



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

CLÍNICA DE LO TRAUMÁTICO EN HIJOS DE LA DICTADURA

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

NATALIA HIDALGO LEIVA

**Director(a):
ROBERTO ACEITUNO M.**

**Jurado:
Angélica Pizarro C.
Pablo Cabrera P.**

Tesis Aprobada con Distinción Máxima

Santiago de Chile, año 2015

RESUMEN

Autora: Natalia Hidalgo Leiva

Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno Morales

Grado académico obtenido: Magister

Título de la tesis: Clínica de lo Traumático en hijos de la Dictadura

Desde la experiencia clínica en PRAIS, el presente trabajo sistematiza y enmarca principalmente el campo de conocimiento acerca del trauma, la transmisión y la ubicación generacional de los hijos de afectados directos por la violencia política en la dictadura chilena. Incluye un apartado que propone un diálogo entre viñetas clínicas y elementos teóricos con el fin de ilustrar a través de una división operativa, dimensiones de la clínica actual con hijos que nacen y crecen cercanamente a la experiencia de represión política vivida directamente por sus familiares cercanos.

La postura que atraviesa el trabajo es que los hijos no sólo son depositarios de la experiencia de estos familiares a través de la transmisión, lo que sin duda incide. Fueron también testigos, si no víctimas directas, en momentos de la instalación de estructuras subjetivas fundamentales. Respecto de esta posición la clínica nos muestra las maneras en que están llamados a hacerse cargo, en tanto sujetos de su historia propia.

A mis hijos Gabriel y Pablo

Que la transmisión de nuestra generación

constituya para ellos un don.

INDICE

PRESENTACIÓN	6
1. CLÍNICA DEL TRAUMA	10
2. SOBRE LA TRANSMISIÓN	29
3. TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DEL TRAUMA	31
4. ESTUDIOS SOBRE TRANSMISIÓN EN CHILE	41
5. LA CLÍNICA EN PRAIS	46
6. ANÁLISIS CLÍNICO	51
El trauma en la figura parental	56
Posición de testigo infantil	77
Los efectos del secreto y el silencio	88
Producción de un lugar en el mundo	104
Víctima e implicación	109
7. DEL TRABAJO CLÍNICO	
Sistematización	119
8. CONCLUSIONES	
O para seguir pensando	127
9. BIBLIOGRAFÍA CITADA	133

*Pasar por alto los abusos.
Los tiros a altas horas de la noche.
No abrir la boca sino para comer
Cuando hay para echarse a la boca.
Pasamos hambre.
No se puede hablar abiertamente.
Los loros hablan fácilmente.
El loro tiene vistoso plumaje.
Los plumíferos escriben en los diarios
Los papagayos hablan por la radio.
La mordaza impide el habla.
Vvms mrdzds.
Vvmos mrdzdos.
Vvimos mrdzados.
Vvivimos mordazados.
Vvivimos amordazados.
Vvivimos con los ojos vendados.
Los ojos se abren bajo la venda.
La boca se abre bajo la mordaza.
El tirano disfruta de salud.
Sólo el hombre disfruta de la palabra.
Los gorilas se golpean el pecho.
¡Muera el tirano!*

[Gonzalo Millán]

PRESENTACIÓN

La inspiración para esta revisión y sus reflexiones surge enteramente de la experiencia clínica. El trabajo en procesos de tratamiento actuales con pacientes hijos de afectados directos por la represión política perpetrada por la dictadura chilena (1973-1990), actualmente adultos atendidos en el contexto de PRAIS¹, específicamente de la zona oriente de la Región Metropolitana, motivan una búsqueda que puede ser sintetizada en dos problemas que estimo propios de esta clínica:

La magnitud de las situaciones de represión política complejiza en ocasiones el encuentro con lo singular del paciente y de su padecer. Singularidad que resulta condición para hacer del consultante un paciente, eventualmente un analizante. ¿Cómo buscamos esta particularidad subjetiva tras los aplastantes eventos traumáticos vividos por estos pacientes y su entorno familiar?

El segundo problema radica en comprender la interacción entre estos eventos y la singularidad que, en el mejor de los casos, hallamos. ¿De qué manera inciden en la subjetividad de los hijos? Para los afectados directos, sus figuras parentales, estos hechos son hablados con frecuencia como una fractura, al modo de un antes y un después. Para muchos hijos no existe registro de un tiempo anterior; entonces ¿Cómo se incorporan las inevitables consecuencias de los hechos en la psiquis infantil? ¿Pueden ser considerados como trauma psíquico?

¹ PRAIS, Programa de reparación y atención integral en salud (recientemente se extrajo el agregado "y derechos humanos") es la respuesta del Estado para el tratamiento dentro de la salud pública de las secuelas propias de la represión política. Programa que resulta de un proceso de demanda y lucha de organizaciones no gubernamentales y usuarios, principalmente, y que surge en 1992 tras el hallazgo de las fosas de Pisagua. Existen 29 equipos a nivel nacional, uno en cada servicio de salud; su especialidad es la salud mental y en términos médicos la atención de secuelas físicas de la tortura. La calidad de PRAIS otorga el acceso gratuito, aunque no preferencial, a la salud pública con todo lo que ella cuenta (y lo que carece). Su norma técnica en: Norma General Técnica N° 88, PRAIS - Ministerio de Salud. juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_437_06.doc

Para enfrentar estas interrogantes comienzo por realizar una revisión de algunos autores relevantes en la actual discusión dentro del psicoanálisis acerca de la noción de *trauma* y la cualidad de *traumático*, dando cuenta de *una* entre muchas de las posibles lecturas acerca del principal soporte teórico de la clínica con estos pacientes, enmarcada dentro de la llamada 'clínica del trauma'.

El relato que se despliega en los procesos terapéuticos de los hijos, muestra una construcción combinada entre el propio recuerdo y las formas de transmisión que reciben de la generación de sus padres y abuelos. En el intento de comprender sus alcances y propuestas de trabajo asociadas, es revisada la noción de *transmisión*, a nivel teórico y a través de las descripciones y reflexiones clínicas sobre la realidad del trabajo en PRAIS, con sus desafíos específicos.

Aventuro en un segundo apartado un cierto orden a través de cinco ejes de análisis clínico. Estos configuran un intento de ilustrar algunas de las problemáticas que se muestran con significativa recurrencia en este segmento de pacientes; se trata de un ejercicio artificial de separación que, no siendo fiel a su enmarañada presentación en los tratamientos, responde a la tentativa de organizar un material clínico y teórico a partir de la escucha de estos pacientes y a pensar ciertas claves para la intervención.

El primero de ellos refiere a la relación con las *figuras parentales*; en dictadura un segmento social contrario al régimen es perseguido, políticamente neutralizado y una parte exterminada; dentro del contexto descrito (PRAIS) se observa que parte de los consultantes ha sufrido una marginación social persistente hasta la actualidad. Se escucha en los hijos la manifestación de dos dimensiones de lo parental: un carácter heroico, expresado en la admiración de su lucha, su ética e ideales. Mientras, en otro sentido conmemoran una derrota político-ideológica y personal. Estas dimensiones complementarias adquieren repercusiones para el funcionamiento subjetivo, explícito y latente de los hijos, en tanto el psicoanálisis da cuenta en el desarrollo subjetivo general, de una necesaria caída de los padres a nivel simbólico. En la clínica del trauma esta

caída se acompaña de un carácter real de proporciones más o menos trágicas. Se observa cómo ello puede heredar a los hijos pesados encargos, vigentes y determinantes en los proyectos vitales y expresiones subjetivas que se presentan en la actualidad.

Un segundo eje ilustra la forma en que aparece la vivencia de haber estado en un lugar de *testigo* -infantil- de los eventos. Que una situación límite irrumpa en la vida de un ser humano inserto en las exigencias propias de las etapas de evolución psíquica temprana tiene sus particularidades. La pasividad característica de la etapa infantil en relación a importantes dimensiones de su vida cotidiana, la dependencia respecto de los avatares en la palabra de sus figuras adultas significativas, son determinantes en la traducción psíquica de los hechos. Sus fallas y excesos, los silencios, las posibilidades e incapacidades del entorno, inciden no sólo en el relato novelado, sino también en las determinaciones de estructura clínica.

El *secreto* y el *silencio* obligado en que transcurrían los hechos, efectos del miedo y terror generalizado que instaló el régimen, discurren en momentos evolutivos en donde los sujetos se encuentran construyendo los primeros vínculos con el mundo social externo al núcleo familiar. Esto, según se escucha en los procesos clínicos, otorga ribetes particulares a las formas de situarse y mirar el mundo social, los puntos de quiebre y de anudamiento, las singularidades del lazo social. Es el tercer eje revisado. Vivir amordazado, en la figura de Millán, adquiere consecuencias distintas en los adultos que en los niños, quienes se encuentran en etapas inaugurales de su vínculo al mundo.

Un cuarto eje se detiene sobre la manera en que los hijos en su adultez producen -o no- un *lugar* en su mundo social. Se observa una dificultad de estabilizar proyectos personales de vida, relacionada con frecuencia a la vacilación en la propia posición subjetiva. El lugar que logran darse en el mundo da cuenta de una expresión estructural; hallarla y comprenderla resulta condición para su abordaje e intervención.

Por último, se aborda una dimensión que se encuentra en el centro de esta clínica del trauma: la noción de *víctima*, entendida como una posición subjetiva que es de una u otra manera atravesada por el trabajo terapéutico y se encuentra presente más allá de la conciencia de los pacientes. Constituye un elemento central de la identidad del consultante en PRAIS, y respecto de su lugar, observamos que es tan necesaria como alienante. Tanto su negación como su reivindicación, en los extremos, hacen obstáculo al trayecto desde la identidad de víctima a la de sujeto de la propia historia, con todo y su trauma real, más o menos subjetivado.

El ordenamiento clínico, sumado a la revisión teórica propuesta, dan cuenta de una regularidad que en los hijos determinan condiciones desafiantes para los procesos terapéuticos. Por ello, esta investigación pretende organizar ciertas formas de abordaje, hacia una cura entendida como el pasaje de desalienación a identificaciones rígidas y con ello el encuentro con lo propio, finalmente con el propio deseo como soporte vital.

1. CLÍNICA DEL TRAUMA

I.

Comenzar por abordar la noción de *trauma* responde a que ella ha tenido un lugar central en el trabajo con víctimas respecto de las secuelas que implican los más diversos acontecimientos, y de la represión política en Chile en particular. Existen necesariamente efectos ante la exposición a eventos como la represión política, cuya magnitud e importante significación social y personal se vincula al trauma.

Volver sobre ello implica insertarnos en algunas de las discusiones vigentes acerca de su definición, comprensión y distinción. Aunque no todo dolor psíquico constituye un trauma, existe la tendencia a dar al concepto un uso extendido, lo que nos impele a precisar la forma en que la comprenderemos.

Desde su lugar de historiador, Hugo Vezzetti (2011) distingue el trauma *vivido* del trauma *social* o *histórico*, en donde el primero hace referencia al terror y parálisis propios de la respuesta inmediata, mientras el segundo refiere a los efectos en las generaciones posteriores.

En el campo de la salud mental, el término es tomado de la medicina, configurándose un discurso sobre el trauma que comienza aproximadamente a principios del siglo XX:

“... más o menos de manera contemporánea a la aparición del psicoanálisis, y en la Europa de la Primera Guerra Mundial. Por ejemplo, la noción de neurosis de espanto (névrose de effroi) -sobre la cual Freud discutió en su tiempo, aunque el espanto puede ser producido por muchas cosas, no sólo por la

guerra-, fue justamente en la guerra que la neurosis traumática como tal, tuvo ocasión de ser planteada”(Soler, C.1998b:1).

A partir de entonces la noción de trauma en psicología y más específicamente en psicoanálisis ha sido utilizada con una amplitud que, según advierten varios autores, ha ido en desmedro de su precisión. Benyakar y Lezica (2005: 13) consagran su trabajo a delimitar el concepto, ante la vaguedad que aparecería en los numerosos trabajos por ellos investigados: *“El ‘trauma’ estaba omnipresente en toda disfunción psíquica, en toda patología, casi diríamos que en la distinción y explicación de cualquier estado displacentero o incluso desagradable por el que un sujeto atravesaba”.*

El lugar del evento y el encuentro con lo subjetivo se sitúan en el centro de la discusión y reflexiones psicoanalíticas acerca del trauma, en el intento de tensar lo interno con lo externo y el lugar que los hechos adquieren para los sujetos. Benyakar y Lezica (2005: 27) utilizan el término de ‘lo fáctico’ para referirse al evento, en carácter de ‘contingente’: *“Un término que refiere a lo dado más allá de su representación psíquica; se acostumbra a homologarlo con “lo real, verdadero””.*

En la clínica del trauma, nos enfrentamos cotidianamente a la pregunta en cada caso por el lugar subjetivo que adquieren estos eventos que podemos entonces llamar *fácticos*. Reconocer que éstos, por su magnitud y naturaleza marcan los procesos subjetivos no resuelve, sin embargo, la forma que esta marca adquiere para cada paciente. Por otra parte, este resguardo sobre la extensión de la clínica del trauma, o acerca de su imprecisión, resulta contingente en el contexto de PRAIS, cuando se manifiesta de maneras más o menos explícitas, un cierto ‘deber’ de escuchar o rastrear el trauma, casi como condición de tratamiento.

Laurent, E. (2002) se detiene a reflexionar sobre este mismo problema. Entiende que se ha extremado el uso de la noción de trauma para situaciones

sociales tan diversas como insólitas; él describe situaciones de desgracia social y natural respecto de las cuales, en nombre del trauma, suelen instalarse reivindicaciones de reparación inéditas en épocas pasadas. Ello podría llevar a toda clase de excesos propios -y no tanto- de sus secuelas. Desde la perspectiva social, se refiere a este término como una problemática que se ha generalizado al punto de constituir cierta *“mueca de la historia”*, en el sentido que se utiliza la categoría para aludir a acontecimientos de naturaleza y dimensión muy heterogénea. Afirmandose en lo subjetivo de la marca y entendido así, un trauma sería la consecuencia de situaciones diversas y amplias, lo que daría cuenta de una extensión de esta clínica.

Soler (1998) se pregunta si esta extensión, en términos de Laurent, respondería a que son hoy los sujetos más traumatizables, a que hay más causas de espanto, o bien los sujetos frente a ciertos eventos aparecen ahora más débiles. Interrogante que aparece en referencia a una mirada histórica: en siglos pasados las civilizaciones humanas mostraban signos de salvajismo significativos, además por cierto, de los desastres naturales que han aquejado al mundo en todas las épocas. La autora comprende esta extensión del trauma como efecto de la posmodernidad, en relación con la inconsistencia de discursos totalizantes: *“Que los discursos que regulan los lazos sociales -en el sentido que Lacan utiliza- no logran como lograban anteriormente, hacer de pantalla a lo real”* Soler (1998b: 2).

En pacientes que fueron víctima de represión política escuchamos cotidianamente la forma en que los discursos ‘caídos’ amenaza o quiebra ciertos soportes psíquicos. Un paciente señalaba: “a mi papá se le cayó el muro de Berlín adentro”. Reflexión que condensa cierta regularidad en la clínica del trauma.

La imprecisión del trauma como concepto es también aludida por García (2005: 2), quien plantea como aspecto preocupante los malos entendidos a los cuales puede llevar: *“Estos diversos sentidos llevan a malentendidos entre los psicoanalistas. Como lo muestran Sandler y colaboradores (1991) en su*

investigación, si bien existía una definición “oficial” de trauma a lo largo del tiempo, su significado implícito difería de su formulación explícita. Se usaba en muy diversos sentidos: como evento externo, con imprecisiones y diferencias muy grandes respecto a la relación fantasía-realidad, modos distintos de concebir las situaciones de traumatización extrema, etc”.

Aquello que confusamente se nombra como ‘realidad’ pareciera adquirir mayor claridad cuando se introduce el registro de lo *real* (emparentado con lo llamado *fáctico* por Benyacar y Lezica (2005), nos parece), colaborando en otorgar cierta mayor precisión a la fantasía, a lo externo como lugares y procesos. Sin embargo, siguiendo a esta misma autora, dentro del psicoanálisis (o los psicoanálisis): “(...) según lo entiendo, esto no es privativo del concepto de trauma, hay también perspectivas muy distintas respecto del inconsciente, la simbolización, la pulsión de muerte, etc., por lo que tal vez lo que importe más en psicoanálisis es precisar el marco referencial teórico, desde el que pensamos, renunciando a toda idea de verdad unívoca” (García, 2005: 2).

La adscripción a una línea de pensamiento se encuentra lejos de intentar proclamarla como *la correcta* o la única posible. No obstante, resulta necesario para iniciar un análisis teórico, clínico o ambos, tomar opciones que den mayor rigurosidad al abordaje particular.

En otro sentido, Soler (1998a: 16) plantea que dentro del psicoanálisis la noción suele incomodar, toda vez que *trauma* refiere al efecto de un evento ‘externo’, ‘objetivo’ que impacta al sujeto sin participación de su subjetividad: “(...) el traumatismo es uno de los nombres que recibe la efracción de la desgracia cuando proviene desde afuera, por sorpresa, sin que se la pueda imputar al sujeto”. Psicoanalistas ‘clásicos’ suelen sentirse más cómodos dentro de conceptualizaciones como fantasma y síntoma, que conllevan una implicación subjetiva de entrada. En el trauma existe en principio una falta de implicación del sujeto, lo que resulta complejo dado que es ésta la puerta de entrada a un análisis. Es esta situación la que inicia los señalados dos problemas que motivan esta investigación.

De modo que los eventos no determinan por sí solos la marca de un trauma, aun cuando la emergencia subjetiva, eventual quiebre o fractura que producen ciertas experiencias extremas muestra la imposición de una realidad excesiva que podemos considerar 'universal': es difícil concebir que la ejecución violenta de un familiar o la tortura no generen secuelas. Sin desmedro de ello, un trauma producido por un evento externo, fáctico, remueve los fantasmas y síntomas propios de los sujetos; parece condensar necesariamente elementos asociados a lo excesivo del evento externo con aquellos que responden a la dinámica particular de cada subjetividad. La primera distinción es entonces entre el evento y la significación personal.

El afán de precisión responde a una necesidad teórica, pero también algunas clínicas. Una de ellas, muy práctica la constituye el problema de hacernos cargo de la realidad de los terapeutas que en esta área trabajamos, cuando no estamos ni estuvimos exentos de las vivencias asociadas a la historia social reciente, como no lo está la sociedad chilena en toda su extensión. Al encontrarnos también de una u otra manera atravesados por los eventos traumáticos, existe ineludiblemente una implicación propia. Ello, en conjunto con los discursos sociales al respecto, dificulta en ocasiones la escucha del paciente con la agudeza de su singular padecer. Dificultad que se encuentra también teñida del trauma vicario², inevitable afectación en los terapeutas ante la escucha de relatos sobre situaciones extremas, potencialmente generadoras de emociones intensas. Ellas podrían incluso avasallar nuestra comprensión, en la identificación con el dolor del trauma:

“Las circunstancias peculiares de este tipo de paciente requieren una propuesta para un proyecto de investigación sobre bases para su tratamiento, tomando en cuenta la transferencia del trauma hacia sus terapeutas y la consiguiente contratransferencia; entendiendo ésta como variable que estimula

² Refiere a la conmoción psíquica del testigo. Se le ha llamado “trauma por compasión”, “Trauma secundario” o “trauma por estrés vicario”(Ver: Morales, G. & Lira, E. (1997). Dinámicas de riesgo y cuidado de equipos que trabajan con situaciones de violencia. En E. Lira (Ed.), Reparación, derechos humanos y salud mental (pp. 105-121). Santiago, Chile: CESOC.

las “zonas silenciosas” del terapeuta y que le impiden ayudar adecuadamente a su paciente en proceso de duelo. Esta reacción puede ser hacia su paciente o hacia la fuente de la victimización en el contexto del evento en sí, comprendiendo este como la contratransferencia al evento: la violencia sexual, incesto, guerra de Vietnam o cualquier otra guerra, Holocausto, tortura, represión y desaparición política”. (Danieli, 1982; Wilson y Lindy, 1994. En Kurian-Fastlicht, 2012)

Atendiendo a ello, el esfuerzo de distinción pretende acudir a las herramientas disponibles al abordaje de la cualidad, gravedad, efectos y lugares de una imposición violenta de ‘realidad’ en la vida social y singular de pacientes y terapeutas.

II.

La segunda distinción necesaria en cuanto al concepto de trauma alude a sus aspectos propiamente psíquicos. Tiene que ver con la formulación psicoanalítica acerca de la organización del Complejo de Edipo, dado que lo que Freud descubriera en relación a la histeria le lleva a formular que existiría un *trauma* sexual que resulta *estructurante*, cuya independencia del evento de la realidad (si existió seducción o no) ubica en el centro la realidad psíquica y el fantasma subjetivo. Esto según una lectura lacaniana de la conformación psíquica, es desarrollada por muchos autores, Lacan en principio. Acá nos apoyaremos en algunos de estos autores: González, 2004, García, 2005, Soler (1998a,b) e Insúa (2008), quienes se refieren a ello.

Este trauma, en calidad de estructurante intrapsíquico se comprende como resultante de dos ‘pérdidas’ fundamentales: la primera, el goce originario asociado a la Madre, producto del ingreso a la lengua. La segunda, producto del ordenamiento sexual, asociado al Padre como ordenador simbólico de la elección sexual. Perspectiva que comprende Madre y Padre en tanto funciones,

lo que será mayormente abordado precisamente en el primer punto de análisis clínico sobre las funciones parentales.

González (2004: 79) señala al respecto: *“(...) diremos que en la historia personal de cada quien, al indagar terapéuticamente en ésta, es posible encontrar núcleos de conflicto que remiten a lo traumático ontológicamente hablando. Trauma que no sólo es fortuito, ni evitable, sino que es condición de la estructuración subjetiva, como parte de una sociedad determinada”*.

Es lo que plantea también García (2005: 3): *“Lo traumático es fundante del sujeto, no hay acceso a la alteridad, no hay posibilidades de discriminación yo –objeto, no sería posible la subjetivación, ni proceso alguno de historización, que no ancle en el vínculo con el otro y en los límites que ese otro tiene para el sujeto en ciernes. Hay una frustración necesaria, una opacidad en el encuentro, que “obliga” a constituirse como otro distinto. Esto sería lo traumático estructural, violencia primaria imprescindible, con sus dos vertientes, el otro auxiliador no “es”, no “está” todo lo que la omnipotencia y el desvalimiento del bebé “necesitarían” y además lo erotiza sin “saberlo”*”. Es decir, nuevamente se alude a la renuncia del goce originario y a la sexuación, como procesos fundantes cuyo paso resultaría traumático.

Por tanto, esta realidad *estructurante*, puede considerarse trauma en el rasgo de imposición en principio excesiva que conlleva desde la realidad: lo *real*. Lo real de la separación primera, con la madre o quien ejerce esa función; lo real del cuerpo sexuado y lo real de todo aquello que implica la escena edípica, con sus privaciones, frustraciones y con el paso por su representante simbólico, la castración. Visión que se considera emparentada con la propuesta de Aulagnier (1975) acerca de la distinción entre una violencia primaria, fundante, y una violencia secundaria que sería perjudicial y amenazante.

De aquí resultaría necesario diferenciar la escena originaria y en ese sentido traumática, respecto del trauma llamado *Real*. Este último, a diferencia del

complejo de Edipo, no se asocia a la pulsión sexual ni es propio de la violencia primaria necesaria y constituyente, sino a la repetición, violencia secundaria y pulsión de muerte. Solidario de lo no inscrito y no de lo reprimido, es un trauma que responde a la irrupción de un evento que adquiere tal dimensión avasalladora que no resulta ya estructurante sino más bien amenazante respecto de la estabilidad y funcionamiento de estructuras ya logradas.

Entonces, la distinción entre 'lo traumático' estructurante y un trauma real, se enmarca en una discusión contingente *"en relación a la concepción psicoanalítica del trauma, tensando la formulación de Freud, que concedía un peso gravitante al fantasma y a lo reprimido en la formación de síntomas y de la propia constitución psíquica. Dicha tensión, para los autores, se justifica en aquellos casos en que el "acontecimiento traumático" introduce un exceso de efracción –violencia mediante– dadas las cualidades del evento real, que atestigua la caída de las garantías fundamentales que el Otro, de una u otra manera, debiera certificar, sostener y transmitir"* (Cabrera, 2014: 8).

Desde el psicoanálisis habría que distinguir esta escena estructurante primordial, con su exigencia impuesta, de ese trauma *real*, también llamado *contingente* (Insúa, 2008). La escena primordial traumática se asocia al fantasma resultante de la salida de la escena edípica; el segundo está ligado a lo que se ha llamado una 'verdad histórico-vivencial' (Freud, 1937), un acontecimiento inesperado, accidental podríamos decir, que avasalla y excede al sujeto en su capacidad de elaborar y significar lo vivido.

De los distintos tiempos de la escena edípica primordial resulta un fantasma subjetivo que se ubica en un lugar basal de la estructura psíquica, genera la producción propia de la lógica de la neurosis en tanto retorno de lo reprimido, y determina lo propio en las psicosis y perversiones. Es esta configuración la que habría que distinguir de aquello que sería considerable como una marca, un resto concomitante a la ocurrencia de un evento contingente, aquello que se ha llamado propiamente trauma. Entonces, un trauma *real* o contingente: *"Se lo*

remite adecuadamente a un real que nos cae encima, a un real imposible de anticipar o de evitar; dicho de otro modo, a un real que excluye al sujeto, sin relación con lo inconsciente ni con el deseo propio de cada quien” (Soler, 1998a: 16).

Soler (1998a: 31-32) entiende este real como *“todas las formas de goce que Eros no canaliza y que escapan a las regulaciones del principio del placer (...) es lo real en el sentido de la cosa éxtima, ya sea que se presente por el sesgo del sujeto o del Otro”*. Es una dimensión que por lo demás no fue olvidada por Freud, toda vez que llamaba a la angustia el afecto de lo real, el afecto de todo aquello no asimilable por la realidad psíquica.

Es por ello que no hay traumatismos estándar, la realidad psíquica no es generalizable en cuanto a aquello que asimila y aquello que no. Lo traumático pone en juego los recursos del sujeto al agujerear una relación al Otro, incorporando esos grandes discursos, pero también el anudamiento particular a ellos. Están involucrados por tanto los discursos y los interlocutores particulares que eventualmente escuchen y respondan.

Aquello que de lo edípico puede resultar traumático o complejo de integrar, y acerca de lo cual el trabajo clínico da testimonio, dice relación con la elaboración de ciertas dimensiones de un real frente al cual estamos todos confrontados en un origen, asociado al marcado desamparo inicial del ser humano; la necesidad de que alguien deba estar allí para que el bebé no muera, o lo que Lacan (1949) en el Estadio del Espejo llamaba ‘prematuration’ del infante, la que resulta excesiva en sí misma. Los traumatismos de origen están vinculados a impresiones o sensaciones inasimilables del pasado *“siempre presentadas en el corazón de las elaboraciones fantasmáticas del sujeto”*. Ubicando al inconsciente entonces como algo *“a la vez memorial de las experiencias traumáticas e inductor de los goces por venir”* (Soler, 1998a: 41).

Pero es el inconsciente el que asegura el pasaje de lo real traumático del goce a lo simbólico, *“el inconsciente mismo es una pantalla contra el trauma”* (Soler, 1998b: 7) a la vez que puede constituirse él mismo en traumático a través de los síntomas y producciones fantasmáticas. Es decir, el inconsciente da cuenta por sí mismo de la huella de unas marcas originarias, siendo a la vez la estructura que posibilita la simbolización de un trauma real.

Insúa (2008) como se señaló más arriba, refiere la noción de trauma *originario*, diferenciándolo también del trauma *real* o *contingente* justamente en relación con el *desamparo* inicial, en tanto éste aparece agudizado en el encuentro con lo real, cae más allá del principio del placer y alude entonces a modalidades de goce distintas a las que son observadas tras la configuración estructurante propia de la elaboración que exige el Complejo de Edipo.

Esta autora se apoya en las nociones lacanianas de automaton y tyche para graficar esta diferencia. El automaton implica un retorno a marcas originarias que se encuentran comandadas por el principio del placer, siendo su objetivo la recuperación de una satisfacción originaria. Se encuentra entonces vinculado a las fallas y faltas constituyentes, a las fijaciones y fantasmas propios de la configuración edípica.

La tyche alude directamente al encuentro con lo real, entendido como un encuentro gobernado por la pulsión de muerte, inasimilable y disruptivo. Un real que no encuentra cabida en ningún discurso, en ninguna representación. Solidario entonces del trauma contingente.

Este trauma contingente, accidental, avasallante refiere, por lo tanto, a la irrupción de un real que cae sobre el sujeto, que es imposible de evitar o anticipar: *“Entonces, hablamos de trauma cuando hay efracción del dolor, del sufrimiento, del espanto, por vía de un encuentro inesperado”* (Soler, 1998b: 1).

El trauma que nos ocupa en la clínica que se aborda es este trauma real, secundario a eventos de violencia política extrema, y es entonces un proceso que se encuentra vinculado a un hecho, por la vía del encuentro inesperado, desencadenando una reacción psíquica en exceso que avasalla las defensas del sujeto. Su contenido es displacentero y provoca dolor. Y en todo caso existe al mismo tiempo la dimensión de reencuentro con un fantasma, siendo esta es la vertiente en donde hallamos la implicación subjetiva, a través de la cual podemos iniciar el trabajo de simbolización de este vacío-exceso real.

Entendemos que ambas formas de trauma se manifiestan en la forma de un *proceso* que incluye tanto lo inmediato como lo que ocurre posteriormente, ante los intentos del aparato psíquico por tramitarlo. Al hablar de *proceso* aludimos a dos tiempos: el del hecho y el de la reacción. El a posteriori permite calificar, señalar un acontecimiento como traumático para un sujeto.

III.

“El discurso del trauma está siempre llevado por alguien que está desubjetivado, a partir de un saber escrito en el cuerpo, de un saber que es a la vez consciente e inconsciente, en el sentido de forluido, cortado, y que va a aparecer en las crisis de reviviscencia traumática” (Gaudelliere, 1998).

Quisiera destacar aquí que la cita de Gaudillière apunta a una operación psíquica precisa, trabajada y definida en una oposición a la represión y la desestimación. Se trata no de mecanismos de defensa, sino de operaciones fundacionales de la subjetividad. La *forclusión* alude a la operación propia de la psicosis. Cuando hablamos de una estructura psicótica propiamente tal, estamos refiriendo el devenir particular de una negociación que se da en lo imaginario de la infancia, y que en ese intercambio decanta como una

operación instalada como eje del acaecer psíquico en adelante, por ello referida a la tramitación o no de su vertiente simbólica: la castración.

Respecto del trauma hablamos de *forclusión* para aludir al corte de un contenido, material, experiencia y marca psíquica que no puede ingresar en el registro simbólico, y que al quedar fuera de ello, provoca manifestaciones bizarras en relación al funcionamiento restante. Lo forcluido invade en mayor o menor medida la vida psíquica, y no es igual a la disociación, negación ni represión, que con sus matices, refieren a un contenido que se encuentra en un registro inconsciente, pero eventualmente simbolizable. La forclusión no está disponible a la simbolización, no es más que un real flotante y disruptivo.

“(...) podemos decir, con gran certeza, que la estructura del trauma es una estructura de forclusión. De forclusión en un sentido preciso, es decir, un real que no tiene su correspondiente en la memoria, en el simbólico, en la inscripción. (...) Freud notó aquí una conjunción entre lo que pasa en el sujeto de la psicosis y en sujeto traumatizado”.

Creo que es porque hay una estructura idéntica, aunque el fenómeno sea totalmente distinto. Y es verdad que podemos decir que el trauma es de lo real forcluido, de lo real en exceso, a la vez imposible de soportar: sufrimiento, terror imposible de evitar” (Soler (1998b: 4).

Esta operación determina que el sujeto víctima de un trauma se reconozca *afectado*, mas en ningún caso *implicado*. Es por ello que *no es posible* encontrar de entrada en un trauma real una implicación subjetiva, y esto no tiene que ver con la voluntad de los sujetos, responde a la estructura del trauma: efectivamente en su ocurrencia no hay sujeto o éste fue deliberadamente abolido. Ello adquiere la mayor importancia, puesto que las conceptualizaciones de lo traumático que toman posición en defensa del traumatizado, denunciando lo innegable del evento externo desde la compasión y la empatía, pensamos que no siempre enfatizan la importancia clínica que implica la construcción de un tejido -quizás en la mayor de los casos endeble o precario- *que conduzca a la implicación subjetiva*, intentando dar un

recubrimiento a ese vacío, de modo de aminorar las invasiones paralizantes o avasallantes que le son propias. De aquí la particular apuesta, orientada a una forma posible de tratamiento, que propicie un eventual recubrimiento, en parte resarcimiento de este trauma real.

Desde la oficialidad del Programa y el mandato estatal, somos depositarios de una comprensión del trabajo psicoterapéutico o psicoanalítico respecto de este trauma, el real, a través del encargo de *reparar*. El enfoque del PRAIS recoge una herencia de trabajo³ que terapeutas y otros profesionales, organizados en instituciones no gubernamentales durante la dictadura desplegaron ante los apremios masivos a la sociedad chilena. Se reconoció allí que gran parte de los problemas de las personas atendidas fueron *“netamente psiquiátricos, y toda la patología orgánica que ellos sentían era producto de la reacción emocional, angustiada”* (Garcés y Nicholls, 2005: 58). De allí que la Norma Técnica de PRAIS (Minsal, 2005: 18) explicita que la salud, en general, tiene un lugar fundamental en el proceso de reparación, aun cuando incluye mucho más: *“La Reparación debe convocar a toda la sociedad chilena, ha de ser un proceso orientado al reconocimiento de los hechos conforme a la verdad, a la dignificación de las víctimas y a la consecución de una mejor calidad de vida para las familias más directamente afectadas”* (...) *“La Reparación incluye el proceso de elaboración que realiza la sociedad respecto a los conflictos vividos, los sentimientos que acompañan esos conflictos y las formas de resolverlos”* (...) *“La Comisión establece que la reparación es un proceso que trasciende con mucho los aspectos de salud. Pero reconoce la necesidad y significación de la atención en esta área”*.

Para abordar esta necesidad de atención en salud, la Norma Técnica instruye la incorporación gratuita de los beneficiarios a la red de salud pública a nivel nacional, con el fin de abordar las necesidades de salud física; y la creación de “Equipos Especializados” en cada Servicio de Salud del país. Equipos orientados a la *“atención de problemas de salud asociados a secuelas de traumatización extrema producto de la represión política”*, y respecto de la

³ Un trabajo que sistematiza parte de aquello es el de Loveman, B., Lira, E. (2005). Políticas de Reparación: Chile 1994-2004. Santiago: LOM Ediciones.

salud mental, específicamente impele a otorgar “*Tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales asociadas a secuelas de traumatización extrema*” (Minsal, 2005: 13-14) incluyendo profesional psicólogo y psiquiatra como dotación obligatoria dentro de los equipos.

Por tanto, desde su encargo como programa de salud pública, el PRAIS vincula la traumatización extrema con la reparación. Para efectos de la presente revisión no nos detendremos sobre esta formulación: *traumatización extrema*, la que sin embargo, nos parece vinculada a lo revisado y nombrado como *trauma real*.

Dentro del abordaje psicoanalítico de este mandato, nos parece que resulta un deber clínico y ético situarnos teóricamente respecto de *una* comprensión posible sobre el trauma y esto guíe algunas propuestas de trabajo clínico que pretendan consistencia al respecto, sin desmedro todas las aproximaciones que existen desde enfoques diversos al psicoanálisis (y a este psicoanálisis en particular), que no podríamos menos que considerar complementarios en muchos sentidos.

En concordancia, dentro del psicoanálisis la selección que hace el presente trabajo sigue las líneas de filiación teóricas que se han presentado, conforme a psicoanalistas con formación lacaniana, quienes nos parece que al incorporar los registros real, simbólico e imaginario a la comprensión del acaecer psíquico colaboran en otorgar un enfoque no mecanicista del problema, exento de metáforas energéticas. Así también, se mencionó que esta visión colabora a despejar la confusión que suele darse acerca de la noción de ‘realidad’ que de manera tan extrema como confusa atraviesa esta clínica. Por último, desde esta filiación se han propuesto orientaciones específicas en la forma de abordaje que son aplicables a la clínica general, pero también a lo particular del trauma real, y que revisamos a continuación.

Una de las propuestas al respecto la encontramos en Laurent (2002: 2). Propone respecto al trauma (*real*, en nuestra formulación) un *derecho* y un *revés* en su abordaje. El primero refiere al trabajo de dar sentido: “*El*

tratamiento que se deduce de este modelo es éste: en caso de trauma, hay que lograr dar sentido a lo que no lo tiene. Es el tratamiento por el sentido. El psicoanálisis se inscribe entonces, con otras psicoterapias en una voluntad de no limitar el trauma a un fuera de sentido cuantitativo. Considera que, en el accidente más contingente, la restitución del trauma del sentido, de la inscripción del trauma en la particularidad inconsciente del sujeto, fantasma y síntoma, es curativo. Como psicoterapeuta, es el que reintegra al sujeto en los diferentes discursos de los que ha sido apartado. Puede serle necesario, como terapeuta, el reanudar al sujeto al discurso de la ley, de la escuela. Son las diferentes figuras del discurso del amo que vienen en oposición al fuera de sentido al sujeto después del impacto inicial. Es por allí que el sujeto puede reconciliarse con el desorden del mundo”.

Desde esta perspectiva en el trabajo, en nuestra calidad de terapeutas el esfuerzo se centra en construir o reforzar las formas de anudamiento al Otro que han sido conservadas tras la experiencia límite, o propiciar aquellas que pueden ser vueltas a producir. Para ello trabajamos con las significaciones de los pacientes, a través de preguntas que vayan precisando en primera instancia aquello que fue amenazado o roto tras el evento de marca, sirviéndonos de la forma que toma cada discurso particular. Es muy notorio que la tortura, por ejemplo, constituyendo una vivencia límite, convoca en todos los casos al fantasma singular, dado que para algunos pacientes lo que se repite es el insulto, la palabra degradante, mientras el sueño traumático de otro reedita una imagen espantosa, que releva lo escópico por sobre lo auditivo. De esta manera, identificamos una tendencia pulsional propia de cada quien, y a través de ello es posible abrir caminos de reconstrucción respecto de una vía privilegiada de goce que sin duda se encontraba prefijada en el sujeto, previo a ser víctima de la tortura.

Continúa Laurent (2002: 2): *“el reconocimiento de un trauma particular, propio de cada uno, es un medio de producir un reconocimiento y entonces, un sentido. Esto supone también mantenerse a distancia de las psicoterapias autoritarias, del consejo imperativo, de la sugestión. Finalmente, se trata de no*

hacer de este psicoanálisis aplicado el siervo de la quimioterapia. Puede estar combinado, ciertamente, con un sostén medicamentoso durante el tiempo necesario”.

Para encontrar un sentido personal, singular a las vivencias extremas, se requiere mantener una escucha diferenciada. El contexto PRAIS (SSMO) permite aquello, dado que existe un respeto por el proceso de cada paciente en cuanto a extensión del tratamiento y número de sesiones semanales, lo que dialoga también con el criterio de respuesta a la demanda institucional. A su vez, se cuenta con un apoyo médico y farmacológico cuyo lugar en el tratamiento ha de ser observado conforme a permitir el trabajo; esto es, reducir los síntomas con el cuidado de no inhibir el funcionamiento del paciente, que los incluye.

Sin embargo, este trabajo por el sentido tiene unas limitaciones: su revés, según Laurent (2002: 2); éste refiere a lo que conlleva de *real*, según lo que ya se ha descrito. Exceso contingente cuyo límite radica en que ciertos aspectos del anudamiento al Otro *no pueden* ser recobrados: *“En esta perspectiva, después de un trauma, hay que reinventar un Otro que no existe más. Hace falta entonces “causar” un sujeto para que reencuentre reglas de vida con un Otro que ha sido perdido. No se reaprende a vivir con un Otro así perdido. Se inventa un camino nuevo causado por el traumatismo. Es más bien por la vía de lo insensato del fantasma y del síntoma que se traza esta vía. Es por lo que excede a todo “sentido” posible en la causa libidinal que esta vía es posible”.*

Incluir este imposible, esta dimensión de *lo insensato*, resulta interesante ante la convocatoria a *reparar* a sujetos *dañados*. El planteamiento de Laurent (2002) no puede menos que situarnos ante la posibilidad de que no todo resulte reparable, quizás más bien lo que se intencionaría es la restitución de lugares y posiciones subjetivas posibles, generando un cierto recubrimiento de este real mortífero tras un trauma.

Por otra parte, este ‘producir un sujeto’ implicaría un proceso no estático. La subjetivación en cuanto ejercicio permanente de inscripción simbólica de

hechos y acontecimientos propios de la vida, se encuentra en permanente devenir: *“Hablar de subjetivación –y no sólo de identidad o de subjetividad- subraya precisamente que el sujeto no debe entenderse, desde la perspectiva psicoanalítica, como un estado o una disposición psíquica completamente estable, sino que se produce en los tiempos de su historia. Para ello, una lectura del presente es una condición para interrogar sobre el pasado, tanto a escala individual como colectiva”* (Aceituno, 2006: 70), lo que implica el diálogo entre los tiempos de la historia personal, cuya presencia en los tratamientos resulta permanente. Nos detendremos brevemente sobre ello más adelante.

Para Soler (1998a: 18) el recubrimiento cultural, la vertiente colectiva de producción de sujeto, aparece a través del discurso en los que este Otro es sostenido en cada época: *“el que interpone al modo de una envoltura protectora, sus semblantes y su orden entre los sujetos y lo real”*. Lo simbólico, en la forma de los grandes discursos, aquellos que logran sostenerse de manera consistente, son entendidos para esta autora como una cuna que nos abriga, asociando la pesadilla a aquello que estaría más cercano a lo real. Un discurso consistente: *“Propone significaciones estables, compartidas más o menos por todos y que ordenan los lazos, los sujetos están protegidos de las irrupciones brutales, y están protegidos de los traumas”*.

La pérdida de consistencia de los discursos genera angustia, al precipitar los soportes simbólicos. Es por ello que Soler (1998b: 2) entiende los discursos como protecciones frente a la angustia: propone la conceptualización de *discursos-pantalla*, para referirse a esta propiedad protectora respecto de lo real. Pantalla que al ser agujereada genera trauma en dos sentidos, siguiendo a Lacan en esta autora: trou/matismo (trou: agujero) y trop/matismo (trop: exceso). El traumatismo estaría dado por las vías del agujero y del exceso: *“El discurso agujereado es la causa principal de la multiplicación de los traumas, y es el signo de la impotencia o de las limitaciones del discurso de la modernidad”*.

Para Soler (1998 a, b), hasta las situaciones más espantosas pueden ser recubiertas, y por tanto psíquicamente tramitables por vía del verbo. Si los soldados en la antigüedad eran arengados a morir en la guerra, hoy escuchamos a no pocos pacientes que, teniendo consciencia de las posibles consecuencias de su acción política en la dictadura chilena, sostenían su actuar en un discurso ideológico consistente. Nos parece que esta es una dimensión de esta clínica respecto de la cual no existe demasiado escrito. Se escucha una diferencia importante entre la cualidad y gravedad de la marca que deja una experiencia de represión política entre las personas cuya militancia otorgaba un discurso de comprensión acerca de este riesgo respecto de las que no se sentían parte de lo que estaba ocurriendo, dado que las primeras suelen contar con soportes de discurso de mayor solidez .

Desde lo que proponen los autores revisados, comprendo la diferencia en relación con la dimensión y cualidad de lo que se ha entendido como agujero en lo real. Mientras un paciente señala: “Yo sabía que estar en contra del régimen podía costarme un poco de cárcel”, otros comprenden la prisión política como algo del todo incomprensible: “se trataba de un exterminio perverso, injustificado, del cual mi papá fue víctima sin haber hecho nada malo; tanto así que él fue a entregarse a la comisaría porque estaba seguro de que participar en el sindicato no era ningún delito”.

Según Soler (1998 a, b) a través de los discursos consistentes sería posible recubrir incluso un real de lo más extremo: se logra superar hasta la pulsión de muerte, se logra superar la pulsión de vida y entusiasmar a los hombres para morir (arengas de guerra)... inclusive transmitir el goce de la muerte, por cuanto es por vía de los significantes que un goce puede ser transmitido. Esta propuesta hace sentido, toda vez que según nuestra escucha, la cercanía a discursos ideológico-políticos tiene efectivamente un efecto protector ante la gravedad de los hechos de represión política en los pacientes.

IV.

“La inminencia de la muerte produjo el colapso de las estructuras defensivas normales y la angustia se apoderó de los detenidos de manera permanente. De ahí que éstos reiteren el hecho de haber quedado traumatizados” (Gobierno de Chile, 2004: 497).

Tras revisar teóricamente las nociones asociadas al trauma, podemos decantar en comprender la noción de “traumático” como el efecto apres coup dado por la conjunción entre la marca originaria propia de la historia subjetiva y un hecho *real* que con posterioridad se impone, reactivando de paso estas huellas originarias de un modo extremo y avasallador, al añadir los elementos de un real excesivo que será imposible de recubrir por completo.

En la actualidad, esto se muestra clínicamente en motivos de consulta las más de las veces no vinculados –de manera explícita- a las experiencias familiares o sociales de la represión política, y que sin embargo, se expresan frecuentemente como dinámicas y procesos que las contienen, más allá de su aparición o no como contenido manifiesto.

Para cerrar esta revisión sobre la noción de trauma, reiteramos que existiendo una discusión mucho más amplia, la presente adscribe a una filiación teórica determinada y a una forma, entre las numerosas que se encuentran disponibles, para enfrentar la comprensión y abordaje de cada caso en la práctica clínica cotidiana.

2. SOBRE LA TRANSMISIÓN

“Transmitir es dejar huella. Es inscribirnos en la corriente de la vida sin saberlo. Sin pretenderlo. Para que otros la vuelvan a transmitir de otra manera, a su manera.

Transmitir en psicoanálisis es analizar. Con las huellas de aquellos que nos analizaron. Sin saberlo, sin pretenderlo. Para que otros vuelvan a analizar, a su manera, con nuestras huellas” (Weschler, 2013: 9).

Como se ha señalado (Soler, 1998) es por la vía del significante que un goce puede ser transmitido, a través de los discursos con sus énfasis, sus silencios y sus vacíos de representación, aquellos que traspasan las cadenas trans e intergeneracionales. Las huellas nos constituyen y puede ser necesario hacer un trabajo al respecto cuando ellas generan padecimiento.

Entonces los pacientes a través de sus síntomas, malestar psíquico y la forma de su discurso, testimonian no sólo sobre su presente, sino también acerca de una cadena de generaciones pasadas, en la forma de un discurso que se encuentra entre sombras y da cuenta de una “constelación familiar” (Lacan, 1953, en Weschler, 2005:6)⁴ que precede el nacimiento. Sobre ella, el sujeto construye un fantasma que configura la forma en que aparece la propia responsabilidad subjetiva sobre aquello que le es transmitido. En el análisis

⁴ A propósito del Hombre de las Ratas.

circula una cierta verdad acerca de ambos aspectos de la transmisión; verdad que ha de ser encontrada, producida y construida, y en el caso de generar un goce mórbido, develarlo. La premisa freudiana propone adquirir lo heredado de los padres, con el fin de poseerlo, hacerlo propio (Freud, 1923).

Comprendido de esta manera, el trabajo apunta a desalienar al sujeto de estas identificaciones rigidizantes, encontrar y relevar lo que de la transmisión constituye un don, entendido en el sentido lacaniano, como una entrega amorosa.

La transmisión de lo traumático adquiere ciertas particularidades específicas asociadas a la dificultad de los sujetos para hablar de ellas, hacer circular un discurso en torno suyo. Al ser imposible *no transmitir* contenidos de esta relevancia para la historia personal, este traspaso opera de todas formas a la manera de lo no dicho, de lo silenciado, generando una fantasmática particular que puede ser considerada como resultado de un quiebre o constituye uno en sí misma. Nos referiremos a ello en relación a lo transgeneracional.

“Las formas de transmisión que conducen a una mayor simbolización y complejización, son las ligadas a lo erótico y libidinal. En tanto que, cuando este trabajo psíquico se realiza bajo formas asociadas a lo tanático, la posibilidad de simbolizar se encuentra dañada en sus fundamentos. Esto indefectiblemente produce un quiebre en la transmisión” (Werba, 2002).



3. TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DEL TRAUMA

Un padre muerto hubiera sido
 Mejor padre. Lo mejor de todo
 Un padre nacido muerto.
 Siempre vuelve a brotar hierba sobre
 la frontera.
 Hay que arrancar la hierba
 Que crece sobre la frontera una y otra vez

Heiner Müller⁵

"¿Por qué hemos conservado nuestros nombres? Por costumbre, sólo por costumbre. Para volvernos irreconocibles a nuestra vez. (...) No llegar al extremo en que ya no se dice yo, sino al extremo en el que decir yo no tiene ya importancia alguna. Ya no somos nosotros mismos. Cada quien conocerá a los

⁵De la Parra, M.A. (2000) La máquina Müller o cómo sobrevivir al siglo XX (sobre Hamlet-machine de Heiner Müller. Pág. 362. En: http://www.cepchile.cl/dms/archivo_1701_835/rev77_delaparra.pdf. Extraído 09/11/2014. El padre de este reconocido dramaturgo alemán fue víctima directa del holocausto.

suyos. Hemos sido ayudados, absorbidos, multiplicados".
G. Deleuze y F. Guattari (1988:9)

Varios trabajos han sistematizado las nociones psicoanalíticas relativas a la pregunta por la forma en que afecta a las generaciones siguientes un trauma *real* en su padre, abuelo y/o antepasado. De esta amplia sistematización⁶ presentaremos un breve recorrido cuya pretensión será situar las principales claves de análisis al respecto.

Es posible señalar, a partir del ejercicio clínico y teórico en la temática del trauma político, que lo traumático vivido por las generaciones precedentes, padres o abuelos de un sujeto, no sólo marca la biografía a modo novelesco o de relato⁷, sino que es susceptible de generar dinámicas nuevas (es decir, inéditas en las generaciones precedentes) en las funciones parentales (materna y/o paterna), otorgando referentes específicos en el período edípico y adquiriendo un carácter determinante en la configuración de la estructura subjetiva. En este sentido, la exposición y análisis del trabajo en base a casos clínicos continúa dando luces acerca de este problema, acercándonos a un pertinente abordaje en los procesos terapéuticos.

La transmisión, vehiculizada por la palabra, respecto de los eventos avasallantes catastróficos adquiere cierta particularidad. La dificultad de representar experiencias extremas configura discursos cargados de ciertos énfasis y ciertos vacíos particulares. Bajo el aspecto de algo aberrante,

⁶ Abraham y Torok, Tisseron, Faimberg, Kaës, Maren Ulriksen y otros. En Chile: Madariaga, Díaz, Biedermann, Lira, Faúndez y otros.

⁷ Freud, en su artículo "La novela familiar del neurótico" (1908), distingue lo accesorio de lo fundamental en la relación del sujeto a sus padres (o *funciones* paterna y materna, desde Lacan), señalando que la marca que dejan estos primeros vínculos es indeleble y genera un guion, una *novela* narrativa y subjetivante. El extrañamiento que se produce en las etapas posteriores a la infancia respecto de estos padres no es sino una reedición de las vivencias que en muchos de los casos aparecen como una exaltación de los mismos en otras figuras de un padre mejorado o una madre idealizada. Entiendo entonces, que más que escuchar a la madre como personaje nuestra atención debe centrarse en la madre como función, su idealización y la forma cómo el sujeto reedita en la actualidad este vínculo en su entorno, lo mismo que con el padre.

extraño, excesivo o bloqueado, el material psíquico suele manifestarse con unas características cuya forma o contenido resulta diverso a todo lo demás, circulando en ocasiones al descubierto, excesivo y aberrante, como una herida abierta; y en ocasiones camuflado entre otros contenidos, mostrando aspectos raros o extravagantes de mayor sutileza.

Dentro del psicoanálisis, la transmisión transgeneracional de lo traumático ha sido abordada y se le asocian algunos conceptos que han posibilitado nuestra comprensión hasta la actualidad. Abraham y Torok (1987) estudian la transmisión transgeneracional desde una filiación cercana a las formulaciones de Ferenczi y Melanie Klein. Introducen las nociones de *fantasma* y de *cripta*, para señalar con la primera a un elemento o materia parental inconsciente que se transmite sin ser *introyectado*, vale decir, sin mediar una elaboración psíquica. Quien porta un fantasma de la generación anterior, lo incluye sin introyectarlo ni saber de él; el contenido no constituye un producto del sujeto mismo.

La *cripta* es una noción que representa el *entierro* u ocultamiento de un material que resulta indecible para quien lo ha vivido. Una vivencia que produce un exceso imposible, es llevada a una bóveda psíquica, encapsulándose:

“Abraham y Torok, afirman que la única realidad con status metapsicológico es la realidad denegada, escamoteada; es decir, el secreto: “Es en este sentido y sólo en este sentido que la realidad puede pretender el título de concepto metapsicológico”. El concepto metapsicológico de realidad plantea el problema del espacio que contiene el secreto en el aparato psíquico: es decir, del lugar en donde el secreto se esconde. Para estos autores, la cripta que guarda el secreto tiene un lugar bien definido en la tópica. Este no es “ni el inconsciente dinámico, ni el Yo de la introyección. Se trataría de un enclave entre los dos, una forma de inconsciente artificial, alojado en el seno mismo del Yo. Su existencia tiene como finalidad obturar los polos semipermeables del inconsciente dinámico. Nada debe filtrarse al exterior”. Llamam represión conservadora a la represión propia de la cripta para distinguirla de la represión constitutiva propia del inconsciente dinámico. La diferencia esencial entre

ambas consiste en que en la histeria el deseo prohibido encuentra su camino a través de la realización simbólica mientras que, en el cristóforo, el deseo ya ha sido realizado sin retorno. Este hecho permanece en el sujeto como un bloque de realidad perceptible en las desmentidas y denegaciones” (Abraham y Torok, 1987. En Werba, 2002).

Para la generación siguiente, quienes toman este secreto desprovisto de un trabajo de elaboración adquieren el encargo de realizar el procesamiento psíquico de algo que no les pertenece. En este sentido se habla de identificaciones alienantes, que pueden ser a un antepasado muerto e idealizado, o a un evento que para la primera generación resulta humillante y/o vergonzoso.

Resulta del mayor interés para la clínica actual en PRAIS el hecho de que no sea el contenido lo relevante, dado que ya hemos intentado distinguir el evento de la significación psíquica, y que en esta institución se atiende a personas que han vivido experiencias diversas de represión política, además de pertenecer a distintas generaciones respecto a la vivencia. No sólo se trata de duelos por personas, cuando Abraham y Torok (1987) dedican una parte de su trabajo a los efectos de la identificación con un antepasado en la forma de aparición de muertos-vivos. Se trata de pérdidas simbólicas o excesos de violencia que se encuentran vinculados a la generación de síntomas y situaciones diversas. Tisseron (1995; En Werba, 2002: 298), autor que sigue la misma línea de investigación, refiere que *“lo innombrable puede adquirir la forma de fobias, compulsiones obsesivas, problemas en el aprendizaje, etc. que, no están sólo ligadas al conflicto entre deseo y prohibición, sino también al conflicto entre el deseo de saber y comprender y las dificultades que el contexto impone a dicho conocimiento”*.

Considerar lo anterior implica una consecuencia clínica que adquiere la mayor relevancia: el trabajo analítico no estaría centrado solamente en contenidos inconscientes ligados al fantasma edípico, sino muchas veces y de manera concreta en la forma de una investigación sobre la realidad de la historia

familiar que permita restituir la continuidad conforme a su interrupción por un trauma real.

Gampel (2005: 81) trabaja con pacientes que o bien fueron niños que sobreviven a la Shoa, o bien son los hijos de estos sobrevivientes. Ambas situaciones se encuentran cruzadas por las pérdidas: de personas, del hogar, de la identidad familiar, de la historia biográfica, respecto de lo cual advierte que existiría una *“(...) imposibilidad de que los sobrevivientes que habían sido niños durante la Shoa pudieran elaborar su duelo (...) Entonces me planteé el problema del duelo en suspenso y de la psique habitada por muertos-vivos, un elemento que no les permitía a los sobrevivientes acoger y transformar las angustias existenciales proyectadas por sus hijos”*, limitando la capacidad parental de traducir y elaborar las experiencias de manera de permitir la transmisión de las mismas a sus hijos. Queda entonces cortada o resquebrajada esta transmisión.

Alteración que es comprendida por la autora (Gampel, 2005: 64-65) a través de la noción de *transmisión radiactiva* en los nietos de sobrevivientes, en la forma de una penetración de contenidos traumáticos de generaciones anteriores, no metabolizados, que resultan dañinos al dificultar o impedir la formación de símbolos. Se trata de contenidos concretos que resultan intrusivos y desprovistos de sentido. Al estar por fuera de la representación, se expresan como actos que conmemoran algo “inquietante y extraño” de lo cual no puede hablarse: *“Mis conceptos de “identificación radiactiva” y de “transmisión radiactiva” (...) nos obligan a tomar conciencia del hecho de que no estamos protegidos contra los efectos de sucesos que se desarrollaron a una gran distancia geográfica y temporal. Y estos efectos no pasan por líneas identificatorias conocidas. Podemos ser “receptores” pasivos. Podemos ser de manera completamente aleatoria, “transmisores””*.

La *identificación* radiactiva es trabajada en relación a los hijos de sobrevivientes de la Shoa, o bien hijos que son ellos mismos sobrevivientes. Mientras que la *transmisión* radiactiva es una noción que daría cuenta del

proceso de traspaso a la generación venidera, vale decir, los nietos de los afectados directamente, en la investigación de Gampel (2005: 66). Lo complejo es que estas identificaciones no están disponibles, están fuera de los discursos de los cuales la familia es capaz de dar cuenta. Son inconscientes: *“Dado que esas identificaciones radiactivas pertenecen al inconsciente, no pueden ser sometidas a la rememoración, sino solamente “actuadas”, es decir, traducidas en palabras o actos”*. Se trata de contenidos que no pudieron ser dichos, y que nos toca de alguna manera ‘mostrar’ antes que ‘nombrar’, a través de la observación de fenómenos clínicos que muchas veces se encuentran fuera del ámbito de la palabra.

En los pacientes *hijos* que consultan en PRAIS, se observa cómo las experiencias que vivieron siendo niños forman parte de las dinámicas de funcionamiento de sus familias y de su propia constitución subjetiva temprana, por cuanto estos eventos sociales son tramitados en forma singular por quienes ejercían los roles parentales, cuyo anudamiento simbólico se encuentra en las funciones materna y paterna en tanto agentes de la transmisión significativa. Las defensas desplegadas en calidad de pantallas protectoras, como también los espacios que quedaron fuera de ellas, vacíos de subjetivación, inciden directamente en la forma en que se impone lo real de los hechos y sus significaciones para la subjetividad en su presentación actual.

Son personas que habiendo vivido la dificultad de sus padres de hacer circular discursos que refieren a las experiencias de represión política, también fueron partícipes de los eventos en primera persona, siendo entonces niños. Esto otorga una doble complejidad al trabajo, pues existe una combinación de recuerdos propios, mito familiar, recuerdos encubridores y retazos de discurso parental... y en todo caso: *“Los autores están de acuerdo sobre el hecho de que el genocidio y la persecución destruyen la capacidad y la función parental, y que los niños toman a cargo los conflictos psíquicos que pertenecen a la realidad vivida por los padres”* (Ulriksen, 1998: 122).

Nótese que esta autora habla directamente de *destrucción* de la función parental. Y es que, de modo muy general, las investigaciones que se han realizado respecto de hijos de sobrevivientes del Holocausto y de las dictaduras del cono sur, coinciden en concluir que los efectos traumáticos en los padres afectan de manera negativa las competencias parentales, lo que incide en el desarrollo psíquico de los hijos. De igual manera, las familias desarrollan ciertos patrones vinculares que propician lo que se ha llamado transmisión del trauma, o transgeneracionalidad del daño.

Las manifestaciones clínicas que estos traumas transmitidos pueden adquirir han sido descritas: *“El trauma transgeneracional y la transmisión de la victimización, ha sido explorada principalmente por sobrevivientes de la Shoah, abarcando los siguientes temas: furia, rabia y culpa, venganza, religión, identificación con el agresor, vergüenza, miedo, lástima, elaboración del duelo, estigmatización de víctima/sobreviviente, idealización del héroe, envidia, voyerismo, obediencia a la autoridad, identificación proyectiva, apego, angustia de separación, dogmas de guerra, lealtad, fidelidad, clandestinidad, pobreza, riqueza y un sinnúmero de estos temas que han sido abordados y otros más, que seguirán emergiendo (...)”* (Kurian-Fastlicht, 2012). Muchas de estas expresiones pueden ser reconocidas también en los hijos de la dictadura chilena.

Si clínicamente se observa en los hijos elementos de la historia que pueden ser considerados transmitidos, vale decir, tomados de la generación anterior, como se ha dicho estos se presentan en conjunto con la construcción propia de los hechos a través de sus recuerdos, que encubridores o fragmentados, adquieren tanta relevancia como intensidad en cuanto a su significación psíquica. A partir de estas dos formas de presentación del material, encontramos una discusión acerca de lo que se ha considerado primera y segunda generación.

Elena Gómez (2012: 61), tras el abordaje del caso de Blanca, una mujer con características similares a los pacientes que nos ocupan por cuanto es hija y creció en dictadura, señala: *“En ILAS hemos discutido y planteado que en el caso de los hijos como Blanca se produciría un tipo de experiencia traumática que al ser experimentada por el sistema parental, afecta a los hijos. Con estos últimos no es posible hablar estrictamente de una segunda generación, ya que ellos mismos han experimentado directamente una experiencia traumática, habitualmente en torno a la pérdida y a la separación, pero, al mismo tiempo, son hijos de padres que vivieron experiencias de persecución y el impacto de estos hechos está presente en sus vidas”*.

Por lo tanto, una de las distinciones que habría que realizar es sobre la generación de la que forman parte los hijos de los que trata este estudio. Puesto que se discute y observan diferencias que, como señala uno de los trabajos de CINTRAS (2012: 71-73), se han establecido entre los estudios del cono sur y los trabajos realizados en Europa, Canadá, Estados Unidos e Israel respecto de los sobrevivientes del Holocausto. Para estos últimos, la primera generación se encontraría conformada por aquellos que sobreviven, hombres, mujeres y niños, al exterminio. Los hijos nacidos con posterioridad en estas familias se consideran segunda generación.

Los abordajes en el cono sur otorgan al concepto de segunda generación mayor amplitud, incluyendo tanto a los niños que eran pequeños durante la dictadura, como a quienes nacen durante y posterior a ella.

Para el estudio mencionado, CINTRAS (2012: 73) realiza una opción:

“Para los fines de la presente investigación (...) hemos utilizado el concepto de segunda generación en su acepción más restringida, similar a la utilizada en los estudios sobre los descendientes de sobrevivientes del Holocausto (...) Consideramos que con este enfoque será posible percibir con mayor nitidez cómo viaja el trauma en el tiempo y cómo es influido por los nuevos escenarios sociopolíticos”.

En la misma línea, en su investigación sobre transmisión transgeneracional, Fischer (2013: 166) observa que distintos miembros de una familia, más allá de su lugar en las generaciones, presentan una marca traumática que tendría más en común cuando se comparte el hecho de haber *estado presentes* durante el evento en términos cronológicos, quedando en un segundo plano su posición en las líneas de parentesco:

“Derivado de este punto, también puede considerarse como una implicancia el hecho de cuestionar lo que comúnmente se comprende por generación, ahora ya no es exclusivamente la separación que se hace teniendo en cuenta el nacimiento de la persona como en abuelos, padres, hijos, etc., sino que se considera también el suceso traumático que marcó a la familia, donde en los casos observados, un abuelo y su hijo pertenecerían a la misma generación y los nietos, excluidos cronológicamente del evento, pertenecerían a una segunda generación y no a una tercera desde el punto de vista familiar”.

Esta opción es también la que hace más sentido al presente trabajo, por cuanto los hijos de los cuales trata esta investigación se encontraron directamente expuestos a los hechos que comprendemos como traumáticos. Por lo que se les considera primera generación, mientras quienes (en Chile) nacieron ya en gobiernos constitucionales configuran una segunda generación.

Se trata de una delimitación operativa que en ningún caso agota las preguntas y formas clínicas posibles de observar y comprender (para intervenir) en los hijos de la dictadura. Tras revisar esta discusión se toma la opción de considerar a este segmento de pacientes como *hijos de la dictadura* porque nacen en pleno estado de excepción y es en este contexto en el que discurre la formación de sus estructuras psíquicas básicas.

El primer Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Gobierno de Chile, 2004: 508), en un breve apartado sobre consecuencias de la tortura de los padres en los niños, alude a la experiencia de ellos mismos, no sólo a aquella que les es transmitida: *“La familia y en especial los hijos se vieron muy afectados al hallarse rodeados por un contexto latente de*

amenazas y miedo. Los allanamientos, los violentos interrogatorios y la detención de miembros del grupo familiar afectaron emocionalmente a todos. Los niños se sentían muy desamparados al percibir que sus padres tenían miedo, y los padres se sentían desolados al darse cuenta de que no podían proteger a sus hijos. Si el padre estaba detenido, la familia temía por su salud y su vida. Se imaginaban con angustia que estaba sufriendo y temían que pudiera morir, pero rara vez se expresaban esos sentimientos abiertamente. Con todo, los niños absorbían esos temores y esas tristezas, con frecuencia sin entender cabalmente qué estaba sucediendo. A su vez, experimentaban una angustia intensa, que se reflejaba en distintos ámbitos (rendimiento escolar, retraimiento social o conductas fuera de control, entre otras)”.

Entonces, el problema que se constituye es el de rescatar la singularidad de una clínica en personas que crecen en un contexto dictatorial, con padres o cuidadores más o menos afectados en lo inmediato, secuestrados en el presente y que, marcados por su historia subjetiva particular, incorporan identidades como la de ‘víctima’ o la de ‘hijo de’ entre otras.

Si lo traumático tiene la cualidad de socavar o desmontar estructuras psíquicas que habían sido ‘logradas’ en los afectados directos, de la observación clínica desprendemos que estos eventos tienen la potencialidad traumatógena de interrumpir o dificultar de formas diversas el proceso de instalación de estructuras psíquicas de un sujeto en formación. La consecuencia de ello podría ser una estructura psíquica frágil, con incluso menos recursos que la generación anterior: *“muchos estudios proporcionan evidencias de que los síntomas de estrés postraumático son más comunes en los hijos de quienes han vivido experiencias traumáticas, y que la segunda generación posee menos recursos para manejar la enfermedad y las situaciones estresantes que otras personas, pero la transmisión de estos efectos dependerá, en una importante medida, de cómo se gestiona y se afronta el problema”* (Salvador, 2014).

Es un hecho clínicamente observado que de los eventos traumáticos existe una transmisión. De ella los hijos dan cuenta, lo que no queda claro en cada

paciente es si ha podido hacer de ella un contenido posible de incorporar en una trama de sentido, cuáles elementos contiene de lo traumático, si es que cursa como un contenido encriptado o no inscrito, generando unas identificaciones inconscientes invasivas, radiactivas (Gampel, 2005) producto de una transmisión enrarecida por su irrepresentabilidad.

Siendo así, nuestro desafío continúa siendo la organización de un método de intervención que sea capaz de no obturar lo singular y al mismo reconozca la especificidad de un problema en la particularidad que requiere el enfoque para su tratamiento.

4. ESTUDIOS SOBRE TRANSMISIÓN EN CHILE

“Es la generación que carga con la cicatriz mas no la herida, quien sostiene en su memoria el recuerdo, mas no la experiencia directa. Es la generación que se exige la obligación auto impuesta de esta herencia... describir la vivencia de sus padres; darle significado... e incluir ésta en la historia”.

Paul Celan⁸

Existe en nuestro país un corpus teórico - clínico importante heredado por quienes comenzamos nuestra profesión luego del término de la dictadura. Desde PRAIS los terapeutas asistimos a la constatación del protagonismo que van adquiriendo los hijos y nietos en la actualidad respecto de los afectados

⁸ Citado en Salvador, 2014.

directos, quienes delegan en su descendencia modos de subjetivación y encargos asociados. Acogemos la demanda de estas generaciones, y nos vemos confrontados permanentemente a diferenciar evento de traumatismo (en conformidad con los alcances revisados), repeticiones de intentos elaborativos, síntoma de creación restitutiva.

Fueron los clínicos que trabajaron con víctimas de la represión política durante la dictadura quienes realizaron las primeras reflexiones, estudios y lecturas de las consecuencias psíquicas que estos eventos tenían sobre la salud en general y la salud mental en particular. Los trabajos de esa primera generación de profesionales tuvieron un carácter descriptivo y político al mismo tiempo. Por un lado, permitían iniciar un abordaje complejo frente a cuadros que se presentaban con la urgencia de las crisis que implicaban la persecución política in situ, la salida de una detención, la muerte o desaparición, el asilo en una embajada, la clandestinidad o posteriormente el retomo al país. Por otro lado, tenían el sentido político de validar y en muchos casos denunciar estas experiencias fuertemente silenciadas por el discurso oficial.

Los trabajos tienen un carácter progresivamente más teórico y profundo; el paso del tiempo permite ir adquiriendo una perspectiva y la experiencia facilita la reflexión. Como ya se ha revisado, la mayor parte de los trabajos se apoyaron en los estudios sobre las consecuencias del holocausto y en el psicoanálisis a partir de la concepción de trauma.

Nociones como 'miedo' y 'amenaza' fueron trabajadas para mostrar las consecuencias inmovilizantes y severas que acarrea el clima de terror generado por la dictadura. Se estudiaron las consecuencias que la negación social de los hechos, su silenciamiento, tenía para los sujetos; los efectos de la impunidad a nivel psíquico. Se reflexionó sobre políticas de control social y sus concomitantes para los sujetos, sobre los procesos migratorios forzados por los exilios en Latinoamérica y la forma en que podían ser elaborados psíquicamente.

Finalmente, se fue elaborando una concepción sobre la posible reparación de estos efectos y muy especialmente se ha indagado y abierto líneas de investigación en torno a las consecuencias y su trabajo con las generaciones que crecieron en dictadura y las que nacen en la posdictadura. Elaboraciones que apuntan a enfatizar la construcción de la propia historia, gravemente accidentada por los hechos de violencia política. Las conclusiones de todas estas décadas de escucha y reflexión son elocuentes: *“La segunda generación, los hijos de las víctimas directas, deben convertirse en el puente de los padres con la vida, deben ser el sostén afectivo de los padres, reemplazar la pérdida del ser querido idealizado. Deben anular el daño, hacer desaparecer las vivencias traumáticas, esto permitiría una rehabilitación de la imagen familiar que anularía la marginalidad social”*. (Díaz, M.; Biederman, N., 1991).

Conforme a lo que se ha planteado, vale decir, las principales distinciones acerca del trauma, lo que se escucha en la clínica cotidiana es la constatación de que los hijos están obligados a hacer algo con la experiencia de los padres; se trata de realidades que impactan en las dinámicas familiares al modo de un antes y un después. Como se señaló, La cualidad traumática en su nivel particular para cada caso debe ser investigado. Observamos que existen aspectos comprometidos de una forma que se vincula a lo traumático, mientras otros aspectos subjetivos son desarrollados dentro de parámetros trabajables como síntoma, y otros como potencialidades, tal como en la clínica general. Toda vez que las capacidades de elaboración e inscripción subjetiva de algunas dimensiones singulares en estas experiencias dan muestra de haber sido avasalladas, mutiladas o en casos menos graves se vuelven insuficientes, podemos comprender que son portadoras de un efecto traumático.

Este efecto implica la tendencia a repetir un contenido mortífero: *“(…) una vez desaparecida la situación traumática (aquí se refiere al evento), los efectos del trauma continúan como un daño a través del tiempo. Este daño se puede entender como las huellas psicosociales dejadas por la dificultad en el “procesamiento y elaboración colectiva de los sentimientos de dolor y pérdida,*

de la angustia resultante generada por el impacto del terrorismo de Estado, el silencio y la impunidad en la sociedad toda” (SERSOC, 2009:348; en Díaz, 2011:28). Daño respecto del cual comprendemos su origen, mas no su expresión singular.

A ello se suma el paso del tiempo cronológico, que agrega una dificultad en tanto disfraza las situaciones sintomáticas de la actualidad, haciendo nada evidentes los vínculos con lo traumático, que en estos casos coincide con lo originario: *“(…) lo traumático deambula invisibilizado, incubando una intersubjetividad alienada que termina por trasladar a las nuevas generaciones la herencia fantasmática del trauma. En estas nuevas generaciones, por tanto en otro tiempo histórico, lo tanático emergerá representado y simbolizado en otro tipo de fenómenos sociales, probablemente ya no ligados directamente al trauma y a sus orígenes, más bien como síntomas sociales alejados de sus orígenes sociopolíticos: violencia, adicciones, formas de anomia social, suicidios, etc. En cada nueva generación estas relaciones causales del trauma con la realidad contextual originaria se van haciendo más oscuras y mediatizadas, más fácilmente se mimetizan e influyen por los nuevos acontecimientos históricos y por las características personales de los sujetos herederos, que no vivieron directamente los duelos; más fuerte va a ser, entonces, la tendencia al desconocimiento de las conexiones profundas del trauma y más evidente será el riesgo de inclusión estructural de lo traumático a la subjetividad total del país”* (Madariaga, 2006:6). La radicalidad de este planteamiento permite advertir un proceso por el cual van decantando las dinámicas herederas del trauma en la subjetividad personal y de la descendencia en los pacientes, de no existir un trabajo con ellas. Su potencial se vuelve, nuevamente tomando las palabras de Gampel (2005), radiactivo.

Hablamos del factor cronológico como hecho de la realidad, aunque con el psicoanálisis conocemos las formas diversas que toma el tiempo en lo inconsciente. Conforme a ello, se entenderá que el carácter de *‘hijo de’* responde a un hecho principalmente de realidad psíquica; lo que llamamos

realidad externa existe como una cronología de hechos y datos que pertenecen al relato social relativamente consensuado, frente a los cuales nos preguntamos su carácter de evento psíquico. Dado que no nos incumbe el rol de investigadores de *la realidad*, lo que adquiere relevancia es el estudio de fenómenos subjetivos que develan procesos más allá de la consciencia: los equívocos, producciones oníricas, actos de repetición. Por ejemplo, equívocos respecto de fechas relevantes, como la fecha de detención (señalar que su familiar estuvo preso en el Estadio Nacional en 1978 cuando sabemos que este centro de detención no operaba ya en esa fecha) y otros.

La variable cronológica no es, por tanto, demasiado precisa al considerar las descripciones clínicas que considerará este estudio. Existe, sin embargo, un cierto rango etario que, considerado con las precauciones debidas, puede ser pensado en términos generacionales. Podemos situar en este segmento entre los 35 y los 50 años de edad en la actualidad, para fines de una estimación, dado que suelen hallarse regularidades y por tanto trabajos específicos que a la escucha de estos hijos, hoy adultos, suelen observarse como consecuencias en los proyectos vitales que les convocan, en sus dificultades y síntomas actuales. Situación recurrente es la dificultad de establecer proyectos de vida que impliquen una distancia o diferencia respecto de los padres.

Con distancia se alude no sólo a distancia física, aunque sí es frecuente que estos hijos no hayan dejado el hogar parental. Refiere más bien a la dificultad de concebirse por fuera de cánones familiares heredados: lo ético, lo político. Esta es una característica que podríamos considerar presente en la mayor parte de las familias (no sólo aquellas afectadas por represión política); vale decir, la transmisión implica que se dé aquello. En esta población, sin embargo, según los autores y la observación clínica, se presentan dinámicas notoriamente más rígidas que en las familias que no han sido directamente afectadas por eventos de terrorismo de Estado:

“Según Felsen (1998) las familias de sobrevivientes del Holocausto han sido frecuentemente caracterizadas como familias aglutinadas, debido a

características parentales de sobrevaloración y sobreprotección de los niños y límites poco claros entre los subsistemas conyugal y filial. Este autor señala que la falta de diferenciación de los miembros de una familia podría desalentar la exploración autónoma y la resolución de problemas, inhibiendo el desarrollo de herramientas cognitivas y afectivas en los niños, dificultando de esta manera su desarrollo emocional y su separación de los padres. En Chile, Biedermann (1991), Becker y Díaz (1998) y Díaz (1991, 1995) también describieron que las familias de los perseguidos políticos tendían a transformarse en sistemas aglutinados y más rígidos que las familias no afectadas, extremándose las lealtades familiares e interrumpiendo las fases del ciclo de vida” (Faúndez, X., Cornejo, M, 2010: 17).

Nos parece que la cita anterior muestra una realidad clínica cotejable en los pacientes consultantes en la actualidad. Sin embargo, no es generalizable, puesto que muchas veces observamos fenómenos contrarios como el abandono, vínculos altamente desligados, falta de contención básica, incluso casos en donde hubo abandono de las necesidades materiales de los hijos. Lo importante es destacar que en la mayoría de los casos lo aberrante de las marcas que dejaron los eventos traumáticos, alteran y desequilibran vínculos y funciones en las familias. Alteración que cursa también según las posibilidades de estructura psíquica de los involucrados; la experiencia marca en forma indeleble a la vez que no puede sino ser muy singular.

La situación generada por el retorno de un detenido (la mayor parte de las veces habiendo sido víctima de tortura) ha permitido observar que cual sea la forma de alteración de los vínculos, estas dinámicas suelen ser difíciles de modificar y flexibilizarse conforme al paso del tiempo y a las etapas evolutivas: *“Las familias de los perseguidos políticos tienden a transformarse en sistemas más rígidos que las familias no afectadas. La rigidificación de las estructuras internas frente a la agresión externa es un fenómeno grupal universal. Todo sistema de lealtades se extrema (...) Esto apunta a las dos vertientes de todo sistema de lealtades: la cohesión interna y la lucha contra el agresor. Mientras*

más difícil sea la situación, más difícil estocar los mitos grupales y más inconcebible es un contacto con el enemigo externo y todo lo que se le parezca” (Biederman, 2014). Nuevamente esto puede cursar de diversas maneras a nivel del relato novelado, y lo que resulta en todo caso muy relevante como consecuencia más allá de los datos contingentes, es que estas rigidizaciones propias de lo traumático dificultan la construcción de una identidad autónoma y como veremos más adelante, la producción de un lugar psíquico y/o social.

Elena Gómez (2013) analiza un caso clínico (Daniela), orientado a estudiar a los “hijos de”, la generación de actuales jóvenes, entre 20 y 30 años, que contaban con muy corta edad al momento de la situación represiva de sus padres. A partir de su experiencia en ILAS, se constata lo observado también en el contexto de PRAIS, que gran parte de los pacientes no establecen un motivo de consulta asociado a los hechos de violencia política, ni hacen espontáneamente un vínculo con ella. Sin embargo, presentan dificultades principalmente en lo que ella señala como individuación y autonomía: *“En la mayoría de los casos se trata de personas que se caracterizan por haber presentado conductas de sobreadaptación y sobremadurez durante la infancia y la pubertad, pero que en determinados momentos de su temprana juventud han experimentado fracasos personales, especialmente en aquellas tareas relacionadas con la individuación y la autonomía. El modo en que esos fracasos se expresan es llamativamente intenso, apareciendo notorios estados de desestructuración angustiada, la mayoría de carácter grave”*.

Biederman (2014), en su estudio sobre los hijos de los detenidos desaparecidos, sistematiza una serie de perturbaciones que descritas como consecuencias, muestran la manera en que se alteran procesos de simbolización y vínculos familiares:

- “1. La perturbación de un proceso normal de duelo.*
- 2. La transmisión transgeneracional de patrones conductuales en el seno de las familias.*

Este último punto es muy importante porque apunta a la eventualidad de la aparición de perturbaciones en por lo menos la generación que sigue a la que sufrió el impacto directo.

Del estudio de genogramas familiares se sabe que las pautas conductuales tienden a transmitirse, incluso conductas extremas como el suicidio. El riesgo de suicidio en una familia aumenta en proporción a los suicidios preexistentes en ella. Prevenir un suicidio también es prevenir un mayor riesgo para las generaciones que siguen (...) La vía de transmisión de estas pautas transgeneracionales sigue un patrón complejo que no es el caso analizar aquí, pero sí vale mencionar uno de sus elementos principales que es el sistema de lealtades. Cada generación recibe de la que le precede una serie de derechos y obligaciones de la que no se puede sustraer sin pagar un precio. Hasta el derecho a rebelarse en contra del propio sistema de valores está reglamentado en las familias de alguna manera. Hay familias que toleran un amplio margen de divergencias sin entrar en crisis y hay otras que constituyen sistemas muy rígidos, en los que divergencias mínimas ya son fuertemente censuradas. Ya el sólo deseo de desarrollar conductas autónomas tiende a generar fuertes sentimientos de culpa en los miembros de estas familias”.

Esto no dejaría de tener consecuencias concretas en las condiciones de realidad de los hijos en la actualidad, respecto de su percepción e inserción en la sociedad, vale decir, su relación al sistema externo al núcleo familiar. En la investigación de Díaz (2011: 101-2) se plantea como conclusión el hallazgo de indicadores de transmisión transgeneracional del trauma; estos determinan una serie de condiciones que se repiten en cuanto a la realidad de la vida de estas personas: *“la presencia de la Transgeneracionalidad del Trauma Psicosocial se percibe a través de la permanencia de percepción negativa de la justicia y del reconocimiento social, la dificultad para establecer relaciones de pareja, la escasa participación política, las interacciones radicales, la protección a los padres, la desconfianza y el miedo al abandono. Las principales variables que modulan aumentando la expresión de la transgeneracionalidad es el ser mujer, ser hijo/a único o mayor y la ausencia de otro familiar afectado, además de los*

padres. Es independiente de si uno o ambos padres fueron afectados y del tipo de represión”.

A ello se añade la noción de *retraumatización*, asociada a los avatares del mundo político pasados los años tras el fin de la dictadura. Eventos asociados al mundo de los derechos humanos: hallazgo de osamentas, juicios que se inician en contra de los perpetradores, búsqueda de familiares a través de muestras de ADN, la detención de Pinochet en Londres, la elección de un presidente de derecha, el homenaje a Krassnoff, etc. Eventos que para algunos pacientes adquieren una connotación que no podría menos que considerarse retraumatizante: *“(…) cada nuevo trauma potencia fuertemente la acumulación de emociones y sentimientos disruptivos, que son compartidos colectivamente (como el dolor, la ira, la desesperanza, etc.), los que no logran ser procesados en esa dimensión de lo social, por lo que adquieren presencia disfrazada en los estilos de relación, en las formas de convivencia cotidiana, en la comunicación, en las formas de organización de la vida social”* (Madariaga, C., 2006: 6).

Entonces, advertidos de aquello, evaluamos las expresiones sintomáticas, las actuaciones de los pacientes, sus dificultades en las relaciones más cercanas, sus intentos elaborativos... su subjetividad, también en relación con las marcas que queda de aquello. Observamos cierta mejoría sintomática de algunos pacientes cuando se insertan en movimientos y reivindicaciones sociales. La marcha, la campaña política, la asamblea, etc., parece tener un importante efecto terapéutico, que podemos comprender como la producción de un discurso que tiene el potencial de resarcir en algo el debilitado lazo social.

5. LA CLÍNICA EN PRAIS

PRAIS constituye la respuesta del sector público de salud del Estado chileno a las secuelas dejadas en la población afectada por violaciones a los derechos humanos en dictadura. Su funcionamiento, inaugurado en 1992 tras el hallazgo de las fosas de Pisagua, fue errático hasta 2004 en que se publica el Informe sobre Prisión Política y Tortura (el llamado Informe Valech), que entre sus medidas reparatorias garantiza el acceso a salud pública gratuita a los afectados y sus familias, y en salud mental, la existencia de equipos especializados en trauma y reparación, en todos los servicios del país.

Con ello se reafirma la necesidad de llevar a cabo este trabajo llamado *reparación*, que instala como requerimiento una especificidad y especialización

en la intervención y mandando un énfasis en la salud mental. Se asume que una vez que las heridas físicas han sido curadas, las cicatrices permanecen en el alma, generando síntomas a largo plazo.

En la clínica, los terapeutas actuales escuchamos la particularidad del malestar como se nos presenta hoy. La situación institucional del Programa del Trauma, derivado del reconocimiento de las consecuencias de la violencia política como un problema de salud pública, da cuenta de una apertura de la población: en PRAIS se atiende también a familiares que son afectados *no directos* de la represión (MINSAL, 2005). Esto plantea diferencias respecto del trabajo sobre estas temáticas de otros organismos y enfoques teóricos.

La existencia de este Programa no deja de constituirse como problemática, dado que es un testimonio permanente de la realidad de la represión masiva producto de una política de Estado, lo que fue sistemáticamente negado o disminuido en su significación hasta antes de la Ley 19.980 (secundaria a la publicación del Primer Informe sobre Prisión Política y Tortura en 2004). En cuanto a lo político, también conmemora cotidianamente la representación de una ideología en su momento derrotada. Y en cuanto a las propensiones de nuestra época, se emparenta con un cierto movimiento mundial que se ha desplegado frente a lo intempestivo, una tendencia que aparece frente a un aumento de la vulnerabilidad percibida respecto de la seguridad. Hoy por hoy parece haber aumentado la percepción de amenaza y esas amenazas, al hacerse reales, generan traumas. Se trata de lo que ya revisamos sobre algunos autores que han trabajado esto a partir de nombrarlo como una extensión o generalización del trauma (Laurent, 2002; Soler, 1998).

PRAIS del Servicio de Salud Metropolitano Oriente realiza su tarea diariamente en el encargo de acoger y resolver urgentemente las demandas de una población exigente, conocedora de sus derechos y reivindicadora de los mismos. El Estado, en deuda con ellos, promete una reparación que en calidad de producto exigen. Paradoja del lugar del Programa, en tanto ya desde la revisión teórica hemos avanzado algunos elementos que permiten pensar las limitaciones de la reparación. Se suma a ello la existencia de una

institucionalidad burocrática que en ocasiones impide la celeridad necesaria para cubrir la demanda.

El Equipo profesional adquiere el lugar de una bisagra entre los usuarios y la institución, y, más allá del mero rol funcionario, opera en ocasiones bajo una suerte de apostolado (ideológico, altruista o filantrópico...), intentando cubrir las tareas de la mejor forma posible, sufriendo del desgaste de acoger y escuchar testimonios sobre delitos de lesa humanidad, cuyo contenido inusualmente violento genera un halo de impacto a ratos agobiante, a ratos desafiante, y en todo momento exigente.

Los procesos terapéuticos adquieren ribetes excepcionales respecto a lo que normalmente ocurre en el sistema público. Y es que resulta complejo abordar un tratamiento cuya ambición es reparar o curar secuelas que además de graves se presentan cronificadas tras el paso de los años. Pacientes que asisten largos años o bien entran y salen de sus tratamientos. Pacientes cuyo padecer es en extremo sensible a los eventos político-sociales, cuya sintomatología reaparece con ellos.

Los hijos y nietos aumentan como población atendida. Hijos que se encuentran en plena etapa productiva y son por lo tanto protagonistas vigentes en el devenir social actual. Nietos pequeños y jóvenes desafían nuestras herramientas comprensivas y de intervención, al tiempo que comienzan a aumentar sus consultas.

6. ANÁLISIS CLÍNICO

Luego de situar ciertos ejes en donde ubicar las preguntas por lo traumático se corresponde pensar líneas de abordaje de lo mismo. Los discursos-queja, la formulación del malestar permiten en las primeras entrevistas identificar algunos de los puntos centrales de la configuración psíquica y social en que el paciente ha quedado fijado y en donde se encuentra subjetivamente atrapado. Se trataría de un diagnóstico inclusivo de lo que teóricamente se ha presentado.

Según los ejes teóricos revisados, la pregunta por lo traumático es la pregunta por el encuentro inesperado y doloroso con un real, un 'fáctico', que cuando estamos frente a un paciente que vivió, conscientemente, la tortura, el exilio, la persecución política, comúnmente hallamos. Presumimos y encontramos la mayor parte de las veces una relación entre este 'real' y la subjetividad comprometida, fijada, en esos eventos que irrumpen en la historia personal.

En el caso de los hijos, que nacieron cronológicamente cerca de los hechos de represión política, y en cuyo caso la vivencia está fuera del alcance del recuerdo y de la consciencia, la pregunta por ese real traumático, ese fáctico que excede e irrumpe, no cursa por una respuesta o camino tan claro. Encontramos los eventos, ciertas regularidades biográficas y quejas discursivas que se reiteran entre los pacientes y que hemos revisado anteriormente, ya que son observadas por diversos estudiosos de esta clínica.

Guiones que rezan sobre el abandono, sobre la priorización de los padres por la militancia, sobre el desarraigo y otros. Sin embargo, debemos a través de la investigación de las repeticiones hipotetizar cuáles adherencias podrían constituir traumatismo, con las dificultades de elaboración y simbolización que implica ello, y con las eventuales consecuencias que les dificultan situarse en un lugar subjetivo.

Los elementos teóricos presentados constituyen el principal soporte a la clínica con pacientes hijos de la dictadura, cuyas familias han sido afectadas directamente por la violencia política. La cualidad traumática, sumada a los énfasis subjetivos de la propia historia psíquica dotan de complejidad el diagnóstico; con ello el diseño de hipótesis clínicas de trabajo y formas de intervención adecuadas.

La presentación de descripciones clínicas, en ocasiones sobre procesos individuales, en otras sobre dinámicas que se repiten en los pacientes, colabora en varios sentidos a pensar sobre su abordaje. Por una parte, ayudan a la comprensión del vínculo entre lo social y lo clínico, los pacientes y sus procesos se encuentran vinculados a eventos sociales y políticos, conforme a

aquello que se ha descrito bajo la noción de retraumatización⁹ o de trauma acumulativo¹⁰. A lo que se suma un efecto de realidad en el paso del tiempo cronológico sobre los procesos psíquicos por cuanto el posible efecto traumático se hace invisible al propio paciente y a su entorno tras la desvinculación temporal con los hechos de represión. Por último, este ejercicio de análisis clínico pretende situarse como un avance en la actualización y problematización de las expresiones vigentes en el trabajo con el trauma político.

En términos generales, existen nociones que de ser pensadas en la actualidad aportarían a reflexionar sobre algunos supuestos que se han instalado como 'verdades' o 'certezas' en este trabajo. Una de ellas, fundamental en una época de esta clínica, es la de 'vínculo comprometido'¹¹. Esta alude a la dificultad de la neutralidad en esta clínica, o más aún, la sugerencia directa de que el terapeuta no se mantenga neutral en términos sociales, políticos, pero también en términos del lugar de la escucha, cuya orientación debiese tender a incluir la 'realidad externa' (con todo lo que esta noción tiene de confusa), en nuestros términos, el *real* impuesto, como un aspecto de mayor relevancia respecto de otras clínicas psicoanalíticas.

En su ensayo *Trabajo clínico, terrorismo de Estado y futuro de los psicoanalistas*, Galli, V. (En: Puget, J, Kaës, R., 1988) se refiere a este punto al plantear la necesidad de situarse como analista en una posición diversa a la del analista 'clásico', aquel que trabaja en situaciones de paz. Sin embargo, hoy en día se considera pertinente interrogar esta orientación, dado que no hay

⁹ "El concepto de retraumatización es frecuentemente utilizado, tanto en el campo psicosocial como en el ámbito legal, para referirse a la ocurrencia de ciertos eventos asociados a las violaciones a los derechos humanos cuyo efecto previsible es el de incorporar nuevas situaciones dolorosas a un contexto humano previamente traumatizado". Madariaga, C (2006).: Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria. En: <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r32/retraumatizacion.pdf>. Pág. 1.

¹⁰ Masud Kahn, 1963; En Díaz, M (2005). Efectos Traumáticos de la Represión Política en Chile: Una Experiencia Clínica. En: www.ilas.cl/articulos/ilas_4/art_8.DOC. Pág. 5. También en: Faúndez, X., Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. Revista de Psicología Universidad de Chile, Vol. 19, N° 2. Chile. En: <http://www.cedocmuseodelamemoria.cl/wp-content/uploads/2012/06/Faundez-Cornejo-2010.pdf>. Extraído 19/03/15. Pág. 36.

¹¹ Por ejemplo: Lira, Elizabeth y Becker (comp). Todo es según el dolor con que se mire. Chile: Editorial Instituto Latinoamericano de Salud Mental, 1989. Pág. 39.

claridad si aún hoy esa forma de vínculo sea necesaria para el trabajo, o deba ser algo tan explícito como en décadas pasadas. La discusión en torno a ello hace más sentido en la actualidad desde un pensamiento cercano al problema de la implicación del terapeuta o analista, que será abordada más adelante, con claves como las que otorga Gaudillière (1988). Claves que apuntan más que a la ideología o a la 'realidad externa' en cuanto dato cronológico o hecho de la historia, a la posición del propio terapeuta respecto del trauma.

Y es que hoy en día se incorporan a esta clínica profesionales que vienen de formaciones e ideologías diversas, lo cual puede ser leído como una potencialidad en relación a la difusión social de la clínica del trauma; a la salida del silenciamiento acerca de estas experiencias y sus secuelas. Mientras resulta necesaria una formación específica, constituye también un aporte a *la memoria* en toda su dimensión el abrir el ghetto en términos ideológicos, que de alguna manera constituyó una condición en la no neutralidad.

Como se señaló de entrada, lo que motiva todo este trabajo se encuentra directamente en un ejercicio clínico cotidiano que interpela a la teoría en forma constante. Nos excede, estimula y desafía a hacer circular reflexiones actualizadas respecto de lo particular en su articulación con lo universal. Los casos muestran aristas múltiples y subjetividades complejas, en donde la experiencia de represión política adquiere un lugar histórico, biográfico, cuyo abordaje requiere asumir el desafío de develar un posicionamiento subjetivo respecto de estos eventos, que como se ha intentado argumentar, no está de ninguna manera dado previamente.

Según lo señalado, los pacientes a partir de los cuales se planteará la presente revisión tienen en común ser hijos de personas que vivieron represión política durante la dictadura chilena, entre 1973 y 1990. Al momento de la vivencia de su padre y/o madre estaban nacidos o nacieron muy poco después, creciendo muy cercanamente a la experiencia dictatorial y a la de violencia política sobre su entorno, con lo que ello exige a cada quien y al grupo familiar.

Son personas que no sólo viven la experiencia del padre y/o madre en cuanto a un traspaso posterior, sino que crecen en un entorno de represión política directa e indirecta, lo cual imprime a la vivencia un carácter propio, como es el silenciamiento, la estigmatización, el lugar de testigo y otros fenómenos asociados a las exigentes condiciones sociales de excepción.

El hecho de que consulten en un programa cuyo objetivo es atender secuelas de lo traumático releva necesariamente la experiencia familiar, obligándolos a reportarla de alguna manera y referirse a ella en primera persona. Esto le otorga una particularidad al relato, en tanto lo escuchado o heredado tiene relación directa con una vivencia infantil, una memoria por lo común fragmentada, entremezclada con voces de otros.

El *encuentro con la propia voz* es en sí mismo el más importante de los hallazgos, y esta enunciación será la que nos permita abrir caminos de comprensión a nuestras interrogantes.

La descripción de estos casos intenta sintéticamente ilustrar el modo de presentación de una persona en el programa PRAIS. A su llegada se encuentra la situación que desencadena la consulta y paralelamente o en conjunto, la historia de represión política. Esto es un hecho dado más por el carácter institucional que por las preguntas dirigidas de un entrevistador, independiente de lo explícito.

Encontrar al sujeto particular implica un trabajo de escucha que no se limite a las categorías que ofrece la teoría del trauma, aun cuando se las incorpore. Que en ciertos casos el sujeto pide ser puesto en un lugar, ajustándose con precisión a los mandatos institucionales que a mientras más víctima, más tratamiento y más cómodo lugar otorga al tratante.

Por otra parte, el uso de descripciones clínicas constituye también una opción vinculada al ejercicio de la escritura. Entendiendo el escribir como un trabajo distinto de la supervisión clínica, toda vez que posibilita un distanciamiento reflexivo y una cierta relación a la letra. Plasmar lo escuchado y lo pensado, situándolo en un discurso en cierta forma inamovible en el futuro (Canedo,

2008), es un ejercicio que necesariamente establece una distancia entre quien escribe de su producto escrito, ejerciendo una función de corte en relación a la palabra (escuchada, hablada o escrita).

Preguntarnos por la función de escribir (acerca de) casos y cómo ellos revelan aspectos de un espacio desplegado en la intimidad de un box, implica entonces hacer en el análisis otra cosa respecto de aquello que normalmente sólo es compartido en el igualmente privado espacio de supervisión clínica.

En el Seminario XX, Lacan (1972-3: 39) aborda esta problemática desde el discurso analítico cuyo centro es la palabra: “*Y en este discurso se trata de precisar cuál puede ser, si es específica, la función de lo escrito en el discurso psicoanalítico*”. Respecto de ello distingue el acto de releerse, situándolo en relación a un privilegio del discurso psicoanalítico, toda vez que su acento está no sobre *lo que yo pueda decir*, sino en *de donde proviene* lo que digo. Lo mismo respecto de lo escrito, y confiesa su particular temor cuando al releerse en sus clases o en sus escritos, puede encontrarse y sorprenderse a sí mismo en sus ‘necesidades’, similares a las ocurrencias de la asociación libre.

Escribir sobre casos implica exponer. Algo del analizante, algo del analista queda plasmado en un cierto corte no accidental ni casual, desde una perspectiva susceptible de ser pensada.

Por tanto, el ejercicio de escritura acerca de los casos que han sido, o bien están siendo ahora llevados, parece condensar varios puntos de interés: re-escuchar, al leer, lo escrito acerca de los pacientes, pensar el trabajo clínico en el escribir, plasmando la reflexión propia y adquiriendo una distancia fecunda para la propia clínica; problematizar ciertos nudos teóricos que en este caso tienen que ver con las nociones antes señaladas de transmisión del trauma como real y en su implicación subjetiva actual; permitir una relectura posterior en donde encontrar y encontrar-se a modo de hallazgo algo del lugar desde donde se escribe más que del contenido o de la intención puesta en ello.

Ahora bien, el material es una recolección tomada de la experiencia clínica personal. De lo cual se desprende que no se trata de transcripciones unívocas,

sino más bien interpretaciones propias del trabajo en el tiempo. Como señala Piper (2005:7): *“la cantidad de referencias es enorme (estoy hablando de más de 10 años de trabajo) y de muchas ellas no existe registro inmediato, es decir que debo recurrir a mis propios recuerdos, lo que me transforma a mí misma, mi memoria y mis discursos, en sujeto de mi propio análisis y me lleva a tomar mis producciones textuales como parte del material a interpretar. Es decir, el diálogo conmigo misma y con las interpretaciones que he hecho sobre la dictadura y sus efectos psicosociales se transforman en un ejercicio permanente de este texto”*. El material devela un trabajo con la reflexión y selección propia respecto de los pacientes de los cuales se trata y de los constructos teóricos escogidos para su comprensión.

El trauma en la figura parental

Debido al discurrir cronológico, hoy en día es bastante frecuente que quienes pasaron gran parte de su infancia en dictadura consulten por situaciones vinculadas al envejecimiento, enfermedad y/o muerte de su padre o madre. La relación a esta figura parental debilitada en la actualidad, conduce los procesos hacia la investigación de la historia de esta relación y el devenir de las funciones que desempeñara antaño. Pone de relieve la interrogante sobre los motivos profundos de la descompensación que sufren algunos pacientes en relación al evento evolutivo del debilitamiento, propio de la edad de los progenitores.

De aquí la relevancia que en la investigación clínica encontramos en relación al lugar del evento represivo de la(s) figura(s) parental(es) en la etapa del desarrollo infantil. La situación desencadenante discursivamente suele vincular los dos momentos de la historia y nos ubica frente a la necesidad de rastrear, recuperar e inferir las posibles marcas y huellas que pudo dejar el hecho de represión política, entendiendo que se trata de una situación que adquiere

carácter de emergencia. Al teñir el ambiente de miedo e incertidumbre, se presume que relega a segundo plano los requerimientos para la elaboración psíquica de la vida familiar (a lo que se añade la presencia de este mismo fenómeno a nivel social), y específicamente los requerimientos necesarios para el desarrollo de un psiquismo en formación.

Respecto de los hechos represivos, es frecuente en nuestro país que haya sido el padre quien sufrió directamente la situación de detención o persecución política. De hecho, el Primer Informe de la Comisión Nacional de Prisión política y tortura señala que de los 27.255 detenidos reconocidos, un 87.53 % corresponde a hombres. Las mujeres constituyen un 12, 47% del total de personas reconocidas. El 44.25% del total tenía entre 21 y 30 años y un 25.36%, entre 31 y 40 años. Se presume entonces que este 69.61% de personas (entre 21 y 40 años) tenía edad para ser padre o madre y pudo serlo cercanamente a la experiencia de detención (CNPPT, 2004: 471-2).

El segundo Informe de la Comisión sobre Prisión Política y Tortura, consigna un 83.87% de hombres y un 16.13% de mujeres. De los hombres, un 2.19 % tenía entre 31 a 40 años y un 16.02% tenía entre 41 y 50 años. A diferencia del primer informe, el grueso de la población masculina calificada se encontraba en edad por sobre los 50 años al momento de la detención (32.52 entre 51 y 60, y 48.88% tenía más de 60 años). De las mujeres, un 41.46 tenía entre 21 y 30 años y un 13.86% entre 31 y 40 años (CNPPT, 2da versión, 2011: 43-45).

El Informe Rettig, por su parte, consigna como detenidos desaparecidos y ejecutados políticos a un 93.2% de hombres y un 6.3% de mujeres (el 0.4% restante fueron nonatos). Un 38.9% se encontraban casados y un 6.7% convivía con sus parejas. El 62% tenía entre 16 y 30 años de edad y un 31.1%, entre 31 y 60 años (CNRR, 1996: 574).

Si bien respecto de los exonerados políticos y exiliados no se cuenta con estadísticas generales que otorguen estos datos, y estando advertidos de que

una parte importante de los afectados no declararon en los Informes y muchos nunca postularon a beneficio alguno, estas incompletas cifras permiten enmarcar estimativamente el problema en su dimensión país. Se presume que no es lo mismo cuando es la madre que el padre quien fuese afectado directo, en relación a las consecuencias en la psiquis del hijo. Sin embargo, conforme a nuestra comprensión del rol parental no sólo desde lo imaginario, vale decir, desde la comprensión madre-mujer, padre-hombre, sino en un intento de advertir la manera en que para cada caso operaron las funciones parentales, entendemos que pudieron estar encarnados por otras figuras del entorno, o muy bien ser el padre-hombre quien asuma un papel protagónico en el ejercicio de la función materna y viceversa, con toda la variabilidad que pueda otorgar la realidad concreta. Por ello, muy brevemente revisaremos las *funciones* materna y paterna, para luego acercar estas comprensiones a la clínica actual.

Respecto de la función materna: *“Lacan sigue a Freud, al considerar que el primer objeto de amor que marca el proceso de la estructuración psíquica del niño, es la madre. Lacan entiende esta primera vinculación entre madre e hijo como una relación imaginaria, lo que hace referencia a que en esta relación el niño vive la ilusión de totalidad, de síntesis y de semejanza con la madre (Evans, 1997). Sin embargo, esta relación imaginaria que se establece desde el niño hacia la madre y desde la madre al hijo, no es lo único en juego. La madre en este momento no es para el niño completamente un semejante, sino un Otro como madre simbólica, puesto que lo único existente para el niño es el mundo materno, está todo lo que un ser humano puede concebir en ella jugado: la cultura, lo simbólico, etc. La madre es todo lo Otro, y aquello que el niño encuentre en su incipiente mundo será concebido según la imagen materna. Así entonces, la función materna es desde el comienzo simbólica aun cuando la relación sea imaginaria”* (Hidalgo; Paredes, 2004: 28).

La madre es quien otorga el primer sostén, míticamente completo, que recibe al niño. Como hemos señalado esta madre es comprendida en tanto función. La clínica muestra que aún en los casos más graves, por ejemplo de mujeres

detenidas y separadas de sus hijos lactantes, no existe una correspondencia unívoca en la carencia de esta función en los hijos. En muchas ocasiones otra figura de su entorno lleva a cabo la función de manera satisfactoria para el niño, quien a posteriori no da cuenta de una insuficiencia particular o acentuada. En otros casos, por el contrario, hallamos madres que en la realidad estuvieron presentes y que, sin embargo desde el punto de vista subjetivo del niño aparecen marcadas carencias. Lo materno alude a lo arcaico, a la vivencia originaria de totalidad, síntesis e indivisión.

González (2004: 80) cita a Pommier (1995: 61-62) en relación a lo materno al considerar como su función el ingreso a la lengua: *“El agujero que incluye la lengua, lo que no puede nombrar, gobierna mi deseo (...) Ella me interrogó primero, y desde entonces me esfuerzo en responderle aunque no siempre haya entendido lo que se me demandaba. Indudablemente, nada puede asegurarme de que se me haya demandado algo, pero yo sigo tratando de dar satisfacción, como si se debiese hacer algo para tener derecho a existir. De esa deuda a la cosa del lenguaje yo no podría sustraerme”*.

La madre encarna la deuda con el lenguaje en tanto estructura, constituyendo en ese sentido el primer Otro. Es esto del todo relevante cuando lo entendemos también como la cultura, lo simbólico, *el discurso* primariamente totalizante. Escuchamos que estos pacientes nacen y/o crecen en un entorno cultural severamente polarizado en lo ideológico-político, un clima de miedo o terror paralizante ante el riesgo real de muerte, tortura, etc. A diario recogemos micro testimonios de un entorno totalitario desde diversos puntos de vista: familias que desconfiaron de todo y de todos, endogámicas, vueltas sobre sí mismas como medio para rehuir el peligro. En su contrario: niños que pasaron la infancia en la lucha política o reivindicativa de los padres: en las agrupaciones de derechos humanos, visitando a los presos políticos, en campañas solidarias, refugiando a otros en sus casas, o viviendo en carne propia la clandestinidad de sus padres. Todo ello hace parte de lo arcaico en su acaecer psíquico.

Comprendemos que la función materna originaria para estos hijos contiene y está conformada de una manera u otra por este tejido cultural, social y simbólico y no únicamente por el rol encarnado en una persona. Es este el entorno que los recibe y ello no deja incólume a ninguno de los participantes.

Respecto de lo paterno, entendemos que en términos generales, y también bajo la comprensión lacaniana, su función hace ingreso en unos tiempos lógicos que han sido precisados. El Complejo de Edipo, como señala Lacan, no hace más que poner en evidencia la relevancia de su función: *“Ni hablar de Edipo si no está el padre; e inversamente, hablar de Edipo es introducir como esencial la función del padre”* (Lacan, 1958: 170).

Michel Tort (2007: 59) discute el lugar del padre en la evolución de la cultura occidental, en su relación con los avatares respecto de su función en la psicosexualidad. La relevancia de su planteamiento es el poner en evidencia aquello que ya se ha enunciado: existe una gran variabilidad en la historia de las funciones parentales. Sobre la función del padre señala que nos encontramos lejos de un consenso al respecto; no puede hoy por hoy hablarse de una univocidad respecto de su comprensión: *“No es una novedad observar que lo que caracteriza el debate erudito y democrático sobre la familia, el parentesco, la sexualidad, pero también la autoridad y la naturaleza del sujeto, etc., es el disenso. Todas estas controversias no tendrían lugar ni razón de ser si no correspondieran a maneras de elaborar, de metabolizar, a través del enfrentamiento de posiciones contradictorias, las transformaciones considerables que han conocido las estructuras familiares, las condiciones de la concepción y las prácticas sexuales en Occidente”*.

Atendiendo a ello hablar de universalidades sobre las funciones comportaría una visión tendenciosa y equivocada. El tomar alguna postura, optar por una posición al respecto constituye, sin embargo, una necesidad al momento pensar estas problemáticas de origen en su aplicación a la clínica. Se trata en todo caso, de posiciones flexibles, conforme a su estado de permanente discusión. Siguiendo a Tort (2007) entendemos que el psicoanálisis ha trabajado las últimas décadas aquello que se ha llamado declinación del padre

y sus implicancias; de ello resulta interesante la referencia de Tort (2007) al trabajo de André (1989), quien plantea que inclusive en este contexto, no existiría ni revolución feminista ni declinación paterna en lo que refiere a la sexuación, toda vez que ésta se trata de una relación de ambos sexos a la castración y por tanto, al falo.

Será por ello éste el eje de la reflexión que será planteada, vale decir, al encontrarnos frente a la vulnerabilidad de la figura parental con la que nos confronta el malestar desencadenante de la consulta, nuestro eje es el cuestionamiento por la caída fálica que en este declinar está presente; la potencia de la figura parental, puesta en tela de juicio tanto en la situación de represión política como en la actualidad de la caída evolutiva, genera un desajuste subjetivo frente al cual nuestra pregunta será por el declinar fálico y no sólo por la persona concreta que encarna esta potencia. Ello porque entendemos que la enfermedad, envejecimiento o muerte de un progenitor, genera una exigencia psíquica y un duelo en el mejor de los casos. Sin embargo, cuando ello desencadena una descompensación subjetiva mayor, la pregunta por la cualidad y lugar de esta función permite establecer hipótesis y diseñar estrategias de intervención.

Y es que la referencia permanente que esta clínica muestra, en los hijos, respecto de las figuras imaginarias de los padres, sumado a las carencias observadas en cuanto a una estabilidad subjetiva en algunos pacientes, aquellos que más complican el trabajo psicoterapéutico dentro de la institución que nos ocupa, requiere abordar la interrogante: ¿Estos padres imaginarios, cuya difícil situación socio-política desafiaba su estabilidad psíquica y material, ejerciendo la parentalidad dentro de situaciones límite, pudieron otorgar las garantías respecto de las cuales estarían llamados a ser embajadores? En nuestra clínica esto implica entender qué es lo que eventualmente es destruido, imposibilitado u obstaculizado de la función parental.

Dör (1998: 12) se refiere a este término, embajador, de la siguiente forma: “(...) *se trata menos de un ser encarnado que de una entidad esencialmente simbólica, ordenadora de una función. La relevancia de este modo de*

existencia simbólica le confiere entonces su carácter fundamentalmente operativo y estructurante para todos los humanos, es decir, cualquiera que sea el sexo de quien se ve referido a él". Y continúa: "(...)¿Bajo qué insignia se sitúan los padres encarnados, es decir, los hombres puestos empíricamente en situación de designarse como padres? A lo sumo se presentan como diplomáticos, e incluso, por lo regular, como embajadores ordinarios".

Para Dör (1998:13), en todo caso, y respecto específicamente al *padre*, existen mejores o peores embajadores. En cuanto a la función paterna, esto se encontraría condicionado a "*si practica la lengua del deseo de aquellos protagonistas ante los que debe asumir su función*". La función del padre, la cualidad de su instalación, transcurre a través de una negociación imaginaria entre los protagonistas. De aquí la importancia de la novela. De aquí la relevancia del estado psíquico de estos embajadores cuyas funciones el hijo requiere y que por simbólicas, les exceden.

Los avatares de lo paterno, en tanto función 'normalizante' (para Lacan [1958], 'neurotizante') son revisados por numerosos autores. Tanto en su instalación como en su posible carencia, en la dificultad que tiene el sujeto ante su inconsistencia y las formaciones que posteriormente construirá para enaltecer o botar al padre. Tal es su importancia.

Le Gaufey (1993) destaca la función simbólica esencial que el padre de la familia encarna como representante. Esta función tendría por efecto el recubrimiento de un real. Recubrimiento que nunca es logrado en su totalidad, y que por inasible deja al padre un lugar siempre discordante respecto a la función, siempre carente entre lo que el sujeto percibe en el plano real y la función simbólica que encarna.

Es la estructura simbólica per se, en todo caso, la que es carente en su posibilidad de recubrir lo real punto por punto, y es ello lo que determinará que "*el padre simbólico va a ser fatalmente cuestionado en tanto que individuo*" (Le

Gaufey, 1993: 163). Cuestionamiento que resulta inevitable y es entonces la singularidad del caso aquello que nos convoca investigar clínicamente.

Porque la triangulación edípica implica que los tres participantes –o protagonistas, al decir de Dör (1998: 15)-, se encuentren referidos al cuarto elemento: el falo, el que *“constituye el centro de gravedad de la función paterna que permitirá a Un Padre real llegar a asumir su representación simbólica. Para eso bastará con que sepa dar la prueba, en un momento dado, de que él es precisamente capaz de actualizar la incidencia fálica como el único agente regulador de la economía del deseo y de su circulación respecto de la madre y el hijo”*. Ahora bien, la función, como tal, implica un principio estructural que va más allá de los principios psicologizantes o pedagógicos. Es esto lo que nos convoca a precisar que sus avatares no necesariamente se condicen con la fijación estructural de los sujetos.

La clínica es elocuente en torno a ello. La novela imaginaria da cuenta de toda la variedad posible en cuanto a manifestación sintomática, vacíos de subjetivación¹², más allá de la cual en la mayor parte de los casos la regulación, aunque deficiente, existe. Porque si de algo se trata en la instalación de las funciones paterna y materna, es de la regulación del deseo, su orden en una lógica que amarre al sujeto a ciertos significantes que le permitan acceder a unos objetos y renunciar a otros. Que determinan su sexuación y el acceso a cierto lugar en el mundo.

Al tratarse de esto, en nuestra clínica, existen regularidades propias de las situaciones vividas, que en este caso asocio con los discursos fundamentales que implicaron un cierto ingreso a un Otro social, discursos en el sentido de Soler (1998), que inauguran en estos pacientes la incorporación a un mundo que, como hemos señalado, las más de las veces se encontraba centrado en la lucha ideológico-política en la que se encontraban inmersos los padres y el propio país.

¹² Entendidos como zonas de lo indecible, espacios no accesibles a la representación.

Este sostén simbólico, el discurso (y no sólo el cuerpo físico y social) de los afectados por la represión política, sufre una derrota conforme a los cambios políticos del mundo moderno, la instalación del sistema capitalista neoliberal. Con ello, caen ideales, sueños, una ética, un arraigo discursivo. Con ello el discurso infantil de los sujetos se sume en una oscuridad, en donde este sueño y esta ética resultaba proscrita. A partir de lo cual, en mayor o menor medida el discurso se privatiza y oculta. El halo de temor y miedo en la mente infantil accedía a la representabilidad que su entorno prestaba como posible. En ocasiones la fantasmática era muy básica, informe y vaga. En otros casos estaba principalmente compuesta de discursos racionalizantes que se acompañaban de una negación de las manifestaciones emocionales, borramiento pulsional que hace de la atmósfera familiar un espacio de represión íntima transcurriendo en paralelo con la represión política a la sociedad, borramiento pulsional que dificultaba el transcurrir de la pulsión vital y era habitada por la fantasmática de lo mortífero.

Este es el contexto en el que discurre la infancia de estos pacientes. Como se ha dicho, al hablar de función materna se alude también a este Otro social y su discurso. Al referirnos a la función paterna incorporamos además la regulación de lo social en cuanto objeto. Y aunque ambas funciones se caracterizan estructuralmente por la imposibilidad de colmar por completo el deseo, su operación es necesaria para la configuración edípica. A partir de allí el sujeto sale con una pérdida y una promesa, que le implica una búsqueda de compensación permanente, como retorno a una suerte de paraíso perdido.

La pérdida y la promesa constituyen el resultado de la organización que pudo ser lograda, en un proceso en el cual se juegan procesos fundantes de la subjetividad. Seguiremos nuevamente a Tort (2007: 67) cuando sigue a Thery (1997) al señalar: *“la evolución del lazo de filiación se hizo en el sentido de una incondicionalidad que lo pone a salvo de las voluntades. Lo cual se inscribe en falso contra toda perspectiva de “declinación”, ya que esta evolución refuerza la potencia del reconocimiento simbólico; pues el famoso “poder de los padres” era de facto el de no reconocer al hijo”*. La relevancia de esta cita radica en la

mención tanto a la incondicionalidad como al reconocimiento. Y es que si del lado de *lo* paterno se puede considerar el reconocimiento como una de las atribuciones tradicionales, en relación a *lo* materno se ve involucrada la incondicionalidad.

Y si lo vemos en relación a la parentalidad, más allá de pensar en madre-mujer, padre-hombre, entenderemos entonces que *incondicionalidad* y *reconocimiento* sintetizarían dos de los procesos que, decantados durante la primera infancia, sostienen en gran parte el establecimiento de una subjetividad posible. Muy elocuente de ello resulta observar procesos clínicos en los que, estando alterada una de estas dimensiones, en más de una ocasión desmoronadas por algún evento vital de la actualidad que las cuestiona, aparecen problemáticas muy originarias con aspecto regresivo, ominoso para el propio paciente.

Entonces, en estos pacientes, hijos, la interrogante es cómo situar la caída e insuficiencia normalizante en las imágenes y funciones parentales, cuando han cursado en forma paralela o contigua a una caída *real*, eventualmente traumática, en la experiencia de desaparición, detención, tortura y retorno a la familia en el padre o madre, concretamente. Entonces, lo que parece ocurrir es la existencia de una conjunción entre dos escenas, aquella insuficiencia 'de la normalización' y aquel trauma 'real' de la represión política. Ello pone en juego en esta clínica una interacción entre un retorno de lo reprimido y un no simbolizable propio de lo que hemos llamado traumatismo real.

Otra manera de formular esto mismo: las funciones nunca recubren lo real por completo, como se ha planteado. Entonces, al irrumpir un trauma real, las grietas propias de esta siempre incompleta instalación de las funciones parentales podrían agudizarse, resquebrajarse, fracturarse; con ello, aparecer intentos de compensación de estos quiebres, formaciones reactivas, síntomas, actos. Todo ello se actualiza cuando la etapa evolutiva de declive propia de la edad obliga a volver sobre las relaciones a nivel imaginario con los padres, intensificándolas. Puede ello haberse reproducido en la vida con figuras que representaban a los padres, al modo del cliché transferencial; sin embargo, lo

real de los padres tiene su potencia propia. Al tratarse del padre, por mucho que sepamos que no corresponde nunca con la imagen internalizada, la conjunción subjetiva adquiere toda la potencia de la conjunción de los registros: es el cuerpo real del padre o madre el que se encuentra comprometido.

Una paciente describe haber recibido de su madre la explicación de que el padre se encontraba en un viaje de trabajo, enterándose años después que se refería al período de detención. La paciente, de 7 años en aquel entonces, recuerda haber presentado episodios de miedo recurrentes, dificultades para dormir sola o para dormir en otras casas. Tras el regreso del padre no hubo comentario alguno, hasta muchos años después.

Esta misma paciente presenta en el momento de la consulta una reactivación de episodios de temor que le impiden salir de casa, posibles de ser caracterizados bajo el término de agorafobia. Tras un tiempo de trabajar fuera de casa se le fue haciendo en principio displacentero y luego imposible salir.

La actualización de la problemática del miedo que inmoviliza e inhibe la acción lleva a suponer un anudamiento entre desencadenantes actuales de una problemática asociada al trauma infantil. Trauma vinculado tanto a la desaparición del padre como al silenciamiento en su entorno, con ello la falta de condiciones para subjetivar la vivencia, dotarla de sentidos y alcanzar un lugar en la simbolización.

En términos generales, la forma en que retornan los padres a la familia dificulta la simbolización de los hechos, al ocurrir comúnmente en silencio y secreto. Las más de las veces el miedo y el dolor íntimo de la experiencia impide un diálogo al respecto. Sobre la tortura en particular, Faúndez y Cornejo (2010: 34), refieren: *“En consecuencia, es posible afirmar que una de las particularidades de la tortura ejercida durante la dictadura militar chilena es que tras experimentar una amenaza real de muerte, los sobrevivientes debieron reintegrarse a la vida familiar y social, en un entorno afectado por el silencio y la negación de las acciones de violencia política y caracterizado por la*

impunidad de los agentes del Estado, autores de estos hechos. Lo anterior generó, tanto en las víctimas directas como en su medio inmediato y social más amplio, efectos y consecuencias que permanecen a través del tiempo, marcando el tipo de relaciones que se establecen”.

Esta afirmación conduce a preguntarse por la manera singular en que pudieron haberse alterado los vínculos (y en su vertiente simbólica, las funciones), sus consecuencias permanentes y la forma en que estas dinámicas son transmitidas hoy, intergeneracional y transgeneracionalmente. De igual manera, aparece la pregunta por el lugar de los eventos de represión política en calidad de verdad histórica para los pacientes, y la posible marca subjetiva que se actualiza hoy. Ello implica hacer una revisión acerca del lugar de los acontecimientos de represión del padre o madre en la infancia, respecto de lo cual los elementos que hemos revisado permiten considerar la caída de las figuras parentales (caída en los diversos sentidos que se han desarrollado) como una dimensión relevante.

En el caso de dos pacientes que ubican como motivo central de la consulta inicial la enfermedad terminal de su padre, ambos casos víctima de detención y tortura en dictadura (1973-1990), se observa una clara conjunción entre esta caída de la potencia paterna durante la actualidad de la enfermedad y los eventos de represión política. Mientras en uno de ellos aparece una sintomatología paranoide respecto de las intervenciones médicas y la manipulación del cuerpo del padre, en el otro caso aparece el impacto que los relatos del padre, actualmente demenciado, realiza sin pudores acerca de la persecución, la cárcel y la tortura.

En ambos casos se observa como motivo de malestar actual una agudización de la desconfianza en el entorno. Con sus particularidades, cada uno padece de una cierta perplejidad (rabiosa, cargada de decepción, por cierto) respecto del comportamiento, principios y actuar del mundo extrafamiliar. Una cierta reivindicación acerca de la forma en que la enfermedad del padre debe ser

comprendida y acogida. Esto podría condensar no sólo ciertas expresiones particulares de la relación al Otro, el mundo social (que se expresan hipertrofiadas ante el evento real), sino también una reactivación del desamparo infantil, y de la actualización del lugar de vulneración ya conocido (la víctima).

Interesa entonces destacar la forma en que la vulneración real de la figura paterna en estos casos reencuentra un lugar infantil que por un lado se creía superado, no se comprende, generando un malestar aparentemente desproporcionado, y por otro lado, cuestiona postulados básicos de la posición subjetiva respecto del Otro. Y es que podemos suponer que este Otro originario contenía desconfianza, miedo, vulnerabilidad, y toda la gama de sensaciones, sentimientos y fantasmática asociada a la persecución y amenaza real a la vida. Esta última actualizada en la enfermedad.

Cada paciente nos sitúa ante la interrogante acerca de qué es lo vulnerado ante la caída de su figura parental. En uno de los casos mencionado la hipótesis con la que hemos podido trabajar refiere a que la caída paterna deja por un lado un vacío de significación muy concreto: el padre de la paciente traducía, literalmente, las significaciones del mundo. Cada vez que ella vivía situaciones difíciles, estresantes, la función de su padre era ofrecer una lectura y un camino de solución. El mundo para ella desde que el padre enferma, resulta de algún modo ininteligible. Por otra parte, más profundamente la confronta a la madre, en forma directa y sin intermediario, situación ominosa que hubo que abordar en el trabajo terapéutico, en tanto la ubicaba en una posición regresiva muy compleja, difícil de tolerar.

Otra paciente señalaba padecer de conflictos cotidianos con su madre, con la cual convivía. Existía al parecer una cierta competencia por el lugar de jefa de familia (respecto de la casa e hijos de la paciente). La evidente fragilidad de la madre, mujer ya mayor, generaba intensos sentimientos de culpa por la rabia de sentir cuestionado el lugar de madre. A poco andar esto es asociado a la

gran potencia de una madre que se sobrepone al exilio y al abandono del padre de la paciente. Y en conjunto con ello, a una serie de vivencias de abandono propio, en la infancia, producto de la militancia activa de ambos padres, en conjunto con el alejamiento respecto de la familia extendida. Esta conflictiva se expresa en una notoria autoexigencia como madre, proveedora y en cuanto a la presencia hipervigilante, sobreprotectora respecto de los hijos. Autoexigencia que se da en conjunto con un cuadro angustioso permanente y de larga data que cursa con crisis de pánico. Durante el abordaje fue posible interpretar este síntoma como una respuesta angustiosa ante incapacidad e impotencia propia, que no estaba permitida. Ser 'la' madre y a la vez no serlo constituía un conflicto cargado de contradicciones.

Pero siempre existe más de una lectura posible, y en este caso, además de la complejidad que aparecía ante la inminencia de reemplazar a la madre en su rol, se observa un mandato de protección hacia la madre, un deber de sostenerla de esta nueva amenaza de caída, evolutiva esta vez. En la investigación analítica se trataba esto de una repetición, propia de aquello que se ha definido como parentalización¹³. Función asumida con intensa rabia por la paciente, debido al sometimiento que cobraba, nuevamente, tal lugar. Para llegar a ello hubo que hacer un importante rodeo que llevó desde una conducta de automutilación inconsciente¹⁴ a su traducción en la forma de rabia a la madre, que sabemos, no es tampoco la madre de la actualidad, sino una madre vuelta a producir a partir de la realidad actual de su declinar. Vale decir, por temor a agredir a su madre, la paciente ejercía un autocastigo en la forma de un actuar compulsivo.

¹³ La parentalización constituye una noción planteada desde los enfoques sistémicos familiares. En nuestra clínica, producto de la fragilidad del progenitor vulnerado, es comprendida como el proceso *"en que uno de los hijos asume el rol del padre y esposo, o una hija el rol materno, trastoca los roles naturales e impide el desarrollo e individuación natural. Se pierde el rol originario: no puede ser hijo o hija, ni tampoco hermano o hermana. Y en sus relaciones externas reproduce el rol protector, comprensivo, no aprendiendo a dejarse acoger o a pedir ayuda. Esta característica lo hace aparecer ante los demás como "capaz de todo", de resolver él solo sus problemas y dificultades, reforzando entonces su soledad y aparente autosuficiencia"*. (CODEPU, 2002: Cap. 7).

¹⁴ Un cuadro similar a la tricotilomanía.

Padres caídos y heroicos al mismo tiempo. Derrotados e idealizados, cuya inscripción e inserción social posterior a los eventos traumáticos puede también ser vacilante o precaria. En PRAIS observamos esta dificultad de inscripción –a nivel psíquico- e inserción –a nivel social- de manera frecuente y a veces muy notoriamente. Un elocuente y dramático ejemplo hallamos en el caso –público- de la reciente huelga de hambre iniciada por una Argupación de ex presos políticos (Rancagua), quienes expresan en su declaración pública: *“Estamos fatigados de esperar y rogar a los gobiernos que se han sucedido en el poder que legislen una ley definitiva de indemnización. Nunca ha existido la voluntad política para hacerlo, las razones siempre han sido buenas para postergarnos. Nos consideramos chilenos de segunda clase y nos sentimos doblemente maltratados: la primera vez por la dictadura militar y la segunda vez como parias de la sociedad democrática”*¹⁵.

‘Paria’ refiere a inferioridad y a falta de derechos; que los mismos afectados denuncien sentirse estigmatizados de esta manera se observa en la problemática que muchos de los pacientes traen. En los hijos, suele aparecer más bien el discurso desde la idealización a nivel explícito, que en algún momento es posible de relacionar con su forma latente, el dolor y la rabia que genera la vulneración de los padres.

Por otro lado, los eventos relativos a los padres interrogan en cuanto al sentido de ellos como punto de inflexión. Lo explícito del vínculo entre los eventos (detención –enfermedad o vejez) según hemos intentado ilustrar, no cierra la pregunta por cuál o cuáles serán las dimensiones que comprometen para los pacientes en el vínculo entre ellos. La primera constatación es la presencia de una figura parental (infantil y convenientemente idealizada, como es lo habitual) que fue amenazada, vulnerada, derrotada eventualmente, y en la actualidad se encuentra en severo declive de su potencial fálico. ¿Es que la caída de esta figura moviliza un *resto* infantil, al que añadimos la cualidad de traumático?. Si

¹⁵ <http://www.elrancaguino.cl/rancaguino/noticias.php?cod=10982>

se asume de esa forma, la indagación que procede es de qué resto se trata, dónde se sitúa y cómo emprender un trabajo en torno suyo.

De existir un resto cuya cualidad traumática nos indica una operación distinta a la de la represión, y asociada en cambio al orden del rechazo y la no inscripción, este resto cae o queda *al lado de* aquello que sí habría logrado ser reprimido (cuando pensamos que un paciente se inscribe dentro del dialecto de la neurosis). Suponemos que los eventos de represión política ocurren en paralelo con los procesos de estabilización de las funciones parentales en la psiquis de los pacientes en sus primeros años. Es durante el transcurso de ese proceso cuando irrumpe un Otro Estado omnipotente y perverso, arrebatada, maltrata y amenaza la vida del padre y/o la madre. De aquí que pueda encontrarse comprometida no sólo la inserción social, que trataremos más adelante respecto de los hijos¹⁶, sino que, en su correlato psíquico, podría comprometerse el proceso de inscripción (simbólica) de los eventos que impone la realidad, y en la dimensión que estamos abordando, dificultar la inscripción de las funciones parentales.

Los padres de estos pacientes son descritos a través de significantes elocuentes: era brillante, culto, un profesional muy joven y destacado... solidario, todos lo querían... entretenido, optimista". Generalmente se escucha respecto del padre, pero también de la madre: mujer luchadora, fuerte, inteligente, talentosa... una mujer muy 'pro', era libre, alegre. Y aparece en el mito familiar la situación de represión política, sea cual sea ella: después de perder el trabajo, o desde que tuvimos que irnos, o cuando se llevaron a mi papá, u otro, evento que pudo ocurrir durante sus primeros años, por lo que en muchos casos no hay registro mnémico consciente. De todas formas suele ser significado como un quiebre: ya nunca más fue el mismo (misma), se fue para adentro, cayó en depresión, retraído(a), se puso agresivo(a).

¹⁶ En el apartado sobre la producción de un lugar en el mundo.

La clandestinidad tiñe de una particularidad la historia de los hijos de quienes la vivieron. Se da cuenta de un padre mitificado y en algunos casos a la vez odiado por su ausencia. Padre que es recordado como impredecible, su imagen física cambiaba: rubio, moreno, con pelo, sin pelo. Un padre irreconocible, que aparecía con todo un operativo de seguridad para el cumpleaños, para estar 5 minutos y arrancar. Del otro lado, la situación de la madre sola en la tarea de cuidado a los hijos promovería la nombrada parentalización. Por otro lado, esto instala la pregunta por el sustento identificador en los hijos, de padres desconocidos para ellos, cuya imagen fue muy complicada de estabilizar.

El aspecto conflictivo suele aparecer después de un tiempo de trabajo, conforme a la instalación de la confianza en la transferencia, una vez que es traspasada la dificultad de 'traicionar' al padre o madre, hablando de sus aspectos negativos. Generalmente estos aspectos involucran la agresión del padre o madre a través de actos violentos, o bien, situaciones menos evidentes de imposición de autoridad, o de totalitarismos ideológicos que restringían la conducta de los hijos. Algunos pacientes que vivieron en países "socialistas" sintieron una fuerte obligación de 'prepararse' para la militancia activa, un directo encargo que en ocasiones involucraba preparación militar, y en todo caso, un encargo de llegar a Chile a hacer la lucha contra la dictadura o directamente a reivindicar el socialismo. Con esto ilustrar que no se trataba sólo de encargos encubiertos o sutiles, en algunos casos más bien de obligaciones explícitas y cobro de lealtades familiares relacionadas con ello. Por ejemplo, a través de acusaciones a hijos de haberse vuelto burgueses, haberse hecho parte del sistema actual.

La violencia directa que ejercieron algunos padres y madres sobre los hijos genera una situación muy compleja, como es de esperar. Algunos pacientes señalan haber tenido que 'matarlo simbólicamente' como condición para iniciar sus opciones de vida adulta.

Ahora bien, ya se han mencionado algunas claves de abordaje en cuanto a esta problemática. El primer ejercicio psíquico relevante se encuentra en el solo acto de hablar acerca de los padres, que ya es complejo cuando estas figuras hoy en día se encuentran vulnerables por el paso del tiempo, su edad, su fragilidad material y otros factores de la realidad. La inscripción puede cursar a través de este acto de habla y de esta posibilidad de ser acogido en el espacio seguro de la terapia, cuando entendemos que el proceso de simbolización es lo que posibilita otorgar un lugar en la trama de sentido a los eventos de la realidad en la historia personal.

Hemos de atender entonces muy particularmente al vínculo transferencial. Por otro lado, considerar la *construcción*¹⁷ como herramienta clínica, toda vez que entendemos necesario incluir en el trabajo aquello que se ha llamado *resto*, testimonio del traumatismo, que se encuentra imposibilitado de simbolización. Por otra parte, este trabajo requiere sutileza en la búsqueda de los intentos de producción que el sujeto ya ha desplegado en relación a este material, parásito de su funcionamiento psíquico.

Este resto no inscrito puede cursar a través de lo que se ha llamado trabajo de figurabilidad, tal como es descrito por algunos autores. A partir de esta clave de lectura podemos comprender que las afectaciones que hacen signo de lo traumático pueden expresarse más en la forma de lo dicho que en los contenidos, apareciendo fuera de las posibilidades de ser hablado y mostrándose de otras maneras, a veces del orden de la percepción, de lo gestual, del sueño y la fantasía:

“La noción de “trabajo de figurabilidad” recoge la aproximación freudiana a uno de los aspectos de la vida onírica y que encuentra su elaboración contemporánea en las hipótesis sugeridas por César y Sara Bottella en su libro sobre la figurabilidad psíquica. Mediante esta noción se intenta dar cuenta del acceso a la representabilidad en la dialéctica entre percepción-representación, particularmente pertinente para una clínica de situaciones traumáticas, así

¹⁷ Tal como la entiende Freud, diferenciándola de la interpretación.

como para la inscripción de zonas o espacios psíquicos cuyo acceso al orden del pensamiento y de la elaboración se encuentra afectado de entrada”.

Como señalan en la cita anterior, Aceituno y Cabrera (2014: 16), existen contenidos que no se encuentran accesibles a la representabilidad, al orden del pensamiento y que pueden ‘ser hallados’ en indicios que se muestran más en lo percibido que lo representado. Aparecido esto, atendido y señalado por un analista atento, permitiría en un segundo momento facilitar la simbolización y la elaboración significativa, en continuidad histórico-subjetiva, de estos restos traumáticos.

Gampel (2005) también se refiere a esta característica de lo traumático, según se abordó en el apartado sobre transmisión transgeneracional, cuando plantea la noción de identificación radiactiva para referirse a aquellas identificaciones que no se encuentran disponibles a la rememoración y sólo pueden ser actuadas. El trabajo a realizar, según esta autora, estaría del lado del ‘mostrar’ antes que ‘nombrar’, y se encuentra en la misma línea que el trabajo de figurabilidad, según lo que señalan Aceituno y Cabrera (2014).

Los pacientes dan cuenta de un proceso paulatino en este sentido. Suele ocurrir que pasado un tiempo del trabajo existan hallazgos del orden de la identificación: algo que está siendo actuado logra ser nombrado. De muchas formas: un paciente que resuelve la complejidad de la herencia masculina, tras vivir con un padre extremadamente violento (cuya violencia es previa a la detención prolongada y la tortura, experiencia que aparece agudizada tras el regreso al hogar muy maltratado, en la mayor crudeza: golpeado, sin uñas, etc.), identificándose a la madre en el lugar de pilar de la familia, proveedor e importante sustento afectivo de los hijos. Y sin embargo, padecer de explosiones de ira en los cuales se ‘transforma’ en su padre, lo que cobra a través de tormentosos episodios de culpa.

Tras un buen tiempo en proceso psicoterapéutico, otra paciente descubre una nueva perspectiva acerca de la manera en que ha asumido la maternidad. La marcada carencia en su historia como hija no ha parecido repercutir en su rol como madre, el que asume con seguridad y serenidad, enigmáticas si son referidas a su propia experiencia. La asociación surgida tras un sueño vehiculiza un elemento identificatorio arcaico que es más bien producto de una transmisión que cursa a través del discurso materno acerca de su madre, abuela a quien la paciente no conoció. A partir de la imagen –idealizada- de su propia madre respecto de su madre, se observa en el contenido onírico la identificación en la aparición de un personaje que alterna entre ser ella misma y su abuela, actuada en una escena en que se separa de un marido violento y amenazante para la estabilidad de los hijos. Asocia su fortaleza a la de esa mujer, tan distinta a su madre, que abandonaba. La sorpresa de este hallazgo genera una significativa disminución de la ansiedad propia de acompañar los procesos de frustración o demanda de sus hijos pequeños, observando en sí misma recursos con los que es capaz de mediar y contener.

Posición de testigo infantil

“La desoladora visión de los niños llenos de odio y violencia contenida sin esperanzas ni sueños, con su inocencia rota para siempre, que solo se alegran con la tortura ejercida sobre seres más débiles, se explica en el marco de su forzada orfandad por el abandono del padre que se ha ido con el contingente anterior; la reiteración de las acciones por parte de los nuevos contingentes crea un ambiente ominoso, reducido, asfixiante y constituye el modelo para las acciones de los niños. Metonímicamente estos soldados representan al ejército que con sus amenazas y crueldades controla mediante el temor a los pobladores:

Por eso, el pueblo está lleno de cadáveres, de sangre, desperdicios, infecciones, escamas, moho, episodios funerales, angustia que gotea, habitado mayoritariamente por niños y mujeres (¿dónde están los hombres?...), que se esconden para amenazar a los invasores (31), un mundo en descalabro (45), tan enorme plaga (53) (Carrasco, 2006).

Se ha revisado la forma en que se conceptualiza y comprende la transmisión en psicoanálisis y específicamente la transmisión transgeneracional. Ahora bien, ello no es lo único que encontramos en la clínica del trauma expresada en los hijos. Hallamos su propia vivencia infantil, vinculada estrechamente con las figuras que les sostienen, padres, abuelos, entorno familiar.

En base a lo ocurrido con los hijos del Holocausto, Gampel (2005: 35) señala: *“Esos niños que tenían entre seis y doce años al comenzar la guerra formaban parte hasta ese momento de una familia con una dinámica propia, de un ambiente social que los protegía en todos los niveles. A causa de la violencia social engendrada por la Shoah, los padres perdieron poco a poco la capacidad de defender a sus hijos. Luego, con mucha frecuencia, el padre desaparecía. Entonces la madre se encontraba ante una situación imposible. Algunas la enfrentaban, y otras se derrumbaban (...) ¿Provocarían ese derrumbe una percepción de los padres como figuras que se volvían no familiares y casi inexistentes en el plano emocional?”.*

En términos de lo que nos ocupa, vale decir, vivencias traumáticas derivadas de la represión política en dictadura, la transmisión adquiere toda la relevancia en los hijos, en la medida en que alude al proceso mediante el cual un sujeto de una generación da cuenta a otro, de una generación posterior, una experiencia. Sin embargo, en este segmento generacional es a nuestro juicio al mismo tiempo insuficiente, en el intento de comprender el lugar que ocupa este contenido traumático en personas que además de recibir esta transmisión, fueron testigos de los hechos en primera persona.

Testimonian su presencia en las visitas a la cárcel, cuando alguno de sus padres es encontrado tras la habitual desaparición que implicaba la incomunicación en centros clandestinos. La visión de muertos que eran trasladados en camiones, o de personas gravemente maltratadas por la tortura. Haber sido testigo de la propia madre siendo maltratada por funcionarios de organismos del Estado, incluso en un caso haber sido violentada sexualmente mientras el padre se encontraba detenido. Una paciente da cuenta de vivir un tiempo que no puede precisar (alrededor de 10 días, señalaba) la detención domiciliaria tras la violenta detención de su madre, dejándola a ella y sus hermanas solas bajo la custodia de estos funcionarios.

Tras estas vivencias en primera persona, entremezcladas con los relatos de los padres y otros adultos de su entorno, han podido apropiarse de retazos de historia, construcción combinada entre la experiencia propia y testimonios de otros. Ello cursa en conjunto con lo que sabemos en todo sujeto aparece como recuerdos que Freud caracterizaba como encubridores: su novela, las fallas del Otro y su drama particular; en conjunto, todo esto configura su realidad psíquica. En todos los casos existe el miedo como trasfondo, un miedo que traspasaba lo social, y que respecto de los padres se suele expresar como temor a su integridad, además de una carencia en cuanto a su disponibilidad emocional.

El discurso novelado resultante, tiene características similares a aquello que se ha llamado posmemoria¹⁸, concepto acuñado para referirse a la construcción de memoria en la segunda generación tras el régimen franquista en España. Esta noción, proveniente de la sociología y filosofía, se materializa a través del análisis de producción literaria y cinematográfica principalmente, la que da cuenta de una fragmentación proveniente de las huellas de recuerdo que reciben de generaciones anteriores, además de las experiencias infantiles que se almacenan mnémicamente a retazos. El ejercicio consciente que implica la

¹⁸ http://elpais.com/diario/2006/11/29/opinion/1164754806_850215.html: “Ahora es el tiempo de la posmemoria, que es la que nos corresponde a quienes, como la mayoría de los españoles vivos, conocimos la guerra y la posguerra a través de nuestros antepasados; o sea, tenemos una memoria de esas dos épocas modificada por el distanciamiento”.

posmemoria consiste justamente en el dotar de algún sentido o bien ilustrar el aparente sinsentido de estos fragmentos. Vale decir, propicia los procesos de inscripción y simbolización.

Esta forma en los relatos de los hijos sobre los eventos represivos se muestra como una historia marcada por las significaciones subjetivas, muchas veces carente de un hilo conductor y pocas veces profundizada en un diálogo con los padres o figuras parentales, vale decir, en este caso, los protagonistas. En conformidad con ello, los eventos y guiones actualmente desencadenantes de las consultas, tanto como los escenarios actuales del conflicto psíquico, ponen de relieve un desamparo¹⁹ con raíces en lo infantil, portadores de una vinculación con la experiencia de violencia política vivida por la familia.

Así mismo, existe una buena parte de pacientes que manifiesta este ejercicio consciente de memoria a través de expresiones artísticas, que ocupan para algunos ocupaciones complementarias, mientras para otros constituye su actividad profesional. En algunos casos destacada, reconocida dentro y fuera del territorio nacional. El arte visual, la producción literaria, cinematográfica y documental, entre otras, conforman expresiones que pueden ser leídas como una puesta en práctica de procesos de inscripción y caminos hacia un estatuto simbólico de las vivencias infantiles.

Las funciones parentales, materna y paterna, tal como son descritas por el psicoanálisis, determinan en períodos críticos de la infancia la conformación psíquica de los sujetos. La clínica del trauma testimonia durante este proceso la existencia de situaciones que desestabilizan a los padres y sus funciones; las encontramos presentes en mayor o menor medida en todos estos pacientes, otorgando una particularidad a la neurosis infantil (Evans, 2005), la que en términos generales, transformada en relato, narra la instalación de la

¹⁹ También considerado como propio de lo traumático, según lo señalado en el apartado sobre trauma. Destacar con ello las dimensiones de la incondicionalidad y el reconocimiento, sustentos de la subjetividad temprana, solidarios de la función protectora y recubridora de lo real en la función parental.

falta y el drama de la pérdida originaria, del paraíso perdido del neurótico. Y da un tinte particular a las posibilidades de inscribir y simbolizar las escenas infantiles, resultantes de una conjunción entre esto traumático y aquello propio de la subjetivación.

Las preguntas para cada paciente, cada relato, cada síntoma, cada señal de angustia y cada acto que aparece como signo, aluden a la influencia singular de los hechos de violencia política, en tanto acontecimiento psíquico, durante la conformación de la psiquis. ¿Son estos hechos capaces de interrumpir, acelerar, o detener eventualmente el desarrollo, o es que se dan casos logrados de inscripción y simbolización de las experiencias, incluso aquellas que pudieron adquirir la forma de un trauma en su momento?

Recogiendo lo que ya se ha planteado en varios momentos de este escrito, se sostiene el diseño de una cierta formulación propia en tanto hipótesis central, orientada a la comprensión del problema: si lo traumático, en su definición, comporta la cualidad de socavar o desmontar estructuras psíquicas que habían sido 'logradas' en los afectados directos, vale decir, los adultos, al parecer estos eventos tienen la potencialidad (traumatógena) de interrumpir o dificultar de alguna forma, el proceso de instalación de las estructuras psíquicas de un sujeto en formación, vale decir, un niño.

Conforme a ello, el propósito sería entonces abordar, por ejemplo, la manera en que esto que se ha llamado alteración de competencias parentales incide en el desarrollo psíquico de los hijos. Ulriksen1998:125) señala en este sentido: *“La violencia vivida se incorpora al mundo fantasmático, de modo que a partir de ese momento la propia historia se reorganiza alrededor del núcleo traumático. Un rasgo esencial es que el agresor, al ser incorporado tal cual, hace colusión y aparece como constitutivo de la fantasmática edípica y pre-edípica”*. Esta comprensión incorpora la distinción que ha sido revisada sobre el trauma, al distinguir que no todo dolor psíquico constituye un evento traumático y en ocasiones eventos aparentemente nimios generan catástrofe psíquica.

Difícilmente la magnitud de eventos como la prisión de un padre o madre, la salida violenta a un país desconocido, la ejecución o desaparición de un familiar directo o la vida en clandestinidad dejará incólume la historia vital de los sujetos. Sin embargo, los discursos de los pacientes manifiestan estas vivencias teñidas de las más diversas significaciones subjetivas y sin lugar a dudas no todas constituyen trauma. Como hemos revisado, el carácter traumático se encuentra vinculado a la manera en que la subjetividad procesa en su particularidad enigmática, el lugar de los hechos en tanto real, y el devenir de las funciones parentales como parte del entorno del sujeto, cómo ellas responden a las principales exigencias que cada subjetividad impone.

Uno de los fenómenos descritos en relación a los efectos en los hijos de afectados directos es el fenómeno ya mencionado en el apartado anterior, definido como parentalización²⁰, referido a la inversión de roles que habría en estas familias cuando se percibe que el padre o la madre está siendo vulnerable; reacción de protección que se comprende como defensiva: si las figuras parentales fallan se encuentra amenazada la supervivencia propia, material y psíquica. Esto es posible de observar de manera muy clara en algunos pacientes que fantasmáticamente han tomado una posición subjetiva que podríamos llamar *sacrificial*, por cuanto se identifican con el chivo expiatorio, objeto de intercambio para expiar males. Pacientes que en la infancia fantasearon con dar muerte al dictador para vengar el sufrimiento de sus padres. En términos psíquicos los hijos tendían a compensar ese sufrimiento, asumiendo roles de contención material y subjetiva.

Si en el extremo aparecen fantasías de morir para salvar al padre o madre que sufre, en ocasiones inclusive en la forma de delirios, se trata en la mayor parte de los casos de una fantasía que tenía sentido dadas las amenazas reales que ejercía el aparato represivo sobre las familias de los militantes. Vale decir, los guiones del orden de “mi papá podría haber sido un gran militante, pero nos tenía a nosotros y por eso no siguió”. O bien, la reivindicación contraria, que el

²⁰ Pág. 57 del presente.

padre o madre les expone o abandona por la vida política. Todos los matices de ello aparecen en el frecuente escenario de roles invertidos que propiciaba la vulneración real.

Tras la parentalización se esconde el desamparo y el miedo al abandono; sentimientos que se encuentran presentes en el desarrollo humano, derivados del desamparo y dependencia extremas del recién nacido. Nuevamente esto, que es de alguna manera universal, adquiere ribetes excesivos cuando una experiencia *real*, según hemos definido, irrumpe amenazando tanto la propia vida como la de quienes dependían de un modo concreto, a nivel de la necesidad.

En algunos pacientes aparece un conflicto notorio al respecto, cuando se sienten en exceso responsables. Algunos de ellos sostienen la vida emocional de los padres, y otros se han hecho materialmente cargo en la actualidad. La rebeldía a ello les lleva inconscientemente a fallar en distintos proyectos personales, el éxito material amenaza su autonomía o diferenciación.

La intensidad y consecuencias psíquicas que pueda adquirir este fenómeno de manera singular en cada historia subjetiva parece resultar de una interacción entre la estructura y funcionamiento psíquico de los padres, respecto de la forma de subjetivación que ya se ha dicho, enigmáticamente, adquiere el sujeto en su desarrollo primario. Existen casos de pacientes que en su infancia viven una descompensación severa y grave de los padres, que les expone a situaciones intrusivas y extremas. Hay casos de pacientes que fueron testigo de la crudeza del daño tras la tortura, tanto a nivel físico, lo que implica ver al padre o madre maltrecho gravemente, otros casos de hijos expuestos a secuelas psicológicas de gravedad, traducidas en depresiones profundas, intentos de suicidio, internaciones, dificultades severas en el manejo de la ira, lo que redundaba en episodios de VIF, alcoholismo, etc. Una paciente señala expresamente que su madre en los tiempos de su infancia era tan débil como ella, incapaz de dar soporte, ambas habitando el desamparo.

Algunos niños no fueron protegidos del discurrir de la vida adulta en su entorno. Sin función de tamizaje, presenciaron desajustes conductuales a nivel de lo sexual, situaciones de infidelidad o promiscuidad, de abandono del hogar por parte de uno de los padres. Es el caso de una paciente que da cuenta precisamente de una conducta desajustada en su madre, en su juventud actúa lo mismo en la forma de una repetición para ella altamente dañina. A sus 45 años, considera que su madre estuvo demasiado 'loca' en ese período (la infancia de la paciente), y eso la marcó y la llevó a transitar por una locura parecida, un trastorno alimentario severo y en la actualidad un estado angustioso significativo. La depresión posterior de la madre, vigente hasta la actualidad, permiten inferir la presencia en su momento de un estado eufórico de carácter maniaco, cuyo vínculo con la detención y tortura vividas no podemos más que suponer.

Para otro paciente, las 'locuras' de los padres, en su caso asociadas a inestabilidad de la relación entre ellos, desborde emocional, conflicto y peleas permanentes, continuos cambios de vivienda, etc., son eventos que aparecen desprovistos de connotación afectiva, relatados 'desde fuera'. El paciente aparece como impenetrable, sugiriendo la presencia de un notorio bloqueo, a investigar si en el terreno de la disociación, la desmentida o la escisión. Y de todas maneras, en ambos casos lo que se observa es una reacción defensiva frente a la intrusión, al exceso avasallador de la vida psíquica y material de los padres.

Un paciente de estructura muy precaria logra tras años de tratamiento conversar con la madre acerca de su concepción y nacimiento. El hallazgo es la tortura sexual a la madre años antes de concebirlo, un embarazo extremadamente difícil y un parto traumático. El vacilante y difícil ejercicio de la función materna tras la notoria disociación afectiva de la madre, que sin embargo, cumplía con abnegación sus obligaciones concretas, vale decir, 'administraba' con éxito a sus hijos, deja marcas en la precariedad de la

estructura del paciente. Si el daño se encuentra a la manera de una fractura en el andamiaje básico, o se trata de marcas que afectan a nivel funcional la vida psíquica es un problema que ha de ser estudiado en la particularidad del caso. En el caso del paciente mencionado, nos inclinamos por la primera hipótesis, parece estar afectada su estructura básica, lo que no sólo se expresa como estados angustiosos masivos, sino en el severo compromiso de su capacidad ejecutiva, detenido en un funcionamiento adolescente e incluso infantil, carente de proyecto vital, indefinición en cuanto a elección de objeto sexual y pareja y con una tendencia al aislamiento que incluso hace pensar en una psicosis que, sin brote, circula en los límites.

Entendida como una protección psíquica del hijo/a al padre o madre, se observa que la parentalización suele favorecer una repetición con las parejas, ya sea protegiéndolas como a los padres o en su contrario, esperando ser protegidas como ellos no lo hicieron. Respecto del tener hijos puede aparecer de manera explícita un rechazo. Un paciente señalaba que no deseaba ser padre porque ya se había hecho cargo de su hermana y de sus propios padres desde muy niño. Apenas le fue posible salir de su núcleo inmediato deambuló varios años por varios países de Europa, realizando toda clase de trabajos precarios, para regresar a Chile a los 40 años, a cuidar de su madre, anciana y enferma. Es el momento en que consulta, agobiado y angustiado ante una escena ominosa: retornar al mismo lugar psíquico de cuidador de su madre, hoy en lo concreto de su declinar. La severa dificultad de procesar la situación se expresa en descontrol de la ira y maltrato a su madre, que con dificultad el discurso en sesión pudo vincular a la vivencia de maltrato físico y psicológico por parte de ambos padres, sobrepasados en un exilio extremadamente precario en lo material y por algún motivo carente de las redes que se observan en gran parte de los casos: los chilenos fuera de Chile, las organizaciones que reconocieron a los refugiados políticos, etc. El paciente hace un abandono anticipado del tratamiento, fracasa el rescate, electiva afasia que muestra severas dificultades de encontrarse consigo mismo en esta y otras formas de repetición mortífera.

Kurian-Fastlicht (2012) se pregunta, en conformidad con lo anterior, no sólo por la comprensión “(...) *de situaciones traumáticas en otras víctimas de violaciones extremas a sus derechos humanos, que se encuentran obstaculizadas en su proceso de elaboración del duelo, relación e integración a causa de la “Conspiración del Silencio”, sino también “(...) su posible relación con los desórdenes de la personalidad fronteriza”*. La pregunta nos resuena por cuanto nos enfrentamos no solamente a la elaboración de lo traumático, sino en todos los casos, a las limitaciones estructurales propias de la conformación psíquica de los pacientes. Y en el caso de los hijos, a la vinculación entre estas limitaciones y lo traumático sobrevenido en los tiempos del desarrollo subjetivo temprano, como ya se ha señalado.

En el contexto de PRAIS se puede observar la variedad de diagnósticos de estructura que hallamos en otras clínicas, por lo que afortunadamente no es posible afirmar reglas generales. Lo que sí nos parece posible y necesario señalar es que estos eventos con frecuencia dejan una marca traumática, entendiendo que un trauma involucra la existencia en la psiquis de un resto (de real, podemos decir) que queda fuera de la inscripción y por tanto no ingresa a las tramas simbólicas del discurso, disponible al paciente acerca de sí mismo. Este resto produce manifestaciones que no son comprensibles a través del sentido, y que serían solidarias a la pulsión de muerte y la repetición. Esto último lo distingue del síntoma neurótico habitual, en tanto éste último involucra una modalidad de goce asociado a la pulsión vital y sexual.

Por lo tanto, lo que es posible observar clínicamente como manifestación del resto traumático son las fallas en la subjetivación, entendidas como la falta de inscripción a la que se ha aludido. Y estas fallas se manifiestan como dificultades de diversos grados de gravedad; por ejemplo: en la construcción de un proyecto propio, o de aspectos no integrados al proyecto propio; la referencia más o menos constante a experiencias que evocan un *vacío*, lo que resulta de gran importancia clínica, por su complejidad de abordaje y precisamente por la imposibilidad de acceso que implica ello: un vacío. Se manifiestan también como una forma que adquiere el discurso en ocasiones,

cuando escuchamos pacientes a los que les resulta esquivo acceder a un nivel más allá de lo anecdótico acerca de su padecer.

Cuando nos encontramos con pacientes cuyo nivel cognitivo puede ser normal o incluso superior, y se observa esta dificultad importante para abstraer de su experiencia conclusiones acerca de sí mismo con dificultad de trascender lo concreto, además de las complicaciones acentuadas que adquiere el tratamiento, es posible pensarla más que la forma de una defensa, como un fenómeno clínico que constituye el indicio de un imposible, de una profunda dificultad de dar cuenta, un imposible para remitir las escenas anecdóticas a un registro subjetivo; tal vez porque entre lo anecdótico se enreda este real indecible. Lo mismo respecto de las experiencias de vacío o las puestas en acto enigmáticas para el propio paciente, que realmente no sabe por qué hizo lo que hizo.

Partimos de la base de que cada sujeto habla como puede, lo que por el lado nuestro en la escucha, nos ubica en ocasiones en un estado de perplejidad o de impotencia, transferencialmente. Trabajamos sobre una zona siniestrada, una zona oscura cuya posibilidad de tratamiento se encuentra de entrada puesta en entredicho. Se trata de zonas que a veces aparecen como encapsuladas, aisladas; en otros casos aparecen en la forma de bloqueos, como el caso del paciente mencionado anteriormente, y en otros se hace menos evidente porque se encuentra entretejida con el discurso habitual.

Como se señaló anteriormente (siguiendo a Ulriksen, 1998) ocurriría una organización de la historia subjetiva alrededor del núcleo traumático que la violencia implica como irrupción en el mundo fantasmático. En el desarrollo primario, preedípico y edípico, se incorporaría al agresor. La generalidad de este postulado resulta un tanto arriesgada. No obstante, lo interesante resulta de la ubicación de lo traumático como constituyente de la fantasmática originaria (preedípica y edípica). Y es que no podría a mi parecer circunscribirse la vida psíquica únicamente al núcleo traumático como eje gravitacional. Pienso esto a la luz de otra realidad clínica: los pacientes muestran no sólo áreas funcionales, que podemos entender como incólumes o

no secuestradas, sino también áreas destacadas, e inclusive áreas que logran hacer de la experiencia vivida una transformación al modo sublimatorio de lo traumático. Lo menos que se podría señalar acá es que efectivamente esta producción ha logrado insertar en parte este 'real' en la trama de sentido, ubicar estos vacíos de una forma que no obture la continuidad de la propia historia, e incorpore la experiencia por extrema que ella haya sido, y aunque sepamos que nunca de modo completo ni absoluto.

Resulta importante, por último, destacar en este apartado, que nuestra escucha e intervenciones se encuentran en una intersección dialogante entre al menos dos tiempos de la subjetividad que concurre a la sesión. Cuando los pacientes nos dicen que tal evento, como por ejemplo la detención de su padre, marca un antes y un después, hace aparición aquel pasado que cronológicamente situamos hace poco más de cuarenta años. Un pasado preciso y a la vez singular, flexible, en diálogo constante con aquel tiempo psíquico de la actualidad: un escenario en el que vemos desplegarse con asombro en muchas ocasiones el mismo argumento, los mismos roles encarnados en nuevos personajes ¿Podemos considerar que esto nos confronta con un núcleo traumático cronificado, con procesos psíquicos que quedaron congelados, inmóviles?

Constatamos en esta forma de presentación clínica la manera en que la subjetividad se produce: en los tiempos de su historia (Aceituno, 2013).

Efectos del secreto y el silencio

“El objetivo del síntoma traumático es encontrar a alguien a quien hablar, ya que el problema no es lo indecible, sino que no hay nadie a quien decirle esas cosas, porque todo el mundo le tiene miedo, el analista primero”.

El miedo generalizado en dictadura, transformado en palabra, en rabia, en reivindicación conforme discurre el tiempo cronológico, va de la mano del silencio y del secreto en que discurría la represión política. Si bien hubo métodos diversos, algunos que requerían de un carácter público para actuar como castigo ejemplar, muchos de ellos requerían del secreto y la clandestinidad, generando un terror amplificado y masivo. Efecto de lo cual es el silenciamiento. Lo que Gaudillière (1998) en la cita anterior señala como *indecible* queda entonces *silenciado*, en *secreto*.

Niños que crecían por largos y significativos años para su conformación subjetiva, obligados a no preguntar, a no decir, a guardar. En el cuerpo, en los sueños, en la intimidad de su consciencia e inconsciencia. Lo que muestra sus efectos en la actualidad del padecer y en la propia constitución subjetiva. Los pacientes dan cuenta explícitamente del mandato de no hablar, no contar en el colegio lo sucedido a su padre detenido, decir que estaba de viaje, trabajando. Que no se hablara de la opción política, que no se contara a nadie sobre el haber participado en tal o cual acto público o concentración (cuando éstos comenzaron).

Quedarse quieta y callada, le decían a una paciente. A otra simplemente la madre no les contó que el padre estaba detenido hasta que se entera que no estuvo en verdad de viaje, muchos años después. El miedo y temor de filtrar alguna información solía encerrar una parte de la realidad, a través de diversas operaciones psíquicas. En algunos queda verdaderamente cortado, forcluido. En otros, menos graves al parecer, se muestra disociado, repetido en dinámicas actuales en donde, de pronto y sin aparente razón, la voz desaparece: algo inidentificable no puede ser dicho.

Ya en la cita de la página 62 (Faúndez y Cornejo, 2010), aludiendo al retorno del padre a la familia tras la tortura, referíamos el lugar central del silenciamiento en la dificultad de inscripción y elaboración de los hechos de la represión política. Y en lo actual, para algunos pacientes no es posible siquiera

imaginar un vínculo entre los hechos de esta infancia silenciada y lo actual. Desde la escucha analítica se evidencian unos actos o unos eventos inexplicables, como extraídos desde un otro lado, que ocurren ante la perplejidad del paciente. Especie de tumores sintomáticos irreconocibles.

Un paciente antes muy exitoso en lo profesional no puede encontrar trabajo desde la separación conyugal, ya hace más de 5 años. Se pregunta desde un lugar muy pragmático las causas, e inmediatamente su demanda se vuelve concreta: que se le ayude a enfrentar la contingencia de la cesantía, a enfrentar las entrevistas de trabajo, a segurizarse, a no indignarse. Al tiempo que demanda una intervención cercana al coaching, muy vigente en la actualidad de nuestro campo *psí*, devela una dificultad para abordar esta problemática a través pensamiento y análisis. Dificultad cuyo aspecto parece más límite que una habitual resistencia neurótica, propia del conflicto con un contenido reprimido.

Paulatinamente la situación de cesantía, que parece darse por simple mala suerte, comienza a trazar un vínculo con una rabia profunda hacia la ex mujer. Rabia a su vez asociada a una madre que tras la salida del país y su inadaptación crónica al lugar que la recibe, se transforma en una mujer maltratadora y abusiva. Este hombre parece conservar una ira bastante primaria (y a través del desencadenante, retrotraerse a ella) respecto de las mujeres, siendo capaz de un –inconsciente- autosabotaje extremo, al arriesgar incluso su supervivencia material: aparece como hipótesis la significación de ello como una porfiada resistencia a *entregar algo de sí* a una mujer que actualiza el quebrado vínculo con la madre. Como en muchos casos, de esta situación originaria nunca se habló en la familia. La relación con esta madre, incapaz de hablar de lo ocurrido, ignorado por el paciente, se actualiza en una configuración padeciente.

En otra paciente aparece en el deseo de morir. Desconfía de sí misma, aparece angustia invalidante ante las alturas, a manejar en autopistas y a

cualquier acto en que ella misma pueda atentar en su contra. No desea morir, dicta su consciencia, y en la investigación psicoanalítica aparece a sus 3 años una madre desarraigada, profundamente deprimida y solitaria. ¿Es que acaso esta mujer pudo desear la muerte de los hijos y/o la propia para salir del insoportable sufrimiento? Sufrimiento aparentemente asociado a que la detención del marido y la persecución a la familia le obliga a salir a un país desconocido sola con tres niños pequeños. Más tarde se añade el regreso del padre, silenciado y secuestrado. Situación que conlleva toda la complejidad de la que se intenta dar cuenta antes²¹.

En términos descriptivos, este discurrir en secreto, este silencio de las experiencias por constituirse en indecibles, ha sido trabajado por numerosos autores²² chilenos y sudamericanos como uno de los efectos de la impunidad y el silenciamiento social de la represión política.

“Cuando no ocurre el reconocimiento del daño por el entorno social, la reparación no es posible y los afectados directos se convierten en aquellos que concentran el daño y expresan la disociación entre los dañados y los “no afectados”. Si se mantiene esta disociación, las víctimas quedan marginadas del proceso social en un contexto que incluso puede proponer olvidar el pasado y hacer “Borrón y Cuenta Nueva”, reiniciándose así una nueva secuencia de retraumatización” (Aguilar, Díaz y Gómez. 2005: 4).

En términos generales, la impunidad de los crímenes y delitos de lesa humanidad se ha ubicado como un elemento central en el sostenimiento temporal e incluso crónico de las secuelas traumáticas. Consecuencia psíquica y a la vez motor del padecer, refieren a la mantención de lo vivido en el silencio (a veces en el mayor silencio, sin poder admitirlo consigo mismo, menos aún

²¹ En el apartado sobre la figura parental como héroe derrotado. Ej. pág. 58.

²² Aguiar, E. <http://www.apdh-argentina.org.ar/sites/default/files/u6/Efectos%20psicologicos%20de%20la%20impunidad.pdf>; Edelman y Kordon han escrito numerosos textos sobre el tema desde los años 80, como por ejemplo: www.eatip.org/textos/impunidad/laimpunidad-1.htm.

En Chile: Pizarro y Writtebroodt (2001), En: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/174/tpsico34.pdf;jsessionid=CE3C4C37CFEB5DD51C1893FFFA22C4DA?sequence=1>.

Beatriz Brinkmann, CINTRAS, Chile (2000). En: www.hhri.org/es/publications/, y otros.

con los familiares o amigos cercanos), a la minimización de lo vivido y en su extremo, la negación y la desmentida. Como una situación específica de ello se encuentran los diversos tipos de duelo; duelos que no siendo reconocidos en el medio social, son reducidos a un problema del individuo; cualquier intento de exponerlo públicamente implica una rebelión contra el poder represivo: *“El silenciamiento de esta rebelión reduce finalmente a ese acontecimiento de incumbencia social a la condición de un duelo personal por lo perdido”*, señalaban las autoras Azocar, Casté y Soza en el año 2003 (146).

Los pacientes y sus familias tendían entonces al aislamiento, que no sólo involucra al grupo familiar respecto del mundo social externo, sino también al aislamiento subjetivo de cada uno de los miembros del grupo familiar. Díaz (2011:40), en referencia a Danieli (1998; en SERSOC, 2009) señala: *“Respecto al silencio dentro de las familias, Danieli destaca que las reacciones iniciales en la sociedad fueron de indiferencia, evitación y negación, lo que llevó a que los sobrevivientes silenciaran sus experiencias. La “conspiración del silencio” entre los sobrevivientes y la sociedad repercutió en la integración sociocultural y al interior del sistema familiar, debido a que se intensificaron los sentimientos de aislamiento, soledad y desconfianza ya presentes”*.

Esta configuración, como efecto de lo traumático, induce a guardar, retener y reducir los caminos de la transmisibilidad: *“(…) se encontró uno de los mecanismos de la transmisión es la presencia de la “conspiración del silencio”*” (Díaz, 2011: 102).

Otra noción asociada es la de privatización del daño: *“La institucionalidad chilena durante 17 años negó la violación sistemática de los derechos humanos, generando el efecto de circunscribir las historias y experiencias de represión política al espacio íntimo y privado, se produjo lo que hemos denominado la “privatización del daño”, el que conlleva la cronificación de éste y la transmisión a las futuras generaciones a través de una serie de mandatos familiares y sociales, algunos explícitos y muchos de ellos nunca verbalizados”* (Aguilar, Díaz y Gómez, 2005: 5), aludiendo también a la complejidad psíquica

que implica la falta de palabra sobre la experiencia. Muy particularmente sobre experiencias límite, como son las que nos ocupan.

Los autores intentaban enfatizar la necesidad de vincular la experiencia personal de sufrimiento con la experiencia social de excepción que transcurría en el país, en el intento de posibilitar la circulación de esta experiencia como palabra válida, rescatando su lugar en el mundo social, y aliviando así el padecer tantos años negado. Tanto, que el convencimiento del propio paciente es que la patología es resultado únicamente de sus propias incapacidades de adaptación. Por ejemplo, el daño que produce la tortura, que de tan negado, motivaba a los colegas a explicitar la evidente relación entre lo extremo de la experiencia y las secuelas: *“Consideramos el trauma de la tortura y del exilio como un trauma psicológico con una etiología social y política. Creemos que esta comprensión es básica para la terapia de las víctimas de la tortura, aún si se encuentran en el exilio. En consecuencia nos oponemos a medicalizar el trauma de la tortura. Si el trauma es visualizado como una enfermedad desconectada del contexto social y político en el cual se realizó la tortura, ello conducirá a una individualización del dolor y se agravarán los síntomas”* (Inger Agger - Soren Buus Jensen, 1989). Porque como hemos visto en el apartado sobre trauma, en tanto existan discursos sociales que hacen de pantalla a los eventos extremos, el carácter traumático de los mismos es capaz de ser incorporado en una trama de sentido, respecto de la cual el silenciamiento y la negación sino imposibilitó al menos obstaculizó su producción y su consistencia.

Estas nociones ayudan en la comprensión clínica de una serie de formas de operar que se dan en los pacientes atendidos en PRAIS, quienes efectivamente tienden a privatizar el sufrimiento, más que por resguardo de intimidad o pudor, porque actúan como si no existiese un lugar en el mundo social para poner una palabra propia que inicie una posible y singular elaboración de lo sucedido. La experiencia sufre una suerte de encapsulamiento mientras se desarrolla una suerte de vida psíquica en

paralelo. Esto suele devenir en una cronificación en el tiempo, y los relatos que motivan las actuales consultas conllevan detrás estas formas de operar, apareciendo naturalizadas. Y en esta naturalización entramos en más de una ocasión los terapeutas.

Ha sido mencionada antes la noción de lazo social, que aunque para esta investigación no profundizaremos, la entenderemos en referencia al vínculo social basado en la palabra. Implica la relación a lo que hemos nombrado como 'mundo social', incorporando no sólo la palabra contingente, el discurso propiamente proferido, sino un cierto 'discurso sin palabras'. Unos enunciados primordiales que determinan ciertas relaciones fundamentales y estables (UNR, 1998-9).

Este mundo social podemos entenderlo como el Otro lacaniano, cuya forma es la de una trama discursiva: *"Propone significaciones estables, compartidas más o menos por todos y que ordenan los lazos, los sujetos están protegidos de las irrupciones brutales, y están protegidos de los traumas"* (Soler, 1998b: 2). El Otro en todo tiempo aparece construido en discursos, más o menos totalizantes, acerca del mundo, sus dinámicas y causas. Estos discursos recubren el real, y se instalan entonces como discursos-pantalla, que protegen a los sujetos del agujero de real que nos acecha.

La ausencia de palabra implica la ausencia de un discurso-pantalla que recubra este real traumático. El real traumático quedaría instalado en la psiquis a modo de agujero. En los niños, agujero constituyente, que hace parte, quizás, de esos enunciados primordiales y estables como estructura. De esta forma volvemos sobre la distinción que ya fue expuesta²³ a la que alude Cabrera, 2014, diferenciando el trauma del fantasma y lo reprimido, de aquel acontecimiento traumático que irrumpe, violencia mediante, como exceso de real que da cuenta de la caída del Otro, y con él, las garantías fundamentales del lazo social.

La consecuencia entonces, es la fragilización del lazo social, por cuanto el Otro, accidentado en una situación de excepción social extrema, de pronto no

²³ En el apartado sobre trauma.

es capaz de garantizar una función simbolizante, necesaria para dar consistencia a la relación imaginaria con el semejante. Como se señaló en el apartado sobre la posición de testigo infantil, en los primeros años suponemos que esta función se encuentra psíquicamente en construcción, discurriendo en paralelo aquello que podríamos entender en el sentido freudiano como *traumatismo real*, y el *traumatismo normalizante* que implica la salida del Complejo de Edipo.

Para Soler, nuestra época se ve aquejada de la caída de discursos globalizantes, lo real se nos impone de manera fragmentada, dejándonos más expuestos: *“Estamos hoy en un momento en el que cada uno sabe que está más expuesto a las contingencias de los malos encuentros, ya sean privados o colectivos”* (1998a: 53). En la clínica del trauma, como se intenta argumentar, esta situación que generalizable, se encuentra aún más patente, por cuanto los consultantes fueron violentados precisamente en tanto representantes de un discurso determinado. Discutible quizás la cualidad de su caída actual, indudable resulta al menos su debilitamiento.

Ante esta situación, las respuestas clínicas son variadas. Una de ellas, bastante frecuente, movilizante de consultas, es la aparición de episodios de angustia invalidantes; episodios que están cargados de elementos regresivos, asociados al desamparo. Es interesante pensar esta angustia desde Freud (1915) en su lectura de la guerra, que en términos colectivos tiene la característica de generar condiciones sociales cuyo efecto sería dejar librado al sujeto a su orden pulsional; en tiempo de guerra el pacto social es al menos cuestionado, sino avasallado, derrumbándose o resquebrajando gravemente al Otro, en tanto nudo del sujeto a la cultura.

Para una paciente es tal el grado de angustia presentada como desborde, que le lleva a una inquietud motora y pensamiento disgregado la mayor parte del tiempo, acompañado de una escasa posibilidad de mediación –simbólica-. Voraz en la transferencia y con un discurso verborreico y evacuativo, llora en la sesión y de manera cotidiana en todas sus actividades. La enfermedad de su padre y el término de una relación de pareja conforman la contingencia de

eventos necesaria para dejarla a merced de un estado caótico emocional –un des-orden pulsional severo- en el que no se reconoce. La hipótesis es que ambas figuras constituían para ella el soporte del discurso que sostenía ciertos postulados fundamentales respecto al orden del mundo.

No saber cómo hacer las cosas, no tener ya el consejo del padre la inhabilitan como madre, profesional y pareja, de alguna manera borrando el elemento inconsciente y promoviendo la actuación. Línea de pensamiento que nos lleva a investigar en la escena preedípica: ¿Qué ocurría y cómo se daban las cosas para ella en el momento previo a la aparición de la función paterna? ¿Por qué esta caída paterna la conduce a tal caos? El vínculo con la madre se pone de relieve. Cuando la detención del padre coincide con una edad (5 años) en que presumimos el ingreso o estabilización aproximada de la función paterna, estas preguntas adquieren toda importancia y permiten plantear hipótesis como: la madre pudo haberse desorganizado, dejando de otorgar el soporte psíquico necesario, en conjunto con el miedo por la vida del padre y la propia. O bien, era el padre quien proveía esta organización para la paciente y su ausencia la deja librada a los avatares de la función materna, que pudo ser compleja e incluso patológica.

Otra paciente presenta las crisis de pánico asociadas al no poder hacer algo, es decir, cuando cierta exigencia de la realidad (entendiendo por realidad aquello que para ella existe como exigencia) podría sobrepasarla. Nos ilustra la relación a la impotencia, a la castración de esta paciente. Si vinculamos esto al pasado, vale decir, ese pasado de la configuración edípica, a través de la novela accedemos a una ausencia paterna tras separación conyugal y militancia activa del padre, quien va a formarse militarmente a otro país, y una madre –para la paciente- fálica, que todo lo puede. La idealización de la potencia materna configura un mandato de potencia fálica en ella que se agudiza a medida que la madre envejece y disminuye sus capacidades. ¿Es que asumir las exigencias implican reemplazar a la madre? (imaginariamente, reemplazarla respecto del padre, como en la escena edípica), o bien, reemplazarla implica dejarla caer y/o caer con ella?

Asociado a la angustia suele aparecer un estado de desconcierto y perplejidad, que puede expresarse como una desaprobación de los modos en que el Otro se presenta en la actualidad; esto es, los discursos actualmente validados. Los pacientes son altamente críticos y padecientes específicamente respecto del funcionamiento que establece el sistema neoliberal chileno. La gran mayoría de los hijos, hoy adultos, no se insertan de forma satisfactoria al sistema laboral, al sistema de consumo, etc. Y con ello se alude a la inserción psíquica, más allá de la inserción concreta o material, que en muchos casos se encuentra también comprometida. Se manifiesta una disconformidad que parece estar en relación con una contradicción basal: como si lo que hemos señalado como ‘enunciados primordiales’, que asumimos vinculados a los proyectos político-sociales de sus padres y entorno, hoy en día son negados y en muchos sentidos denigrados.

Como se señaló antes²⁴, en un caso el paciente señala que a su padre “se le cayó el muro de Berlín adentro”. Caída que parece dejar un vacío carente de pantalla protectora. Desde entonces, nada o muy poco... silencio, derrota, estados depresivos crónicos y negación; precarización de la inscripción simbólica, detención del proceso de subjetivación. Aislamiento familiar que excede la función yoica, es decir, se trata de personas que pueden circular en el mundo de manera adaptada, eficiente, y sin embargo, desvinculados o muy precariamente vinculados a un Otro que no es reconocible, que poco tiene que ver con esos enunciados primordiales en donde se basa su construcción psíquica y por lo tanto, en donde no se reconocen. El elemento común es la caída de una suerte de lenguaje compartido, desintegración de un vínculo, lazo que se difumina.

En el extremo, algunos pacientes deben lidiar con una sensación de enloquecimiento, o bien, desde su entorno se les califica como locos. Locos porque transmiten en una frecuencia discursiva que pareciera anacrónica, reivindicando valores perdidos, hablando de la represión política en medios sociales diversos. También se manifiesta como la locura del aislamiento, en

²⁴ Pág. 11 del presente

algunos casos paranoide y en otros tomando carices más bien esquizoides. Esta locura resultaría pertinente de comprender en los términos de Davoine y Gaudillière (2011), vale decir, como una reacción al cuestionamiento en la relación al Otro. Lo que cae son los ejes en los que este Otro se sostiene.

En un paciente, la enfermedad del padre generó una respuesta paranoide inédita en su funcionamiento hasta entonces, de tal envergadura, que la familia consultó por él. Al caer enfermo su padre la angustia se masificó, expresándose en la relación al otro a la manera de una desconfianza respecto de todo el personal del centro hospitalario en el que finalmente fallece. Revisa el cuerpo de su padre diariamente para asegurarse que nadie le hubiera hecho daño; además de generar conflictos permanentes con el personal y demandar exhaustivas explicaciones, tras un tiempo de trabajo asocia sus aprensiones al evento de detención de su padre, ocurrido a sus 9 años.

En la mayor parte de los casos observamos como desencadenantes de las consultas eventos que de alguna manera develan una fragilidad en la relación al Otro, que parece por una parte mostrar una fragmentación de los discursos, pero también un vínculo con la secuela del trauma *real*. La reacción angustiosa parece encontrarse vinculada a esta desvinculación de lo simbólico, al encuentro con un irrepresentable que, forcluido, hace intromisión en carácter de secuela psíquica. Si bien en la mayor parte de los casos este desmoronamiento del Otro no es total ni completo o constituye más bien una amenaza, parece encontrarse en el centro de la angustia. Y también por cierto, se observan casos en donde existe finalmente una caída si entendemos por tal un quiebre de la estructura psíquica en la forma de brote psicótico.

En términos de operación psíquica esta situación no puede más que producir consecuencias. Es interesante señalar que las descripciones aludidas, las nociones presentadas parecen tener unas consecuencias en los hijos que van más allá de una *forma* de funcionamiento. Es que nos encontramos con que la manifestación de las secuelas muestran una relación con *operaciones*

fundacionales de la psiquis, en la forma de la mencionada forclusión de lo traumático (Soler, 1998; Gaudillière, 2011), que es posible de calificar como un *indecible* en términos de Abraham y Torok (En Fischer, 2013).

Si la generación de hijos nacidos en dictadura se comprende como primera generación (según lo discutido en el apartado sobre transmisión transgeneracional), siguiendo a los autores señalados sería en ellos en quienes el indecible puede constituir una cripta que de no ser abordada puede ser transmitida a la segunda generación (en este caso los nietos del afectado directo) en la forma de un innombrable, y luego a la siguiente, como impensable. Como han estudiado estos teóricos, se trata de una forma de operación psíquica potencialmente generadora de patologías de diversa gravedad, favoreciendo los casos de psicosis.

Según la escucha clínica no parece adquirir un peso gravitante para estas formas de funcionamiento psíquico el dato de una infancia transcurrida fuera o dentro del país, lo que resulta muy interesante, dado que el exilio y retorno ha sido un tópico de estudio en este campo temático. Parece ser que más allá de su entorno geográfico, los padres estaban en diversos grados imposibilitados de hacer circular el discurso asociado al evento traumático, quedando, entonces, silenciado en su mayor parte. Hemos observado que hay casos en que de adultos son los propios hijos quienes piden a sus padres no saber de la experiencia nada más, generándose intensas expresiones de malestar cuando el padre o madre ahora, en su tercera edad, decide comenzar a hablar, hacer un proceso terapéutico o decide iniciar una transmisión discursiva cualquiera: “ahora se las da de víctima”, “ella se cree sobreviviente cuando todos lo hemos sido”, “no puedo escuchar, no quiero imaginar lo que le hicieron, le pedí que no me hablara”.

Las operaciones psíquicas pueden también ser comprendidas como una denegación o desmentida. En la forma del “ya lo sé, pero aun así” (Mannoni, 1973), en ocasiones observamos que los pacientes hablan de lo ocurrido al

padre o madre desprovistos de afectación y desestimando cualquier consecuencia de ella. El silenciamiento, la privatización del daño y en su extremo, la conspiración del silencio, pueden favorecer alguna de las formas que encontramos trabajadas por Rabant (1993). Se trata un proceso psíquico profundo, que determina la toma de posición por parte del sujeto, y que involucra distintas maneras de rechazar una verdad que le es exterior. Constituye un marcador estructural de la relación del sujeto a la palabra.

La desmentida se daría en la forma de “eso no es verdad”; la renegación puede ser formulada como “yo no lo dije”, la desestimación, como “me niego a reconocer”, y la repudiación, como “yo no lo quiero”. Desestimación que, en estas distintas formulaciones, supone la coexistencia de dos cadenas enunciativas que son contrarias, pero a la vez no se contraponen; antagónicas, pero no se contradicen. Ahora bien, *“la desestimación es más violenta cuando menos discutible es lo real”*, señala Rabant (1993: 236) en torno a la castración femenina ¿Será esto válido cuando de un trauma real se trata?

La transmisión transgeneracional puede favorecer una desmentida pues en lo traumático el material es presentado en una forma en que lo simbólico se encuentra cercenado. Esto resulta un indicador de que el sujeto portaría, a modo de puntos ciegos, contenidos de los cuales ha participado sin saberlo. Para Benedetti, G. Existirían “zonas de inexistencia”, vacíos de simbolización, que son a la vez subjetivos y culturales. Estas zonas, antes de ser simbolizadas, requieren ser dibujadas, imaginadas, figuradas, de manera de hacerlas existir. En un segundo momento, ello posibilitaría su inscripción en un discurso que propicie la restitución de una continuidad que pudo ser amputada, cercenando o impidiendo, cuando se trata de sujetos en su formación temprana, el desarrollo de ciertas zonas del aparato psíquico.

Transferencialmente estas formas de relación al mundo se expresan de distintos modos, algunos de los cuales es posible caracterizar. Por su frecuencia vale la pena destacar la ‘puesta a prueba’ a la que somos sometidos los terapeutas. Esto se expresa en otras clínicas, en las que sin embargo, suele

mostrarse de formas bastante más específicas, particulares. En la clínica del trauma, los pacientes requieren del terapeuta una identificación imaginaria con la posición política, con la comprensión del dolor, o con el saber “sobre lo que nosotros sufrimos”.

La relevancia de esta interpelación radica no en la formulación de una respuesta, sino en atender la intencionalidad de ella: *“En este tiempo de reconocimiento mutuo, intento menos comprender que captar una intención. Y ello trabajando sobre la gestualidad, el ritmo del discurso, su intensidad. Se trata de determinar un sentido a este discurso, de asociar su intención a su motivo, al sentido de la corriente en el que discurre”*.

Como señala Pommier (2011:39) en la cita anterior, lo que está en juego es el reconocimiento, y en cuanto tal, la prueba posible pareciera exceder la palabra del analista, para involucrar el acto de acoger y sancionar una experiencia; se trata de propiciar lo que se ha señalado como *hacer existir las zonas de inexistencia*. Para ello apelamos a lo que Freud, en su artículo “la Negación” designó como *juicio de existencia*: *“La otra de las decisiones de la función del juicio, la que recae sobre la existencia real de una cosa del mundo representada, es un interés del yo- realidad definitivo, que se desarrolla desde el yo-placer inicial (examen de realidad)”*. Se trataría de algo que estando ya presente como representación, busca ser reencontrado en la realidad externa (Freud, 1913:255).

La problemática de los pacientes, en los términos que hemos hablado vinculada con su lazo al Otro, está en el orden del reconocimiento y la validación. Hay importantes etapas del trabajo analítico en el que uno se encuentra abriendo esta temática, enmarañada en conflictos imaginarios que triangulan y/o victimizan a los pacientes, lo que hace en ocasiones complicado ver, escuchar, más allá de lo anecdótico. En bastantes ocasiones existe una necesidad evacuativa que podría relacionarse con el intento de estabilizar una posición en torno a ello; de reivindicación, muy frecuentemente. Esta, con todo, instituye progresivamente al paciente en una posición distinta a la del rechazo.

Entonces, la noción de juicio de existencia tiene que ver con el lazo al Otro al que ya nos hemos referido, y en esta clínica, con la fragilidad del mismo. Es un modo de nombrar aquello que en algún momento de la historia subjetiva fue impedido por las dinámicas familiares descritas, tanto internas como externas al entorno inmediato. Conforman entonces un llamado al analista en torno a una toma de posición que nos conduce a la puesta en juego de una verdad, de una verdad ética. Reconocer al otro, al paciente, implica darle un lugar de existencia subjetiva, lo que sin embargo, no refiere a creerle todo ni tampoco a aliarse incondicionalmente con lo que sus defensas despliegan. Significa genuinamente tomar en serio su discurso y también nos implica en nuestra propia verdad.

Es condición del tratamiento la posibilidad de anudar con ese otro a quien el paciente confiará su padecer íntimo e historia personal, un lazo común. Lazo que, bastante ya fragilizado, el paciente no está en condiciones de cuestionarse respecto de su terapeuta. La consulta en PRAIS incorpora mucho de esta variable y va más allá de su carácter de programa público o de las condiciones económicas específicas de cada paciente. Cuando asisten señalando la condición del derecho (ya sea para reivindicarlo o para validarlo: tengo realmente derecho a esto? Le quito el lugar a otro que lo necesita más?) parece estarse exponiendo parte de esta dimensión, aun cuando no aparezca explicitada en el discurso una relación entre el padecer actual y las experiencias de represión política.

En palabras de Gaudillière (1998): *“...cuando el trauma viene a golpear la puerta del analista, llega con la proposición del discurso analítico al analista, no es el analista el que propone el discurso analítico a su futuro paciente. El trauma –y digo bien, el trauma, y no el traumatizado– llega con la proposición del discurso analítico. Y algunas veces el analista puede convertirse en el otro de ese lazo social, y a veces no puede. Y si él no puede, el trauma se va, huye, va a buscar a otro para proponerle el discurso analítico, o a veces ya lo ha*

propuesto demasiado y va a volver entonces a un sistema de denegación de sí mismo”.

Ahora bien, en torno a los efectos del secreto y el silenciamiento, hemos recorrido la relación al mundo familiar y social, que entendemos como el Otro y el lazo que se construye, produce y transforma en el devenir subjetivo. Hemos podido revisar algunas claves condicionantes del trabajo. Sin embargo, existen también las indeseadas restricciones, límites a la omnipotencia del analista. Los resguardos que, según revisamos en el apartado sobre el trauma, pueden entenderse como ese resto de real definitivamente no simbolizable, el agujero que es constitutivo pero también contingente en esta clínica. Algunos resguardos tendríamos que considerar.

En la clínica del silenciamiento, por darle una categoría particular, resulta relevante la aparición de una inquietud, por lo común espontánea, de parte de los pacientes por conocer de la historia originaria, que como se intenta ilustrar, en todos los casos incorpora elementos de los eventos de represión política, cuyo elemento traumatizante se encuentra presente ya sea en la forma de una transmisión *en acto*, propia de los contenidos traspasados *en secreto*, ya sea en la forma de un discurso que permite inscribir y procesar psíquicamente, en los casos menos complejos.

Existe en PRAIS un mandato de reparación (más adelante nos detendremos sobre ello) orientada a restituir un discurso resquebrajado por una fractura real traumática. De este discurso, hay a veces aspectos simplemente imposibles de abordar: *“A veces pensamos equivocadamente, que podemos hacer salir al sobreviviente de su pasado trágico, liberarlo de los “efectos radiactivos” que siguen actuando en él desde aquel tiempo en que sufrió una extrema violencia. Pensamos también equivocadamente, que podemos llevarlo a tomar conciencia de la pérdida y el dolor que quizá borró para seguir viviendo. La restitución psíquica, la reparación, son difíciles de conseguir. Algunas formas concretas de reparación, a veces necesarias para aliviar el intolerable*

sufrimiento de las pérdidas, se basan en un sentimiento de omnipotencia. Pero si ese sentimiento de omnipotencia persiste, puede obstaculizar el movimiento hacia el diálogo, impedir la reparación y el crecimiento psíquico, e inmovilizar la vida” (Gampel, 2005:50).

En los terapeutas de esta clínica suele aparecer una sensación de no estar haciendo nada por el otro, no saber a qué viene el paciente, para qué le sirve el espacio que, sin embargo, sostiene. A veces podría tratarse nada más –ni menos- que de la reconstrucción de otro (y hacia el Otro), como trabajo en torno a los efectos del secreto y el silencio. La circulación de la palabra en el espacio privilegiado y protegido de la clínica, apuesta a trenzar (en términos de Davoine y Gaudillière, 1998) un discurso común que ponga en circulación tanto los enunciados primordiales que se encuentran la mayor parte de las veces ocultos, latentes, como los enunciados novelados de la historia subjetiva singular.

En los términos de Soler (1998:2), se trataría de favorecer la producción de herramientas discursivas disponibles a los sujetos para protegerse de este real espantoso, *“Creo que no hay ningún real, incluso lo más espantoso, que un discurso –un discurso consistente- no sea capaz de suavizar (amadouer) acomodar”*. Ahora bien, acomodar no es reparar. Todavía nos queda comprender la relación entre estos términos.

Producción de un lugar en el mundo

Ya se señaló anteriormente²⁵ que es posible de escuchar de manera recurrente en los hijos que les sea complicado estabilizar proyectos propios, lo que se expresa en distintas áreas. Existe una cierta incongruencia entre las posibilidades de preparación académica, profesional, o respecto de un oficio

²⁵ Página 59 del presente

estable, y las capacidades cognitivas y ejecutivas de algunos pacientes, con aquellas tareas que en la realidad pueden desempeñar. En varios casos los pacientes han estudiado una o más de una carrera profesional o técnica, y sin embargo, por razones un tanto incomprensibles, se ocupan en labores menos valoradas social y materialmente.

Mientras una paciente señala que siente no haber podido “hacer un cuento propio”, otra se queja de no recibir el reconocimiento que merece de su trabajo. Otros dos pacientes que salieron del país en los años 90, conforme a la expectativa de buscar una proyección en el país de exilio, hoy en día se desempeñan como vendedor y garzón, dejando más de una carrera profesional iniciada e incompleta. Respecto del proyecto personal uno de ellos señala: “Como que en algún punto perdí el punto”.

Suelen aparecer sentimientos de culpa o de castigo por lo anterior. Y en la investigación analítica aparece un vínculo directo con las experiencias vividas en la infancia y específicamente con las experiencias de represión política de los padres. Algunas en la forma de deudas inconclusas: “...desde que volvimos a Chile no habíamos podido vivir en familia”, lo que se asocia a no haberse casado ni tenido hijos; algunas más enigmáticas, del orden de la repetición, como una paciente que no se enamora hasta que encuentra a alguien que logra ubicar en la línea transferencial del padre, sólo cuando este envejece lo suficiente como para ella permitirse reemplazarlo.

Aquello revisado anteriormente, en el apartado sobre los estudios en Chile acerca de la transmisión transgeneracional²⁶, mostraba cómo estas familias solían transformarse en sistemas rígidos que dificultaban la autonomía y la diferenciación, en cuanto a los roles, pero también en cuanto a subjetividad, su sistema de lealtades se extrema y lo traumático comienza a aparecer disfrazado en las relaciones cercanas, a falta de ser tramitado en lo social.

²⁶ Gómez, 2013; Biederman, 2014; Madariaga, 2006; Díaz, 2011; Faúndez y Cornejo, 2010. Pág. 30-36 del presente.

Una de las dimensiones respecto de la inserción social de los hijos, tratada en un trabajo reciente (Díaz, 2010: 96) es la de la participación política, respecto de lo cual señala que los hijos de afectados directos tienen, en comparación con la población general, una menor participación política, una cierta distancia: *“En relación a la participación política, llama la atención el bajo porcentaje de personas pertenecientes a un partido político. A su vez es destacable el porcentaje de personas que dicen no sentirse identificado con algún partido o movimiento de izquierda, sobre todo al considerar que la mayoría son hijos de militantes políticos. Esta situación puede deberse por temor a las posibles consecuencias sobre ellos y su familia o que se haya asociado de forma inconsciente la participación política con el sufrimiento. También puede ser un descontento o rechazo por sentimientos de desesperanza frente a las soluciones políticas (Bastías et al., 2001; Busch et al., 2002; Cabello, 2003)”²⁷*. Díaz encuentra en su investigación que también suele comprometerse el proyecto de pareja. Es interesante que este compromiso de algunas dimensiones del proyecto personal se acentúa en los hijos mayores y en las mujeres.

Más allá de la estadística, la situación en su dimensión clínica aparece expresada como una desesperanza en algunos casos significativa. Tan radical en algunos pacientes, que les lleva a ciertos sabotajes respecto del emprendimiento de proyectos propios. La lealtad queda sujeta a compartir diríamos, en forma simbiótica, la derrota de los padres.

Hoy en día, asociado a lo que hemos abordado acerca del envejecimiento, enfermedad y muerte eventual de los padres, aparece en ocasiones la urgente pregunta por la proyección a futuro, en conjunto con la dificultad para asumir la parentalización concretada en la mantención material de los padres envejecidos. El hecho de que el encargo se haga real en ocasiones se expresa

²⁷ Díaz, D. (2011) “Transgeneracionalidad del Trauma Psicosocial en descendientes de afectados por la represión política en Chile” Seminario de Licenciatura para optar al Grado de Licenciada en psicología. En: <http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/490/tesis.pdf?sequence=1>

de manera sintomática, como la pérdida repentina del trabajo, o la merma o precarización de éste.

Algo parecido ocurre respecto del tener hijos. Algunos pacientes señalan abiertamente que ya se han hecho cargo de su familia desde muy jóvenes, niños incluso, y que no están dispuestos a asumir a otro nuevamente. Se sienten cansados y abatidos, mayores de lo que son cronológicamente hablando. Además del discurso explícito acerca de ello, hay pacientes que lo expresan a través de sueños, por ejemplo un paciente que sueña que una autoridad (Dios u otro) le interpela acerca de su fe y su actuar, lo que le genera hilaridad a la vez que asocia con el desafío vital a la autoridad, como posición ideológica, pero también subjetiva: la rebeldía respecto de los pesados encargos paternos.

Otro paciente describe una escena onírica en donde se encuentra en una casa miserable y sucia que le evoca ciertos momentos de la infancia en el exilio y asocia: “He estado siempre en lo mismo, la misma escena” y al mismo tiempo “Estar en dos mundos, no pertenecer a ninguna parte” (que es un guión muy frecuente en los hijos de exiliados). Todo ello en relación a la actualidad de la precariedad material por la cual se queja.

Si entendemos que en los traumatismos secundarios o no originarios existiría una suerte de desandamiaje, desanudamiento de procesos que anteriormente pudieron ser logrados, entonces pensamos que para el trabajo analítico con estos pacientes resulta fundamental entender su queja, que en una paciente se expresa como: “no puedo armar un proyecto propio” en el sentido literal.

El verbo ‘armar’ refiere al ejercicio que tal vez pudo quedar mermado en un tiempo anterior, al punto que hoy podrían ominosamente llegar a habitar subjetivamente en otros y para otros (su pareja, sus padres, los hijos). Podrían sentirse perdidos, y su ‘autoestima’, vale decir su narcisismo, verse difuminado, no logrando sostenerse en una imagen suficientemente sólida que les sitúe en

la producción de su historia: desde un tiempo anterior hacia un tiempo en devenir.

La relación al Otro, que luego de esta experiencia extrema quedaría alterada, es posible también de rastrear en los procesos clínicos expresadas en el lugar en que los pacientes se han ido situando dentro de su mundo relacional. Más bien aludo a un cierto lugar que *no se han dado* y me pregunto si se trata de un *no lugar*.

Lo que se encuentra en juego es al parecer un lugar, con la connotación tópica y temporal que esta conlleva (Aceituno, R. 2010). Este lugar, que asumimos existió en un momento, debiese ser reencontrado o más bien, vuelto a producir.

Podría este conflicto asociarse a la potencial dificultad de estos hijos para inscribirse en un discurso social, toda vez que esta inserción puede ser sentida como una traición a las lealtades familiares. Por una parte se observan ciertos mandatos respecto de reivindicar a la familia siendo exitoso, por otra parte la identificación con los padres lleva a algunos pacientes a caer con ellos, en los casos más graves. O bien, a mantenerse al margen de procesos sociales determinados.

Lo político como transmisión se encuentra presente diríamos casi en la totalidad de los hijos. Imposible desmarcarse de aquello, como mandato asumido, rechazado, desmentido o disociado, aparece la relación al discurso político, pero también a la propia implicación. En algunos pacientes se trata de una obligación pesada, un deber de militancia. Dependiendo de la edad, algunos de ellos llegaron a Chile a finales de la década de 1980, incorporándose a la lucha contra la dictadura. Habiendo corrido los significativos riesgos que esta actividad implicaba, actuaron desde la identificación al ideal, lo que es relatado desde distintas tonalidades afectivas: con cierto orgullo heroico, cargado de conformidad por cumplir una tarea, como una deuda eternamente impaga con sus predecesores, etc.

Algunos de los hijos más jóvenes se unieron a las posteriores demandas estudiantiles, otros prefieren ni hablar de política, como un paciente que

señalaba que haber vivido en un país socialista lo había expuesto toda su infancia a clases de marxismo y preparación militar, y esas calificaciones fueron las que su padre siempre vigiló. Otra paciente militó en las juventudes del partido al que adhiere su padre. Cuando decide salirse ocurre el quiebre entre ambos y la familia comienza a cuestionar la opción política, lo que genera un conflicto que se arrastra por años entre el padre y los hijos, que 'traicionan' el ideal y la lucha.

Pareciera existir un trasfondo de sinsentido, del para qué de los proyectos propios. Sinsentido que acecha tras una vida melancolizada, ante una dificultad de subjetivar la propia experiencia y validarla ante sí. Aparece la dificultad de otorgar consistencia a una identidad que puede no ajustarse plenamente a los ideales transmitidos. Ideales que según hemos revisado corresponden al mismo tiempo a una ideología derrotada.

Otro paciente dice, con sorpresa para sí mismo al advertir el sinsentido: "No sé si me gusta tanto lo que estudio, no sé si es lo que quiero o si tengo mucha habilidad para ello, sólo sé que tengo que terminar". Asume una tarea militante en extremo absorbente, que le ha significado postergar estudios y no aprobar ramos. Sufre por no poder, básicamente, responder con éxito a ambas tareas vitales, en la misma medida que no parece estar realmente en ninguna de ellas. Parece alienarse en un ejercicio de entrada incuestionable, tener que hacerlo a costa de postergar otras áreas de su vida: la elección de pareja, la vida social o cualquier otra actividad, incluso el ocio.

Estas descripciones permiten vislumbrar la forma en que, ya en la presentación inicial, situamos una configuración en donde circula el conflicto del paciente, identificamos ciertos ejes. Suele observarse en la práctica una dificultad de decisión sobre el proyecto de vida, como si todavía hubiese pendientes desde la infancia que resolver. Podríamos decir que los 'recursos yoicos' no han sido lo suficientemente firmes para posibilitar una conciencia de sí, de su propia posición a partir de la cual situar un discurso en devenir. Los ejes imaginarios de la historia, que muchas veces incluyen traslado de país, desarraigo 'temprano' del núcleo familiar, dificultades de inserción a Chile, duda y

peregrinaje por opciones diversas, muestran una complejidad para situarse en el mundo desde una posición propia.

Víctima e implicación

Como se ha dicho, un trauma real, contingente, tiene la potencialidad de perturbar seriamente el desarrollo vital y vincular de una persona, por lo que el reconocimiento de haber sido víctima de los hechos violentos contingentes es la primera condición. Sin embargo, el trauma tiene dos tiempos: el de la contingencia y el de las secuelas. Con Soler (1998), hemos ubicado el tiempo de las secuelas como el camino posible para encontrar la implicación subjetiva que siempre le atañe al sujeto, puesto que por vivir le toca hacerse cargo de sí. En la práctica se observa que cada persona logra o no logra inscribir en una trama de sentido y elabora los hechos de la realidad según su propia configuración psíquica. Lo mismo las sociedades: *“Un importante sector de la ciudadanía se esfuerza por revivir o reconstruir la memoria perdida, amordazada durante muchos años, como un modo de asegurar el que, ‘nunca más en Chile’ se repita lo ocurrido”* (González, 2004: 81). Mientras, para otra parte de la sociedad y dentro de ella personas afectadas directamente *“su silencio era el único modo de sobrevivir (...). Había escogido una prolongada cura de afasia, de amnesia deliberada, para sobrevivir”* (Semprun, 1998; En González, 2004: 82), lo que otorga al silencio una función psíquica, a la vez que resulta una limitación vinculada al cercenamiento de ciertos espacios subjetivos.

El silencio tiene una función protectora en la medida en que la interpelación sobre una experiencia límite tiene un costo. Costo que Czermack, dramática y casi rabiosamente explica como *“(...) la palabra es un goce, y desde que uno se pone a hablar de lo horrible, uno goza del horror. Y la generación siguiente, que no entendió nada, en nombre del deber de la memoria, y jodiendo a sus*

mayores, les dicen: 'Pero ustedes no dicen nada, no nos han explicado nada', sin darse cuenta que ellos mismos están retomando el cuchillo. Y dicen: 'pero si no he entendido ¿Qué puedo llegar a hacer?'. La respuesta es simple: arrégleselas para entender lo que usted pueda" (Czermack, 2003: 19).

Con todo ello, con todo ese resguardo y el respeto al que Czermack nos llama, la realidad es que cuando acude un paciente en todo su malestar, no hace más que demandar que hagamos algo para liberar ciertos aspectos de este horror que le constituye parasitariamente. Cómo hacerlo entonces: *"¿Cuál es el cuidado a tener para evitar que ésta -la palabra- se transforme en re-victimización?"* (González, 2004:82). Si en el trauma la apuesta terapéutica es recordar para olvidar, respecto del hablante el costo es el pasaje de sumergirse en el daño, construyendo la víctima si es necesario, para a través de la palabra salir de ella. Como se plantea en cualquier trabajo analítico: para hacer caer las identificaciones alienantes, resulta, sin embargo, necesario transitarlas. Se requiere hacer figura de lo traumático para hacer entrar este *real* en un discurso que resulte continente y restaure en alguna medida la continuidad.

Existen pacientes que, respecto a los hechos vividos por sus familias, se sitúan desde un lugar de víctima, reivindicándolo en forma recurrente. Se instala esta dimensión como constitutiva de su identidad. Algunos pacientes señalan esto de entrada, de diversas maneras y en distintos grados, ya sea por la dificultad de dar cuenta de los hechos, que los fragilizan, ya sea por su exposición descarnada, denunciándolos. Otros señalan no sentirse víctimas y, sin embargo, durante el devenir de su proceso analítico, encontramos esta identificación instalada en diversos momentos de la historia. Y es que más allá de la ineludible implicación subjetiva, el terrorismo de Estado confronta a las sociedades y sujetos a uno de los terrores más originarios: el desconocimiento del semejante, el desamparo radical y la exposición a la voluntad más perversa de un otro, ominosamente validado por una ideología y un aparato estatal de desproporcionadas dimensiones.

El terrorismo de Estado concierne a la sociedad en su conjunto, y como tal es ella una víctima del mismo en su totalidad, comprometiendo los más fundamentales consensos y acuerdos que la civilización ha ido construyendo con el fin de garantizar relaciones reguladas en cuanto a la agresión y la violencia entre sus miembros. Estos acuerdos potencian expresiones sublimadas en el manejo pulsional y se orientan a organizar una convivencia basada en ciertos principios que se funden en la pulsión de vida, manteniendo a raya lo mortífero. Los postulados de Soler (1998) refieren la fragilización de los consensos y acuerdos como un fenómeno de nuestra época: la caída de los grandes discursos totalizantes.

En este contexto, quienes fueron directamente afectados, en las dimensiones más íntimas de sus grupos de referencia y sus cuerpos inclusive, no podrían no adquirir una condición de víctima, aun cuando no se haga de ella misma una justificación identificatoria fundacional. Ser víctima en la realidad de los hechos implica una tarea subjetiva inexcusable. Las manifestaciones y el abordaje de ello en los hijos se encuentra vinculada al trauma: quien vive un trauma no puede sino haber sido víctima de un hecho (fáctico, nuevamente). Hecho cuyo dolor habríamos de dimensionar en cuanto a su alcance y secuelas traumáticas, que cuando es secundario al terrorismo de Estado adquiere los ribetes singulares que hemos intentado exponer. La dificultad de hablar de ello no incumbe únicamente al afectado directo: *“(...) esta misma angustia es la que viven los hombres y mujeres que sin haber experimentado en sus cuerpos el horror, se sienten depositarios de este saber, de esta transmisión y de este dolor”*. Barrientos se pregunta por los hijos y nietos *“que pueden hoy estar fijando su propia identidad en la de ‘víctima’ de la dictadura”* (2004: 83). Son también los hijos quienes, con toda la contradicción de haber vivido las experiencias al crecer en dictadura, gozan en distintas medidas de la capacidad de palabra de sus mayores. Con Czermack y Semprun, las limitaciones de afasia, de la posibilidad de superar ciertas lagunas de silencio nunca resultan suficientes. Los hijos se hacen cargo de unos fragmentos de la historia propia, y de palabras que sin ánimo alguno de peyorar, en ocasiones

toman una forma parecida al balbuceo: la palabra entrecortada que es posible para su entorno articular.

Es este un problema pertinente a nuestra clínica y en PRAIS como institución, expresándose de diversas formas. Resulta característico encontrar una expectativa en los pacientes de que los terapeutas ‘del trauma’ sepamos lo que vivieron ellos y se valide esta experiencia de sufrimiento. Podemos entender ello, según lo anterior, como una demanda de palabra que falta: nosotros articulemos algo de aquello que su entorno no ha podido, que alguien responda. Ahora bien, transferencialmente esta expectativa se constituye como una demanda instalada desde la entrada, y otorga una posición al clínico que implica ciertos riesgos. Uno de ellos, la fascinación. Por el horror, por la tendencia a responder a la puesta a prueba, de apalabrar, o por el lugar de ‘salvador’ en que algunos pacientes nos sitúan.

Assoun P.L. (2001:6) aborda el primero de estos riesgos, la fascinación por el horror o por el contenido traumático, por llamarlo así, como una ‘idealización’ del trauma. Desde el punto de vista del paciente, el lugar en que podría situarse, de encontrarnos en este estado de idealización de lo traumático, configuraría para este autor una posición subjetiva, ubicarse desde el lugar del daño: *una “posición subjetiva que podemos llamar perjudicial: oímos que el sujeto organiza su habla y su acción alrededor de esta convicción de un perjuicio cuya eventual reparación exige –con formas más virulentas o de modos más discretos-, pero que, sobre todo, organiza su estilo de vida (inconsciente) y su estar-en-el-mundo y la relación con los demás”*.

En algunos casos escuchamos pacientes que parecen organizar su visión del mundo a partir del daño sufrido. En ocasiones hacen de ello una reivindicación militante y en otras se trata de una posición silenciosa e íntima que se despliega en el box. Cualquiera de las dos implica al terapeuta, quien es interpelado primero desde la empatía, luego desde su saber, luego desde su posición. Tal como plantea Gaudillière (1998), el trauma habla al trauma: *“Lo que el paciente trata de hacer es tocar en el analista zonas sensibles, frágiles*

*en la historia del analista. Porque solamente tocando esas zonas él podrá hacer trabajar sus propios traumatismos. Lo que él busca es comunicarse con alguien que haya tenido una historia similar*²⁸. En la transferencia, el paciente busca la posición del analista respecto de su daño. Se percibe una intencionalidad discursiva orientada a generar una vinculación entre el padecer propio y la compasión del otro.

Assoun señala que el situarse en el daño provoca en el testigo su reverso, la ternura. En este caso, del terapeuta. Quien escucha y ve a este sujeto del perjuicio, podría ser capturado por el encuentro de una enigmática atracción, una *“preciosidad particular”* (...) *“el encanto turbio del trauma: lugar del perjuicio innombrable, también índice de un ideal”* (2001:10). El ideal de sujeto en falta, al que habría que reparar (en términos imaginarios, completar), llama al testigo-terapeuta a ubicarse desde un aspecto omnipotente de sí.

Si en esta tradición de trabajo se requiere validar y reafirmar la identidad de víctima por un uso político de la misma, además de la relevancia en la clínica que adquiere el reconocimiento necesario de este lugar, es importante hacerse cargo también de los riesgos que conlleva el caer seducido en ella. Ello podría obnubilar el pensamiento, por cuanto comienza a operar de manera automática (inconsciente) nuestro ideal de ‘ayudar’ al otro, desde una posición asimétrica paciente-dañado (en falta) y terapeuta-potente, cual madre completa o padre protector. Pensamos que no es lo mismo *haber sido* víctima que encontrarse en la posición de *victimizarse*.

La puesta a prueba a la que somos sometidos constituye una de las exigencias de reparación menos discretas, que busca asegurar que el otro –terapeuta– porte un saber sobre el padecer, se alíe de alguna forma con el sufrimiento propio y lo valide, eventualmente dando (en la forma de un *don*) un nombre a lo innombrable. Se da en ocasiones en forma directa e incluso agresiva, en otras de un modo sutil. Se espera que el terapeuta comparta posiciones políticas y/o conozca de la historia político-social, para lo cual algunos pacientes sondan y

²⁸ <http://www.pagina12.com.ar/1998/98-08/98-08-09/pag36.htm>. Extraído 09/01/15

otros directamente investigan a su terapeuta o a otros miembros del equipo profesional.

En toda clínica nos encontramos de una u otra forma puestos ‘a prueba’ en cuanto otro válido y en cuanto sujeto supuesto saber. Específicamente hemos señalado que en la clínica del trauma suele exigirse un saber específico sobre las condiciones histórico-políticas y sobre las consecuencias traumáticas que sobrellevan las víctimas y familiares. Pero “¿Qué pasa con la posición de víctima a la que el sujeto queda fijado al ser nominado por otro? ¿De qué se alimenta esta posición, cómo detenerla, qué papel tienen aquí las instituciones?” (González, 2004: 83). Detenerla no en el sentido de negarla, detenerla implica precisamente un abordaje consciente y dirigido cuando podemos advertir esta posición como haciendo obstáculo a la aparición de otros aspectos de la subjetividad, obturándolos.

“Supongo que habrás leído un poco de lo que nos pasó a los hijos de los ex pesos políticos, quedamos súper botados” dice una paciente, apelando a mi lugar de saber a través de su pregunta por mi conocimiento sobre ‘los hijos’. Esto, al tiempo que activa mis alertas a no responder, permite ilustrar la relevancia que esta interpelación adquiere no en demanda de respuesta, sino al encuentro de una cierta intencionalidad, como se señalaba con Pommier (2011) anteriormente²⁹. Esto es muy interesante puesto que esta intención discursiva es un indicio bastante certero para hallar la posición del sujeto.

Orientados sobre la base de una consciencia de la falta de reconocimiento social, prolongado en el tiempo, acerca de las violaciones a los derechos humanos durante la dictadura chilena, se comprende la interpelación como una prueba de posición, más que de saber. Como señala Pommier en la cita anterior, lo que está en juego es el reconocimiento, y en cuanto tal, la prueba posible me parece excede la palabra e involucra el acto de acoger y sancionar una experiencia. El ya mencionado juicio de existencia: “*La otra de las decisiones de la función del juicio, la que recae sobre la existencia real de una cosa del mundo representada, es un interés del yo- realidad definitivo, que se*

²⁹ En el apartado “Efectos del secreto y el silencio”.

desarrolla desde el yo-placer inicial (examen de realidad)”. Se trataría, siguiendo a Freud (1913:255) de algo que estando ya presente como representación, busca ser reencontrado en la realidad externa.

Este reconocimiento, que es tanto de la existencia de los hechos como de la existencia misma del sujeto, condensa lo que ha podido ser, lo que ha ido dándose un lugar cuando ya parece haber ciertas garantías mínimas de existencia. Los tratamientos muestran variaciones en esta interpelación, desde la mirada ansiosa hasta la palabra que nos inquiere de manera directa. Lo gestual y la puesta a prueba a través del encuadre son frecuentes: hasta dónde comprende y tolera el terapeuta mis fallas, los atrasos, la cancelación de horas, a las que conforme a la magnitud del sufrimiento habría que ceder. Y es que hay aspectos de lo traumático que sabemos quedan fuera de la inscripción significativa, pudiendo tan solo ser actuados. Nos dirigimos a la simbolización significativa.

Al encontrarse en juego la existencia del sujeto, vemos en algunos casos más extremos, que si no se es el sufrimiento *todo*, el ser se ubica del lado del ser *nada*. Y el cálculo transferencial es delicado.

“El psiquiatra Robert Jay Lifton dice que los psicoterapeutas dedicados a tratar trauma, somos “testigos de la historia”, al escuchar, a menudo presenciamos el trauma en los “sobrevivientes testigos” a quienes pretendemos ayudar. Lifton hace una analogía entre nosotros los “testigos profesionistas” y en nuestros pacientes que son los “sobrevivientes testigos”. En este contexto, el “testigo profesionista” está comprometido a dar testimonio, primero al ser receptáculo y continente del trauma de su paciente, segundo, al proporcionar justicia al valorar alternativas, y tercero, al ser testigo de la historia” (Kurian-Fastlicht, 2012).

La construcción de un espacio que haga posible esta validación, necesaria, que como señala Gaudillière (1998) requiere de una identificación entre el trauma del paciente y el trauma del analista, implica el desafío de incorporar en la

delimitación de un espacio en donde esta identificación sea posible, ciertos límites al riesgo posible de una masificación de lo traumático en nosotros y en quien escuchamos, de manera de invadirnos y/o bloquearnos, de una manera que nos permita reconocer los aspectos que constituyen puntos traumáticos para cada paciente. Y es que es complejo partir de la base que *toda* escena de represión política constituye trauma per se, o totalizar la experiencia en cuanto tal. Conforme a lo señalado, el hecho es una cosa y la secuela, otra. Observamos que para algunos pacientes el punto traumático se encuentra en aquello que *fue escuchado* durante los interrogatorios, en tanto para otros pacientes las imágenes, y algunas imágenes en particular, son lo que reaparece. Inclusive se observan casos de pacientes en que aquello que retorna no es la violencia, sino las escenas de solidaridad vividas entre los prisioneros, aún en clandestinidad, aun cuando posteriormente en algunos casos nunca sepan quiénes fueron los compañeros con quienes compartieron esas vivencias. La vía pulsional que se encuentre privilegiada por las marcas pulsionales originarias resultan clave para esta lectura de lo traumático. Y en el caso de los hijos opera de la misma manera, por cuanto para algunos casos lo que hemos llamado parentalización, con todo lo que conlleva, resulta una potencialidad, mientras para otros produce un agobio paralizante del diseño propio de un proyecto en devenir, entre otros aspectos de su subjetividad.

En los hijos se suele situar como escenas traumáticas algunos de los cambios bruscos de entorno, secundarios a la persecución política de los padres, la fragilización de las figuras parentales producto de los hechos represivos. Tales como presenciar la llegada del padre recién salido de una detención: lo escuchado, lo visto, lo percibido de distintas formas (olores, silencios) hacen marca subjetiva. Que el padre o madre nunca vuelve a ser lo que fue es un relato frecuente, y su cualidad fáctica dialoga con el revestimiento de idealización que se le añade.

En nuestras sociedades se ponen en marcha dispositivos de solidaridad frente a los dolores producidos por eventos incalculables, ya sean naturales o provocados por desastres humanos. Se trata de construir dispositivos de

reconstrucción de un Otro que fue avasallado: el Estado protector. Situación que suele darse en la actualidad, “la era del trauma” (Laurent, 2002). Como señala Soler (1998a: 17), *“Entonces, en una cultura sin Otro, donde en todo caso el Otro se fragmenta y deviene inconsistente, la solidaridad colectiva se ofrece como un Otro de sustitución, reparador pobre sin duda, pero sin embargo compensador o consolador del sinsentido real”*.

Pero la intrusión del real traumático no es homogénea, hay una singularidad en la forma de enfrentar estos dolores. En relación a PRAIS, existen personas que fueron severamente afectadas y no acudirían jamás a un Programa de Estado ni aceptan, de hecho, nada como reparación frente a lo que consideran poco digno, no adecuado e incluso peligroso. Señalan, por ejemplo: “que nada de lo que hicieron fue esperando un reconocimiento; es vergonzoso que la gente reciba plata de un sistema que es enemigo político; si yo me inscribo quedo fichado nuevamente” (palabras escuchadas en una conmemoración del 11 de septiembre). Por otra parte, también existe una población que asiste al PRAIS con la exigencia que se les devuelva un bienestar perdido, que el Estado les adeuda: viene a exigir, cual producto, su *reparación*.

La sobreabundancia del discurso del trauma en la actualidad está relacionado con la fragmentación de los grandes discursos (Soler, 1998), lo que fragiliza efectivamente a los sujetos. Frente a ello en nuestra época se reproducen formas de construcción de un Otro solidario, reparador, que ante el agujero de este Otro que daña, aparece como alternativa de reemplazo o restitución.

Es atendible, entonces, la posición en que el paciente se presenta respecto de su condición de víctima: su negación como su reivindicación constituyen extremos de un aspecto que por un lado indica una dirección ya indicada al inicio: la víctima, al ser producto de una violencia ‘real’ deja huellas en la realidad psíquica que debieran ser incorporadas en el abordaje clínico. Por otra parte, interpelan nuestra posición, el deseo del analista, nuestra propia tendencia en el continuo impotencia-omnipotencia, y la posición que adoptemos también en torno a la demanda institucional y estatal, que nos ubica como bisagra entre la deuda de reparación y la imposibilidad de la misma.

En este sentido, hacemos temporalmente nuestra la orientación que Soler (2014) otorga, acerca de 'acomodar' el Otro en cuanto discurso, propiciando la restauración de ciertos anudamientos o bien el diseño de unos nuevos, inéditos. Que ellos permitan que el paciente resitúe un sentido propio, por mucho que estemos advertidos que el sentido tiene la limitante 'real' de lo que implica el avasallamiento de estructura propio del trauma, en tanto intromisión y exceso.

1. DEL TRABAJO CLÍNICO

Sistematización

Para orientar la reflexión y organizar lo planteado, es menester retomar los problemas iniciales, formulados como dos interrogantes que adquieren una secuencia lógica. En primer término, interrogamos la manera de abordar clínicamente lo traumático, toda vez que en la búsqueda de la *singularidad* del caso aparece una complejidad asociada a la magnitud de las situaciones de represión política. En segundo término, las interrogantes en torno a la *forma* en que se manifiesta lo traumático en tanto secuela o huella en la psiquis de los hijos, cuando la ocurrencia de los eventos se da en los tiempos de estructuración subjetiva, su infancia.

La discusión teórica otorga el marco para una discusión posible, identificando el campo de conocimiento en el cual nos encontramos y algunos de los debates contingentes, conforme a una lectura personal que se enmarca en una

construcción clínica singular y propia. Es relevante sistematizar lo dicho, que se delinea como carta de navegación para nuestro proceder clínico.

Los ejes de abordaje otorgan líneas aplicadas de pensamiento de acuerdo a formas de manifestación de ciertas problemáticas recurrentes. Los planteamientos en torno a ellos han ido trazando un camino que aporta claves para la intervención con los pacientes hijos de afectados directos de la represión política y que crecen durante la dictadura chilena.

De perogrullo puede parecer el señalamiento de la palabra como vía primordial de nuestro trabajo como clínicos, por cuanto es en su universo en el que aparecen las significaciones nuevas y sus aperturas subjetivas. Ello no excluye aquel registro de lo imaginario: nuestro gesto, actitud, mirada y acogida general resulta determinante en la instalación transferencial. Nuestra implicancia en términos de lo que hemos tomado de los autores como *juicio de existencia*, la conjunción entre el *trauma del analista* con el *del sujeto* como el encuentro posible de las subjetividades en juego, la validación del sufrimiento y reconocimiento de la dimensión de *víctima*, constituyen el punto de inicio para cualquier tratamiento. La posibilidad que he tenido de trabajar en una clínica distinta del trauma, en contexto de la consulta privada y a través de Consultorio Plus³⁰, ha permitido notar que si bien la intención de la palabra se encuentra siempre orientada a encontrar en el analista una resonancia singular con algo de esta naturaleza (su propia implicación en cada caso), esta clínica del trauma la suele ubicar con una urgencia acentuada. Es posible sindicar tanto elementos sociales como singulares que se encuentran en juego en cuanto a este elemento.

Retomar la idea de desalienación como orientación de la cura, conlleva particularidades en esta clínica, conforme a lo que hemos revisado. Las figuras

³⁰ He tenido la posibilidad de trabajar algunos años en el Grupo Psicoanalítico Plus: *“El Grupo Psicoanalítico Plus nace en 1996 reuniendo a psicoanalistas que, interesados en los trabajos de Freud y Lacan, buscan generar un espacio de reflexión, teórico y clínico, a partir de la evidencia que no hay saberes garantizados sino contruidos, es esto lo que ha impulsado diversas modalidades de trabajo llevadas a cabo desde entonces”*. Esta agrupación sostiene un espacio clínico de atención (Consultorio Plus) que, acompañado de supervisiones periódicas grupales, otorga sustento práctico a la investigación permanente que se realizan en las otras instancias que llevan a cabo. En: <http://www.grupoplus.cl/gl/mod/resource/view.php?id=2>

de identificación, debido a la gravedad de lo vivido, son en ocasiones engrandecidas, sostenidas un buen tiempo emocionalmente, reemplazadas en ocasiones a través de lo que hemos revisado bajo la noción de *parentalización*. Se encuentra intensificado el vínculo, según lo que observamos en el registro imaginario. Nuestra interrogante entonces indaga lo real y lo simbólico en ello, su huella en la estructura.

Así también, la hiperintensidad que adquieren no sólo las figuras, sino los ideales en juego en cuanto a los grandes discursos políticos y sociales a los que adscribe en parte de las veces el entorno de estos pacientes, actúan como obstáculo al hallazgo de una voz propia en esta trama, favoreciéndose como hemos intentado ilustrar los encargos rígidos y la instalación de proyectos vitales precarios o excesivamente apegados al ideal.

De acuerdo a la revisión teórica se hace necesario destacar la importancia de entender el traumatismo como una elaboración que se *produce* dentro de un espacio, que no corresponde al evento ni coincide sólo con la vivencia consciente, sino que incorpora un *real* que excede aquello posible de simbolizar. Respecto de ello, parte de la apuesta clínica está constituida por el ejercicio de *construir* intervenciones, *marcar* ciertos indicios que al hacer signo de lo traumático, sólo se muestran a través del *acto*, o del *gesto*.

El trabajo de figurabilidad se encuentra en esta misma línea, toda vez que alude a la visualización, cercana a lo onírico, a lo alucinatorio, vehiculizando la aparición de campos resto (signo) cuyo lugar de desecho no pueden advenir a través de otra vía. Se orienta a posibilitar la producción de un discurso que ponga en circulación el trauma, de manera de acercarnos a aquello que se entiende como restitución de una continuidad subjetiva interrumpida por un real y obstaculizada por una hipertrofia de lo imaginario en cuanto a ideales y en cuanto a la hipertrofia también del Otro simbólico como discurso originario.

Esto cursa de manera paralela a las consecuencias que adquiere la caída de estos discursos, en ocasiones vehiculizada por la caída *real* de las figuras

parentales por enfermedad o envejecimiento, en su registro simbólico: la pérdida dolorosa de su potencial fálico. El declinar de estos grandes discursos, que con Soler (1998) revisamos, actúan como pantallas protectoras de lo real, merma la capacidad de recubrir, se resquebraja o fractura, con los efectos de intromisión que esto implica y la fragilización del lazo social, como efecto del trop y trou matisme: agujero y exceso del real, declive de los soportes simbólicos.

Ello se encuentra vinculado a lo señalado tanto por Abraham y Torok (1987), Tisseron (1995), Gampel (2005), respecto de la penetración de contenidos traumáticos no metabolizados que dificultan la formación de símbolos en las generaciones posteriores a los afectados directos por un trauma. Quienes ulteriormente podrían situarse de manera aleatoria como *transmisores* o *receptores* pasivos de identificaciones o contenidos transmitidos, que al inundar el funcionamiento subjetivo adquieren un efecto *radiactivo*. Un abordaje que privilegie el *mostrar* más que el *nombrar* resulta compatible con esta forma de presentación del material psíquico, desencadenante de un tipo de fenómenos clínicos que se manifiestan más allá de la palabra.

De la transmisión transgeneracional de lo traumático, lo revisado permite identificar ciertos atrapamientos subjetivos que se encuentran descritos como propios de esta clínica, conforme a la construcción de un relato que añade a los recuerdos particulares aquello que es transmitido por los padres y/o generaciones precedentes. Existe entonces una dimensión de investigación acerca de los hechos que a veces espontáneamente surge al interrogar lo originario. Investigación producida justamente por la constatación de vacíos de transmisión que son incomprensibles para los pacientes.

Producto de la realidad de una violencia perpetrada por el aparato estatal, sumado al terror de amplios sectores sociales y a la complicidad muda de otros, las personas directamente afectadas quedaron en un aislamiento que cotidiano, discurre en el registro imaginario, pero también hace parte del real. Se muestra entonces en su aspecto no simbolizable, generando situaciones paradójales y síntomas de diverso tipo. Propiciar la restitución de un lazo al

Otro, ya sea recuperando parte de aquello que fue dañado, perdido, o generando nuevas formas de vinculación tras la mutilación de aquellos aspectos irreparables de este lazo, constituyen parte de los objetivos de intervención.

En su vertiente terapéutica esta intervención se orienta a la producción de discurso, incorporando el elemento creativo y novedoso, a la vez que atendiendo a las producciones que encontramos ya desplegadas en cada caso. No nos parece que esto se corresponda necesariamente con las ideas de adaptación ni tampoco coincidan ineludiblemente con la forma en que se entiende la reparación. Sin embargo, entendemos que parte del abordaje involucra este aspecto, por cuanto observamos en cada caso expresiones de la fragilidad del lazo y de la relación al Otro, y cuya relevancia clínica es la consecuente amenaza al lugar subjetivo que viven los pacientes. Ésta puede adquirir graves dimensiones, manifestándose no sólo en la forma de síntomas de magnitud severa, sino también como fallas en la capacidad de simbolizar, actos inexplicables, vacíos y bloqueos inhibidores de la subjetividad, huellas de un encapsulamiento de lo traumático, que cursa escindido. En palabras de Gaudillière (1998) y Soler (1998 a y b), forcluido.

Deteniéndonos en esto último, el trauma genera la efracción de un real que parece excluir la incidencia del inconsciente, y nuestra intervención apuntaría entonces a *producirlo*. Un inconsciente entendido en sí mismo como la *inscripción*, dado que aquello que se inscribe es lo que puede ser reprimido, olvidado, para pasar a configurar un material inconsciente. Aquello que no es inscrito cae en la insistencia como repetición, reapareciendo conforme a la operación que haya podido hacer: perpetua reivindicación, denuncia, desmentida, o en el caso de la psicosis, una forclusión, cuyo material retorna desde lo real.

En cuanto analistas y siguiendo a Laurent (2002), el revés del trauma constituye el elemento de real que resiste a la simbolización. El abordaje posible, advirtiendo las limitaciones propias de lo imposible que es recubrir lo real en su totalidad, y propias del trauma, se encontrarían en la vía libidinal:

producir un sujeto inventando a un Otro que ya no existe más. Nos parece que ello se encuentra vinculado a la producción de nuevas líneas de goce a partir del reconocimiento de vías pulsionales singulares ya existentes y que aminoren o bien cursen en conjunto con las vías facilitadas de goce mortífero que son propiciadas tras la catástrofe traumática.

En términos clínicos, lo anterior implica hacer un reconocimiento explícito de los goces ya facilitados en cada paciente por sus determinantes de estructura. Se produce sobre la base de lo que ya existe y que en ocasiones se encuentra oculto tras las formas de expresión del padecer. Cuántas veces hallamos un goce obturado por la culpa y el mandato solidario y leal a las figuras parentales, a lo que encarnan de ideales perdidos, como en un duelo permanente del cual parece darse una forma de *culpa de sobreviviente*, a la manera de una perpetua conmemoración. En términos simples y concretos, las formas de goce ligadas al placer son sancionadas: parece darse una obligación de sufrir, pasarlo bien no está bien³¹.

Y es que no es posible sustraerse de los derechos y obligaciones que se reciben de generaciones anteriores (Biederman, 2014), y lo traumático tras el paso del tiempo cronológico suele deambular invisibilizado, desvinculado de la realidad originaria (Madariaga, 2006). Ello propicia la emergencia de lo tanático y lo que trae aparejado en cuanto daño a la capacidad de simbolizar (Weschler, 2013), abordable a través de un develamiento del goce mórbido a la vez que el encuentro con el *don* como entrega amorosa, asociada a la otra forma de transmisión: erótica y libidinal.

Nuestra clínica se encuentra respecto de lo traumático en una intersección entre por lo menos dos tiempos de la subjetividad, lo actual y lo originario, cuyo diálogo se intenta propiciar, toda vez que la observación de contenidos silenciados y vacíos son mantenidos apartados del funcionamiento psíquico a

³¹ Recordamos aquí la reflexión de Freud en diversos trabajos (1914, 1919, 1923, 1937) sobre la manifestación clínica de una culpabilidad opresora, la necesidad de castigo, asociada a una severidad particular del superyó que se encontraría asentada en sus raíces pulsionales (goce superyoico). También solidaria de la reacción terapéutica negativa y vinculada a la pulsión de muerte.

través de distintas operaciones. Hemos hablado de forclusión y disociación, cuando en otras ocasiones la evitación, desmentida y negación aparecen como operaciones defensivas que resisten al diálogo posible. La desmentida puede conducir a fenómenos tan perversos como aquellos que ocurren a nivel social.

Y es que aquí nos encontramos frente a la impunidad y la falta de reconocimiento social de los hechos, que al operar como límite al abordaje clínico, excede la operación de nuestro íntimo juicio de existencia. Que el silenciamiento social propicia el aislamiento subjetivo implica en muchos casos su correspondiente agravamiento defensivo, develándose en el espacio transferencial. Esto genera en ocasiones la apertura de espacios psíquicos que pueden descompensar en los pacientes, o bien es esta apertura la que por un desencadenante lleva a la consulta.

Pudimos observar que esta es una de las formas en que la clínica muestra el exceso propio de la experiencia, que al inducir el guardar y retener, reduce en los pacientes los caminos de la transmisibilidad. Ello se muestra como un padecer que suele situarse en la expectativa de que el otro entienda, empatice, con algo que queda de alguna forma fuera del lazo común de lo comprendido. Esta vivencia acerca en ocasiones a los pacientes a la 'locura', en una incesante búsqueda por cotejar 'afuera' (en el mundo social) una sanción para la vivencia emocional, que los otros la confirmen o desconfirмен, ante la duda acerca de la 'realidad' de la misma.

Esta vivencia de 'locura' puede ser comprendida en los términos de Davoine y Gaudelliere (2011), vale decir, nuevamente como una reacción al cuestionamiento en la relación al Otro. Lo que cae son los ejes en los que este Otro se sostiene. En casos de pacientes no psicóticos pensamos la vivencia de locura como una amenaza de su caída más que en un desmoronamiento total; amenaza que parece encontrarse en el centro de la angustia, tras el síntoma.

En muchos casos los eventos de la represión política en su vínculo con lo actual se encuentra velado tras un desplazamiento o varios. Su aparición es

hallazgo y huella, es muchas veces reencuentro sorpresivo, cae como resto en el discurso, el vacío del decir o el exceso bizarro de un contenido ominoso.

Por último, cabe señalar las siempre presentes y molestosas limitaciones para nuestra tendencia a la omnipotencia. Nuestra implicancia y deseo como en toda clínica sufre de este real limitante y la castración simbólica que nos constituye. Hay ciertos aspectos particulares a mencionar en lo que respecta a estos pacientes, dentro de esta institucionalidad, estatal y pública.

Se dijo que en ocasiones los vínculos con lo traumático no se encuentran disponibles a la consciencia y sin embargo, aparecen como relevantes en el trabajo por su incidencia necesaria en lo actual, forman parte de aquella historia de la cual el sujeto está conformado. Con Gampel (2005: 54) nos preguntamos, sobretudo en aquellos casos en que lo traumático ha generado catástrofe psíquica: *“¿Cómo acompañar al paciente en el trabajo psicoterapéutico sin herirlo demasiado? (...) Podemos acompañarlo en su rememoración de una vivencia aterradora (...) se crea un espacio psíquico en el que puede “recordar” en lugar de “repetir”, para devolver en algún momento cierta unidad a su psique destruida(...).”*

La posibilidad de propiciar el encuentro con lo singular del paciente, su propia implicación, constituye la mejor apuesta, por el momento, para iniciar o retomar un posicionamiento del sujeto sobre sí mismo y su historia, reanudando el devenir pulsional muchas veces detenido en contenidos mortíferos propios de los traumatismos.

Respecto de la institución nos parece relevante destacar el riesgo de ideologización de la víctima, el mandato de reparación que puede poner en marcha para los equipos respuestas subjetivas cercanas a la compasión, la señalada omnipotencia o en su contrario, la impotencia extrema. Formas que dificultan la escucha, y pueden ser entendidas desde la fascinación (Assoun, 2001) o el bloqueo que podría generar en los terapeutas y otros miembros de los equipos la escucha de contenidos de extrema violencia.

No es privativo lo anterior a la institucionalidad de PRAIS, dado que lo traumático puede generar, como se señaló al inicio, por su propio peso una implicación excesiva que inclusive ha sido denominado también trauma, con su apellido de *vicario*, más aún, trauma *por compasión* (ver nota pág. 11). Lo que podría considerarse distintivo es la cualidad de mandato estatal, por cuanto *encarnamos* la deuda con las víctimas, que el Estado precariamente asume a través del Programa, mientras existe un universo de aspectos en los cuales se adeuda no sólo reparación, sino como se señaló antes, el mínimo reconocimiento social posible, con la concomitante posibilidad de hacer inscripción, y muy particularmente, justicia. Esta encarnación, en calidad de funcionarios públicos no sólo implica un lugar simbólico, se hace parte de nuestra carne y nuestra subjetividad, lo que tiene un costo material y psíquico, del cual nunca resulta simple hacernos cargo.

2. CONCLUSIONES

O Para seguir pensando....

Hemos revisado que la clínica del trauma requiere hacer distinciones basales respecto de las nociones que le sostienen. Realizamos dos distinciones fundamentales, la primera acerca del evento versus la significación subjetiva del mismo. La segunda, entre trauma real y escena edípica, la cual podría adquirir en algunos casos ribetes traumáticos cuando existen aspectos complejos en su integración. Se intentó ilustrar como aquellos hechos traumáticos, cuando han acaecido en conjunto con la renuncia y la promesa que implica el paso por el complejo de Edipo, adquieren una cierta gravedad particular, con el potencial para dificultar el establecimiento de estructuras

fundamentales de la subjetividad. Los eventos desencadenantes con frecuencia remiten a un quiebre, una repetición traumática que resulta entendible y abordable a partir de esta hipótesis clínica.

De todas las formulaciones revisadas consideraremos que las palabras de Soler (1998: pág.) condensan para esta revisión con mayor claridad la comprensión del trauma contingente o real: *“Entonces, hablamos de trauma cuando hay efracción del dolor, del sufrimiento, del espanto, por vía de un encuentro inesperado”*.

Se planteó como un posible inconveniente para la comprensión de lo traumático la existencia de ciertos discursos que tienden a generalizar el trauma como camino de comprensión para diversas expresiones de malestar. Estas perspectivas, con Laurent (2002) *mueca de la historia*, se correspondería con cierto agujero de los grandes discursos (Soler, 1998), propio de nuestra época. No nos detuvimos a revisar las variables en juego respecto de ello, sin embargo, pensamos que existe un vínculo entre estos ‘agujeros’ del Otro y la hipótesis de la caída de lo paterno como significativa.

La hipótesis de este declinar del padre en la sociedad actual y globalizada es tomada como tal, una hipótesis, tal como las de Laurent y Soler. Nos auxilian en la comprensión, aunque no es deseable tomar una actitud indiferente respecto de una interesante discusión en torno a ello dentro del psicoanálisis. Se quiere enfatizar en ello por cuanto situar estos ejes de pensamiento apunta tomar una cierta posición cuya ambición es el inicio de reflexiones que, tal como el sujeto y también lo traumático, constituyen una *producción* necesariamente en devenir.

Observamos que en los distintos ejes clínicos abordados se van repitiendo contenidos, que en el último punto sobre el abordaje, se intentan recoger para sistematizar aquello que consideramos centra en la exigencia de la intervención. Como se señaló de entrada, esta repetición de contenidos en los

distintos acápites responde a que la separación constituye un ejercicio artificial de acuerdo al objetivo de relevar aspectos recurrentes que en cada caso se presentan superpuestos.

Ahora bien, la visión revisada acerca del borramiento del sujeto por la efracción de un real, que es efectivo en el trauma contingente, resulta tramposo cuando se le aplica de un modo impreciso. Al tratarse del dolor psíquico asociado en este sentido de manera impropia con lo traumático *real*, ha resultado altamente atractivo para aliviar al sujeto de su propia implicación tras cualquier evento. Situación que no colabora en el abordaje clínico.

Se desarrolló la interrogante sobre la forma en que estos eventos, en calidad de trauma contingente, tienen la potencialidad (traumatógena) de interrumpir o dificultar de alguna forma, el proceso de instalación de las estructuras psíquicas de un sujeto en formación. Nos parece que es posible señalar que existe este potencial obstaculizante, que el trauma real en un infante logra dificultar la estabilización de funciones y entonces genera consecuencias a nivel de estructuración psíquica. Calidad de lo traumático que es específica y distinta al trauma en una estructura ya estable, la psiquis adulta, en la cual suponemos que las estructuras subjetivas habían sido logradas cuando el trauma real se impone, invadiendo o destruyendo zonas previamente existentes.

La estructura de *forclusión* que conlleva el trauma real, apoyándonos en Gaudilliére (2011) y Soler (1998 a,b) permite comprender la ubicación de lo traumático por fuera de la inscripción. De eso es justamente que se trata el real, un imposible de decir porque es un imposible de inscribir. Lo relevamos porque otorga precisión a la operación psíquica involucrada. Aunque no nos detuvimos en revisar la complejidad de la noción de forclusión, las referencias teóricas son múltiples, partiendo por Lacan mismo y los autores que la trabajan hasta la actualidad. Señalar que el trauma tiene estructura de forclusión permite comprender el estatuto de la memoria traumática, como una incesante

repetición, cercano al contenido alucinatorio y delirante; una memoria insistente, carente de la operación del olvido como propiedad de la repetición.

Conclusión relevante y mencionada más de una vez en el escrito precedente, la constituye nuestra comprensión de dos tiempos, dos formas de lo traumático que dialogan en la clínica delimitada: aquel tiempo de instalación del 'drama' edípico con el tiempo del trauma real. Cuando estamos abordando la situación subjetiva de personas que vivieron eventos violentos, traumatógenos para su entorno inmediato durante el período crítico de la escena edípica, podemos suponer que ambas formas de trauma podrían cursar a un mismo tiempo, la violencia del trauma contingente puede entonces otorgar ribetes particulares a los procesos propios del Edipo, básicamente a la fijación de las posiciones de lo materno, lo paterno y lo fálico respecto del sujeto.

Esa conclusión halla su sustento en el encuentro con vacilaciones de mayor o menor magnitud durante los distintos procesos de conformación psíquica y su consecuente estabilización de las posiciones subjetivas derivadas del curso de las funciones parentales, la forma en que hacen su ingreso y decantan, proceso que es *efectivamente* interferido por la violencia traumática.

Los ejes clínicos revisados, asociados a lo traumático, nos parece ilustran que al existir una vivencia psíquica fundante, desprovista de la posibilidad de testimonio y relato, se presenta en el trabajo psicoterapéutico un desafío para la reconstrucción y la búsqueda de sentidos de las experiencias tempranas. Resulta relevante la búsqueda de las maneras en que estas vivencias se insertan en la historia particular, con el fin de propiciar caminos de elaboración psíquica.

De la revisión acerca de lo que entenderemos por transmisión en psicoanálisis, y respecto específicamente de la transmisión de lo traumático, concluimos que no es posible entender el silencio como una *no* transmisión, sino como una de sus formas, asociada a lo tanático. Considerando estas claves teóricas, la transmisión hacia los hijos en dictadura discurre en conjunto con su experiencia, sus vivencias propias como niños y sujetos particulares.

Sobre la historia de represión política chilena en los casos revisados es difícil encontrar secretos de la naturaleza de una cripta. Al parecer el segmento generacional de los hijos que crecieron en dictadura, constituye una primera generación respecto de la transmisión, observándose duelos y traumas congelados, en ocasiones cronificados. Como se revisó al respecto (Fischer: 2013, CINTRAS: 2012), parecen ser los nietos quienes en este sentido constituirían una segunda generación.

En la clínica de estos casos es posible observar que la dificultad de hacer circular un discurso sobre las experiencias traumáticas para los padres puede producir distintas formas de negación de las mismas. Revisamos la desmentida y sus formas de expresión, en el límite de las dinámicas perversas. Se comprende este decurso subjetivo como resultado de graves situaciones excesivas a la psiquis, cuya cualidad distintiva es la transgresión de los pactos sociales básicos. A transgresión de la norma básica, transgresión psíquica: los contenidos no son ni reprimidos ni conscientes: son desmentidos, denegados, desestimados, no existe un lugar en donde puedan ser incorporados y nombrados dentro de la vida psíquica. En los hijos esto puede ser observado de diversas maneras. En ocasiones parecen haber verdaderas lagunas oscuras respecto de respuestas o recursos psíquicos asociados a lo libidinal, a la circulación del deseo.

Algunas viñetas clínicas ilustraron estas lagunas, de las funciones parentales a la relación con la elección de pareja o los proyectos de familia. Se observan conflictos en la estabilización de proyectos en esta área, que en la investigación psicoanalítica particular vemos vinculada en algunos casos de hombres que no logran resolver problemáticas fundantes en la relación con la madre y su función. O mujeres que no logran tener otro hombre que un padre hipertrofiado respecto del cual existe un pesado mandato de lealtad. Si le añadimos a estas fijaciones parentales la realidad del trauma temprano, su idealización, y fenómenos como la parentalización, entendida como una protección psíquica del hijo/a al padre o madre, se observa que estas personas suelen repetir esta parentalización con las parejas o los hijos, protegiendo sus

vínculos de manera exhaustiva y extenuante, como pudieron efectivamente haber hecho, o desear hacer respecto de sus padres. Es posible ver también su contrario: la expectativa de ser protegidos con la misma intensidad y urgencia, que en lo actual aparece desmedida.

De lo que se trata es de rastrear un resto, testimonio del traumatismo, que se encuentra imposibilitado de simbolización. Por otra parte, se requiere de sutileza en la búsqueda de los intentos de producción que el sujeto ya ha desplegado en relación a este material, parásito de su funcionamiento psíquico.

En los procesos clínicos observamos que esta secuela que toma la forma de un resto no simbolizado (no simbolizable?), que hace signo de lo traumático, puede mostrarse como unas afectaciones que se expresan más en la forma de lo dicho que en los contenidos que el paciente trae. Ello constituye también una cualidad de lo no inscrito, dado que aparece fuera de las posibilidades de ser dicho, mostrándose de otras maneras, a veces del orden de la percepción, de lo gestual.

Por último, estas preguntas se sostienen además como una forma de resguardo transferencial, que resulta condicionante en el devenir de un posible tratamiento. La ideologización de la víctima se manifiesta como expresión de la identificación con lo traumático, y está relacionada con la dificultad de pensar que genera el impacto de esta clínica: el riesgo de sucumbir ante el horror de las situaciones que nos convocan, que en muchas ocasiones desafían las capacidades de asimilación de quienes las escuchan. Tanto es así que hemos visto pacientes cuyas experiencias anteriores de tratamiento han fracasado precisamente por este factor, y es que existen en esta clínica pacientes que, identificados a la víctima, se hacen portadores del horror y depositarios tanto de la compasión como de la fascinación del otro.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Aceituno, R. (2006). *Trauma, memoria y transmisión*. En Los retornos de Freud. Editorial Palinodia. Chile.
- Aceituno, R. (2013) *Tener lugar*. En: Espacios de Tiempo, Clínica de lo traumático y procesos de simbolización. Universidad de Chile. Chile.

- Aguilar, M., Díaz, M., Gómez, E. (2005). *Análisis de los efectos psíquicos asociados al impacto del Informe en la elaboración de lo traumático en procesos terapéuticos individuales*. En: www.ilas.cl/articulos/ilas_4/art_7.DOC. Extraído 26/10/14
- Assoun, Paul-Laurent (2001). *El perjuicio y el ideal: hacia una clínica social del trauma*. Ediciones Nueva Visión.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación*. Del pictograma al enunciado. Amorrortu editores. Argentina.
- Azocar, M.L., Casté, M.T., Soza, P. (2003). *El conflicto político: lo innombrable del conflicto psíquico*. Revista Gradiva 4;2: 142-150. ICHPA. Chile.
- Benyakar y Lezika (2005). *Lo traumático: clínica y paradoja*. El proceso traumático, Volumen 1. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.
- Biederman, N. (2014). *Detenidos desaparecidos: consecuencias para la segunda generación*. En: <http://imagenesparamemorar.com/2014/08/27/detenidos-desaparecidos-consecuencias-para-la-segunda-generacion/>. Extraído 07/01/15.
- Cabrera, P. (2014). *Construcciones: clínica de lo traumático y figurabilidad*. Universidad de Chile. Chile.
- Canedo, L. (2008). *La escritura del caso, un ejercicio de lectura*. Trabajo presentado en la Sesión inaugural del Seminario del Campo Freudiano de Barcelona, el 18 de octubre de 2008. En: <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=312&pub=4&rev=40&idarea=7>. Extraído 15/07/2014.

- CINTRAS (2012). *Prevención del daño transgeneracional en segunda generación*. Trabajo psicosocial de grupo. CINTRAS, Chile.
- CODEPU (2002). *Labradores de la Esperanza Tomo II: Estudio sobre la situación social, trauma psíquico e impunidad en la región del Maule*. DIT – T. Capítulo 7.
En: <http://www.derechos.org/nizkor/chile/libros/maule2/index.html>.
Extraído 25/05/15.
- Czermack, M (2003). *Memoria y filiación: 30 años después*. Conferencia pronunciada en el Instituto chileno-francés de Cultura el 6/11/2003. En: *Lo Social y lo Clínico. Cuadernos de Psicoanálisis N°3*. Grupo Psicoanalítico Plus. Chile.
- Davoine y Gaudelliere (2011). *Historia y Trauma, la locura de las guerras*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1988). *Mil Mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-textos. España.
- Díaz, D. (2011). *Transgeneracionalidad del Trauma Psicosocial en descendientes de afectados por la represión política en Chile*. Seminario de Licenciatura para optar al Grado de Licenciada en psicología .En: <http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/490/tesis.pdf?sequence=1>
- Díaz, M. (2005). *Efectos Traumáticos de la Represión Política en Chile: Una Experiencia Clínica*. En: www.ilas.cl/articulos/ilas_4/art_8.DOC.
Extraído 18/10/14.
- Dör, J. (1998). *El padre y su función en psicoanálisis*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- Evans, D. (1997); *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*.

- Faúndez, X., Cornejo, M. (2010). *Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial*. Revista de Psicología Universidad de Chile, Vol. 19, Nº 2. Chile. En: <http://www.cedocmuseodelamemoria.cl/wp-content/uploads/2012/06/Faundez-Cornejo-2010.pdf>. Extraído 19/03/15.
- Fischer, J. (2013). *Transmisión transgeneracional del trauma político vivido en Chile en la dictadura militar en descendientes de víctimas: un abordaje psicoanalítico en la tercera generación familiar*. Licenciatura, Psicología, Universidad de Chile. http://190.98.219.232/~tesisdh/Tesis_PDF/Tesis%20Fischer.pdf
- Freud, S. (1915). *De guerra y muerte, temas de actualidad*. En Obras Completas, Vol. XIV. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1908). *La novela familiar del neurótico*. En Obras Completas, Vol. Amorrortu Editores, Argentina.
- Freud, S. (1913). *La negación*. En Obras Completas, Vol. XIX. Amorrortu Editores, Argentina.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. En Obras Completas, Vol. XIX. Amorrortu Editores, Argentina.
- Freud, S (1937). *Construcciones en el análisis*. En Obras completas, Vol. XXIII. Amorrortu editores. Argentina.
- Gampel, Y. (2005). *Esos padres que viven a través de mí*. Paidós, Argentina.
- Garcés, M., Nicholls, N. (2005). *Historia institucional de la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas FASIC. 1975-1991*. Santiago: LOM Ediciones.

- García, S. (2005). Revista Uruguaya de Psicoanálisis; n. 100: p. 149-169. En: http://www.apuguay.org/revista_pdf/rup100/100-garcia.pdf.
Extraído 15/05/15.
- Gaudillière, J.M. (1998). En: <http://royalcaute.blogspot.com/2008/10/seminario-el-discurso-analtico-del.html> (Extraído 06/01/15).
- Gómez, E. (2012). *Hay heridas que sanan (IV)*. Mi cuerpo es tu cuerpo: una forma de trauma relacional temprano (Rev GPU 2012; 8; 1: 58-62).
En:
http://revistagpu.cl/2012/GPU_marzo_2012_PDF/PP_Heridas_4.pdf.
Extraído 13/03/15.
- Gómez, E. (2013). En: <http://doctoradopsicoanalisis.unab.cl/alumnos/tesis-defendidas/elena-gomez-castro/>
- González, M (2004). *Trauma, Memoria y Reparación*. Cuadernos de Psicoanálisis N°2. Grupo Psicoanalítico Plus. Chile.
- Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura. Chile. 2004.
- Inger Agger - Soren Buus Jensen (1989). En: Equipo de Salud Mental-DITT del Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU) Organización Mundial contra la Tortura (O.M.C.T.) *TORTURA: Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Prevención y Tratamiento*. Ginebra – Suiza. Santiago - Chile. Noviembre 1989.
En: <http://www.blest.eu/biblio/seminario/index.html> Edición digital del Centro Documental Blest el 07/02/02.
- Insua, G.; Restuccia, M., Caffarini, A., Tanzi, C., Vallone, N., Arche, L., Cons, I. (2008). *De un trauma no sexual*. Aportes teóricos y clínicos. Letra viva. Buenos Aires, Argentina.

- Kurian-Fastlicht, S. (2012). *Transmisión del Trauma Transgeneracional*. En: <http://www.yadvashem.mx/stephanie-kurian-fastlicht/transmision-del-trauma-transgeneracional.257.html>. Extraído 28/04/2015.
- Lacan, J. (1958). *Las formaciones del inconsciente. Clase del 15 de enero*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Lacan, J. (1949). *El estadio del espejo como formador del yo –je- tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En *Escritos I*. Siglo XXI. México.
- Lacan, J. 1972-73. *Seminario XX: Aún. Clase 3: “La función de lo Escrito”*.
- Laurent, E (2002). *El Revés del trauma*. En: <http://virtualia.eol.org.ar/006/default.asp?notas/elaurent-01.html>. Extraído 04/01/15.
- Le Gaufey (1993). *La evicción del origen*. Edelp editorial. Argentina.
- Lira, E.; Becker, D. 1989 (comp). *Todo es según el dolor con que se mire*. Chile: Editorial Instituto Latinoamericano de Salud Mental.
- Loveman, B., Lira, E. (2005). *Políticas de Reparación: Chile 1994-2004*. Santiago: LOM Ediciones.
- Madariaga. C (2006). *Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria*. En: <http://www.cintras.org/textos/reflexion/r32/retraumatizacion.pdf>. Extraído 19/03/15.
- Millán, G.; *Pasan carrozas* (extracto). En: <http://metiendoruido.com/2012/09/cuando-las-palabras-son-resistencia-la-poesia-escrita-en-la-dictadura-militar-de-pinochet/>

- Mannoni, O. (1973). *Ya lo sé, pero aun así, La otra escena*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
- Norma General Técnica N° 88, PRAIS - Ministerio de Salud. juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_437_06.doc
- Piper, I. (2005). *Obstinaciones de la memoria: la dictadura militar chilena en las tramas del recuerdo*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social. Universidad autónoma de Barcelona.
- Pommier, F. (2011). *Ana o el arte de desaparecer y el problema de la negación*. En: *Lo extremo en Psicoanálisis*. Universidad de Chile. Chile.
- Puget, J.; Kaës, R. (1988). *Violencia de Estado y Psicoanálisis*. Lumen. Argentina.
- Rabant, C. (1993). *Inventar lo real: la desestimación entre perversión y psicosis*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- REVISTA CHILENA de Literatura. Noviembre 2006, Número 69, 45-67. ESTUDIOS. TRATADA DE ROSABETTY MUÑOZ: METÁFORAS DE UN TIEMPO CRUEL* Iván Carrasco M., Universidad Austral de Chile: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22952006000200003. Extraído 14/01/15.
- Salvador, I. (2014). Referenciada en: <http://www.efesalud.com/noticias/se-heredan-algunos-traumas/>. Extraído 13/04/15.
- Soler, C. (1998a), Alomo, M., Muraro, V., Castro Tolosa, S., Lombardi, G. (2014). *Variantes de lo tíquico en la era de los traumatismos*. Letra viva. Buenos Aires, Argentina.

- Soler, C (1998b). *El trauma*. Conferencia pronunciada en el Hospital Alvarez, el 15 de diciembre de 1998. Texto establecido por Cristina Toro. Inédita.
- Sutil, L. y Lazaro, E. (2007). El dolor incomprendido. *El sufrimiento de las Víctimas del terrorismo*. Romanyá-Valls-Verdaguer. Barcelona, España.
- Tort, M. (2007). *El padre y el psicoanálisis. Una Historia política*. Editorial Palinodia. Chile.
- UNR (1998-9). *Una reflexión psicoanalítica sobre el lazo social: desarrollos transmitidos en el Seminario de la Cátedra Estructura Psicológica Social del Sujeto III de la Facultad de Psicología UNR*. En: www.vectorsaludmental.com/.../Una%20reflexión%20psicoanalítica%20s.
- Vezzetti, H. (2011). *La figura del trauma histórico en la formación de la memoria pública*. Jornadas Internacionales “Historia, memoria y patrimonio. Las conmemoraciones y el Bicentenario entre reflexión y experiencias”. En: http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/2010%20nov%20Ponencia%20Jorn%20His%20Mem%20Patrim.pdf.
Extraído el 27/09/2014.
- Weschler, E. (2013). *Herencias. La Transmisión en Psicoanálisis*. Letra Viva. Buenos Aires, Argentina.
- Werba, A. (2002). *Transmisión entre generaciones. Los secretos y duelos ancestrales*. Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 24, 295-313. En: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/werba.pdf>