

REACCIONES Y VIVENCIAS DE LOS TERAPEUTAS
CONFRONTADOS AL SUFRIMIENTO DE PERSONAS VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA ORGANIZADA

Dr. Jorge Barudy *

Introducción

Me han pedido responder a través de esta conferencia, a una pregunta: ¿Qué le pasa o qué nos pasa a los profesionales que nos ocupamos de los problemas de salud de las personas, familias, y/o grupos que han sido víctimas de la violencia organizada?

Al mismo tiempo, he querido considerar ésto desde ángulos aparentemente tan distintos como el de los médicos, los trabajadores sociales, los psicólogos, etc, teniendo en mente tanto a los que trabajan en “la primera línea”, es decir, en atención primaria, como los que trabajan en equipos más especializados.

Trataré de responder a esta pregunta, sin ninguna pretensión de “objetividad científica”, primero porque no creo que ella exista y segundo porque mi posición frente a este fenómeno es la de un observador participante. En la medida en que mi discurso emerge de mi experiencia, a la vez de exiliado y a la vez de terapeuta de exiliados, no puedo afortunadamente pretender ser neutral frente al sujeto que estudio. Al contrario, mi discurso es una reflexión impregnada de mí mismo, de mis creencias, de mis emociones, de mis valores..., pero al mismo tiempo es un discurso que emerge de una dinámica social, donde mis percepciones y experiencias han sido influenciadas en el diálogo terapéutico con personas y familias víctimas de la violencia organizada, y por la dinámica interdisciplinaria con los miembros de mi equipo. Por lo tanto, pueden considerarlo como “científicamente subjetivo”.

* Psiquiatra y terapeuta familiar; director del Centro Exil, Centro Médico-psico-social Belga para refugiados políticos y víctimas de la tortura; responsable de formación en Terapia Sistémica en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Lovaina.

El proceso “retro-terapéutico” del terapeuta

Mi interés es poder comprender con ustedes, el cómo nos “perturbamos” tratando de “terapeutizar” a personas que fueron víctimas de la violencia. Dicho de otra manera, cuál es el revés de la medalla de lo que nosotros llamamos el proceso terapéutico de nuestros pacientes. Cuál es el proceso “retro-terapéutico” *, es decir, la forma peculiar con que nos “equilibramos” frente a la vivencia y al sufrimiento expresado por las personas que encontramos en nuestras prácticas.

Abordaré este proceso describiéndolo como el resultado de un acoplamiento singular entre personas que pertenecen a una misma especie (la especie humana), al mismo tiempo que pertenecen a dos clases diferentes: la de los pacientes-personas que fueron y/o son todavía víctimas de violencia organizada, y la de los terapeutas. En el análisis de este proceso, pondremos el acento en la experiencia del terapeuta.

Los procesos terapéuticos: la intersección de mundos diferentes

Antes de tratar de descubrir qué es lo que nos pasa o nos puede pasar por el hecho de trabajar en lo que trabajamos, es primordial preguntarse para qué sirve lo que hacemos. Al introducir la noción de servir para algo, estamos introduciendo una noción relacional, es decir, si lo que hacemos sirve para algo, es en relación a un deseo, a una necesidad, a una función.

Los procesos terapéuticos en los que estamos implicados son procesos relacionales, en donde existen numerosos protagonistas que pueden tener deseos, necesidades y/o finalidades concordantes o diferentes.

En el caso del tema que nos preocupa, distinguiremos dos grupos de protagonistas principales: de una parte, los exiliados traumatizados que nos consultan quienes se encuentran en la búsqueda de un estado de equilibrio adaptativo (Barudy, J., 1989, 1992), y por otra parte, los terapeutas- ustedes y yo mismo- que por razones diferentes, dependientes de la historia de cada uno, hacemos lo que hacemos. Pero existe igualmente un tercer grupo que, directa e indirectamente, nos influyen, es decir, los terceros, los otros, los que de una forma son responsables directos o cómplices de la violencia

* Retro-terapéutico en el sentido cibernético de retro-alimentación, pudiendo ser negativa, es decir, no se originan cambios, reforzándose los modos de ser ya existentes, o positiva que implica la introducción de cambios.

organizada en los países de origen, o bien, facilitan o obstaculizan las posibilidades de adaptación de los exiliados en los países de acogida. En este último caso, me refiero, entre otros, a la opinión pública, a la influencia de los administradores y suministradores de fondos para financiar nuestro trabajo, los responsables políticos, los agentes de inmigración, etc.

La plasticidad estructural del terapeuta

Si bien es cierto que la vivencia del terapeuta depende por una parte del cómo es perturbado por sus pacientes y, por otra parte, del contexto institucional en que desarrolla su trabajo, el contenido de la respuesta a las perturbaciones no depende del agente perturbante sino de la estructura del terapeuta.

Esto porque los terapeutas, en tanto seres vivos, somos sistemas determinados en nuestra estructura. Esto quiere decir que somos sistemas tales, que cuando algo externo incide sobre nosotros, lo que nos pasa depende de nosotros, de nuestra estructura en ese momento y no de lo externo. De acuerdo con las ideas de Maturana, operamos frente a los estímulos del medio ambiente con clausura operacional (Maturana, M. & Varela, F., 1986).

Esta es una idea básica para ayudarnos a comprender lo que nos pasa en nuestro trabajo con nuestros pacientes.

Por muy extremas y terribles que hayan sido las experiencias de violencia de nuestros pacientes, nuestras reacciones no están fundamentalmente determinadas por ellas, sino que por el estado de nuestra estructura bio-psico-social en ese momento. Por lo tanto, no me parece adecuado explicar nuestros sufrimientos y dificultades en nuestro trabajo, como si éstos fueran causados por el hecho de trabajar con víctimas de violencia organizada.

Si por ejemplo, nos sentimos tristes, fatigados, culpables o impotentes, y queremos salir de ese estado, es inútil pedirle a nuestro paciente que cambie para que nosotros cambiemos. Estamos obligados a mirar qué pasa en nosotros para evolucionar a otro estado más satisfactorio.

Lo que el paciente provoca en nosotros es una perturbación, pero la respuesta a ésta depende de nosotros. Si un paciente provoca en nosotros la agresividad, en lugar de echarle la culpa y enojarse con él, es más eficaz analizar por qué justamente nuestro cuerpo reacciona de esa manera y no

de otra. Por lo tanto, un mejor conocimiento de nosotros mismos (de nuestra estructura) es la mejor manera de enfrentar las perturbaciones externas y poder actuar de una forma eficaz y constructiva para sí mismo y sus semejantes.

El reverso de esta situación es que, en el caso del paciente, sus respuestas a nuestras perturbaciones (consejos, medicamentos, conductas de apoyo, etc) no dependen de éstas, sino de sus "estructuras". Nuestras acciones, por muy bien intencionadas que sean, no son que sólo valiosas perturbaciones que desencadenarán respuestas, a veces constructivas o a veces no, en nuestros pacientes.

De allí que el sentido profundo de la terapia no es curar al otro, sanarlo o cambiarlo, sino que estimular sus recursos naturales y los de su grupo de pertenencia (familia, red social, etc.) a través de "perturbaciones terapéuticas" dotadas de la plasticidad necesaria para que no sean redundantes ni destructivas.

Se trata de crear un ambiente relacional adecuado en el cual nuestros pacientes puedan efectuar los cambios pertinentes (resolver sus problemas, disminuir sus sufrimientos) según sus propias características estructurales.

El desafío para el terapeuta es aceptar que tiene que trabajar eficazmente, sin saber nunca de antemano como ni con qué resultados. Lo importante es confiar en las capacidades del otro, en sus potencialidades de salud. La tarea fundamental del terapeuta será entonces buscar por su cuenta, o con la ayuda del equipo, la mejor manera de ampliar su plasticidad estructural, para estimular creativamente las posibilidades de sus pacientes.

La estructura del terapeuta: la de un ser humano común y corriente

A partir de lo anterior, nos ocuparemos de los niveles estructurales del terapeuta que, según mi experiencia, determinan principalmente las actividades y vivencias de éste frente a sus pacientes traumatizados.

Me permitiré abordar la estructura del terapeuta como si ella fuera la de un ser humano común y corriente.

Quiero recordarles que lo que nos define como unidades, es nuestra capacidad autopoética (Maturana, M. & Varela, F., 1976), es decir, nuestra capacidad de mantenernos vivos. Para esta aventura, disponemos de una serie de recursos que nos permiten adaptarnos a las exigencias del medio

ambiente, sin poner en peligro nuestra existencia. Cuando hablo de medio ambiente, me refiero al ambiente natural y también al ambiente social.

En el marco de nuestra reflexión, abordaré tres aspectos de nuestras estructuras, tratando de enumerar cómo éstas se perturban y responden a las perturbaciones provocadas por los relatos de nuestros pacientes:

- 1) El terapeuta en tanto sujeto emotivo y capaz de “emocionar”.
- 2) El terapeuta como sujeto social capaz de vincularse con el otro y conversar.
- 3) El terapeuta como sujeto histórico, perteneciente a un linaje singular.

1) El terapeuta en tanto sujeto emotivo y capaz de “emocionar”

A pesar del mito de la racionalidad del género humano, comparto con Maturana que lo que determina primariamente nuestros campos de acción no es la racionalidad, sino la emoción. Cuando hablo de emociones, me refiero a la definición que este autor emplea, es decir, “las disposiciones corporales que determinan o especifican dominios de acción” (Maturana, M., 1990). En otras palabras, esto quiere decir que nuestros comportamientos y nuestras vivencias están determinadas primariamente por las emociones.

Así, una determinada emoción, en un momento dado, nos va a permitir decir y/o hacer ciertas cosas que otra diferente no lo permitiría.

Las emociones son parte de nuestra biología, no podemos evitarlas, por lo tanto, es mejor conocerlas y aceptarlas para ponerlas al servicio de la finalidad terapéutica. Sabiendo que es la emoción la que crea los ambientes relacionales que facilitan la emergencia de acciones y comportamientos determinados, podemos, a través de lo que llamaremos el *emocionar*, facilitar la emergencia de comportamientos y dominios de acción, alternativos a los creados por los represores y torturadores.

Los modelos de comportamiento de nuestros pacientes, también están fundados en sus emociones y estas en las experiencias concretas que vivieron o están viviendo. Pero muchas veces ellos no lo saben, se encuentran en la incapacidad de vincular lo vivido con lo sentido y actuado. A menudo, ésto es la base de los problemas que enfrentan, ya que

sus comportamientos están contaminados por las experiencias anteriores que desencadenaron emociones que aún perduran.

Así por ejemplo, el terror vivido durante la persecución, la guerra o la tortura, puede estar a la base de una serie de comportamientos de inhibición, o en el caso contrario, de agresividad que el refugiado presenta en el seno de su familia o en los contactos sociales con los miembros y/o instituciones de la sociedad de acogida. Mientras no tenga la posibilidad de darse cuenta qué es el terror provocado -por el otro- torturador- lo que le contamina aún su vida cotidiana, difícilmente tendrá la posibilidad de cambiar sus comportamientos.

El desafío para nosotros, los terapeutas, es poder discriminar nuestros dominios emocionales y mantenerlos en empatía frente a los del paciente, teniendo comportamientos coherentes con nuestras emociones y que sean útiles para él.

Lo difícil en el caso de las víctimas de la violencia, especialmente si han sido torturadas, es que sus mundos emocionales fueron profundamente estremecidos por las experiencias extremas que vivieron. Esto se expresa, entre otros signos, por el carácter contradictorio en la emocionalidad de sus relatos.

En muchos casos, aquel que relata su experiencia de torturado(a), lo hace de una manera despersonalizada, automática, distante, como si todo fuera una historia ocurrida a un extraño. En otros casos, contrariamente, las emociones del paciente se expresan abiertamente como torrentes que inundan todo el espacio relacional, incluyendo la vivencia del terapeuta. En ambos casos, los terapeutas tenemos que luchar para no dejarnos paralizar por el horror que el paciente omite en el primer caso, o que expresa abiertamente como un dique que se rompe, en el segundo caso. Tenemos que estar atentos para no reprimir, como en el caso del paciente, nuestras emociones y sentimientos. Al contrario, se trata de "emocionar" empáticamente su relato para ayudarlo a recuperar sus disposiciones emocionales naturales, las que fueron usurpadas por sus represores. En la situación de desbordamiento, el desafío es no dejarse inundar por la emoción del otro sirviendo de límite, de continente al dolor, al horror..., para que él o ella lo puedan nombrar, analizar y liberarse a través de la palabra compartida en la relación con el otro.

A veces no ha sido fácil para mí, y quizás para ustedes tampoco, poder siempre asumir la existencia del horror, el odio y la destrucción relatada por nuestros pacientes como una realidad verdadera. En ocasiones, los relatos me han parecido tan horripilantes, tan impensables, que he llegado

hasta dudar de la veracidad de la existencia misma de esa violencia. Por ésto, una de mis preocupaciones permanentes es de mantener en el seno de nuestro equipo, un espacio de intervisión que nos permite auto-ayudarnos a evitar la contaminación paralizante del horror. Nos auto-ayudamos a soportar y a asumir la existencia de esas realidades de horror, sin horrorizarnos, a través de un diálogo grupal que nos permite nombrar el horror, visualizar sus responsables, objetivar sus mecanismos, en el marco de una relación que es terapéutica para nosotros mismos, porque está basada en la solidaridad y el amor.

Mis experiencias y nuestras prácticas me han convencido de que la emoción fundamental que puede vencer el horror y hacer posible su terapia, es el amor.

Sé que puedo resultar chocante con lo que digo, pero insisto, estoy hablando del amor sin ninguna ambigüedad. El antídoto terapéutico de la violencia es, por excelencia, el amor. Aquí estoy hablando de amor en el sentido de Maturana, es decir, el amor como emoción “que constituye el dominio de conductas donde se da la operacionalidad de la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia, y es ese modo de convivencia lo que connotamos cuando hablamos de lo social” (Maturana, M., 1990). Es el amor la emoción que nos permite estar juntos, actuar juntos y, por lo tanto, es el fundamento de lo social.

2) El terapeuta como sujeto social capaz de vincularse con el otro y conversar

Los terapeutas somos estructuralmente seres vivos que emocionamos y tenemos también la capacidad de asociarnos con otros para ayudarnos mutuamente, proteger y mantener la vida de un grupo. En realidad, no somos tan diferentes a otros humanos: vivimos y nos asociamos en grupos pequeños, por ejemplo, una pareja, una familia; nos ocupamos del cuidado de los más chicos (somos padres, madres, etc). Somos sujetos sociales como cualquiera. Además de ser capaces de comportarnos socialmente, poseemos, como los otros humanos, la capacidad de hablar, de “lenguajear”, de conversar. Es un atributo fundamental, porque sin lenguaje no hay terapia.

Según Maturana, el lenguaje surgió en la evolución de los seres vivos, como consecuencia de la historia de sus interacciones recursivas, en sus procesos adaptativos. Por lo tanto, la emergencia del lenguaje es un

fenómeno biológico, destinado a la preservación de la capacidad autopoética (Maturana, M., 1990).

Siguiendo estas ideas, la experiencia emocional que permitió la emergencia del lenguaje humano, es la sensualidad del amor. El lenguaje, tal como lo conocemos y nos servimos hoy en día, es el resultado de la convivencia y de las transformaciones de los participantes en la convivencia. Este no habría surgido si no se hubiese producido en esta historia de convivencia. Por lo tanto, el poder comunicar y comunicarnos a través del lenguaje, es el resultado del compartir, reconociendo al otro como un otro (Maturana, M., 1984).

El lenguaje abre la posibilidad y pertenece al dominio de lo social, ésto porque el lenguaje nos permite el acceso a la conciencia de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Pero al mismo tiempo, es “creador de mundos”, es decir, de explicaciones que van a organizarse en sistemas de explicaciones que constituirán los sistemas de creencias que componen la cultura. A través de esta posibilidad de establecer explicaciones consensuales del mundo a través del lenguaje (sistema de simbolizaciones consensuales que dan un sentido al mundo), el animal humano experimenta el mundo y tiene acceso a él.

Pero además, es en esta misma posibilidad de estar en el lenguaje, de “estar en la cultura”, que emerge la experiencia y la conciencia de pertenecer a un grupo, a una especie particular y singular, distinta a otras especies, o a otros grupos de la misma especie. Esto proporciona de vuelta al individuo, la vivencia de grupo, de masa y, como consecuencia, la experiencia de no estar solo en el mundo, y de sentirse en seguridad frente al vacío y al misterio de lo desconocido y lo incontrolable.

Pero por otra parte, aparece el peligro del otro amenazante, del otro diferente que cuestiona este sentimiento de cohesión y de unidad.

Innumerables son los ejemplos, que dramáticamente nos muestran la capacidad de los seres humanos a destruir a otros seres humanos a partir de representaciones ideológicas, religiosas u otras, todas posibles gracias a la capacidad de simbolizar que se abre con el lenguaje.

Podemos decir que cada vez que un grupo humano cree que sus “formas” de ver y comprender el mundo (sistemas de creencias, ideología, teorías científicas) son verdades absolutas de defender a cualquier precio, aún destruyendo otras formas de vida y, por ende, otros seres humanos, estamos en la zona límite que puede desembocar en una situación de violencia. En otras palabras, cada vez que lo cultural es considerado más

importante que lo biológico, es decir, las creencias son más importantes que la vida misma, nos hallamos en el umbral de una situación de violencia.

Las personas con las que trabajamos son justamente víctimas de esa violencia. Ellas fueron perseguidas, torturadas, obligadas a abandonar sus países, en nombre de un sistema de creencias, de un sistema ideológico. Lo singular de la violencia organizada, es el hecho de que cada acto de violencia va acompañado de un discurso, de una argumentación destinada a convencer, incluso a las víctimas, que esta violencia es necesaria, es legítima y/o que los únicos responsables de ella son las propias víctimas. A veces, los torturadores logran que las víctimas (víctimas directas o miembros de sus familias) internalicen los mensajes de sus verdugos, asistiendo en ese tipo de situaciones, a lo que hemos llamado el *fenómeno de demolición de la identidad* (Barudy y col., 1989). Este fenómeno se diferencia de lo que hemos llamado *traumatización de la identidad* en la cual las víctimas resultan heridas corporal y emocionalmente, pero logran mantener intactos sus sistemas de creencias, sus concepciones éticas y el sentido de sus luchas.

La diferencia entre una actitud violenta y una actitud terapéutica es que, a diferencia de los abusadores, los terapeutas hemos abandonado la idea de que nuestras percepciones son "inmaculadas percepciones" (Huneeus, F, 1986) y de que nuestras creencias son verdades absolutas. Nosotros, así lo espero, no creemos realmente en lo que creemos. Así, nuestros modelos diagnósticos (explicación profesionalizada de los problemas) y nuestros métodos terapéuticos (proposiciones de solución) son nuestras formas singulares y una de las tantas maneras de explicarnos los fenómenos. Pero, en la medida que éstos son el resultado de nuestras experiencias, en tanto que seres vivos y en tanto que sujetos sociales, ellos son reformulaciones posibles y plausibles que pueden servir a nuestros pacientes como posibles alternativas a los atolladeros en se encuentran.

Lo importante es que nosotros, los terapeutas, aceptemos que es lógicamente insostenible que pretendamos imponer a los demás nuestro saber o nuestras concepciones sobre la salud o la enfermedad.

El respeto por el mundo "lenguajeante" de los otros, es un imperativo ético de toda intervención que se pretenda terapéutica. Cada individuo, como cada familia o comunidad, son como nosotros, autoreferentes, es decir, definen sus problemas como pueden y proponen las soluciones que les parecen posibles en el marco de sus pertenencias sociales y culturales.

Desde esta perspectiva, el encuentro terapéutico es, ante todo, un encuentro convivencial, donde las personas son importantes como tales y en donde se acepta la legitimidad de la formulación de los problemas y soluciones de cada uno. A través de la conversación, los terapeutas intercambiamos nuestras lecturas y modelos como redefiniciones posibles que faciliten nuevas vivencias y, si es posible, menos sufrimientos. Se trata de conversar en un clima de aceptación mutua, con la esperanza de que el espacio convivencial permitirá una nueva “construcción” o representación de la realidad, más sana y liberadora para ambos, pacientes y terapeutas.

Permítanme relatarles como ejemplo, una experiencia con uno de mis pacientes. Este me consultó en un estado depresivo, acompañado de profundos sentimientos de culpabilidad. Al preguntarle por qué él creía que debía sentirse tan culpable, me relató que durante su detención y en la tortura no pudo evitar, por el dolor que sentía, de entregar los nombres de varios de sus camaradas. Todos ellos fueron detenidos, torturados y uno de ellos fue asesinado. La solución que mi paciente había encontrado a su culpabilidad era la depresión. Mi intención fue expresarle mi respeto por su opción responsable, de negarse a una felicidad que él creía no merecer, a pesar del amor que recibía de su esposa y de sus hijos. Al mismo tiempo que le expresaba, y sinceramente así lo sentía, mi preocupación por el hecho de que su solución correspondía a lo que yo creía, la estrategia de sus torturadores y asesinos de su amigo. Esta era destruirlo a él también y así mismo a su familia, en este caso psicológicamente, para impedir la amenaza de que el paciente siguiera siendo un sujeto social activo, capaz de denunciar y combatir al régimen que lo había torturado. Mi paciente y yo estuvimos de acuerdo en esta reformulación, y nos comprometimos mutuamente a hacer todo lo posible para salir de ese estado. El aceptó tomar medicamentos para su depresión, y yo, de recibirlo periódicamente a él y a su familia para seguir reflexionando y buscando nuevas estrategias para darle una continuidad a sus experiencias sociales y políticas.

3) El terapeuta como sujeto histórico, perteneciente a un linaje singular

No es mi pretensión ofrecerles un modelo general para explicar el por qué y el cómo nuestras historias personales, parte de nuestras estructuras, influyen lo que hacemos. Ni explicar el por qué nos encontramos, justamente, en la trayectoria de alguien que ha sido torturado, perseguido,

encarcelado, exiliado, etc. Seguramente, cada uno de ustedes ya ha reflexionado sobre esto y ha encontrado un sentido a este fenómeno singular de ocuparse de los problemas de los otros, y en este caso, de personas que han sobrevivido a la peor de las violencias: la organizada y aplicada por un grupo de humanos para destruir otro grupo de semejantes.

Al reflexionar sobre mi propia historia, la respuesta a esta pregunta emerge del cúmulo de experiencias que conforman el bagaje de mi historia personal, vivida en el contexto de mi familia de origen, de la sociedad y de la cultura donde crecí, y de las situaciones y eventos que conmovieron mi equilibrio existencial.

Es difícil para mí decir hoy, cuál de todos estos ingredientes fue más determinante para mi "vocación" de terapeuta. Lo que puedo afirmar con certeza de mis percepciones organísmicas, en el sentido de Rogers (1961), es que las emociones que determinan mi testarudez por realizar este trabajo, son una amalgama de odio y de amor.

En mi caso, no sólo hablo del odio por los torturadores que violentaron mi cuerpo y el de mis compañeros, sino que también del odio frente a los instigadores intelectuales de la violencia organizada que conocí. Me refiero también a todas esas gotas de rabia que se acumularon en mi cuerpo como consecuencia de situaciones de injusticia y violencia relacional (Boszormenyi-Nagy, 1987) que, como todo niño o adolescente, viví o presencié en el seno de mi red familiar y/o en el tejido social que nos rodeaba.

En relación a esto, yo creo que una parte de mi vocación de médico, de psiquiatra y de terapeuta, viene también de mi obstinación de querer sanar a mis propios padres de sus propias tragedias infantiles. Mi quehacer actual, y quizás el de muchos de ustedes, puede ser considerado como un reciclaje creativo de esa necesidad imperiosa de curar a nuestros padres, para no tener que seguir reparando y ocupándose eternamente de ellos. En mi caso, yo creo haber aceptado hace algunos años, que esa era una misión imposible, y que era mejor utilizar la experiencia acumulada desde mi nacimiento, para tratar de curarme a mí mismo, ocuparme de mis hijos sin pedirles que sean mis propios terapeutas y ganarme el sustento como psiquiatra.

Por otra parte, a pesar de sus límites y contradicciones, mis padres y otros adultos significativos en mi vida, me aportaron una cantidad de amor suficiente que sumado al de mis hermanos y hermanas, amigos y compañeros que fui conociendo en el camino, me permitió sobrevivir al horror represivo y a continuar viviendo.

Explicar todo a través de las experiencias familiares puede parecer reductor, dado que todas las familias y la mía, por supuesto, se insertan en una sociedad determinada y en un momento histórico determinado. Es el acoplamiento resonante entre nuestras experiencias familiares y las experiencias sociales, que pueden ayudarnos a encontrar la respuesta que buscamos. Es decir, el por qué elegimos justamente el lío de ocuparnos del tema de la violencia y cómo nos afectan las experiencias de las personas que tratamos.

Por ejemplo, yo estudié medicina en mi país en un período donde estudiar era parte de un proyecto de responsabilidad social. Así, una parte considerable de jóvenes de mi generación, teníamos distintos proyectos de devolver a la comunidad lo que habíamos recibido de ella, con el compromiso, explícito o implícito, de luchar para acabar con la pobreza, con el sufrimiento, con las desigualdades y los abusos.

La reflexión acerca de lo social era parte de nuestra vida cotidiana. En ese período nos auto-definíamos como estudiantes al servicio del pueblo, y sin formularlo explícitamente, había quizás en la representación de nosotros mismos, la ambición de ser terapeutas sociales.

Imbuído de este espíritu, consagré mis últimos años de estudiante de medicina a trabajar, con estudiantes de diferentes disciplinas, en programas de salud mental destinados a contrarrestar los efectos del alcoholismo y de la angustia, producto de la miseria en los barrios pobres de mi provincia. En esta misma dirección, consagré mi primer año como médico a trabajar en el programa de atención primaria con campesinos e indígenas en el sur de mi país. En esa función, mi trayectoria personal, profesional y familiar, fue dislocada por la violencia organizada instaurada por la dictadura militar de Pinochet en septiembre del 73. Este acontecimiento marca un cambio radical en mi trayectoria y junto a mi familia, debimos durante años consagrar una parte de nuestra energía y creatividad a nuestra propia terapia, para contrarrestar el efecto de esa violencia. Entre otras medidas de esta "terapia forzada", tuvimos que E-migrar (en lo real y en lo simbólico) de nuestra tierra, Chile, e In-migrar en Bélgica, nuestro país de acogida.

Una parte importante de nuestro propio proceso de reconstrucción, lo realizamos gracias a nuestra participación en la creación y en la animación, con otros exiliados latinoamericanos y terapeutas belgas, de un programa de salud mental destinado a los refugiados políticos y víctimas de la violencia.

De esta manera, el tema de la violencia se transformó para mí en una cuestión de supervivencia personal y en un trabajo para disminuir el sufrimiento, lo que ocasiona en parte, mi propia terapia.

Esto explica también el hecho que desde 1984 trabaje como psiquiatra en otro programa destinado a ofrecer una ayuda terapéutica a los niños víctimas de violencia familiar y abusos sexuales.

Si he abordado una parte de mi historia como parte final de mi reflexión, es porque estoy convencido que el mejor recurso terapéutico somos nosotros mismos y la relación que podemos ofrecer a nuestros pacientes. La posibilidad de servir de terapeutas, está en relación directa con la experiencia de sentirnos sujetos, concientes de nuestras estructuras y de nuestras historias, como resultado de haberlas conversado y "re-escrito" en una reflexión dialogante con un otro, ya sea profesional de la terapia o no-profesional. Nuestras propias historias así escritas, se transforman en fuentes explicativas de nuestras vivencias, y como tales, en paradigmas explicativos de lo que nos pasa. Al mismo tiempo, nos sirven como temas de conversación para compartir con otros, y por ende, en ocasiones para el encuentro y el enriquecimiento mutuo.

Sin aceptación y respeto por nosotros mismos y por nuestras historias, no podemos tener la pretensión de poder aceptar y respetar al otro. Sin la aceptación del otro como un otro legítimo en la convivencia, no hay fenómeno social. Si no hay fenómeno social, no existe terapia.

BIBLIOGRAFÍA

- BARUDY, J., "A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exile", *Soc. Sci. Med.*, 1992, 28,7, pp. 715-727.
- BARUDY, J., "L'utilisation de l'approche systémique lors de thérapies avec des familles des réfugiés politiques", *Thérapie familiale*, 1989, 10, 1, pp. 15-31.
- BARUDY, J., "Migration politique, migration économique: une lecture systémique du processus d'intégration des familles des familles migrantes", *Santé mentale au Québec*, 1992, XVII, 2, pp. 47-70.
- BOSZORMENYI-NAGY, I., *Foundations of Contextual Therapy. Collected Papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*, Brunner-MAZEL, New York, 1987.
- MATURANA, M., & VARELA, F., *Autopoiésis and Cognition*, D. Deidel, Boston, 1980.
- MATURANA, M., & VARELA, F., *El árbol del conocimiento*, Ed. Universitaria, Santiago, Chile, 1986.
- MATURANA, M., *Emociones y lenguaje en educación y política*, Ed. Hachette, Santiago, Chile, 1990.
- ROGERS, C., *On becoming a person*, Ed. Houghton Mifflin Company, New York, 1961.