

**A 21 AÑOS DE LA FINALIZACIÓN
FORMAL DEL TERRORISMO DE ESTADO:
EL SILENCIO Y LA SOLEDAD DE LAS VÍCTIMAS
COMO MECANISMO ACTUAL DE DEFENSA¹[1]**

Dr. ALDO MARTÍN

"Si un cobarde te preguntara regálale con tu silencio".

Rilke.

"...luego vino un momento de paz absoluta en la que era posible decirlo todo con palabras."

Handke²[2]

1. - PLANTEO DEL PROBLEMA:

El marco teórico de este trabajo es, básicamente, el de la fenomenología-existencial. Una de sus premisas es que toda persona es un ser-en-relación con los otros seres del mundo. Al decir de Frankl (11): "El yo está siempre en relación con un no yo, destacando sobre él, sobre un no yo que puede ser el ello de Freud, el uno (man) de Adler o el tú de Binswanger. Se confirma así una vez más que todo ser se constituye como ser diferente, y esto implica estar en relación".

Los encuentros 'con los otros seres del mundo' son indispensables para que cada persona pueda ser reconocida y confirmarse como 'ser-del-mundo' similar a los otros (6). Al mismo tiempo el 'encuentro-con-los-otros' se relaciona directamente con el tema de la propia libertad y dialécticamente el de sus limitaciones. Al respecto dice Sartre (24): "Hemos señalado, en efecto, que la libertad ajena es fundamento de mi ser. Pero, precisamente porque existo por la libertad ajena, no tengo seguridad ninguna, estoy en peligro en esa libertad; ella amasa mi ser y me *hace ser*".

El estar sometido a un poder totalizador y destructivo que intenta anular las posibilidades de la libertad de elección atenta contra la necesidad de ser confirmado

1[1].- Reelaboración y puesta al día del trabajo "Diez años después del fin formal del Terrorismo de Estado en Uruguay: soledad como mecanismo de defensa en las víctimas"; presentado en "Asistencia a los sobrevivientes de la tortura" Cape Town, Nov. 1995.

²[2].- Ambas citas están tomadas del trabajo de Eustaquio Barjau (3)

como *ser-libre* por los otros. Ésta es sin duda la situación padecida por las víctimas del terror de estado.

Lo acotado de los márgenes de libertad que sufrían las víctimas, hace que la propuesta teórica de Sartre acerca de la libertad como 'una potencialidad absoluta solamente del otro' (24), se transformó en estos casos casi enteramente en la realidad y no sólo un hipotético planteo filosófico.

En este estudio proponemos que quienes vivieron durante un tiempo prolongado en condiciones tales de sometimiento que obstaculizaron su capacidad de tomar decisiones sobre sus propios actos, pudieron usar como un mecanismo de defensa para la protección *de su libertad* la "soledad-silenciosa" (oral y/o corporal).

Se ha demostrado ampliamente que el sometimiento al trauma de la violencia política provoca múltiples efectos posteriores³[3]. Los síntomas ligados al mismo son muchas veces 'impredescibles e incontrolables' (4); pueden persistir durante años o reaparecer después de un período muy prolongado; y producir efectos psicopatológicos (5), (26) y cuadros orgánicos (25).

Los mecanismos de defensa que se usaron en esas instancias y que resultaron útiles en el momento, pueden continuar siendo usados sin solución de continuidad al finalizar la agresión o reaparecer incluso largo tiempo después, como forma de enfrentar nuevas situaciones conflictivas, pero ya no resultan una respuesta apta en esta nueva etapa de vida, por lo que colaboran en generar o profundizar cuadros patológicos.

Las defensas generadas, entre las que estarían el 'silencio' y determinados modos de búsqueda de soledad, pueden aparecer ante hechos que muchas veces desde lo expreso no tienen relación directa con la agresión vivida durante el terrorismo de estado.

El tema de la 'repetición de defensas' ante lo traumático ya ha sido estudiado exhaustivamente desde el psicoanálisis por distintos autores, básicamente H. Racker⁴[4], a quien nos remitimos para profundizar en el mismo.

2.- POBLACIÓN OBJETIVO DEL ESTUDIO:

En este trabajo nos ocupamos de las víctimas del terrorismo de estado, es decir aquellas personas que debieron padecer, entre otros sufrimientos, que un poder represivo acotara sus posibilidades relacionales a niveles prácticamente de aislamiento.

Entre las víctimas directamente silenciadas-aisladas por el terror de estado se encuentran:

³[3].- Una importante revisión de las secuelas está estudiada en el artículo "Consecuencias psico-sociales de la tortura", publicado en esta edición.

⁴[4].- Así, relacionado con el tema de la violencia y su tratamiento, hemos encontrado a este autor citado por Bustos (7) y Korovsky (14) respectivamente: *Transference & Countertransference*. London. Maresfield. 1968; y *Estudios de técnica psicoanalítica*. Paidós. Bs. As. 1981.

- los presos políticos; en general personas sometidas a semanas de tortura física y psicológica muy intensa y que luego debieron padecer largos años de prisión (y en la casi totalidad de los casos nuevos momentos de tortura directa); estaban prácticamente aislados del mundo exterior, con el que tenían las escasas posibilidades de comunicación que censuraban previamente sus carceleros;
- los exilados, compelidos a vivir en un país extranjero; separados de manera perentoria y violenta de la mayor parte de sus referentes afectivos y socio-culturales (2), por tanto también ellos 'silenciados' a poder desarrollar su vida normal;
- los familiares directos de presos y los de los detenidos-desaparecidos (23).

Aunque algunos autores (13) encuentran algunas diferencias entre estos grupos, en todos ellos aparecen diversos tipos de secuelas del trauma sufrido.

Recordemos que hay notorias diferencias entre la prisión política y la común. Mientras que los primeros están arbitrariamente sometidos a reclusión por su ideología, los segundos en su enorme mayoría han cometido actos delictivos, lo que puede relacionarse con un estado psicopatológico previo a su prisión (17). Además si bien estos presos muchas veces se encuentran en condiciones que violan sus DD. HH. esenciales, suelen mantener con alguna regularidad y normalidad los vínculos afectivos y el contacto con el mundo exterior, a diferencia de las condiciones que se sufrió en la cárcel política.

De la misma forma el exiliado se puede diferenciar del emigrado en que este último tiene la potestad de optar, más o menos libremente, por permanecer en el país de emigración o retornar a su país. El tema ha sido estudiado en profundidad, entre otros, por Instituciones australianas que han recibido un número importante de exiliados y emigrados (19), (27).

En suma, los exiliados son personas que fueron obligadas a estar privados *realmente* de sus contactos afectivos-sociales normales (9) por decisiones de terceros, que detentaban un poder prácticamente absoluto e incontestable.

Según nuestra experiencia, las víctimas intentaron recrear, dentro de lo limitado de sus posibilidades, un mundo donde no llegara el poder (o las órdenes) del represor: compañeros de celda, vecinos-amigos del país de exilio (exilados ellos también o naturales del medio). En concreto, sus relaciones fueron impuestas por el medio, ya sea los compañeros encarcelados o las de vecindad en un medio socio-cultural distinto y a miles de kilómetros del propio.

3.- EL SENTIDO DE LA SOLEDAD Y DEL SILENCIO:

3.1.- Necesidad humana de soledad y silencio.

En la psicoterapia con un paciente oncológico, inmovilizado por su afección y con un cuadro aparentemente terminal, debimos trabajar en profundidad el tema de la soledad y el silencio.

Internado, en situación de casi total inamovilidad y dependencia, vivenciaba dos sentimientos contrapuestos hacia sus familiares, sentía culpa por las molestias que

causaba (los precisaba para casi todas sus actividades), pero necesitaba espacios de tiempo para estar solo.

En suma, no podía permitirse reprocharles que *en ningún instante* le dejaran solo: dormido, alimentándose o esparciéndose, siempre "alguien lo acompañaba". Más adelante vimos que el único medio que encontraba para manifestar su malestar ante la situación era un silencio que preocupaba a los familiares y provocaba como reacción que estuvieran más pendientes aún de sus "necesidades".

Pudimos analizar con el enfermo que su silencio ante la familia era el único medio en que podía "criticar" la situación permanente de falta de intimidad; al punto que él mismo sugirió que ésta podía tener alguna relación con la involución de su cuadro clínico.

Cuando logramos que tuviera un mínimo de 3 a 4 medias horas al día solo, inclusive sin "controles" de enfermería, en pocos días fue notoria la mejora de su estado anímico, así como su deseo de comunicarse.

Desahuciado y con muy mal pronóstico de vida, hace más de cinco años que está de nuevo en su casa. No pretendemos que esos "espacios de soledad" hayan sido la "causa eficiente" de su sobrevida, pero sin duda colaboraron en una mejor calidad de la misma.

Tomando como ejemplo este caso puntual, podemos afirmar que no existe quien no necesite momentos de soledad. Soledad y silencio (el "encuentro con sí mismo" o "estar a solas con sus pensamientos") son experiencias indispensables en la historia de todo ser humano.

Si en la práctica la soledad es imposible, se puede procurar sustituirla por el silencio, intentando cumplir con éste una función equivalente como 'retiro en sí mismo' y como defensa 'simbólica' para el mantenimiento de la libertad.

3.2.- Lenguaje, silencio y comunicación.

El lenguaje, entendido en un sentido amplio que abarque las distintas clases de comunicación (verbal, artística, corporal, etc.), es la manera que cada individuo tiene para integrarse al mundo de los otros. Pero la 'soledad-silenciosa es también una posibilidad real de comunicación, o, más estrictamente de poder elegir 'con-quien' hacerlo. Merleau Ponty (22) señala que el lenguaje "no es el calco ni la réplica de la situación afectiva: desempeña un papel en ésta, introduce otros motivos, cambia su sentido del interior, y en el límite es también una forma de existencia...".

Afirma Heidegger que: "El habla es la articulación de la comprensibilidad" que permite el relacionamiento con el mundo; agregando que 'al habla' también "le son inherentes como posibilidades el *oír* y el *callar*" (12). Por lo tanto 'hablar' contiene como posibilidad necesaria, o en algunos casos "equivalente", el 'callar'. El lenguaje es, entonces, un modo que tenemos los seres humanos para poder elegir nuestras formas de vincularnos.

El ser humano tiene "diversas modalidades del habla, [las] que son otras tantas maneras de relacionarnos con lo universal, [por lo que] la vinculan a la operación de

existir" (22). Podemos aceptar que uno de los medios de 'hablar', de manifestar aquello que no puede, no quiere o no debe compartir, es 'callar' o 'silenciarse'.

Soledad y silencio no son sinónimos gramaticales, ni guardan relación directa con el concepto "muerte". Sin embargo en determinadas circunstancias adquieren el sentido de "sinónimos psicológicos", por ejemplo cuando implican una "muerte a la relación con otros".

Pero también, como en el paciente oncológico del que hablamos, el silencio (y/o algunas actitudes de soledad) es uno de los modos con que cuenta la persona para ampararse del aislamiento, de la 'soledad-muerte' y el 'silencio-muerte' que intentan imponerle los otros.

Así el 'sonido-ausente' no es necesariamente ausencia de sonido, sino que puede ser un brutal "silencio-sonido" (3) ante una protesta impotente de verbalizarse.

Se acostumbra relacionar silencio con ausencia; pero también la palabra suele ocultar lo que el silencio es capaz de delimitar como "medio" de comunicación. Como plantea Barjau (3) "la línea que separa el sonido del silencio constituye el perfil, la *forma* del sonido".

Cuando la palabra o el acto de otros producen un silencio-respuesta, el silente puede estar 'comunicando' y 'comunicándose' a través de su actitud el deseo de preservarse y conservar su 'cuota' de libertad.

Si el "lenguaje es el sistema de diferenciaciones en el que se articula la relación del sujeto con el mundo (22)", podemos afirmar que en la tortura y en la prisión, la 'palabra-lenguaje' puede ser más destructiva que el silencio que aparenta decir que "no se tiene respuesta".

3.3.- El silencio y la soledad como mecanismos de defensa de la libertad ante situaciones de terror de estado.

El hombre está permanentemente "eligiendo-el-ser" (24), independientemente de las condiciones en que se encuentre. Por más que 'un-otro' limite brutalmente su existencia, siempre queda algún aspecto *de-sí* donde prima su voluntad. Ésta nunca será "absolutamente" libre, pero tampoco es en un absoluto prisionera.

Quien por la alienación que imponen otros, está obligado a vincularse con grandes limitaciones y debe reelaborar sus modos de relacionamiento tiende a organizar sus vínculos de forma que pueda cuidar su ser, sus "decisiones interiores" - su libertad- de las órdenes absolutistas de los represores.

No hablar en una sesión de tortura o en ámbitos donde no se cuenta con instrumentos para asegurar la intimidad y lo que se diga es peligroso, implica "silenciar" posibilidades destructivas para sí y/o para otros, pues existe "un otro" (torturador, carcelero) que posee un poder que se muestra como absoluto, que restringe al máximo las posibilidades reales de encuentro con el resto del mundo^[5].

^[5].- Si bien desde otro marco teórico y relacionado con el tema de la psicosis, creemos interesante el planteo de Lacan (15), sobre la palabra y el Otro: "El valor fundante de estas palabras está precisamente en que lo apuntado por el mensaje,

De modo equivalente, en el exilio puede 'no haber palabras' para comunicar las carencias a que se está impuesto. Y el 'silencio-solitario' introspectivo y desligado de la sociedad en que se encuentra en ese momento, pretende retener, mágicamente, el aquí y ahora del 'otro sitio', aquel al que los represores le prohíben acceder y que es donde continúa desarrollándose la que, en su deseo y fantasía, debería ser su historia de vida afectiva, social y cultural.

En estos obligados modos de vida, la soledad deja de cumplir con el rol de "necesidad humana esencial" para ser una imposición de otros. Por pequeño que sea, el "margen de libertad" que retiene el individuo le permite transformar la obligación del "silencio-relacional", en una defensa al servicio de lograr mantenerse a distancia o "solitario" de los estímulos que le resultan afectivamente destructivos.

Si bien su planteo parece pecar de un optimismo excesivo, que debe entenderse como una necesidad de reparación de la experiencia sufrida, creemos significativo lo que dice un paciente cuya historia desarrollamos más abajo (Manuel, 4.5): "Ellos querían aislarnos, pero al estar preso se seguía en batalla, había algo que no podían dominar. Nos obligaban a no comunicarnos. Era penado conversar hasta en muchos recreos, pero no se daban cuenta que si bien nos dejaban afuera del aparato productivo teníamos la posibilidad de pensar, de estudiar. La *pesadilla del silencio* terminó siendo casi una bendición... por primera vez pude encontrarme conmigo mismo. ¿Sabe?, creo que a través de la cárcel pude entender la profundidad de la vida monacal".

Como veremos, gran parte de la problemática de otra consultante (Adriana 4.6) se vincula con la difícil historia relacional entre las figuras parentales, más que con el exilio 'solitario' que vivió su familia. Pero usa como mecanismo de racionalización los temores a la soledad que le implicaron primero la prisión de los padres y luego el exilio.

Ésta paciente también hace una clara alusión al "silencio-soledad comunicacional" defensor de su libertad: "mientras duró el exilio me negué a estudiar danés, ahora me doy cuenta que era la forma que elegí para desobedecer, de seguir en contacto con lo que era mío, con Uruguay. Cuando me enteré que podía volver aprendí el idioma en poquitos meses".

Mientras dura el sometimiento al "poder omnipotente de otros" que subordinan a órdenes "no-desobedecibles", el silencio y el encierro sobre sí puede ser una opción para conservar su libertad: un procedimiento para impedir el "no-silencio-muerte" (real o simbólica) que tratan de imponerle.

4.- RESUMEN DE HISTORIAS CLÍNICAS.

Para ilustrar nuestro planteo seleccionamos fragmentos de historias clínicas de víctimas del terror de estado (presos, exilados, familiares) y que, después de finalizada la dictadura, presentaron distintos cuadros clínicos.

En estos casos encontramos que continúa presente el tema del 'silencio comunicacional' generado durante la experiencia traumática; lo que no implica que la 'soledad-silenciosa' haya sido la única protección intentada ante estas circunstancias, ni que este "mecanismo de defensa" explique en su totalidad el estado actual de los pacientes:

así como lo manifiesto en el fingimiento, es que el Otro está ahí en tanto que Otro absoluto. Absoluto, es decir que es reconocido, pero no conocido. [...] Esta incógnita de la alteridad del Otro es lo que caracteriza esencialmente la relación de palabra en el nivel en que es hablada al otro".

4.1.- Luis, 32 años. Separado. Dos hijos. Su padre estuvo preso durante 10 años. Él mismo fue preso en varias oportunidades desde 1981 por militancia gremial-estudiantil. Cursa normalmente una carrera terciaria, que actualmente ejerce. Sus relaciones con el padre nunca habían sido buenas, pero mientras duró la prisión pudo acercarse a él.

Durante ese período su vida no presenta mayores problemas: estudia, trabaja y se casa. Al salir el padre de prisión se produce, durante un breve tiempo un acercamiento afectivo entre ambos. Dice Luis: "Claro que me alegró su salida de prisión, pero que haya estado preso no quiere decir que tenga que aceptarle todo. Quiero tener una buena relación con él pero no depende solo de mí, él siguió siendo el mismo de antes", por lo que se distancian nuevamente.

A los seis años de terminada la dictadura consulta por dificultades para mantener vínculos estables: fracasa en su matrimonio, inicia varias parejas que en pocos meses también se frustran; cambia repetidamente de empleo. Comenta: "no paro en ningún lugar". Simultáneamente instala una alcohol-dependencia.

Su estado lo angustia pero se siente impotente para cambiarlo. Sufre por la mala relación con los hijos, pero teme mantener un vínculo fluido con ellos hasta que "logre superar mis problemas y no les haga daño como hizo conmigo mi padre".

Sobre el alcoholismo dice: "*es una cárcel*, pero que al menos pone alegre, borracho uno está libre de depresiones, aunque después lo pague *el hígado*".

Si bien los conflictos con el padre son anteriores a la prisión, hasta ese momento había podido explicitar la irritación. A partir de la salida de la cárcel, y teniendo una posición ideológica similar al padre, siente que no tiene derecho a contradecir a quien estuvo *encerrado* durante tanto tiempo. Vive la situación con gran culpa: "pobre, yo se que sufrió mucho y no quiero agredirlo, entonces me 'encierro' a mí mismo"; "es terrible, parecería que él tiene que estar preso para que nos llevemos bien".

La "cárcel" que encontró fue "cerrarse" las posibilidades de relación con los otros, y los "carceleros" fueron el alcohol y la inestabilidad.

La relación familiar varió sustancialmente cuando pudo ver que se defendía de sus 'malas ideas' "aprisionándose" a sí mismo.

4.2.- Alvaro, 40 años. Divorciado. Preso político durante diez años. Vive con su familia. Padece una psicosis crónica desde antes de la prisión. En ésta sufre dos reagudizaciones. Desde su liberación permanece estabilizado durante 3 años.

A diferencia de lo habitual en los pacientes psicóticos crónicos que suelen resistirse a la internación, cuando reagudiza su patología literalmente pide ser internado como una "modalidad de encierro", ya que el sanatorio psiquiátrico es para él una "cárcel segura" donde "no debo tomar decisiones". Casi como una caricatura del sentido simbólico dice: "aprisionándome me liberan de la libertad". A pesar de los tratamientos farmacológicos y los intentos de psicoterapia, en estos catorce años no ha dejado de usar ese mecanismo.

4.3.- María, 41 años. Dos hijos. Sin antecedentes psiquiátricos a destacar. Es viuda de un preso político, con el que estuvo casada desde antes de ser apresado hasta que muere de cáncer cinco años después de liberado. Mientras duró el encierro de su

esposo presentó algunos ceremoniales obsesivos de limpieza poco invalidantes, que en la terapia relacionó como "una manera para no ver a otros hombres".

Cuando muere su marido instala un duelo patológico (con una importante depresión recidivante) que, básicamente, le veda mantener otra relación afectiva.

Ante la eventualidad de iniciar otra pareja la invade la culpa y la lleva a lo que define como "un encierro en mí misma". "No puedo dejarlo, siento que todavía esta preso y no puedo hacerle eso. Él apenas pudo salir, disfrutar la libertad y ya fue preso como antes. ¿Estar enfermo, estar muerto no es una cárcel? Por lo menos ahora no lo están haciendo sufrir, no está, pero yo debo mantenerlo vivo".

Luego de tres años de terapia establece una nueva pareja. Aunque no presenta síntomas de ansiedad y angustia, ocasionalmente reaparece la idea culpógena "de que mis hijos tengan otro padre y al verdadero lo tengan que ver en una cárcel o en una tumba".

4.4.- Enrique, 42 años. Casado. Una hija nacida antes de la prisión. No presenta problemas psiquiátricos hasta 1989, en que instala un episodio depresivo mayor, resistente a la medicación. Desde que enferma se muda del dormitorio conyugal a un pequeño cuarto en el fondo de la casa donde está solo. Regula los encuentros familiares de acuerdo a un horario rígido, lo que lleva a su esposa a decir espontáneamente que "parece como si todavía estuviera preso".

Dice temer ser un mal padre y marido, por lo que en cualquier momento "puedo irme de nuevo". Explícita que "no dejarse derrotar otra vez", es el único motivo por el que todavía no se ha matado.

Conserva el pragmatismo laboral y el familiar con las limitaciones antes dichas. No visita amigos ni familiares salvo a su madre. Plantea que ésta y su esposa eran las únicas que lo visitaban en el penal y que los demás "hicieron bien en no ir a visitarme porque eso los hubiera marcado ante los militares".

De una manera aparentemente contradictoria, a veces propone que "le fallaron y abandonaron" por lo que no tiene sentido seguir en contacto con ellos, pero se ratifica rápidamente comentando que no puede culparlos de haberse cuidado.

4.5.- Manuel, 43 años. Divorciado. Tres hijos (uno antes de la prisión y dos a la salida). Apragmático total desde poco después de la separación. Ésta se desencadenó por un episodio paranoico importante, con una gran carga de agresividad contra su hijo mayor y la esposa. El brote delirante cede pero decide separarse e ir a vivir con su padre (viudo).

Éste se preocupa por el paciente, pero lo limita en sus decisiones, en su ya limitada vida. Compara esto con la vida en la cárcel y que ahora "en lugar de los militares es mi padre quien actúa por mí". A pesar de poder verbalizar los posibles sentidos de la relación no hace nada por cambiarla.

Fundamenta su actitud diciendo que ante la posibilidad "de equivocarme nuevamente va a ser mi padre y no yo el culpable, él es el que actúa, y prefiero lo malo conocido a lo más malo que también conocí. A mi padre ya se como enfrentarlo, los militares muchas veces eran indescifrables".

4.6.- Adriana, 27 años. Divorciada. Hija de presos políticos y exilados. Vive en el exilio parte de su infancia y adolescencia con sus padres y sus hermanos menores. La familia mantiene muy pocas relaciones fuera del ámbito de los exiliados. Los padres se separan y la madre se va a otro país con su nueva pareja. Consulta por un estado permanente de ansiedad y angustia y un moderado cuadro depresivo.

Al volver con su padre a Uruguay presenta en una primera etapa un hiperpragmatismo sexual, pero anorgasmático, con personas de un círculo distinto al político-familiar. Fundamenta su actividad sexual en la búsqueda de un "hombre perfecto, diametralmente opuesto a mi padre para después no tener que ir a visitarlo a la cárcel". Pero dice que cada relación la "aprisiona", le quita libertad.

Se casa a los tres años del regreso, pero casi desde los primeros días tiene una mala relación matrimonial, se divorcia poco antes de tener a su hijo y vuelve a vivir con el padre "como cuando estábamos [sus hermanos, padre y ella] tan solos en Canadá.

4.7.- Alejandro, 26 años. Soltero. Hijo de presos políticos y exilados. Vive en Bélgica el exilio con sus padres y sus dos hermanos. No tiene antecedentes de cuadros patológicos.

Al regresar al país presenta un importante cuadro caracterial y sufre en corto tiempo tres episodios delirantes agudos, no los repite y resta una semiología que se corresponde con una neurosis de histeria. Instala una tóxico-dependencia, que fundamenta con argumentos parecidos a los de Luis (4.1).

Reivindica la droga como instrumento de autoidentificación, dice: "en el exilio no fumaba [marihuana] porque tenía que demostrar que en las familias de militantes no hay drogadictos, pero acá ya no hay que demostrar nada".

Además la droga le sirve para no enfrentar su conflicto de "no pertenencia": "Yo no soy belga ni uruguayo. Sólo me pertenezco a mí... y no se hacer nada. Nunca me dejaron ser yo, con esto no daño a los míos. Si me drogo no pienso nada, no estoy ni acá ni allá".

Presenta muchas dificultades para mantener un trabajo (aunque lo logra) y establecer pareja y amistades profundas.

Tiene conciencia de la necesidad de un cambio, de salir de la "soledad-indecisa": "así tampoco estoy viviendo, parece que estoy solo porque lo busco, pero esto es insoportable".

Cuando pudo elaborar terapéuticamente el sentido de su "dependencia-prisión", disminuyó notoriamente el consumo, hasta abandonarlo.

4.8.- Isabel, 45 años. Al caer prisionera ya estaba separada de su esposo y tenía un hijo de 2 años que pasa a ser criado por su familia. No presenta problemas psiquiátricos en la cárcel. Presa durante 8 años, al salir se exilia en Colombia con su hijo.

En el exilio trabaja, educa a su hijo, participa activamente de un grupo de difusión contra la dictadura en su país, etc. La situación varía cuando es viable la posibilidad de volver a Uruguay. Poco antes del regreso hace un episodio delirante agudo, que retrospectivamente se vio que correspondía al debut clínico de una psicosis esquizofrénica.

A pesar de tener posibilidades económicas elige como alojamiento habitaciones de hotel o muy pequeños apartamentos donde vive sola con su hijo. Dice que "así puede controlar mejor la situación". Relaciona las limitaciones del espacio de los lugares que elige con las de las celdas de la prisión: "prefiero encarcelar yo sola a mi cuerpecito a que me encierren".

4.9.- José, 51 años. Casado. Tres hijos. Preso durante 9 años. Presentó un episodio delirante agudo a los cinco años de prisión, que remite en pocas semanas (sólo es cambiado de celda y le administraron benzodiazepinas a bajas dosis).

Hace un segundo cuadro delirante 7 años después de liberado, al fracasar una tintorería que instala con otro ex-prisionero. Compensado, repite el cuadro un año después ante otra dificultad económica. En su delirio revive la persecución política pero de forma ambivalente con su temor, pues brinda a los hipotéticos perseguidores signos claros de donde se encuentra para que "finalmente me aprisionen y me dejen en paz".

Manifiesta que es su cuerpo quien lo paraliza: "no me deja hacer cosas", "se queda quieto, inmóvil, me frena". Critica su apragmatismo pero no encuentra fuerza para salir de la situación. Sólo ante órdenes imperativas de sus familiares (esposa, hermana, padre) mantiene una actividad laboral mínima que debe ser estimulada permanentemente: "lo hago porque ellos me lo ordenan, yo sólo obedezco órdenes".

4.10.- Raquel, 43 años. Casada. Cuatro hijos. Dos gestados antes de su prisión que duró diez años.

No presenta trastornos psiquiátricos durante el encarcelamiento. Liberada, no tiene dificultades de adaptarse a los cambios sociales ocurridos durante su cautiverio, termina sus estudios, consigue un buen empleo y retoma su vida de pareja.

Siete años después y sin que pueda entender los motivos (o el "episodio desencadenante"), comienza con una serie de episodios hístico-conversivos que van cediendo su lugar a rituales obsesivos, que la llevan a consultar al ir progresivamente limitando sus capacidades.

En su historia de vida aparece un carácter previo con tendencias hacia lo obsesivo (que se hicieron más notorios en prisión), pero que no son suficientes para plantear un trastorno de personalidad obsesivo. Al medicarla disminuyen los rituales pero persiste un importante síndrome de ansiedad y angustia.

En la psicoterapia se pudo determinar que el desencadenante explícito del cuadro fue la complicada apendicectomía de uno de sus hijos, que la obliga a dejar sus tareas habituales; prácticamente se "interna" varias semanas con su hijo con lo que, por un lado, disminuye el control de lo que ocurre en su hogar, y además la obliga a regirse con la disciplina sanatorial.

En esa circunstancia, en una primera etapa protesta permanentemente ante cualquier "falla" en el tratamiento. Sin "motivo aparente" días después instala un cuadro de ansiedad y angustia que sólo cede cuando comienza a llevar a cabo maniobras obsesivas. Simultáneamente cesan sus quejas contra médicos y de enfermeros; lo que intelectualiza diciendo: "tienen tanto trabajo, saben por que lo hacen, son trabajadores desbordados por la situación de enfermedad que viven permanentemente, etc.".

En la psicoterapia relaciona el sanatorio con la prisión y a ambos con la muerte: su hijo estaba preso, idea que la angustia y le resulta insoportable. Allí aparecen los sín-

tomas obsesivos que le permiten mágicamente actuar en modo similar a como se defendió en prisión.

5.- ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

5.1.- Aspectos comunes:

Los pacientes de la muestra (y muchos otros que consultaron en SERSOC) presentan algunas características generalizables:

- el uso de la "soledad-silenciosa" como defensa ante situaciones que desde lo expreso no se relacionaban con el terror estatal, y que en muchos casos aparecieron años después de la finalización formal del mismo.

- con independencia del cuadro nosográfico, tenían importantes dificultades y/o temores para compartir su vida afectiva; .

- si bien la "soledad-silenciosa" tiene que ver con la actividad idéica del individuo, *también* se manifestó a través de síntomas corporales, ya sea tomando el cuerpo en su totalidad o específicamente alguna parte del mismo, atrapando a su cuerpo como "prisionero" de sí mismo: "encarcelándolo".

5.2.- Uso de la soledad como mecanismo de defensa luego de finalizado el terror de estado:

Cada ser enfrentado a una situación de conflicto tiende a actuar de modo similar a la que resultó útil en su pasado.

Nuestros pacientes aprendieron durante largo tiempo a acatar formalmente ("silenciosamente") para conservar parte de su libertad de elección, por tanto no es extraño que usen un mecanismo similar al que les resultó fácticamente útil para sobrevivir en condiciones tan precarias, cuando se presentan nuevas circunstancias que sienten (o son) peligrosas para su integridad psíquica.

Regresar a un mundo de relación normal implica confrontarse con las nuevas exigencias del medio y además reelaborar las formas de relacionamiento ante lo que le llega desde el mundo, estando lógicamente obligado a hacerlo de manera distinta a la que resultó operativa mientras estaba sometido a la situación alienante de prisión o exilio.

El temor a no poder comunicarse o provocar una "mala respuesta" de los otros como ocurrió durante la experiencia represiva, lo habilita a repetir la respuesta-defensa de la soledad-silenciosa. La soledad aparece entonces, por lo menos, como una necesidad ante el miedo.

En todos los pacientes encontramos referencias a alguna historia donde la "vuelta a la normalidad" se parecía a la experiencia de salir de un estado de estupor.

Es representativo el relato de un paciente (que lo sigue recordando vivamente a los diez años de su liberación) de un suceso en apariencia banal, pero que marca como hasta en las aparentemente insignificantes situaciones cotidianas se rompía la estabilidad con que se protegía en prisión: "Recién ahora lo puedo contar. Antes me daba miedo porque parece loco. Cuando salí, me asustaba al viajar en ómnibus, porque tenía que hacer equilibrio para no caerme. Sólo pensarlo me daba miedo. Era algo raro, pero sabía porque me pasaba. Eran muchos años sin estar en algo 'que se moviera por mí'. Era consecuencia de la inamovilidad que había sufrido". La situación no desencadenó otro problema que ese "miedo", superado en poco tiempo.

Un adolescente comenta de su regreso a Uruguay: "...lo peor que me pudo pasar es volver al Uruguay. El día de mi cumpleaños me encerraba y lloraba todo el día; para que festejar si no tenía amigos..." (8).

Así Isabel (4.8), en el intento de salir "en libertad" de sus problemas actuales, intentó una postura que fue válida para combatir la agresión en la prisión (medio represivo ya conocido, ante el cual "aprendió" a preservarse): "Deseo estar por lo menos cinco minutos presa otra vez, sentir la solidaridad entre los compañeros. *Saber con quien estoy*, quien es mi aliada".

María (4.3) usó "la soledad" (síntomas obsesivos) como defensa del temor a tomar decisiones que la comprometieran afectivamente. Ante la muerte del esposo 'repite' la misma defensa.

Muchos pacientes verbalizan su impotencia para manejarse en las nuevas situaciones, y fundamentan la actitud de aislamiento como un método conocido de amparo. Alejandro expresa: "Se me ha hecho vivir tanto la muerte que me cuesta aceptar la vida". Enrique dice: "Son muchos años de desear compartir con otros y olvidé como hacerlo, tengo que dar pero eso me llena de miedo".

A poco de profundizar en el discurso de los pacientes aparece su necesidad de 'defenderse' de vivir los compromisos-reales, actuando como en los compromisos-formales a que estaban obligados con los represores. En todos ellos es claro el entorpecimiento en su capacidad de relacionarse con un-otro como un otro-igual, siendo patente como ponen a prueba a aquel con quien se vinculan. Al mismo tiempo, por muchos de sus planteos en terapia, parecería que quieren entregarse en un "todo" al otro. De hecho aparentan buscar la entrega del dominio de sus actos a un tercero.

5.3.- Soledad y corporalidad:

El primer vehículo de comunicación con el mundo "exterior a sí" es el propio cuerpo. El no mostrarlo, "esconderlo", es hasta un reflejo condicionado esencial ante la agresión. Así, no es difícil interpretar a la catatonía de los esquizofrénicos, como un intento de silenciar "el cuerpo que se brinda a los otros" hasta en sus movimientos más elementales.

El cuerpo no es una abstracción teórica sino que lo es de una persona única que está en un aquí y ahora concreto, en una *situación* determinada. Al decir de Merleau-Ponty: "...el esquema corpóreo es *dinámico*... este término quiere decir que mi cuerpo se me revela como postura en vistas a una cierta tarea actual o posible. Y, en efecto, su espacialidad no es, como la de los objetos exteriores o como la de las 'sensaciones espaciales', una *espacialidad de posición*, sino una *espacialidad de situación* (21)".

La soledad-silenciosa propia que defiende contra la soledad-silenciosa impuesta, no suele ser sólo verbal sino actuarse con parte o la totalidad del cuerpo; "sustancia" que el otro agresor intentó acallar, deshumanizar transformando en objeto. Recordemos que "...las manifestaciones somáticas de enfermedad, entendiendo por tales, en un sentido amplio, tanto las enfermedades orgánicas como funcionales y los llamados concomitantes somáticos del afecto, tienen un sentido que es inconsciente para quien las padece, y que pueden ser comprendidas psicoanalíticamente a la manera de un lenguaje (14)".

Hemos visto que quien fue agredido por el terror de estado pudo usar como mecanismo de defensa válido contra la agresión "encarcelar su cuerpo" para permitir en el momento del daño amparar su libertad de los 'otros-cosificantes'. Pero este 'encarcelamiento' del cuerpo (ya de algunos órganos o en su globalidad) puede persistir como intento de apoyo ante situaciones de inseguridad que enfrente luego de finalizado el terror de estado, puesto que el 'síntoma físico "en su significación inconsciente expresa el conflicto renegado" (14), así:

- Luis "encarcela" parte de su cuerpo: "estoy preso de mi *cerebro* que me obliga a tomar por que ya tiene el hábito, aunque sé que castigo a mi *hígado*".

- Raquel "despersonaliza" todo su cuerpo: "Para salir de la angustia, *volví a actuar como en la cárcel* para poder descansar. Así no me *contracturaba* y sobre todo me desaparecían las *diarreas* que me hacían pensar en que tenía un cáncer".

- Adriana centra el "cuerpo-prisión" en lo *génito-sexual*: no puede dar a su cuerpo un orgasmo propio o recibir el del otro: "si le hacía sentir [a su compañero] que me estaba produciendo placer me daba miedo, era como si con eso [dar el cuerpo-sexual al otro] se estuviera apoderando de toda mi persona y desde entonces me iba a dominar, yo iba a ser su esclava".

- Isabel prefiere: "encarcelar yo sola a mi *cuerpito*".

- José, Manuel, Enrique y Alvaro hacen hasta con la gestualidad, que su cuerpo repita como en una "ceremonia" los actos propio de quien se encuentra en prisión.

6.- CARACTERÍSTICAS DEL ENCUENTRO PSICOTERAPÉUTICO:

En comparación con la generalidad de los consultantes que con mayor o menor dificultad suelen aceptar la "alteridad del otro", estos pacientes son quienes más interactúan con el terapeuta como ser "que importa en tanto individuo-que-es". Lo hacen de distintas formas:

- buscando que el técnico les indique *todo* sobre el "que hacer" con su vida y "cumplirlo" formalmente, de un modo aparentemente acrítico, sin un compromiso personal-real;

- controlando *cada* palabra que se les dice; por ejemplo, en el intento permanente de percibir las posibles "mentiras" del discurso del técnico, y la búsqueda de cualquier contradicción para marcarla;

- en una aparente antítesis con lo anterior, es habitual que, sin solución de continuidad, verbalicen frases admirativas hacia sus terapeutas;

- usando mecanismos que pueden parecer en una primera lectura como "paranoicos" repreguntando a la persona del analista acerca de su postura individual, o reprochándole la imposibilidad de poder comprenderlo por "no haber vivido lo que yo viví" (Alvaro 4.2);

- en los pacientes que se encontraban en tratamiento psicoterapéutico y no exclusivamente farmacológico, y con independencia del cuadro nosológico, el porcentaje de respuestas excesivamente concretas a los señalamientos es notoriamente mayor al del resto de la clientela terapéutica. Son habituales frase del tipo "eso no tiene nada que ver con lo que yo decía, pues estaba hablando de..."; por lo que se puede afirmar que a pesar del buen nivel intelectual de estos pacientes, durante un período significativo del tratamiento, tienen gran dificultad o temor para poder abstraer las interpretaciones terapéuticas^{6[6]};

- el intento de evitar la intromisión del otro en su vida, en una queja permanente, desgastante, de la falta de resultado de los tratamientos. Por ejemplo, Luis (4.1) afirmaba, hasta con un aparente regodeo, que la medicación recibida no le resultaba, e incluso la comparaban con la recibida en prisión (por el paciente o familiar): "El medicamento que Ud. me dio se lo indicó a mi padre un médico militar. No sabe para que se lo dieron *porque no le dio resultado*, a mí tampoco me resultó, *el dolor de cabeza* me sigue exactamente igual".

No nos extenderemos sobre la importancia central que tiene en una psicoterapia el análisis de las resistencias y el manejo de la transferencia y la contratransferencia. Pero quien escribe, nunca vivió estos aspectos de manera tan masiva, intensa y notoria como en todos estos pacientes.

Son casi simultáneas las atribuciones al analista de "un-otro-liberador" y de "un-otro-carcelero". El terapeuta es en un momento execrado por invasor como al instante consultado sobre los menores logros o dificultades.

Es notorio el deseo que los logros del consultante sean 'bien vistos' por el técnico, para cambiar inmediatamente a una crítica violenta o irónica sobre la capacidad del técnico para, por ejemplo: "opinar sobre su historia" (Enrique 4.4).

Isabel (4.8) decía varias veces por sesión: "me ocurrió... y tenía que contárselo". En el relato intentaba transformar al técnico en *juez-consejero ético* de lo narrado. Y ante cualquier señalamiento lo interpretaba como una falla propia (de sus propias decisiones), que le confirmaba su imposibilidad de poder confiar en sí misma, para a renglón seguido criticar la supuesta crítica del terapeuta.

En nuestra práctica ha sido una constante el pedido de respuestas a dificultades concretas, en una espiral prácticamente sin límite: antes de poder dedicarse al tema planteado, el problema 'automáticamente' pierde importancia y el consultante formula de inmediato otra demanda. Dice Raquel (4.10): "Si le hago caso corro el riesgo de caer en

^{6[6]}. - Este aspecto es tema específico de una investigación sobre "transferencia y duda" que se encuentra en elaboración.

la tentación de estar confiando en Ud. y que decida por mí". No es difícil aceptar que es una forma de verbalizar el sentimiento que el terapeuta es un otro-carcelero y destructor.

Obviamente, incluso si se actuara exclusivamente desde lo explícito y no como terapeuta, en un rol de 'consejero' y se pudiera 'dar la respuesta correcta' al problema, ésta no sería la del consultante sino la de un-otro. La escala de valores 'válida' sería la del técnico, lo que le ratificaría su incapacidad de encontrar respuestas por sí mismo, confirmándole su soledad. Pero, paradójicamente al no dar 'la respuesta correcta' reprocha "que se le dejó solo", "que no puede confiar por que no lo ayuda".

Haciendo un parangón clínico la situación se parece a como se presentan los enfermos con patologías caracteriales en los que prima la dependencia. Pero, como se extrae de los resúmenes clínicos, los pacientes a que nos referimos en este trabajo *no presentan en general una patología 'caracterial'*, por lo que esta argumentación pierde validez.

Si bien en la terapia debe tenerse presente que utilizan, como cualquier analizando el lenguaje metafórico y debe encontrarse en él lo relacionado con la situación traumática (16), la que en algunos casos permanece como 'no resuelta' al no haber podido simbolizar el trauma (28); y analizar la interrelación entre la motivación y la contratransferencia (10); también debe estar muy claro que han vivido en situaciones de "soledad afectiva" *real*; que se les ha hecho gran daño *real* durante largo tiempo.

Debieron defenderse por medio de la no-comunicación y continúan usándola como única salida. En su experiencia de largos años de alienación provocada por los represores, el 'silencio-solitario' del que ya hablamos fue una de las pocas bases sanas sobre las cuales apoyarse. Al punto que Enrique Bustos (7) al hablar sobre el trabajo terapéutico con estos pacientes escribe "Helping the patient to verbalize the chaotic, life-threatening and incomprehensible experiences, while still being able to receive such anxiety-charged material without being overwhelmed by uneasiness and fear is a major task for the psychotherapist".

La soledad, provocada por terceros y luego adaptada para ampararse de las agresiones del medio se perpetúa en el horizonte de las posibilidades, donde el 'abrirse-a-los-otros' es un absurdo que sólo les puede causar un daño mayor.

Al revestirse de la piel de la inafectividad alejan mágicamente la posibilidad de caer en la soledad total: paradójicamente necesitan ser seres solitarios para no serlo; cuidarse para poder darse, pero el cuidado implica, casi obsesivamente, tiempo y energía que lo encierra en sí mismo y le impide el dar.

En todo análisis siempre está presente el otro como un-otro-distinto-de-sí-mismo, pero hemos visto que en estos pacientes es imperiosa la presencia del terapeuta como un *otro-en-tanto-otro*, un "otro-vincular".

Según lo han visto distintos autores, para los pacientes que nos ocupan, éste 'otro' debe ser flexible en el uso de sus técnicas terapéuticas, tener permanentemente en cuenta la situación socio-cultural provocada por la vivencia destructiva (20); no presentar ambigüedades al compartir las vivencias del trauma (18) y manejarse con "extrema sensibilidad, experiencia y paciencia" (1).

Uno de los rasgos más importantes en estas psicoterapias es saber entender *junto con el otro* los 'silencios-sonido', lo que se ha necesitado mantener silenciado, y poder confrontarlo con su realidad actual.

Cuando se logra un encuentro que se puede vivir como 'no-destructivo real' con un 'otro-no-carcelero' al que puede manifestar sus afectos sin que esto signifique un actitud auto-devastadora, se facilita que no se use el aislamiento como defensa; y se pueda confrontar la etapa de la represión con su realidad presente.

Si en el tratamiento de estos pacientes se alcanza los objetivos de entender los 'silencios-sonido' como un mecanismo de defensa no apto para el momento actual de la vida del paciente y se puede llegar a hablar de lo siniestro que se oculta en lo 'silenciado-destructivo', se da un paso importante hacia su reinserción social y se colabora eficazmente en combatir el estigma de la represión sufrida.

NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA:

1.- ALLODI, F. Post-traumatic stress disorder in hostages and victims of torture. [Review] Psychiatric Clinics of North America. 17(2):279-88, Jun. 1994.

2.- BAKER, R. Consequences for tortured refugees. EN: BASEGLU, M. Torture and its Consequences. Current Treatment Approaches. Glasgow. Cambridge University Press. 1993.

3.- BARJAU, E. Cerco de palabras en torno a un silencio. Er, revista de Filosofía. 17/18:25-38. 1994

4.- BASOGLU, M.; MINEKA, S.; PARKER, M.; LIVANOU, M.; GOK, S. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. S Psychol Med 27(6):1421-1433. Nov. 1997.

5.- BEAL A. Post-traumatic stress disorder in prisoners of war and combat veterans of the Dieppe Raid: a 50-year follow-up. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie. 40(4):177-84, May. 1995.

6.- BINSWANGER, L. La escuela de pensamiento de análisis existencial. EN: MAY, R.; ANGEL, E. & ELLENBERGER, H. (eds.) Existencia. Madrid. Gredos. 1977.

7.- BUSTOS, E. Psychodynamic approaches in the treatment of torture survivors. EN: BASEGLU, M. Torture and its Consequences. Current Treatment Approaches. Glasgow. Cambridge University Press. 1993.

8.- DEL PUERTO, R. DILACIO, G. QUIROGA, C. Adolescentes, identidades alternativas grupales. EN: SERSOC Represión y olvido. Montevideo. Rocaviva. 1995.

9.- EITINGER, L "Strangers in the World". Berna. L. Eitinger & D. Schwarz eds. 1981.

10.- FISCHMAN, y. Metaclinical issues in the treatment of psychopolitical trauma. Am J Orthopsychiatry 68(1)27-38. Jan. 1998.

- 11.- FRANKL, V. Psicoanálisis y Existencialismo, México. F.C.E. 1977.
- 12.- HEIDEGGER, M. El Ser y el Tiempo. México. F.C.E. 1983.
- 13.- HOLTZ, T. Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled study of Tibetan refugees. Nerv Ment Dis (1):24-34. Jan. 1998.
- 14.- KOROVSKY, E. Las manifestaciones somáticas de enfermedad como expresión transgeneracional de violencias. Presentado en: Congreso de Psiquiatría. Montevideo. 1995.
- 15.- LACAN, J. El Seminario 3. Las Psicosis. Buenos Aires. Paidós. 1995.
- 16.- LAUB, D.; AUERHAHN, N. Knowing and not knowing massive psychic trauma: forms of traumatic memory. International Journal of Psycho-Analysis. 74 (Pt 2):287-302, Apr. 1993.
- 17.- MARTIN, E.; COLEBROOK, M.; GRAY, A. Health of prisoners admitted to and discharged from Bedford Prison Br Med J 289 (6450):965-967. Oct. 13. 1984.
- 18.- MCGORRY, P. The clinical boundaries of posttraumatic stress disorder. [Review] Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 29(3):385-93, Sep. 1995.
- 19.- MCGORRY P. Working with survivors of torture and trauma: the Victorian Foundation for Survivors of Torture in perspective. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 29(3):463-72, Sep. 1995.
- 20.- MCIVOR, R.; TURNER S. Assessment and treatment approaches for survivors of torture. [Review] British Journal of Psychiatry. 166(6):705-11, Jun. 1995.

21.- MERLEAU-PONTY, M. Fenomenología de la percepción. Barcelona. Planeta-Agostini, 1985.

22.- MERLEAU-PONTY, M. Filosofía y Lenguaje. Buenos Aires. Proteo. 1969.

23.- QUIRK, G.; CASCO, L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. Social Science & Medicine. 39(12):1675-9, 1994 Dec.

24.- SARTRE, J.P. El Ser y la Nada. Bs. As. Losada. 1966.

25.- SKYLV. G. The physical sequelae of torture. EN: BASEGLU, M. Torture and its Consequences. Current Treatment Approaches. Glasgow. Cambridge University Press. 1993.

26.- SUTKER P.; ALLAIN A, JR.; WINSTEAD D. Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. American Journal of Psychiatry. 150(2):240-5, Feb. 1993.

27.- THOMPSON M. MCGORRY P. Psychological sequelae of torture and trauma in Chilean and Salvadorean migrants: a pilot study. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 29(1):84-95, Mar. 1995.

28.- VARVIN, S. Psychoanalytic psychotherapy with traumatized refugees: integration, symbolization and mourning. Am J Psychother 52(1):64-71. 1998.