres que fueron víctimas de tortura sexual, quienes nunca contaron esas experiencias, recibieron por primera vez un reconocimiento social de las situaciones traumáticas a las que fueron sometidas, cuando entregaron sus testimonios a la Comisión Nacional de la Prisión Política y Tortura el año 2005. En este trabajo desde una aproximación del psicoanálisis intersubjetivo y relacional, se analiza la relación terapéutica, y se realiza un abordaje psicoterapéutico grupal con las mujeres que habían sufrido tortura sexual. El grupo se constituye en un espacio de reconocimiento y permite hablar de aquello que nunca habían podido realizar. Se analiza lo que sucede en el espacio grupal: las disociaciones compartidas de pacientes y psicoterapeutas frente a los relatos de las mujeres y la atemporalidad del trauma. Finalmente se describe quienes somos las analistas participantes en estos procesos terapéuticos.

**Palabras clave:** Tortura, Reconocimiento social, Relación terapéutica, Grupo terapéutico, Disociación, Atemporalidad del trauma.

#### Abstract

Women who were sexually tortured during the Chilean military dictatorship (1973-1990), and had never talked about those experiences, for the first time received social recognition of the traumatic situations they had been subjected to when they testified for the Comisión Nacional de Prisión Política y Tortura (National Commission on Political Imprisonment and Torture) in 2005. In this article women who had been sexually tortured participate in an interpersonal and relational psychoanalytic group psychotherapy, and the therapeutic relation is analyzed from this perspective. The group becomes a space of recognition and allows women to talk about things they had never been

able to express before. The article analyzes the group's experience: dissociations shared by patients and psychotherapists with regard to women's accounts, as well as the timelessness of trauma. Finally, there is a description of the analysts (ourselves) who participate in these therapeutic processes.

**Keywords:** Torture, Social recognition, Therapeutic relationship, Group psychotherapy, Dissociation, Timelessness of trauma

Después de treinta años de ocurrido el Golpe Militar en Chile, fue posible reconocer, por parte del Estado y de la sociedad, el daño que sufrieron las personas que sobrevivieron a la tortura durante el período de la dictadura militar (1973-1990).

La Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura [Comisión Valech] se constituyó en noviembre del 2003 y hasta mayo del 2004 recibió el testimonio de más de 35.000 personas. El presidente de Chile Sr. Ricardo Lagos presentó el informe en el año 2005 con la frase: "Para nunca más vivirlo, nunca más negarlo", lo que da cuenta del reconocimiento social y político que se les otorgó a las personas que sufrieron prisión y tortura. En 2010 se reabrió la Comisión porque un número significativo de personas no entregaron su testimonio por desinformación, por temores y desconfianzas hacia las políticas de reparación del gobierno. Hoy día son más de 20.000 nuevas personas las que han declarado (Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura, 2005).

Hasta la creación de la Comisión, no existía un espacio social que validara la experiencia de la tortura, que permitiera sobreponerse a la humillación, a la vergüenza, a la condición de marginalidad que sufrieron las víctimas de violación de los derechos humanos.

Desde marzo de 1988, el Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS) ha realizado atención psicoterapéutica a víctimas de violaciones graves a los derechos humanos (familiares de detenidos desaparecidos y ejecutados políticos, tortura, exilio y retorno). Esto ha constituido una importante experiencia y un aporte a la clínica en el ámbito del trauma de origen sociopolítico.

Este trabajo da cuenta de nuestra experiencia con grupos terapéuticos de mujeres que sufrieron la tortura. En el momento de su detención eran jóvenes, el 54.5 % menores de 30 años. El 81.5% manifiesta haber sido militantes de organizaciones sociales, sin una participación política activa. Eran estudiantes en su gran mayoría, de niveles socioeconómico bajo.

Sostenemos que la tortura es una *traumatización extrema*. Este concepto de Bruno Bettelheim (1981) se refiere a un trauma de etiología sociopolítica caracterizado por una experiencia impredecible, de duración incierta, pero potencialmente de larga duración, por la amenaza de muerte permanente y por la imposibilidad de escapar de ella. Por esto, es significativo lo que sostiene Jordán-Moore (2002) cuando señala que:

Winnicott se decide a considerar que lo traumático no constituye propiamente una experiencia, y no podría ser de otra manera si consideramos que la falla ambiental, en su calidad de invasión traumática, determina una discontinuidad en el existir, si no hay una existencia mal podríamos hablar de una experiencia. (...) Se puede

decir que la experiencia es una construcción intersubjetiva, siendo el campo intersubjetivo el que faculta las características subjetivas de la experiencia, sus caracteres de personal y omnipotente, clasificable y memorizable. (pp.157-164).

Reflexionando en torno a lo planteado por Jordán-Moore, parece importante establecer la diferencia entre situación traumática y acontecimiento traumático. La situación es la acción y el efecto de situar o situarse, es la disposición de una cosa respecto del lugar que ocupa; el lugar que ocupa la situación traumática en relación a otras experiencias. El acontecimiento es un hecho o suceso que reviste cierta importancia, proviene de acontecer, que ocurre algo a la persona, al ser. Ser es un modo de existir. Así, el acontecimiento traumático no es una situación, sino que es una experiencia que le acontece al ser, es un “aconte-ser”, a la continuidad del ser. Por eso, propongo hablar de un aconte-ser traumático en vez de situación traumática. Si se sostiene que este ser se constituye en la relación con un otro, en una relación intersubjetiva, se puede decir que, para poder procesar la realidad de lo acontecido, es necesaria la presencia de un otro, en una sintonía afectiva entre dos, pero también es imprescindible una sintonía social a través de la memoria social (Castillo, 2013).

Por estas razones, propongo una modificación a la definición de traumatización extrema, que quedaría así: es un proceso que da cuenta de un tipo de traumatización específica, que ocurre en dependencia de acontecimientos sociopolíticos. 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, es un aconte-ser traumático que puede ocurrir en cualquier momento de la vida, que se origina en un contexto social e intersubjetivo; es una intrusión del medio ocasionado por seres humanos contra otros seres humanos; es un daño ocasionado por una falta de sintonía brutal entre seres humanos que genera afectos intolerables, donde no existe el reconocimiento de la sociedad. 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 sociopolítica 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 acumulativa y secuencial (Castillo, 2013).

Después de esta reformulación del concepto de traumatización extrema, es importante señalar que el trabajo con lo traumático, es decir, con las personas a las cuales les fueron vulnerados sus derechos básicos, es una resistencia frente a los procesos traumáticos des-subjetivizantes. Se tienen que recomponer los enlaces que posibilitan la resolución de lo traumático, no solamente en nuestros pacientes sino entre nosotros mismos, en la sociedad, a través de construir la memoria social para no ser capturados por el desmantelamiento a través del olvido, que se nos propone como destino (Castillo, 2013).

La tortura constituye un aconte-ser traumático, ya que es una situación límite en la que un sistema político somete a una persona a una experiencia extrema de dolor físico y psíquico, bajo condiciones de absoluto desamparo. Es producto de la política sistemática por parte del Estado para destruir al sujeto, sus sistemas de creencias, así como el contexto social al cual pertenece.

Podemos pensar que el trauma que no ha podido ser elaborado marca profundamente la subjetividad de todas las personas afectadas por la represión política, su capacidad para establecer vínculos basados en el reconocimiento y la mutualidad entre iguales, la

capacidad para ser creativos y experimentar las relaciones. Esto implica entender que las consecuencias de las vivencias traumáticas producto de la detención, como la tortura, la persecución y la amenaza de muerte, forman parte del presente y no del pasado.

Pensamos que el no reconocimiento del daño, del horror y la amenaza mantenidos en el tiempo, constituye el aconte-ser traumático e interfiere en el proceso de construcción de la subjetividad. Las relaciones afectivas se desvirtúan, en vez de la dependencia, que crea subjetividad y por lo tanto sujeto y diferenciación, aparece el sometimiento como única forma de mantener el vínculo con otro. Se impone la percepción del estado de ánimo del otro, lo que lleva a sobreadaptarse, a reaccionar a someterse para mantener el vínculo. Se interrumpe el sentimiento de continuidad de la existencia (Winnicott 1956/ 1999).

En el caso del aconte-ser-traumático extremo, el reconocimiento tanto en el espacio público como en el espacio terapéutico es indispensable para que ocurra una transformación del contexto sociopolítico e intersubjetivo de nuestros pacientes. Es el inicio de un proceso que articula la historia fragmentada, pone palabras a los vacíos y a las angustias sin nombre, reconstruyendo así la subjetividad dañada (Castillo, 2013).

La declaración en la Comisión Valech, si bien supone por primera vez el reconocimiento por parte del Estado de las violaciones sufridas, no necesariamente produce un cambio en la percepción individual de lo ocurrido. Al contrario, el volver a conectarse con la experiencia de tortura a la que fue sometida, al tener que relatar, contar a otro, hace que estas vivencias encapsuladas adquieran realidad en el presente y aparezcan intensos sentimientos y emociones.

El silencio de las mujeres detenidas, torturadas, abusadas y denigradas sexualmente se refuerza por la vergüenza y por la culpa que vivieron durante más de treinta años, siendo el cuerpo el que habla, el que expresa el sufrimiento acallado, constituyéndose los síntomas físicos en la expresión de ese dolor, es decir es el cuerpo el depositario, como el único lugar de la memoria.

Se necesita un contexto que sostenga y valide esas sensaciones para que puedan ser experimentadas, simbolizadas, lleguen a ser conscientes y puedan formar parte del pasado (Winnicott, 1963/1991).

El contexto en el que se vive la experiencia de tortura sexual le señala a la mujer torturada su inermidad y soledad. El mundo interno y externo se confunden en su cuerpo apartado, vendado y cansado en manos de un poder arbitrario y cruel, dispuesto a maltratarlo y si es necesario a destruirlo. Desprovisto de recursos materiales para defenderse, enfrenta una amenaza radical a su integridad física y psíquica, sin un tercero a quien recurrir. Su vida y su muerte dependen absolutamente del torturador (Castillo, Gómez y Kovalsky, 1989).

L.- A mi me pasó en Grimaldi<sup>1</sup> que, cuando me sacaban para torturarme, yo les pedía que me dieran una mano, no me importaba que fuera el torturador, me tiraban del pelo y me arrastraban, entonces me tomaban la mano y me la ponían en su pene...

En esta situación de máxima indefensión y desamparo el torturador puede constituirse en el único referente disponible y asequible. Esto genera sentimientos de humillación y culpa

por la dependencia involuntaria, desencadenándose la disociación y el aislamiento de una parte de la totalidad de la experiencia vivida (Castillo, Gómez y Kovalsky, 1989).

La imposibilidad de simbolizar estas vivencias traumáticas del abuso sexual hizo que estas se encapsularan y entonces, como señala Grubrich-Simitis (2007), no pudieran adquirir carácter de recuerdo, ni cualidad de pasado. La consecuencia es una dificultad para distinguir entre pasado y presente, entre realidad interna y realidad externa, entre percepción e imaginación.

### **Nuestra aproximación desde el psicoanálisis intersubjetivo y relacional**

El trabajo psicoterapéutico que hemos desarrollado por más de treinta años ha ido evolucionando y adquiriendo una mayor consistencia teórica para abordar las traumatizaciones extremas de origen sociopolíticos. Ferenczi, Winnicott y el psicoanálisis intersubjetivo y relacional nos han permitido abordar las situaciones traumáticas, ya que ellos sostienen que es necesaria la sintonía afectiva y que el trauma sería la ausencia de tal sintonía. Además, existirían réplicas de la experiencia traumática en la vida adulta. Así, mientras Benjamin (1997) enfatiza la necesidad del reconocimiento como constitutiva del sujeto, nosotros como terapeutas, en nuestro quehacer clínico, nos constituimos en testigos como lo señala Orange (2012, 2013) en el principio de realidad de nuestros pacientes, señalando que todo lo que les había sucedido –experiencias traumáticas a las que fueron sometidos– verdaderamente ocurrieron, a pesar de la desmentida social existente entonces sobre los hechos de violencia política en el país. Siempre rechazamos la abstinencia y la neutralidad de los terapeutas, dando mayor énfasis al reconocimiento del aconte-ser traumático.

Así, el modelo relacional nos abre un campo de posibilidades en los procesos terapéuticos de atención para aquellas personas que sufrieron tortura. Esto, porque señala la importancia de analizar el juego de las subjetividades, tanto del terapeuta como del paciente, y el contexto cultural y sociopolítico en el cual transcurren sus vidas.

### **Relación terapéutica**

Para graficar, rescataré algunas sensaciones y sentimientos que tuve durante las sesiones de los grupos terapéuticos:

Me conmueve profundamente el dolor que aparece en sus caras, la expresión de confusión al decir algo. No sé si seré capaz de contener tanto dolor, me siento triste. Percibo el doloroso intento por controlar el temor a la locura, a que irrumpen en sus conciencias las angustias primitivas de desintegración, de caída al vacío, de despersonalización, de desmembramiento, de pérdida del sentido de realidad. ¿Cómo podré acompañarlas?, deseo hacerles presente que estoy con ellas. Percibo una violenta reactivación de las situaciones traumáticas. Reaparecen las imágenes de mis propias experiencias traumáticas. Las angustias y la rabias que aparecen son muy fuertes. Me angustio. Quizás las angustias y la confusión de las integrantes del grupo las estamos sintiendo todas en esos momentos, que se expresan en el campo intersubjetivo que se establece en el grupo entre las pacientes y las terapeutas.

Reflexionando, pienso que hay algo que no podemos eludir: nuestro profundo sentimiento de estar con el otro en un vínculo que exige una comprensión que trasciende y traspasa lo intelectual. No solo lo experimentamos y, de hecho, lo ponemos en palabras, sino que junto a las palabras existe –y es lo que también permite otorgarles otro sentido– una red afectiva que se va generando en un entretejido constitutivo del acontecer humano, producto de una empatía que mediante un análisis permanente y cuidadoso de nuestra contratransferencia se abre, habilitante y enriquecedor (Castillo, 2013).

El terapeuta, *como madre suficientemente buena* (Winnicott, 1956/1999), contendrá las angustias primitivas del paciente, cobijándolas en su interior, elaborándolas y transformándolas en experiencias soportables e integrativas.

Esta madre suficientemente buena en la que puede convertirse el terapeuta es una creación del paciente, un objeto subjetivo: “La mente tiene una raíz, quizás su raíz más importante, es la necesidad que experimenta el individuo, en su fuero más interno, de un ambiente perfecto” (Winnicott, 1971/1999, p. 337). El ambiente perfecto es lo que le permite al niño (paciente) tener la ilusión de que dicho ambiente es invención suya, que procede de la capacidad del niño para pensar –en cierto modo para crear un analista–, papel al cual el analista de carne y hueso puede tratar de ajustarse (Winnicott, 1999).

Benjamin (1997) señala que crear un espacio simbólico al interior de la relación terapéutica promueve la intersubjetividad. Esta experiencia permite la exploración creativa y el reconocimiento del otro que comprende, que está en sintonía. Lo que sostiene es el diálogo construido a dúo. El reconocimiento entre paciente y terapeuta es, en esencia, un proceso mutuo que comienza con la respuesta confirmatoria del otro. El terapeuta no ofrece certezas sino una exploración para la búsqueda de conexión entre dos subjetividades.

Las mujeres que integran los grupos lo que necesitan es el reconocimiento de la situación de tortura sexual a la que fueron sometidas. Como señalan Beebe y Lachmann (2002), el acto de reconocimiento es un proceso diádico de regulación mutua (paciente-terapeuta). Plantean que en la díada se da una autorregulación y que a través de incorporar los elementos de conciencia de una al otro resulta una expansión diádica de la conciencia.

Lo enfatiza Bromberg (2006) al decir que el paciente debe ser visto, es decir, para que las palabras tengan significado, debe ser reconocido como sujeto en un contexto interpersonal (real o implícito). En la intersección entre el silencio y las palabras, el paciente puede forzar al terapeuta a renunciar a comprenderlo, permitiéndole conocerlo.

Frente a la aparición de los relatos de vivencias del horror y de los intensos sentimientos aterradores, el analista y el paciente entrarían en un proceso de disociación mutua. Así, la respuesta involuntaria del analista a los estados del sí mismo disociados del paciente es también su propia disociación, volverse permeable a la comunicación inconsciente es lo que genera la disociación conjunta.

Podemos entender estos quiebres como parte de las disyunciones en el proceso de regulación interactiva planteada por Beebe y Lachman (2002) quienes señalan que:

La ruptura tiene lugar en el contexto de interacciones predecibles y esperadas producto del principio de regulación mutua e interactiva. En las rupturas de esta regulación continua, los patrones interaccionales se organizan a partir de la

violación de las expectativas y los esfuerzos por reparar esas brechas. Si los desencuentros y las disrupciones no experimentan una reparación, especialmente cuando existen disyunciones crónicas, se crean expectativas de disrupción y no de reparación y esta expectativa organiza nuevas interacciones de quiebre y no reparación. (p. 166).

No se reinicia la regulación permanente, pero los esfuerzos por reparar estos quiebres y superar estas brechas generan indudablemente una potente oportunidad, para que la organización psíquica permita generar la expectativa, producto de la experiencia, que los quiebres pueden ser reparados, es decir que las disyunciones son parte del desarrollo, de un proceso continuo de quiebre y reparación.

En esta mirada y recogiendo los planteamientos de Ferenczi (1933/1981) es importante resaltar la participación del analista en los quiebres de la escucha, de la sintonización del *conocimiento especular*, es decir mirar la participación del analista en la ruptura y no solo en la reparación. “El supuesto que para elaborar es necesario transitar junto con el paciente por disociaciones que incluyen nuestra participación como analistas, lo cual hace necesario enfatizar la necesidad de que el analista se haga responsable de sus fracasos” (Benjamin, 2007, p. 10). Esta postura marcaría la diferencia entre la situación traumática original y la repetición en el contexto analítico que permite la reparación. En la clínica de traumatizaciones severas, debido a la falta de simbolización y representación, los quiebres se dan generalmente a nivel procedural, más que en el nivel simbólico; por lo tanto es importante poder estar atentos a los patrones interaccionales a nivel del conocimiento relacional implícito.

Si reconocemos con Aron (1996) que el paciente siempre está atento a la subjetividad del analista, lo que el analista piensa, siente, valora o rechaza en él, podemos pensar que el paciente percibe cuando el analista disocia, está ausente, no quiere oír, especialmente cuando no quiere oír más de violencia y horror. Es importante, entonces, confirmar la percepción del paciente cuando nos siente ausentes o distantes. Así como poder pensar sobre las disociaciones conjuntas como una forma de buscar palabras, representaciones. La influencia del analista es esencial, cada intervención del analista, en el nivel simbólico o procedimental, es una expresión de su subjetividad. La relación paciente-analista está siempre estableciéndose por medio de la influencia mutua. Mutualidad no significa equidad ni simetría. Los pacientes exploran e infieren del comportamiento del analista sus sentimientos conscientes e inconscientes, algunos de ellos disociados, desapercibidos o reprimidos por el propio analista.

### **Abordaje psicoterapéutico grupal**

La demanda de atención psicoterapéutica a ILAS por parte de aquellas personas que habían declarado frente a la Comisión Valech (2005) nos hizo pensar que deberíamos trabajar en un abordaje de psicoterapia grupal, porque esta instancia nos permitiría abrir, compartir y otorgar reconocimiento a aquellas situaciones traumáticas que fueron durante años silenciadas y denegadas. Pensamos que la subjetividad dañada de las mujeres víctimas de la prisión y la tortura se puede reconstruir en el espacio intersubjetivo creado por todas las participantes del grupo incluidas las terapeutas.

Los grupos están constituidos por un número variable entre 6 y 8 pacientes y con dos psicoterapeutas mujeres. Tienen una duración de dos años, con sesiones semanales de una hora y media y se realizan en ILAS.

Lo que se intenta es que el encuadre ofrezca, como lo señala Winnicott (1956/1999), un *holding* adecuado que posibilite amparo y sostén, que permita a las pacientes retornar a la experiencia traumática y poder hablar de lo que no han contado durante años, donde el paciente y el encuadre (incluido los terapeutas) se fusionen en una experiencia que posibilite una relación intersubjetiva y, así, recuperar el verdadero *self* que pueda enfrentar las experiencias traumáticas vividas, re-mirar su desarrollo de potencialidades y la *traumatización secuencial* (Keilson, 1979) a la que fueron sometidas.

Pensamos que el trabajo clínico grupal ocupa el *espacio potencial* de Winnicott, (1971/1999) es el que se sitúa entre la madre y su bebé, lugar para el juego del bebé y el contrajuego de la madre, origen de la fantasía, de la imaginación y de la creación.

Experimentamos la vida en la zona de los fenómenos transicionales, en el estimulante entrelazamiento de la subjetividad y la observación objetiva, zona intermedia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo, que es exterior a los individuos. (p. 91).

Así la sesión terapéutica grupal se dará en este espacio transicional. Se creará el escenario que facilite el encuentro entre diversas personas, entre diversos discursos, entre diversos gestos, entre lo interno y lo externo. Se corresponde entonces con la definición de Winnicott (1951/1999) del objeto transicional y de su localización en el espacio intermedio del espacio potencial, “el espacio de la superposición deslindado por el encuadre analítico” (Green, 2007, p. 25) o como lo señala Odgen (1985) el grupo terapéutico se convierte en un espacio potencial (*holding, handling y presentación de objeto*) que reconstruye la confiabilidad del espacio "entre", entre el sujeto y el ambiente, entre el sujeto y el otro. Es el espacio que reconstruye la subjetividad a partir de una relación dialéctica de reconocimiento con el otro, el lugar de la cultura, de la creatividad y el juego, el lugar que permite la experiencia de estar vivo.

Es importante en el trabajo grupal estar atento a la comunicación de inconsciente a inconsciente, que ocurre entre las integrantes del grupo; es decir, la asociación espontánea de una compañera de grupo conlleva una hipótesis no consciente, en quien la enuncia, de algo que acontece en el psiquismo inconsciente del otro.

Si más aún admitimos lo que señala Käes (2005) -que la psique del sujeto está construida sobre la base de la matriz y vínculos intersubjetivos del grupo primario, y el grupo también es un encuadre activo y metapsíquico de la formación y transformación del sujeto- podemos hipotetizar que el abordaje terapéutico grupal nos facilitará abordar situaciones como las experiencias de tortura.

Así, el espacio del grupo, a pesar del horror y la desesperanza que contiene, también es un espacio de reconocimiento y validación, cada una de las mujeres se ve reflejada en la experiencia de la otra y valida con su participación al resto del grupo.

Podemos señalar que este espacio potencial no se había dado antes, se da en el aquí y el ahora del espacio terapéutico grupal. Tal como señala Green (2007):

El sentido no es descubierto, sino que es creado. Es interesante pensarlo como un sentido ausente, un sentido virtual que aguarda su realización por los cortes y las modelaciones que ofrece el espacio y el tiempo analítico. Es un sentido potencial. (p. 7)

Es decir, el grupo representa el espacio potencial y como tal sería un espacio privilegiado para la experiencia de la mutualidad. Porque según Käs (2010):

La realidad psíquica del grupo y el proceso grupal están estructurados por un esquema organizador inconsciente que sostiene identificaciones y el vínculo entre todos los sujetos del grupo. Este organizador es la representación actual de un acontecimiento traumático, fuera del tiempo, fuera del pensamiento y fuera de la palabra, inaccesible a cada uno directamente. (p. 113).

A este organizador Käs lo denomina *grupo interno* que funciona como “un esquema organizador del acoplamiento de las psiques en el grupo, como una estructura de convocación y emplazamiento psíquico” (2010, p. 113).

Es decir, Käs concibe al grupo como un aparato de transformación del traumatismo y en la medida que todas las mujeres participan y aportan, sus psiques se van acoplando y así, el grupo se constituye en un espacio psíquico para sus miembros.

El grupo facilita la representación del traumatismo en palabras, y así ligarlas a representaciones angustiosas que estaban inaccesibles para varios de sus miembros. Este proceso facilita que ellos puedan organizarlas como una realidad psíquica a través de compartirla en el grupo en el que se generan alianzas inconscientes entre sus miembros. (Käs, 2010, p. 120).

Podríamos decir que las pacientes cuentan con un referente real y un espacio para dejar que aparezcan los recuerdos y las traumatizaciones, sin el temor o la angustia de que los fantasmas se conviertan en delirios. El *setting* se reconvierte así en un espacio social que confirma su experiencia de padecimiento, ya que ella ha sido negada y desmentida en otros espacios sociales (Castillo, 2013).

En el espacio terapéutico se van escenificando las tragedias y las comedias internas (McDougall, 1990). Son dramatizaciones espontáneas no conscientemente buscadas de los conflictos y de las situaciones traumáticas vividas por cada persona. Los personajes van cambiando, así como los actores que los encarnan; se constituye en un todo a la manera de un círculo hermenéutico en la relación de las partes con el todo, son varias las escenas que al mismo tiempo transcurren y variando la posición en el escenario se pueden obtener diversas interpretaciones de lo que allí acontece. Estos encuentros facilitarían la posibilidad de crear nuevas posibilidades, nuevos capítulos en las distintas biografías, quizás se instale la posibilidad del cambio psíquico al poder abordar la experiencia traumática desde otro lugar, desde el lugar de haber sido reconocida y validada por los otros.

En el grupo al que hago referencia, todas las pacientes habían estado detenidas y habían sufrido tortura sexual, tenían entre 17 y 24 años en el momento de la detención, a excepción de una de ellas que tenía solo 14 años. Algunas estuvieron detenidas meses, otras días, otras en varias oportunidades, algunas con sus padres o hermanos. En el momento de realizar el grupo ellas tenían entre 50 a 60 años y lo que las caracterizaba es

que nunca habían hablado de la situación de tortura a la que habían sido sometidas. Es decir, habían transcurrido entre 25 a 30 años desde la experiencia traumática de detención y tortura.

Al inicio del grupo la mayoría de las mujeres dicen sentirse “atemorizadas, muy desconfiadas, humilladas, avergonzadas e incluso culpables hasta hoy día”. Relatan cómo estos sentimientos se cronificaron debido al aislamiento y marginalidad que caracterizó la estigmatización de las víctimas, que implicó la pérdida de redes sociales, de la inserción social y laboral. Señalan que nunca han relatado a sus familias lo que ellas vivieron en la detención, es decir nunca han hablado de que fueron torturadas sexualmente.

Las primeras sesiones del grupo fueron muy intensas, todas se presentaron y aunque no contaron los detalles de la tortura, sí hablaron de la detención y de los sentimientos de humillación, vergüenza y rabia que tenían hasta hoy en día. Los niveles de angustia eran muy altos, muchas lloraban en silencio, también nosotras. A veces algún chiste bajaba la tensión, pero no lo suficiente como para que en la segunda o tercera sesión surgiera las preguntas:

“¿Qué estamos haciendo aquí?”

“¿Por qué nos mandaron para acá?”

“Nunca entendí de qué se trataba, este grupo nos hace mal, nos hace recordar todas esas situaciones horribles”.

“¿Por qué tenemos que juntarnos a oír todas estas historias tan dolorosas?, yo nunca las he hablado y ni siquiera sé si las contaré aquí, tengo ganas de pararme e irme, hoy no quería venir...”

Por momentos nosotras las terapeutas sentíamos lo mismo, queríamos irnos y nos preguntábamos: ¿por qué todavía y siempre de nuevo teníamos que volver a oír todo este dolor y horror, que nunca dejaba de conmovernos, de hacernos sentir impotentes? Y nos preguntábamos: ¿qué podemos nosotras darles a ellas?

La protesta del grupo puede ser entendida como un momento en que les es posible salir de la sumisión y del sometimiento y pueden poner en palabras la desconfianza, la desesperanza. Nuestra propia desesperanza puede convertirse en un reconocimiento de la de ellas, construyendo y reconstruyendo así un espacio grupal de mutualidad y resonancia afectiva.

Frente a la aparición de relatos de vivencias de horror y de intensos sentimientos aterradores, el terapeuta y el paciente entrarían en un proceso de disociación mutua. (Bromberg, 2009). La respuesta involuntaria del terapeuta a los estados del sí mismo disociados del paciente es también la disociación, volverse permeable a la comunicación inconsciente es lo que genera la disociación conjunta.

Esta disociación compartida puede ser entendida como una actuación (*enactment*), en el cual terapeuta y pacientes se coluden inconscientemente con la necesidad de no querer recordar, no querer saber, evitando así la invasión de intensas emociones, que pueden generar una desregulación afectiva, temida tanto por las pacientes como por las terapeutas.

Bromberg (2009) define la actuación como un evento disociativo compartido. Se trataría de una comunicación inconsciente que da cuenta de cómo el trauma ha afectado la experiencia del *self*, “especialmente la capacidad de regulación del afecto en un contexto relacional y por lo tanto el desarrollo del *self* a nivel del procesamiento simbólico de pensamiento y lenguaje” (p. 97). En este sentido, es fundamental que la relación terapéutica sea sentida por el paciente como un espacio que aumente la competencia en la regulación de los estados afectivos. Una relación que permita el riesgo y también la seguridad, al interior de la cual la re-vivencia del trauma no sea una “ciega repetición del pasado” (p. 97).

Muchas veces es una de las terapeutas, o incluso una de las pacientes, la que puede mostrar la disociación y logra iniciar un proceso que permite integrar los aspectos escindidos en un momento grupal, especialmente cuando aparecen los relatos sobre las situaciones de tortura.

### **Algunas viñetas de las participantes y de las terapeutas del grupo terapéutico para ejemplificar la disociación y las actuaciones**

V: En 1974 yo tenía 18 años y me enamoré de un joven ingeniero. El era muy bueno, vivíamos en una pequeña casa junto con otra pareja. A veces venían amigos de A. El trabajaba en un servicio técnico de televisores. Quisimos tener una hija y nació P. Yo no sabía nada de lo que ocurría en el país, no tenía información y creo que no me importaba. Estaba feliz disfrutando lo que significaba tener una familia y sentirme muy querida por mi pareja.

Un día de verano, en febrero de 1976, la casa fue rodeada por hombres que destruyeron la puerta. Eran gritos, autos, armas automáticas. A. salió a abrir y lo mataron delante mío, lo dejaron muerto ahí como a un animal. A su amigo también lo mataron y él gritaba: "ella no sabe nada". A la compañera del amigo, la hirieron en ambas piernas y se la llevaron. De ella no se supo más. Es una detenida desaparecida. Yo estaba tirada en el suelo, mirando con los ojos muy abiertos a A. que estaba muerto. No lo podía creer, era una pesadilla. A mi guagua se la entregaron a la vecina. En el momento de los disparos iba cruzando la calle una niña de 12 años y la mataron... Me tiraron arriba de un auto, en el suelo. Encima mío pusieron sus pies y las armas automáticas. Me vendaron y me llevaron a un lugar donde me torturaron.

Me llamó la atención el clima que se produjo en el grupo, ya que al inicio V. estaba asustada y temerosa de proporcionar este primer relato sobre su detención, entregando los contenidos en forma rápida y angustiada, a borbotones, reviviendo el temor, como si estuviera en un interrogatorio de esa época, señalando que el hecho de hablar pudiera ocasionarle las mismas consecuencias sufridas anteriormente. Vivía la angustia intensamente, como si estuviese percibiendo una amenaza real. El tiempo no existía, el pasado y el presente se confundían. Continuó:

Un día, después de tres meses, me dijeron: "come, que saldrás libre" y me dejaron en una calle, con una ropa que no era mía y con dinero para tomar un bus. Era de noche y llegué como autómatas a casa de mi madre. En el camino decidí que no diría nada, nada a nadie, que nunca diría nada de lo que me habían hecho.

Al referirse a la actuación de su familia después de la detención dice:

En esos días, apareció en los titulares de los diarios: "P. sola, nadie la reclama". Mi familia no había hecho nada por temor y mi hija estuvo todos esos meses en una casa de menores. El día que me dejaron en libertad la llevaron a casa de mis padres. Yo tengo rabia con mi familia. Yo pensaba: si mi hija tenía tanta familia ¿por qué fue a parar a una casa hogar?"

Después de seis meses de terapia empezó lentamente a relatar el período de la detención experimentando una gran dificultad para hablar de ello. Dice que la tuvieron incomunicada durante semanas, desnuda, aislada totalmente, a disposición de los secuestradores: "Nunca pude hablar, nunca pude llorar, solo tenía los ojos muy abiertos. Me golpeaban mucho y no podía comer. Nunca me preguntaron nada. Me quería morir, no quería vivir. Pensé que me iban a matar".

En ese período, V. pierde su mundo. Estaba perdida en un mundo ajeno y hostil, lleno de peligros, a merced de quienes la tenían secuestrada.

Le señalé el sentido de su desnudez que va a la par con el silencio. No hablaban con ella. No era considerada como una persona. Fue reducida a un cuerpo disponible y dependiente, a un objeto cuyo uso era definido por ellos. Los torturadores querían destruirla y someterla a una relación en la que querían hacerla sentirse culpable.

V. se conectaba cada vez más con el dolor en el proceso terapéutico. Expresó su necesidad de tenernos cerca, de poder confiar en el grupo:

Yo sabía que algún día me encontraría con ustedes y por eso he guardado el secreto hasta poder decírselo a alguien, con la cual ya estaba designado que me iba a relacionar. Mi mamá nunca me preguntó qué me había pasado.

Su necesidad de confirmar un vínculo omnipotentemente bueno estaba relacionada con las dimensiones del horror que nos iba relatando.

Empezó a contar por primera vez acerca de las torturas sexuales. Relató que le pusieron electricidad, que la quemaron con velas, que la golpearon, que la insultaron. Relató las violaciones sexuales sucesivas a las que fue sometida: "Si yo hacía caso, pensaba que iba a vivir y no me iban a pegar más; no me iban a pegar más".

Después de este relato se quedó en silencio por un tiempo prolongado. Las otras integrantes del grupo lloraban en silencio.

El dolor y al daño ocasionado a V. nos despertaba angustia. Nos generaba sentimientos de impotencia y de rabia frente a la injusticia. Sentíamos confusión y agobio por el relato de los hechos brutales.

Como terapeutas reconocíamos que la no reacción no significaba consentimiento, sino que este hecho tenía raíces más profundas y más complejas, que podían encontrarse en la condición de pasividad y en el miedo; o bien, en el reconocimiento de la violencia real, frente a la cual la posibilidad de una lucha solitaria podía resultar mortal, o podía constituirse en un mecanismo de defensa, de la disociación mente-cuerpo o despersonalización: "...yo sabía que mi cuerpo me lo destruían pero yo no estaba ahí...".

V. añadió: "... éramos dos personas, una a lo que ellos vejaban, y yo, que miraba sin dolor, desde lejos...".

Observamos a V. que mantenía los ojos muy abiertos, parecía que no pestañeaba. Tenía la mirada fija en un punto lejano. Luego se desmayó.

Sentimos que V. revivía la situación traumática de la tortura sexual. Sentimos su dependencia absoluta, inmersa en una agonía primitiva con sentimientos de fragmentación y amenaza de suspensión de vida. Yo registré miedo y riesgo, desgano y desconcierto, sentí los anhelos de dejar de sentir y existir para evitar el desamparo y la muerte. Me dissocié junto con la paciente.

Después de unos minutos salí de la consulta y pedí ayuda a un médico de la institución, quien la atendió y comprobó que V. hizo una hipotensión arterial, con fatiga y lipotimia. Juntos esperamos hasta que recuperó el conocimiento y ella dijo que eso le sucedía también cuando estuvo detenida: "vomitaba, tiritaba y me desmayaba cuando me violaban, pero nunca pude llorar, no entendía nada de lo que pasaba, no hablaba, y más me golpeaban, pero yo no sabía nada y no entendía nada de lo que ocurría".

A partir de esta sesión, ella empezó a verbalizar, cada vez con más detalles, las situaciones vividas y las fue ligando con sentimientos de dolor, temor, angustia, impotencia, rabia, desamparo. La comunicación de estos contenidos oscilaba entre poner distancia y tener momentos de gran cercanía.

Relató cómo en todos estos años había tratado de olvidar y dejar atrás lo sucedido, pero que siempre aparecía el dolor y la angustia.

En relación a esta situación, Bromberg (2011) plantea que el individuo se ve obligado a utilizar mecanismos regulatorios de emergencia como la disociación. La vivencia de la tortura, acompañada por la desconfirmación y no reconocimiento en que no ocurre ninguna sintonía ni reacciones emocionales de los otros frente a ella, se hace insoportable para el individuo, por lo que su capacidad de regulación emocional es sobrepasada por una inundación de emociones no regulables que dominan y amenazan su estabilidad mental y su sentido del sí mismo. Ello también bloquea su deseo de comunicar, al haber perdido la esperanza que el otro vaya a reconocer su experiencia traumática. Entonces el sujeto, como una forma de adaptación relacional y de preservación del vínculo con sus figuras de apego, se avergüenza de su experiencia, la disocia y la deslegitima y silencia al ser una experiencia no legitimada por los otros.

Lo más difícil de este recurso extremo es que el individuo se deslegitima a sí mismo como persona y va quedando la sensación que algo malo ha pasado, que no queda organizado como una cognición, sino como un estado de anhelo incomunicable que envuelve al recuerdo implícito que es un fantasma "no-yo", que desea ser comunicado, pero que es fuente de vergüenza (Bromberg, 2001).

### **La disociación compartida**

G. es una mujer de 50 años que en la primera sesión del grupo, cuando todas las integrantes se presentan, cuenta que estuvo detenida en el año 1973 junto a su guagua de 8 meses. Relata que fue a buscar a su esposo que estaba detenido y la detuvieron a ella, le quitaron su guagua. Permaneció detenida varios días, no sabe cuántos. Cuando salió,

le entregaron a su hijo. Se encerró en la casa, nunca habló de lo que le hicieron, nunca más trabajó. Ella dice:

Nunca supe donde estuvo la guagua, una mujer me dijo que pasara a una sala, que ella me tendría mientras a la guagua, yo les pasé el niño con bolso y todo. Nunca más lo vi. Cuando salí me pasaron a mi hijo que parecía un muñeco de trapo. Me subieron a un jeep y me dejaron en la casa de mi madre, me dijeron que la orden era matar a todos los comunistas y la guagua era comunista.

Relata que hasta hoy día se siente culpable por lo que sufrió su hijo:

En las noches no puedo dormir si no sé donde está. Ahora que él se fue de la casa, siento que me llama, que tiene hambre, frío, siento que me baja la leche, que llora, voy a abrir la puerta y no hay nadie. No sé, a veces pienso si me estaré volviendo loca... ya no me acuerdo de nada.

Por otra parte, el grupo le entrega nuevos significados a las vivencias traumáticas, como si las integrantes se convirtieran en las representantes de la realidad, en la que pueden reconocer el pasado en el presente, el grupo puede decirle a G: “eso era lo que te pasaba cuando estuviste separada de tu guagua, pero tu hijo ahora es grande, tiene 34 años”.

La presencia de las otras y el reconocimiento y validación permiten ir adentrándose en ese *hoyo negro* de la experiencia que fue congelada porque no tenía la presencia de un otro para que la validara como experiencia y le diera sentido de realidad.

Frente al horror de este relato, tanto las terapeutas como el resto del grupo oía y enmudecía, era un relato que se repetía en casi todas las sesiones iniciales.

Este es el relato de la terapeuta de lo que sentía frente al despliegue de la experiencia traumática de G.:

Yo reconocía el contenido, pero todo lo que estaba alrededor del relato desaparecía también para mí. Yo también disociaba, solo veía lo traumático sin incorporar el paso del tiempo desde la detención, la situación traumática estaba en el espacio terapéutico, yo sentía que no había ninguna expectativa de reparación, el horror y la culpa eran los únicos sentimientos validados.

Las imágenes que me aparecían eran tan intensas que no lograba pensar, ni siquiera percibir lo que ella contaba del resto de su historia, seguía conectada con los días de su detención y con la separación de su hijo. Creo que este relato me resonaba en el contexto de mis propias experiencias de separaciones y pérdidas tempranas.

Mi propio desconcierto y mis preguntas reiteradas, contestadas siempre de nuevo por mi coterapeuta y por las pacientes, construyen la escenificación de lo invasivo de la vivencia de la paciente, de la locura, de lo irreal. Al mismo tiempo era el grupo y la coterapeuta quienes podían contener la disociación tanto de la paciente como de la terapeuta.

Pensar en por qué y cómo era que ella olvidaba todo el resto de lo que la paciente relataba me hizo entender la magnitud, la intensidad de la repetición, la disociación, como reflejo de la paciente, lo presente e invasor de lo traumático. Eso la hizo poder decirle en alguna

sesión posterior: “Vd. necesita confirmar, comprobar, que lo que vivió es una realidad aunque al mismo tiempo es una locura. Es algo irracional que la confunde y la hace creer que se está volviendo loca, que está imaginando cosas”.

G.: Yo iba con la tranquilidad que iba a recibir ayuda y me encontré con el horror, a veces pienso que debería volver al lugar donde me detuvieron, para acordarme de lo que en verdad pasó.

Desde nuestra experiencia en el espacio de terapia grupal, las disociaciones de las terapeutas, nos permiten entender lo intenso de las vivencias actuales de las pacientes, y su dificultad para poder contextualizar, poner en el pasado el horror y la culpa donde corresponde. Que se constituyan como experiencias y sean historizadas.

Nos parece interesante revisar a Bollas (1987) quien propone mirar y usar los sentimientos contratransferenciales del analista para comunicar al paciente sentimientos y afectos puestos por el paciente en el vínculo, en el espacio potencial de manera averbal. El paciente no puede expresar su conflicto en palabras y por lo tanto la formulación plena de una transferencia preverbal se abre paso en la contratransferencia del analista (p. 273). La comprensión de la dinámica transferencia-contratransferencia sería según el autor una manera de “pensar lo sabido no pensado” (p. 275).

El encapsulamiento de las vivencias traumáticas de nuestras pacientes, debido a la inexistencia de espacios de reconocimiento, no ha permitido la simbolización, la experiencia de poder pensarlas y ponerlas en el pasado. El único lenguaje son los síntomas, el lenguaje del cuerpo, pero también en el vínculo terapéutico las sensaciones, afectos, propios del lenguaje procedural que son captados tanto por las terapeutas como por otras integrantes del grupo. Son expresiones del lenguaje de lo traumático.

Pueden ponerse en el espacio potencial creado por el grupo, no como una interpretación de lo que pasa a la paciente, sino como un afecto que es reconocido por las terapeutas como propio. La interpretación en el sentido clásico podría aparecer como una intervención distante y sin sentido. Sin embargo, las frases como: “A mi me parece que es necesario poner la culpa donde corresponde, los responsables son los torturadores, la dictadura, lo que sientes hoy día es lo que sentiste cuando te separaron de tu hijo, pero tu hijo ahora es un adulto, no es un bebé” Son intervenciones que no son neutrales, que permiten el reconocimiento de la realidad de entonces, pero que aparecen en el aquí y en el ahora, y que se escenifican en el espacio terapéutico por la emergencia de lo no representado, que busca las palabras más allá de las sensaciones corporales e imágenes. La intensidad de la conmoción afectiva que supone empatizar con esas vivencias produce también la disociación de la terapeuta que parece sumergirse en el horror del relato.

Desde esta mirada, es importante definir cuáles son las formas más adecuadas de intervenir, considerando que el o la analista están profundamente comprometidas emocionalmente con el relato que escuchan.

Intervenciones que den cuenta de una escucha no invasiva y de un acompañamiento que reconozca y valide el proceso de las pacientes en su intento de simbolizar la realidad histórica de sus traumatizaciones, que tienen prioridad en estos momentos del tratamiento frente a las interpretaciones, que pueden aparecer como expresión de la necesidad de protección y distancia del analista frente al terror sin nombre.

A partir de esta experiencia relatada con G., ¿podríamos hablar de una actuación co-construida entre la terapeuta y la paciente? Como si la terapeuta solo pudiera conectarse con lo no representado, con su propio inconsciente a través del lenguaje procedural de la relación.

Al aceptar la terapeuta su participación en las actuaciones, estos pueden convertirse en una forma de acceder al material traumático que no es posible alcanzar con el relato de las pacientes.

Es importante entonces, confirmar las percepciones del paciente cuando nos sienten ausentes o distantes. Aceptar nuestra participación en las disociaciones conjuntas puede ser un camino para buscar palabras, representaciones para permitir que la repetición se convierta en experiencia.

### **La atemporalidad del trauma**

Como lo hemos descrito en los dos casos anteriores la situación traumática de la tortura es vivida en un tiempo presente.

M.: Fuimos con mis hermanas a ver a mi mamá, que la habían detenido de nuevo en el regimiento. Yo tenía 17 años, nos dejan adentro, nos llevan a una pieza grande, nos desnudan. Muchos militares estaban frente a nosotras con focos grandes delante para que no los viéramos, nos toquetean, nos revisan por todas partes, nos hacen ponernos en distintas posiciones, levantar una pierna, los brazos, sacan a mis hermanas y me dejan a mí sola. Me gritan que iban a tener que borrarlos el comunismo de la cabeza y yo le contesto, “¡van a tener que matarnos, mátenme!” Me manosearon entera, para qué les cuento todo lo que me hicieron, esta cicatriz de quemadura de cigarro que tengo aquí en el pecho, no me permite olvidar.

Una de las terapeutas le señala que el relato lo hace en tiempo verbal presente y que la experiencia de tortura la está viviendo aquí y ahora.

El trauma queda congelado en un presente eterno que atrapa y que retorna permanentemente. El trauma altera la temporalidad, se vive en un estado de alienación y extrañeza como en una realidad diferente a la de las otras personas, permaneciendo de alguna forma aislado del diálogo humano (Stolorow, 2007). Lo mismo que ocurrió con V. quien se desmayó al revivir en el grupo la sesión de torturas a las que fue sometida.

Es particularmente significativo lo que va ocurriendo al ir abordando las situaciones traumáticas. Muchas veces una participante del grupo no tiene las palabras para abordar lo que vivió y son las otras integrantes las que van constituyendo un tejido de palabras y afectos ligados a la experiencia; la presencia de las otras y el reconocimiento son los que permiten ir adentrándose en ese hoyo negro de la situación traumática, que fue congelada porque no tenía la presencia de un otro para que la validara como experiencia y le diera sentido de realidad.

A.: nos rompían los pantalones y no teníamos como cerrarlos para protegernos de nuevas torturas, eso era relativo, porque siempre pensábamos que sería la última, y nunca era la última. Entonces sacábamos hilos de la frazada y así podíamos hacer unos cordones con los cuales nos cerrábamos los pantalones.

L.: Se me había olvidado totalmente, yo hacía exactamente lo mismo.

Käes (2010) apunta a lo que sucedió en el grupo cuando dice en relación al “trabajo psíquico de la intersubjetividad y el proceso asociativo grupal, se transforma en experiencias que unen y mantienen unidas las psiques de los sujetos del grupo y también una subjetividad a otra” (p. 145). Esto significa que un miembro puede constituirse como un portapalabra del discurso del grupo, y bajo este rol

ofrece una palabra de la cual los miembros del grupo no disponen de esta palabra que importa a los otros, y cuyos términos los porta palabras despliegan sin saberlo. Cuando el sentido faltante ha devenido asunto de varios, la palabra faltante puede aparecer en la organización intersubjetiva del discurso grupal. En estas condiciones del proceso asociativo grupal facilita las vías de retorno de lo reprimido. (p. 120).

Podemos visualizar cómo en el grupo, frente a la impotencia y el desvalimiento, aparecen recursos que les permitan recuperarse, pensar que pueden revertir la situación de violencia y desprotección a la que están sometidas. Es un intento de recobrar el control sobre el propio cuerpo, lograr la cohesión y la sensación de continuidad.

En este momento es el grupo quien las protege, convirtiéndose en un medio confiable para que ellas puedan acceder a recordar, facilitando así el recuerdo de las demás.

En las últimas sesiones del grupo terapéutico, las mujeres verbalizan el significado de la experiencia terapéutica grupal compartida, en el proceso de historización, reconstrucción de su subjetividad, reconociendo la presencia de la marca de la tortura, que hoy día forma parte de su historia pasada. Las integrantes del grupo validan la experiencia del grupo, como un espacio de reconocimiento, no solo de lo que vivieron, sino de ellas mismas como personas.

M.: Me impresiona que después de tanto tiempo exista tanto dolor, mil veces torturada, no hay ningún lugar como este, nadie te juzga; me siento otra persona, una mujer nueva, que puede sentirse feliz.

C.: No sabía que me había afectado tanto estar detenida, me he acordado de tantas cosas, hasta de nombres, es como despertar.

A.: Historias represivas parecidas, muchas cosas en común, uno escucha que la otra dice algo que tú no te atreves a decir o no puedes decir, uno pone las palabras que la otra no encuentra para decir lo que siente, el dolor que tiene.

G.: Estoy muy agradecida del grupo, de todas... he sentido cariño y comprensión a diferencia de otros lados donde siempre me he sentido criticada, he sentido un gran cariño y respeto hacia mí como persona, me sentí muy reconocida, validada, nunca había conversado algo mío. Siempre sentí que había hecho todo mal y Uds. aquí opinan que lo he hecho bien.

V.: Sí es muy bonito, es una red que sostiene, igual es un desgarrar compartir todo lo que nos pasó, me conmueve cómo somos capaces de salir.

M.: Al principio sentía que me hacía mal, lloraban mucho, siempre de nuevo el mismo relato mío, hablaban de cosas que yo creía que ya había superado, lo

positivo es que pude ver las historias de las demás, no me siento víctima ni héroe, siento que fui parte de esta historia, todas las que pasamos por esto tenemos algo que nos une, somos mujeres diferentes.

### **¿Quiénes somos las analistas que participamos en estos procesos terapéuticos?**

Somos profesionales que poseemos un pasado político o ideológico que nos permite entender y contextualizar el sufrimiento de los pacientes. En el proceso terapéutico representamos parte de la historia vivida por los pacientes; no desmentimos los relatos que estos hacen pues pertenecemos a un sector de la población chilena que no oculta ni nunca ha ocultado, que durante la dictadura militar se cometieron violaciones de los derechos humanos. Por ello, en el lenguaje implícito nuestros pacientes reconocen en nosotros a testigos de una historia reciente: en aquellas ocasiones en que la fantasía de ellos supera la realidad, los terapeutas somos quienes atestiguamos que tal fantasía tiene asidero en la realidad. Podría decir que el paciente cuenta con un referente real y un espacio (*setting*) para dejar que aparezcan los recuerdos y las traumatizaciones, sin el temor o la angustia de que los fantasmas se conviertan en delirios. El espacio se reconvierte así en un espacio social que confirma su experiencia de padecimiento, ya que ella ha sido negada y desmentida en otros espacios sociales (Castillo 2013).

Parece ser que ha sido necesaria una cuota de omnipotencia por nuestra parte, ya que durante la dictadura militar también vivimos en condiciones de gran vulnerabilidad y temor. Esta cuota de omnipotencia nos permitió dar una asistencia terapéutica a los pacientes.

La omnipotencia se relaciona con las fantasías de sentirse continente, capaz de recibir y por lo tanto, de facilitar en el proceso terapéutico la capacidad de elaboración de las experiencias traumáticas de tortura y violaciones reiteradas. Se quiere responder a los deseos inconscientes y cada terapeuta lo intenta desde su historia personal, su matriz relacional, sus principios organizadores, su propia experiencia de represión política y a sus fantasías reparatorias.

En algunos momentos, *la omnipotencia salvadora* del terapeuta, como la ha denominado Amati (2000) puede perderse, experimentándose en la contratransferencia como un desaliento, como una sutil señal de que el contexto alienante padecido nos ha alcanzado y englobado. Ello nos llega a través del relato y las vivencias del paciente, pero también corresponde a nuestro propio sentimiento de desamparo ante la evidencia de la magnitud de la desmentida social y a la relativa futilidad de nuestras posibles respuestas. Es como si la sombra del contexto cayera sobre nuestra necesaria omnipotencia, y por un momento cesaran la esperanza y la creencia en el crecimiento psíquico, constitutivas de nuestra identidad terapéutica (Castillo 2013).

En ciertos momentos, tanto el paciente como el terapeuta perciben su común pertenencia a una situación transubjetiva donde reina la incertidumbre, la inseguridad y el temor. Es necesario discriminar entre el momento en el que estamos y aquel contexto de terror en el cual el paciente todavía se encuentra. Sin embargo, el analista, en algunas situaciones, se colude con la disociación del paciente, en una disociación compartida, en una actuación como una forma inconsciente de empatizar con su experiencia no simbolizada.

Amati (2000) señala:

Deseo subrayar la necesidad de la modesta omnipotencia, a fin de poder funcionar como personas y como terapeutas. Esta omnipotencia tiene connotación positiva y consiste en atribuirse el poder particular de creer en una ética cuyo paradigma podría estar constituido por el objeto a salvar. La modesta omnipotencia supone un cierto grado de fe en el devenir, que es contiguo a las ideas de pertenencia y de creencia. La modesta omnipotencia es modesta porque su característica principal es la fragilidad. Hay que concebir claramente que uno se opone éticamente, en tanto persona y psicoterapeuta, a la destrucción, a la guerra y a la crueldad, sin neutralidad ninguna. (p. 4).

La posibilidad de vivenciar emociones por parte del terapeuta pasa por no ignorar nuestro propio dolor psíquico y, además, tener una cuota considerable de omnipotencia que nos permita creer firmemente en la vida y no en la destrucción, en la totalidad y no en la fragmentación. Estos sentimientos nos permiten confiar en la posibilidad de que nuestros pacientes recuperarán sus potencialidades acalladas, destruidas y, en términos psicológicos, recuperarán su *self* verdadero y harán un proceso de elaboración de sus pérdidas, pudiendo aceptar que el trauma sufrido no es reparable, no es borrable.

Esto, porque los pacientes guardan para sí tal magnitud de horror imposible de simbolizar, que pertenece a la categoría de lo impensable, de lo no cognoscible. Como dice Ferenczi (1932/1988): “ciertas cualidades psíquicas, como la esperanza, el amor en general o a ciertas cosas, han sido tan destruidas por el trauma que es necesario considerarlas como incurables, más exactamente, como totalmente muertas” (p. 195). Es necesario que en el espacio terapéutico se pueda compartir la destrucción, y esto marcará un “nuevo comienzo”, donde el contexto sociopolítico tiene un rol fundamental: es la sociedad en su conjunto la que debe reconocer lo que el paciente ha sufrido, y así construir la memoria social.

### Referencias

- Amati, S. (2000). La interpretación en lo trans-subjetivo. Reflexiones sobre la ambigüedad y los espacios psíquicos. *Revista de Psicoanálisis*, 57(1), 129-139.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Beebe, B. y Lachmann, F. (2002). *Infancy research and adult treatment*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Benjamín, J. (1997). *Sujetos iguales, objetos de amor*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Benjamin, J. (2007). Escuchando juntos: aspectos intersubjetivos de pérdida y recuperación del reconocimiento en el proceso analítico. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 24(1), 6-18.
- Bettelheim, B. (1981). *Sobrevivir: El Holocausto, una generación después*. Barcelona, España: Editorial Crítica.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*. Londres, Reino Unido: Free Association Books.
- Bromberg, P. (2001). *Standing in the spaces. Essay on clinical process: Trauma and dissociation*. Nueva York, Estados Unidos: Psychology Press.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the dreamer: clinical journeys*. Mahwah, Estados Unidos: Analytic Press.

- Bromberg, P. (2009). Reduciendo el tsunami. Regulación afectiva, disociación y la sombra de la inundación. *Revista Clínica e Investigación Relacional*, 3(1), 93-110. Recuperado de <http://www.psicoterapiarelacional.es>
- Bromberg, P. (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Castillo, M. I. (2013). *El (im)posible proceso de duelo. Familiares de detenidos desaparecidos: violencia política, trauma y memoria*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Castillo, M. I.; Gómez, E. y Kovalsky, J. (1989). La tortura como experiencia traumática extrema. Su expresión en lo psicológico, en lo somático y en lo social. En: *CODEPU, Tortura: Aspectos médicos, psicológicos, sociales. Prevención y Tratamiento* (pp. 132-136). Santiago de Chile, Chile: Ediciones CODEPU.
- Ferenczi, S. (1988). *Diario clínico*. Buenos Aires, Argentina: Conjetural. (Obra original publicada en 1932).
- Ferenczi, S. (1981). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. En: *Obras Completas*. Madrid, España: Espasa Calpe. (Obra original publicada en 1933).
- Green, A. (2007). *Jugar con Winnicott*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Grubrich-Simitis, I. (2007). *Realitätsprüfung an Stelle der Deutung: Eine Phase in der psychoanalytischen Arbeit mit Nachkommen von Holocaust-Überlebenden*. Congreso Internacional de Psicoanálisis Berlín, Alemania.
- Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (2005). Informe Comisión Valech. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de: <http://www.derechoshumanos.net/paises/America/derechos-humanos-Chile/informes-comisiones/Informe-Comision-Valech.pdf>
- Jordan-Moore, J. F. (2002). Experiencia, trauma y recuerdo. A propósito de un texto de Winnicott. *Gradiva*, 3(2), 157-164.
- Käes, R. (2005). *La palabra y el vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Käes, R. (2010). *Un singular plural. El psicoanálisis ante la prueba del grupo*. 2ª edición Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kinder*. Stuttgart, Alemania: Enkel Verlag.
- McDougall, J. (1990). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ogden, T. H. (1985). On potential space. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66(2), 129-141.
- Orange, D. O. (2012). *Pensar la práctica clínica*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.
- Orange, D. O. (2013). *El desconocido que sufre: Ferenczi, Fromm-Reichmann, Brandchaft, Kohut*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.
- Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and human existence. Autobiographical psychoanalytic and philosophical reflection*. Nueva York, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Winnicott, D. W. (1999). Objetos y fenómenos transicionales. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 307-320). Barcelona, España: Paidós. (Obra original publicada en 1951).
- Winnicott, D. W. (1999). Preocupación maternal primaria. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397-404). Barcelona, España: Paidós. (Obra original publicada en 1956).
- Winnicott, D. W. (1991). El miedo al derrumbe. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. (pp. 111-121). Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Obra original publicada en 1963).

---

Winnicott, D. W. (1999). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. (Obra original publicada en 1971).

---

<sup>1</sup> Villa Grimaldi, centro clandestino de tortura, hoy día sitio de Memoria.