

**MATRIZ RELACIONAL EN PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA DE UN GRUPO DE PACIENTES
CON DIABETES**

Florencia Fassione, Emilce Sanchez y Elena Toranzo

Después de Freud, destacados psicoanalistas Klein, Fairbairn, Ferenczi, Balint, Winnicot, Bion entre otros; no se conformaron con la orientación instintivista e individual, por lo que incluyeron en esta primera y estrecha concepción de la disciplina psicoanalítica la visión global y antropológica del ser humano con su fundamental relacionalidad. Zukerfeld y Zukerfeld (2017) señalan que trabajo analítico con la unidad mente-cuerpo necesita dispositivos de traducción, para comprender que la separación entre cuerpo erógeno y soma puede ocultar en el fondo un pensamiento cartesiano. Es en este sentido es que conjuntamente se amplió la perspectiva técnica que implicó el reconocimiento a la intervención psicoterapéutica en grupos, familia y pareja como contextos relacionales en los que se manifiesta la mente relacional con todo su esplendor

Elena Toranzo

Psicoanálisis relacional y psicosomático

Cabe aquí la difícil tarea de poner en relieve los conceptos centrales en los que la *relacionalidad* se pone de manifiesto, sin hacer referencia al complicado y largo camino que ha debido sortear el psicoanálisis clásico para arribar al Psicoanálisis relacional actual y da allí a la psicosomática-unos de los temas más controvertidos en su seno. ; en el capítulo anterior ya realizamos algunos pasos.

La necesidad de conceptualizar el pasaje de un sistema cerrado a uno abierto se pone más en evidencia a partir de Klein ya que Freud –en su predilección por lo innato y filogenéticamente determinado– no describe el proceso mediante el cual el infante escapa de su sistema psicológico inicialmente cerrado, quedando así

los procesos psicológicos interpersonales sin especificar. En este camino el concepto de *fantasía como la interpretación que el infante hace de la experiencia*, le da al mismo un grado de subjetividad precoz. Sin embargo, en ese modelo, la experiencia real puede servir de apoyo a un modo instintivo de organizarla, pero no el modo en el que se interpreta. Se abre así el interrogante acerca de la importancia de la experiencia real con la madre, y una compleja historia de estudios psicoanalíticos teóricos dedicados al paso de la fusión a la separación, de la indiferenciación a la diferenciación, de la simbiosis a la individuación, de la relación gemelaridad (twinship) a la unicidad (oneness), del espejamiento a la auto representación, de identificarse con, a compartir con, de la simetría a la asimetría; estos conceptos han sido creativamente explorados por grandes analistas desde el mismo Freud, por Klein y su intercambio con Fairbairn, Winnicott, Bowlby, Mahler, Kohut y en especial el sello epistemológico de Bion sin dejar de mencionar en este recorrido a los controversiales aportes de Ferenzcy y Balint.

En este trayecto en el que se va dando el apartamiento de un único modelo para comprender la conducta humana a partir del instinto, sexualidad y Edipo se empieza a visualizar una controversia entre los patrones de conductas innatos y los sistemas de generación y organización del significado en el que todos son aportes de relevancia para la comprensión de una estructura psicológica profunda y de cómo se va generando el plano simbólico.

Según Winnicott -parafraseado por Rodríguez J (2017).- la especie humana, está condenada a una tarea perpetua: al interminable trabajo de diferenciar y relacionar mundo interno y mundo externo, lo subjetivo de lo objetivo, la percepción de la aperccepción, así esta breve reseña se podría tomar como base de la *problemática psicósomática que ha sido estudiada desde todas las vertientes del psicoanálisis*. Para nuestro enfoque relacional los conceptos de escisión y espacio transicional que vienen de la mano de Fairbairn y Winnicott son centrales para iniciar nuestra comprensión.

Aquí también, partimos como seres humanos de la concepción de una *matriz somatopsíquica* que se irá diferenciando - en la medida de un contexto suficientemente seguro -que se inicia en el pasaje de lo intrauterino. Este fenómeno o hecho luego será tomado como parámetro de algo que está afuera y de algo dentro, y que permanecerá en la psiquis como la ilusión de la unidad de dos que se inicia en lo intrauterino. Ese pasaje, y la inevitable separación de la madre son un parámetro para la escisión, aunque ésta ya viene formateada desde la división celular. Así, entonces la *escisión* como la *somatización*, por ende, están siempre presentes en la personalidad en grados variables, en procesos sanos y/o enfermos; maduros e inmaduros.

En ese contexto o espacio transicional, en el que se dan estos desarrollos, se crearan las condiciones de una escisión adecuada que favorezca la formación de

símbolos; su ingrediente relacional central será según Fairbairn es "ser amado por los padres y que estos reciban el amor del niño". Hay una estrecha relación entre estos dos componentes dinámicos, así como nadie podría decir que no ha sufrido alguna escisión en el transcurso de su vida lo mismo ocurre con la somatización, implicando desde aquella persona que polisomatiza permanentemente hasta aquella desafectivizada.

Este espacio transicional, dado por la separación de la madre y la terceridad o *madre grupo* - como le denominamos en nuestro enfoque - está integrado por todos los elementos constitutivos de la personalidad (amor, cuidado, sensaciones corporales, movimiento, depresión, aflicción, frustración, objetos precursores, etc.). Es un espacio potencial, en el que el sí mismo evolucionará en un camino psicósomático como expresión de la dificultad en la simbolización o por otro de una mayor integración cuerpo, mente y mundo externo en el que la vida afectiva es ocupa el centro.

La creación de *subjetividad* depende de las dialécticas consciente e inconsciente, yo y alteridad en la que se crean uno y otra proveyéndose de significados - señala Ogden (1998) - y el espacio potencial será el lugar de origen de los símbolos. Se sucede desde allí la emergencia del *sujeto* que los interpreta y la persona con deseos que tiene su culminación en la relación intersubjetiva.

Si bien la diabetes es considerada una enfermedad psicósomática, su componente genético es preponderante. Sin embargo, la unidad mente-cuerpo-mundo externo - y, en especial, su componente emocional - se pone en juego de un modo relevante en esta y otras patologías de corte "orgánico" e instalan la discusión de la incidencia de uno u otro factor para su desencadenamiento. Consideramos que la enfermedad irrumpe en la vida de la persona cristalizándose en un nódulo que incide en el sistema intersubjetivo.

En la perspectiva médica, la diabetes se trata de una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono provocada, o bien por un déficit de insulina (las más de las veces a consecuencia de una disfunción de los islotes de Langerhans del páncreas), o bien por un trastorno en su utilización. Dado que la glucosa no puede incorporarse a la célula, permanece en la sangre en cantidad superior a la normal y resulta un elemento inútil para suministrar energía. Los síntomas patognomónicos de la diabetes son: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. (Chiozza y Obstfeld, 2008). Dicha enfermedad no solo afecta la salud física del paciente que la padece; sino que influye notablemente en su funcionamiento psicológico y psicosocial.

La visión de lo psicósomático como una dificultad en el proceso de integración de la psiquis con la totalidad del funcionamiento físico - necesaria para llegar al "yo soy" al que todo ser aspira según Winnicott (1966) -, como resultado de una falla en las relaciones emocionales primarias, es sumamente clara como modelo teórico. Así, en condiciones normales, mente y cuerpo forman una sola unidad;

siendo la enfermedad psicosomática la consecuencia de la fractura de esa unión, fractura marcada por el guion existente en la expresión psico-somática. El autor considera que lo que caracterizaría a la enfermedad psicosomática es la presencia de una escisión yoica, que se organiza a partir de un yo débil y se mantiene como una organización defensiva. Se produce una falla en el proceso de personalización que implica una organización defensiva básica que mantiene separada la disfunción somática del dolor psíquico. La verdadera enfermedad psicosomática, dice Winnicott, no está en el cuerpo sino en la mente del enfermo, y corresponde a una falla en el proceso de personalización. (Cohen, Labat; 2001).

En los pacientes psicosomáticos, la capacidad de simbolización se encuentra perturbada. El tipo de pensamiento se caracteriza por ser concreto, restrictivo, carente de fantasía y simbolismo, asociado a un lenguaje minucioso y detallista de los acontecimientos. Dicho de otro modo, el sujeto piensa en hechos, no piensa en término de fantasías.

El diagnóstico de diabetes como trauma

La concepción del *trauma* tiene una perspectiva extensa en el psicoanálisis tradicional y relacional y ocupa una posición central para el diálogo interdisciplinario constituyéndose en un concepto “puente” con la psiquiatría, la biología, sociología, medicina, neurociencias. En términos psicoanalíticos, es siempre una situación traumática infantil, una situación siempre compleja, en la que interviene tanto el mundo externo como el interno, que activa una fantasmática y genera una situación vital de *desvalimiento*

Desde sus orígenes el psicoanálisis tradicional en su vertiente instintivista, entiende por trauma la cantidad de excitación que el aparato no puede manejar, no puede ligar con representaciones. Aisemberg E. (2005) señala que “en el desamparo inicial prima el orden económico pero remite al déficit del objeto sostén aún no discriminado, la madre que no puede cumplir satisfactoriamente su rol de barrera protectora contra el exceso de estímulos como decodificar y nominar las emociones del infans. Este déficit de representación impone al infans al desamparo, ya que no puede ligar la cantidad de excitaciones producto de los traumas tempranos (p. 35) .Como se puede observar el acento más bien estuvo inicialmente puesto en lo cuantitativo, para posteriormente darle la cualidad de sexual y agresivo como componente esencial.

En el psicoanálisis relacional el *trauma* se origina en tempranas y fallidas interacciones de la diada madre-bebé y su entorno contenedor -que provocan discontinuidad en la línea de desarrollo dirá Winnicott o traumas acumulativos dirán otros. O bien dirá Balint “ falla básica,” en la estructura del individuo que implica tanto el espíritu como el cuerpo en proporciones variables,- siendo *falla* más

adecuado que *falta*, señala Deurelle (2013) quien destaca origen geológico y de la cristalografía del concepto, todos conceptos que van más allá y tan lejos del tradicional *trauma* de la escena primaria.

En este sentido el aporte de Ferenczi (1949) profundiza, al atribuir a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, enfatizando lo traumatógena que puede resultar la realidad psíquica del otro, cuando ese otro sustenta el poder de dar (o imponer) sus propios significados, no sólo al evento traumático, sino a toda la existencia del sujeto. Para Ferenczi el trauma es la expresión de un trastorno en la comunicación entre el niño y el adulto, es decir una “confusión de lenguas” en el sentido de un desencuentro y malentendido comunicacional entre ambos.

Apartándose un poco de esta mirada Benyakar(2016) partiendo de su propia experiencia en hechos de guerra, atentados y catástrofes ha ampliado esta visión diferenciando entre traumático y disruptivo, considerando que se encuentra muy arraigada la tradición que nombra a cualquier evento fuerte, intenso, con la confusa formula “situación traumática”. Así propone otra manera de pensar el problema, y reflexiona que en la mayoría de los casos, los profesionales de la salud mental llaman “trauma” al impacto abrupto y doloroso de un evento externo que sufrió un paciente, sin tener en cuenta el modo en el que ese impacto fue elaborado por la persona y se desconoce que un paciente puede responder a los impactos del mundo externo de muchas maneras posibles, además del trauma. Propone el término *disruptivo* para reemplazar la palabra “traumático” cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo. Por lo tanto, disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración. De manera que un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad y la desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenece al evento sino que depende del sujeto que lo vive. Cuando una situación externa al psiquismo impacta en él, provocando una alteración de su homeostasis, se está ante un acontecimiento disruptivo. Cuando el efecto producido por el agente externo provoca un quiebre en la capacidad y posibilidad de procesamiento mental, el acontecimiento deviene en traumático. Por ello Benyakar enfatiza que lo traumático no es un evento fáctico o situación sino un proceso psíquico producido por un evento o entorno disruptiva.

Esta diferenciación conceptual del autor nos resulta sumamente útil frente a una situación vivencial en la que nunca está claro lo que es de afuera o de *adentro*. Benyakar, quien ha participado activamente en las guerras de Israel, el 11 de Septiembre de New York, el atentado de la AMIA y otros eventos de alta potencialidad disruptiva considera que se encuentra muy arraigada la tradición que nombra a cualquier evento fuerte, intenso, con la confusa formula “situación traumática”. Propone el término *disruptivo* para reemplazar la palabra “traumático”

cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo. Por lo tanto, disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración.; cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenece al evento sino que depende del sujeto que lo vive.

En nuestra experiencia consideramos incluir dentro de la secuencia de traumas que puede sufrir una persona a lo largo de sus primeros años y su relación, no sólo con la madre, sino también con los padres y el entorno, recibir el diagnóstico de una enfermedad grave o como en este caso la diabetes-limitante, degradante y amenazante como objeto malo-con la que hay que aprender a convivir a veces desde muy temprana edad. . Muchas son las vicisitudes generadoras de traumas en la infancia: malos tratos, incomprensión, violencia de los padres, hermanos o cuidadores, falta de conexión con las necesidades del niño, estimulaciones sexuales excesivas, abuso, extrema pobreza, miseria, hambre, han sido estudiados de diferentes perspectivas, sin embargo no existen muchos estudios referidos a este manera de enfocar esta situación que trataremos de profundizar en el curso de la psicoterapia de grupos de estos pacientes.

Si bien todas estas y muchas otras similares constituyen situaciones traumáticas presentes, la diabetes una vez diagnosticada se hace cotidiana y repetida durante años, se va naturalizando de tal modo que no se presta atención al hecho de que, cuanto de lo que impide su buen tratamiento en estos pacientes, se deban a las réplicas del impacto traumático en su vulnerabilidad.

El encuadre del grupo terapéutico¹

La experiencia clínica se realizó en el Servicio de Medicina Nuclear y Endocrinología, de un hospital público. Dicho servicio está integrado por dos médicas clínicas, una bioquímica, una enfermera y una técnica.

El servicio cuenta con laboratorio propio donde se realiza extracción de sangre para análisis hormonales. Se realiza atención médica tanto de pacientes ambulatorios como internados, interconsultas intrahospitalarias, brindándose además atención por el servicio de enfermería, que se encarga de realizar los controles de signos vitales y la educación diabetológica.

¹ El material clínico es referido con el consentimiento informado según legislación correspondiente. Los pacientes han sido anonimizados, a los efectos de preservar el secreto profesional.

Se atienden pacientes en su mayoría sin obra social, de escasos recursos, de patologías diversas, dentro de la especialidad de endocrinología. Los pacientes atendidos son adultos a partir de los quince años en adelante.

Presentación del Dispositivo

En la **implementación del dispositivo terapéutico** se observan tres momentos:

a) Previo a la tarea grupal las médicas clínicas del Servicio, realizan la **selección de pacientes con diabetes**, para la indicación de asistencia psicológica, de aquellas personas en las que se observaba la necesidad de hablar de sus problemas cotidianos en los que emociones negativas, ansiedad, depresión, hostilidad influían en el control de la glucemia, generando efectos adversos en el funcionamiento, en la evolución de la enfermedad y la calidad de sus vidas, en consonancia con la dificultad para adherirse al tratamiento médico. Es a partir de allí que surge la necesidad de contener estos aspectos emocionales del paciente que rebasan el rol del médico. De todos modos, si un paciente se encuentra en estado crítico, tanto en el aspecto orgánico como en lo psicológico, lo que sería motivo para una derivación al área de Salud Mental del Hospital.

b) A partir de esta selección se realizan **entrevistas clínicas individuales** a fin de recabar datos sobre la historia vital para lo que se implementó una adaptación del protocolo de anamnesis del Centro de Consulta Médica “Weizsaecker” para evaluar globalmente la situación de los pacientes y su estado emocionales para incorporarse a la psicoterapia de grupo. Dicho protocolo permite indagar sobre antecedentes de diabetes en la familia, el momento vital que atravesaban al recibir el diagnóstico y el tratamiento médico, sus temores respecto a la enfermedad y sus vínculos, entre otros. Este protocolo es un cuestionario detallado, que forma parte del Estudio Patobiográfico (Chiozza, 2008, tomo XIV) que ha sido diseñado para ocuparse de las situaciones puntuales que requieren tiempos breves y en las que se hace necesaria una intervención terapéutica rápida, es decir, situaciones que escapan al marco del encuadre psicoanalítico clásico, como por ejemplo en el caso de una enfermedad somática. Incluye no sólo el cuestionario, sino que además, se utilizan fotografías, relatos de cuentos, películas y el diagnóstico clínico del estado físico general y del estado actual de la enfermedad, realizado por el médico.

En esta etapa además, se indaga sobre sus creencias y expectativas de participar en el grupo, con el objetivo de incrementar la confianza sobre la eficacia del tratamiento grupal. Se busca motivarlos para la tarea e ir creando juntos un modo de acercamiento personal e íntimo que nos preparara para el encuentro grupal. A esta

tarea, que empieza antes del inicio del grupo, y refuerza las expectativas del mismo, Irvin Yalom (1996), la considera un importante factor terapéutico, que denominó “infundir esperanza”.

c) Una vez seleccionados los integrantes se da comienzo al **grupo terapéutico**, a cuyos participantes se les indica concurrir una vez por semana, durante aproximadamente doce encuentros para compartir inquietudes y necesidades en relación a la enfermedad, y explorar los conflictos que emergen en relación a la diabetes y otros que puedan ser de relevancia para la comprensión de la enfermedad y de la situación de vida del paciente.

Se trata de un grupo semi-abierto acorde a las necesidades de lo institucional – hospitalario, con la intervención de dos coordinadoras. Esto resulta beneficioso por cuanto favorece y duplica la coordinación frente a la complejidad de la problemática abordada, la movilización intensa de ansiedad, y angustia de sus integrantes en diferentes momentos del proceso grupal favoreciendo la capacidad continente del grupo. Además, el apoyo mutuo entre las coordinadoras permite mantener una mayor objetividad, frente a transferencias grupales con intensos componentes persecutorios y de dolor psíquico (Toranzo, 2013).

El **equipo de trabajo terapéutico** se conformó por las dos coordinadoras –una novel Licenciada en Psicología, con experiencia en coordinación de grupos, y una Residente en Psicología Clínica de la Licenciatura en Psicología, la supervisora y la relación establecida con las médicas del Servicio.

El grupo se reunía una vez por semana, por un lapso de una hora y media aproximadamente. Previo consentimiento informado de cada uno de los integrantes, se realizó la grabación del audio correspondiente durante el encuentro, cuyo material se trabajó en supervisión al igual que las impresiones transferenciales y contra-transferenciales.

Como parte del *encuadre* se consideró tener en cuenta la posibilidad de llamar por teléfono a los pacientes, especialmente en la primera etapa del grupo, así el día anterior se llamaba a cada uno de ellos para recordarles que al día siguiente había grupo. Luego sólo se llamaba en el caso de que hayan faltado al encuentro anterior para saber el motivo de la ausencia al mismo, como así también recordarles que todos los miembros del grupo lo esperaban en el próximo encuentro y de éste se pudiera diferenciar de la asistencia a los controles médicos. Este contacto telefónico, podría fundamentarse por los aspectos depresivos de los pacientes, por ende de los aspectos dependientes -orales voraces- puestos en juego. Siguiendo a Fontana (1971) en cuanto a que estos pacientes por sus características requieren un encuadre maternante gratificador.

La **supervisión** constituye un aspecto central de este encuadre ya que permite evaluar y elaborar la intensidad de los procesos identificatorios. El supervisor se ofrece como continente de la confianza depositada por el supervisado que permite una experiencia nueva que dará lugar a un enfoque diferente y enriquecido; lugar donde un grupo mira a otro grupo.

Como desarrollamos en el capítulo anterior la supervisión es un instrumento clínico por excelencia en el que se mediatizan las relaciones de objetos en sus aspectos conscientes e inconscientes en la que se pueden observar múltiples relaciones: la relación de los terapeutas con los pacientes, la de los pacientes entre sí, los coordinadores entre sí, la transferencia y contratransferencia con el supervisor entre las más significativas, convirtiéndose de este modo en un equipo de trabajo que se piensa a sí mismo. (Toranzo, Sanchez y Picco Lieto; 2015)

Se trabajó con un "grupo homogéneo" - según la clasificación clásica - en cuanto a su condición de personas con diagnóstico de diabetes, aunque con variaciones importantes en relación a la edad, sexo y al curso de la enfermedad.

Singularidad y grupo

Se presenta el análisis del grupo a partir de la singularidad de cada uno de sus integrantes². La singularidad refiere de un modo directo al trabajo diagnóstico previo al grupo, que se realiza con cada uno de los pacientes seleccionados para ingresar al mismo, pero también a la singularidad que se dará en el grupo. En esta fase, se hace un diagnóstico previo presuntivo y, progresivamente promueve la alianza terapéutica, cuya función es establecer el vínculo, y un buen rapport.

Esta etapa se constituye técnicamente de modo flexible, atendiendo a los puntos de urgencia que presenta cada paciente. El encuadre diagnóstico se flexibiliza debido a la situación particular de cada persona y especialmente teniendo en cuenta que se trata de una población clínica que suelen atravesar situaciones críticas –de salud, económicas, familiares– que afectan tanto su salud, como su calidad de vida y ameritan un acompañamiento. Como terapeutas, en esta población de pacientes hay que ser flexibles y tener la capacidad de modificar los objetivos planificados, e ir adaptando el encuadre junto con los pacientes. Así de alguna manera este período diagnóstico suele operar además, como apoyo con efectos terapéuticos colaterales.

Siete son las personas seleccionadas por las médicas clínicas, quienes comparten el mismo diagnóstico –diabetes – y reciben atención médica en el Servicio de

² Se considera relevante aclarar que he se han modificado los nombres reales de los pacientes para resguardar la identidad de los mismos, y que el material clínico cuenta con el consentimiento para su publicación.

Medicina Nuclear y Endocrinología, perteneciente al Hospital Público de la Región de Cuyo.

Alma... el alma mater

Alma, 63 años, casada, madre de una hija. Recibió el diagnóstico de diabetes, en el año 2004, y comenzó rápidamente el tratamiento.

El primer impacto fue de una mujer muy desmejorada, apenas podía caminar, con su rostro transmitía su dolor y tristeza. Manifestaba angustia, y tristeza, llorando desconsoladamente en cada encuentro. Se podía sentir su soledad, desamparo, una profunda tristeza. Generaba una gran preocupación su salud, presentaba varias complicaciones médicas. En el momento de la consulta, estaba luchando con una infección en la zona del abdomen consecuencia de una operación. Además, tenía hernias lumbosacras que le generaban dolores y dificultades para moverse. Tenía sus valores estables, hacía dieta metódicamente, y no realizaba ejercicio porque estaba cuidando la cicatrización.

Alma relata y transmite una historia de vida teñida por el desamparo, fue abandonada por su madre biológica cuando era pequeña, y adoptada unos años más tarde. Recuerda esa historia con mucho amor y cariño, sintiendo que fue una salvación.

Por distintas circunstancias, en ese momento no tenía casa propia, ni trabajo.

Si bien Alma fue derivada por tener diabetes, en su relato la misma queda en último plano, infiriendo que en la historia de Alma sucede lo mismo, para ella la enfermedad no era un problema mayor.

José... el gruñón

José, 58 años, divorciado, padre de tres hijos. No recuerda exactamente el inicio de la enfermedad, aproximadamente cree que hace 15 años. En el momento de la consulta tenía estable los valores de la glucemia, tomaba la medicación, se cuidaba en las comidas, y realizaba los controles necesarios.

Al comienzo, la mirada de José era intimidante, se mostraba distante, rabioso, con cierta superioridad. A lo largo de los encuentros, se fue estableciendo un vínculo más cálido, estaba más tranquilo, sonreía y logró así contar –transmitiendo mucha angustia– que hace varios años, cuando su primer hijo varón tenía 5 años, falleció de un tumor en la cabeza.

Si bien, manifestaba que se encontraba muy bien, que la muerte de su hijo era un tema superado, que la diabetes no le generaba grandes problemas, a medida que transcurrían los encuentros comenzó a exteriorizar cierta tristeza, angustia, cansancio, frustración por distintas situaciones que vivió en su vida en relación a trabajos, como así también por la pérdida de su hijo, que era una pregunta que aún no

tenía respuesta. Detrás de esa mirada intimidante, había un hombre que sentía tristeza, soledad, dolor por la pérdida de su hijo, y buscaba cariño en los distintos vínculos. De todos modos, este paciente generaba cierta irritación en algunas oportunidades.

Por complicaciones en su salud, se continuó con los encuentros individuales, más allá de la fase diagnóstica. Así, de alguna manera esta fase operó, además, con un objetivo de apoyo.

Lía... una coraza protectora

Lía, 44 años, divorciada, en pareja, madre de 3 hijos. A principios del año 2015 le diagnosticaron diabetes, y a mediados del año 2016 comenzó el tratamiento.

Lía se encontraba siempre bien peinada y maquillada, con buena presencia. Detrás del maquillaje, transmitía cierta soledad, angustia, tristeza y dolor. Consideraba que emocionarse implicaba ser una persona débil, y de este modo se exhibía como una mujer fuerte, con una coraza, manifestándolo con su postura rígida y la sensación de que era intocable; ya que transmitía que ante una nueva situación de pérdida, ella podía quebrarse o romperse.

Su padre había fallecido hacía un año, y con su madre no tenía relación desde entonces, por problemas con su hermano. Manifestaba la necesidad de que alguien la guíe, la acompañe y apoye. Ella sentía que no podía tomar decisiones por sí misma, y presentaba dudas por ejemplo de la necesidad de asistir a la psicóloga o no. A medida que transcurrieron los encuentros, empezó a demostrar ganas de asistir al hospital, y a la psicóloga.

Lía recuerda con tristeza su infancia. Relata que tuvo que trabajar y estudiar, y que recibía castigos por parte de sus padres y debía hacer sólo lo que ellos le decían. Además relata que vivió situaciones de violencia con su ex marido, padre de sus hijos.

Nidia...la fortaleza

Nidia, 68 años, separada, y casada en segundas nupcias, madre de 4 hijos. Oriunda de un país vecino, llegó a Argentina hace 28 años.

Recuerda que hace diez años aproximadamente recibió el diagnóstico porque tenía una herida que no cicatrizaba. Al momento de la derivación a atención psicológica, hacía tres meses que se atendía en el hospital, y se encontraba con un tratamiento que le permitiría bajar los valores de glucemia, debido a que tenía diariamente 400 mg/dl.

Se podía percibir que Nidia era una mujer sufrida, expresaba un gran monto de angustia y una necesidad de hablar de todos los conflictos que vivía con su marido y sus hijos. De todos modos, transmitía una gran fortaleza para enfrentar los problemas diarios.

Estar lejos de su país le generaba una profunda tristeza, al igual que las peleas entre sus hijos por cuestiones económicas, que expresaba con cierta impotencia. Asimismo, la relación con su marido le ocasionaba tristeza, porque él no asumía que era alcohólico, y sentía que era su sirvienta y no su esposa. Discuten por el dinero, y el alcohol. Esta paciente, asociaba los valores altos de glucemia con los disgustos que vivía en su familia. No sentía que su enfermedad fuera un problema, se ocupaba de la misma, realizaba el tratamiento, la dieta y el ejercicio diario. Así, Nidia transmitía la necesidad de recibir y contar con un espacio de escucha y contención, para poder transitar sus dificultades familiares.

Emiliano... el niño del grupo

Emiliano, 37 años, separado y padre de tres hijos. Trabajaba con su padre en un taller metalúrgico; y vivía en la casa de sus padres.

Era un hombre que transmitía una gran tristeza en su rostro y en su forma de expresarse. Tiene diabetes desde hace 10 años, y utiliza insulina desde el comienzo del tratamiento. Recibió el diagnóstico, cuando se realizaba los controles por los problemas de riñón que tiene desde niño. Expresó que en un principio no tomó en serio la enfermedad, no se cuidaba, y tuvo un coma diabético. Presenta dificultades para cuidarse, hacer ejercicio y comer saludable.

Sólo se realizó una entrevista individual e ingresó al grupo. Le costaba conectarse con sus sentimientos y con lo que pudo sentir en ciertas ocasiones de su vida, porque solo recordaba los hechos –como la muerte de sus abuelos y un tío; abandonar una carrera universitaria y comenzar a trabajar–.

Víctor... un hombre vital

Víctor, 49 años, padre de dos hijos varones del primer matrimonio, y de dos hijos del segundo matrimonio. Con respecto al diagnóstico de la enfermedad, recordaba exactamente los síntomas que había sentido, y el momento en que se realizó los análisis. En relación al inicio de la misma, en un principio estaba convencido que hacía 8 años, pero al indagar a lo largo de los encuentros se dio cuenta que hacía alrededor de 15 o 20 años. No pudo precisar la fecha, y eso le generó mucho desconcierto y sorpresa.

Se percibía a un hombre fuerte, joven, que no manifestaba problemas con la diabetes, sus valores eran estables, realizaba los cuidados médicos, la dieta, y los controles necesarios. Relató que contaba con el apoyo de su familia, y que sabía que lo emocional influía en los valores, que se daba cuenta de que enojarse o rabiar le elevaba la glucemia. De todos modos, relataba hechos de su vida sin conexión emocional. Solo en dos oportunidades, se conectó con la tristeza por la separación de sus padres en su infancia, la pérdida de su padre hacia unos años y la relación distante con su madre en la actualidad.

En cuanto al vínculo que se estableció, en varias oportunidades Víctor generaba cierto rechazo e impaciencia, cuando intentaba impactar con historias de su juventud en relación a distintas mujeres, intentando mostrarse como un hombre viril y seductor.

A lo largo de los encuentros la diabetes quedó en un segundo plano. Tenía la necesidad de expresar que en ese momento no estaba bien con su esposa, que hacía un mes había perdido el trabajo, y eso le provocaba mal humor, nerviosismo e impotencia, que podía transmitirlo. Esta circunstancia implicó modificar el encuadre diagnóstico, y extender esta fase con el objetivo de brindarle un espacio de contención y apoyo.

Ceferino...el renegado

Ceferino, 63 años, casado, una hija. En el año 2006, le diagnosticaron diabetes. Al momento de la derivación hacía dos meses que había comenzado a utilizar insulina, y no lograba estabilizar los valores de la glucemia, motivo que le generaba un gran enojo.

Ceferino era un paciente pasivo con respecto a la enfermedad, no sentía propia a la diabetes, no se hacía cargo, delegando los cuidados y las emociones que le provocaba en su entorno –mujer, médicas, hija–. Se podía percibir el enojo, agobio y frustraciones que sentía con respecto a la enfermedad y los distintos médicos. Tenía poca tolerancia para que el tratamiento con insulina le diera resultados, y era difícil transmitirle la calma y paciencia que él necesitaba.

En relación al vínculo que se estableció, fue un paciente difícil, en cuanto a las frustraciones que generaba, porque costaba establecer una relación dónde él sintiera confianza para poder ayudarlo, y que se conectara con sus sentimientos. Asimismo, su salud generaba grandes preocupaciones. Cada semana había que “convencerlo” que siguiera asistiendo, porque no sentía mejorías en los valores de la glucemia.

Ceferino depositaba todo el enojo y la bronca en el afuera, el gobierno y los jóvenes. Tenía dificultades para reconocer el enojo que le provocaba la enfermedad. Así, se modificó el encuadre, y el foco fue que lograra apropiarse de la enfermedad y conectarse con las dificultades que ésta le generaba -le había afectado la visión, sistema circulatorio-, brindándole un espacio de contención.

Análisis clínico de la psicoterapia psicoanalítica de grupo

Para poder apreciar mejor la dinámica del proceso grupal, y las características de los pacientes con diabetes, el análisis clínico del proceso grupal terapéutico se divide en tres fases: *Inicial* correspondiente a los primeros cuatro encuentros, *Media* (5, 6, 7, 8) y *Final* (9, 10, 11, 12).

El Grupo en sus inicios: La resistencia o la desconfianza

Cuando un grupo está conformándose suelen observarse desencuentros, malos entendidos, ausencias, entre otras situaciones que dan cuenta claramente de los fenómenos resistenciales propios de cualquier tipo de psicoterapia, el temor a la fusión y la ausencia de una mentalidad grupal. Es decir fenómenos disociativos y primarios como en los procesos iniciales de la vida en una matriz en donde se va dividiendo el huevo para fundar una nueva existencia. Con el tiempo se ira creando en esa matriz biológica un microclima de interrelación de elementos -unos con otros- para llegar a una “mentalidad grupal”, metafóricamente hablando.

En la misma cada elemento le aporta al otro para una evolución en diversos niveles, que van de uno más global y articulado con la humanidad, con el género humano, la matriz fundacional (*Foundation Matrix*), a uno más íntimo y personal, pero no individual, en una dialéctica permanente.

La situación grupal implica la exigencia de adaptarse a una situación nueva, que es la interacción múltiple con personas desconocidas. Esto podría generar, inconscientemente, el temor de que el equilibrio psicológico alcanzado hasta ese momento resulte afectado en forma imprevisible e incontrolable, conjuntamente con la fantasías primitivas de fusión o simbiosis con la madre, madre tierra, madre-grupo.

Fontana (1977) plantea que cuando el paciente se conecta con los demás, surgen en él y -también en el terapeuta- temores de ser absorbidos, chupado, “tragado por el grupo”, que resultan de la proyección de su propia avidez, y el grupo es vivenciado así, como una boca que puede devorarlos.

Así en esta primera etapa, como es de esperarse, hemos podido percibir la resistencia de los pacientes para iniciar la tarea terapéutica y, por ende, para tomar contacto con su enfermedad. Se expresa la dificultad para asistir al grupo aduciendo razones como, por ejemplo: "el horario no es conveniente", "la temperatura del día", "un trámite que debían realizar" o simplemente "se habían olvidado del turno", llegadas tarde e incluso una especie de arrepentimiento, decidiendo retirarse para realizar otras consultas médicas, a punto tal de no poder concretar la primera reunión en esta primera etapa, sorteados los inconvenientes iniciales, se presentan los miembros del grupo, se expone el encuadre de trabajo y los objetivos del mismo.

El grupo inicia por “conocerse” de un modo impersonal, lo hacen desde la diabetes, compartiendo los valores de glucemia, los síntomas, las dietas que siguen; los observamos intercambiando consejos sobre qué hacer ante los episodios de hipoglucemias. Esta presentación de un modo impersonal, pude comprenderse si se tiene en cuenta que, en esta primera etapa, denominada por Usandivaras (1977) como “etapa de individuación defensiva”, cada integrante se muestra como alguien bien diferenciado de todos los otros; y ante el temor a la confusión que se puede expresar como miedo a perder la individualidad, a ser destruido, influido, surgen defensas

destinadas fundamentalmente a evitar la conexión. Así Fontana (1977) considera que, ante esa ansiedad y angustia, cada uno de los miembros esgrime su síntoma, a modo de cédula de identidad, que le proporciona un límite y lo discrimina de los demás. En esta línea, encontramos que los miembros del grupo se presentan utilizando la enfermedad, aunque si bien esto es algo que todos comparten, el tiempo de aparición y el modo de cuidarse los diferencia desde un principio.

“El mío es nuevito. La medicación la tomo, hago dieta, camino.”

“En el 2004 descubrieron que tenía diabetes.” “Estaba con Metformina 500 mg y tomaba 4 pastillas”

“Debe hacer como 10 años, pero con insulina hace dos meses, o tres”

Otro punto que les permite diferenciarse, por tanto reconocerse - encontrarse a sí mismo al interior del grupo - son los valores diarios de la glucemia, pudiendo vislumbrarse en el siguiente diálogo:

A: Y ando bárbara, con 110 (mg/dl), 115(mg/dl). El otro día anduve toda la mañana, y cuando quise acordar chorreaba agua, se me movían los pelitos de la cabeza del agua que me salía, y me tomo y tenía 80 (mg/dl).

C: Bueno, pero eso no es nada, yo llegué a tener 47 (mg/dl).

A: Claro, pero yo ya tengo un coma diabético. [...]

J: Bien, yo mi azúcar la tengo bien. Siempre está con los valores normales. [...] Siempre tengo 109 (mg/dl) o 115 (mg/dl). Excepto un día que dije estoy muy bien, quiero festejar, y le pedí a mi pareja que me trajera unas Rumbas, y se me fue 287 (mg/dl).

A: No es nada, yo estuve 4 días con 577 (mg/dl). Y no me la podían bajar.

J: A mí me dijeron que como no soy un diabético de riesgo [...]

Como plantea Usandivaras (1977), se produce una lucha entre dos fuerzas antagónicas: unión y separación entre los integrantes, esto se observa en los momentos en que, si bien comparten la enfermedad, y el control de la glucemia, motivo que los une; intentan diferenciarse a través de los valores que cada uno mide percibiéndose una competencia entre los miembros para confirmar quién tiene los valores más altos o más bajos. Consideramos que esta modalidad de presentarse a través de la enfermedad revela en primera instancia un sentimiento de despersonalización -que ya está instalada en la cultura hospitalaria- y a la vez la pertenencia a un lugar común indiferenciado,

Es esperable que las intervenciones de las coordinadoras sean más frecuentes en este momento, promoviendo el rapport respondiendo complementariamente a la dependencia inicial en un grupo que se encuentra en conformación pero que no debe establecerse como el único modo de funcionamiento. Así, en este grupo en cuestión,

se observaron dos situaciones prototípicas: por un lado, el grupo se pone dependiente de una paciente que toma la palabra monopólicamente, para posteriormente, como ya han desarrollado Toranzo y Taborda (2013), hablar de sus lugares de pertenencia como indicio de ir perteneciendo a este grupo-lugar.

Se atraviesa un momento donde los pacientes hablan de sus lugares de origen como una manera de darse a conocer a través de algo propio y familiar, - siguiendo a Fontana (1982) para quien la primera defensa que un individuo articula al enfrentarse con un grupo de desconocidos es tratar de convertirlo en conocido. Para ello proyecta su grupo interno, constituido en la experiencia de relación con su propio grupo primario: la familia; y de este modo se va conformando una red de relaciones. Estas otorgarán, simbólicamente, una cierta tensión a los hilos del tejido de la matrix grupal. Así cada uno de los pacientes, por ejemplo, comenzará a contar dónde vivió su infancia, cómo llegaron a vivir a su lugar actual. Esta familiaridad tuvo la particularidad de que, en este grupo, todos eran oriundos de la misma provincia. A continuación, les preguntaron a las coordinadoras de dónde eran oriundas, como una forma de integrarlas y que todos formen partes del mismo grupo.

De este modo se va conformando la *matrix grupal* -matriz relacional- como red vincular establecida entre los miembros a través de la empatía e identificación proyectiva principalmente, con la finalidad de contener unos u otros roles en acción. Las coordinadoras procuran pensarse y sentirse parte del grupo, para no quedar excluidas del mismo, y como plantea Foulkes (1986) deben exponerse y dejarse impregnar por el grupo para “adivinar” el significado de lo que está ocurriendo y resonar empáticamente.

Las referencias recurrentes a “los lugares”, fuera y dentro del grupo marca una construcción de pertenencia y favorece el desarrollo de intercambios de mayor intimidad. Si bien parece que temporariamente el grupo se aleja del foco de trabajo, es un momento necesario para generar un acercamiento emocional al interior del mismo y a las temáticas centrales de la terapia. (Toranzo, Taborda 2013)

A medida que avanza el grupo se pudo observar lo que denominamos una “conciencia particular de la enfermedad”. La especificidad de significado personal - observada en cada paciente- permitiría una comprensión que hecha luz sobre la manifiesta imposibilidad, para respetar el tratamiento. Hecho que no respondería, probablemente, en primera instancia, a una falta de conciencia o negación de la misma; sino que, tendría una importante ligazón con la necesidad de “mantener resistencialmente” ese sentido individual e inconsciente que cada uno le ha dado. Se establece una relación con la diabetes como un objeto que le da un sentido a la propia existencia, un baluarte ("la diabetes como una cruz", "una madre", "una casa", "una comida", "un ser siempre niño", etc.) expresándose también, de este modo concreto, la dificultad de simbolizar. Referido por los pacientes como: "*Pienso que es la cruz*

de cada uno que le toca llevar y bueno, la cargamos y la llevamos. Yo tengo un hijo fallecido, pero no lo asocio con eso."

Otro de ellos hablando de sí mismo: *"Yo ahora vivo con mis padres, estoy separado hace dos años. Vivo con ellos, me siento más cómodo ahí que andar alquilando, la casa es amplia, yo manejo mis horarios, no me molestan para nada. [...] ella (la madre) es la que cocina. Ahí comemos toda la misma comida, verdura. Yo soy más exquisito en el tema de la comida, me cuesta el tema de la verdura, no como todo, pero algo sí. Me gusta la comida chatarra esa es la verdad.", "el tema verduras no me gusta, tienen que estar dándomela en la boca un poco más."*

"Por eso la enfermedad, y yo asocio cierto, porque no tenemos una libertad, siempre es como que estamos esclavizados a algo

"Puede ser que, por no tener trabajo, y pasar muchas cosas feas, porque no soy de comer muchas cosas dulces y azúcar, no sé si viene del azúcar o qué."

En cuanto al significado de la enfermedad en cada uno de los pacientes, se podría ejemplificar con la historia de vida de dos ellas. Alma fue abandonada por su mamá a los 3 años, y no conoce a su familia de origen. Luego del fallecimiento de su hermano adoptivo, comienzan en ella los primeros síntomas de la enfermedad. Hipotetizamos que la diabetes, en su caso particular, funcionaría como una ligazón con ese origen desconocido de su vida, para ella sería lo que la une con la familia de origen. Otorgándole una identidad, una historia genética que comparte con sus padres, o abuelos. En su caso, la enfermedad era colocada en el centro de su vida, no renegaba de ella, podía hacerle frente y cuidarse, posiblemente por este sentido subjetivante que le otorgaba a la misma.

Otra situación - más bien opuesta - era la de Lía, quien renegaba de la enfermedad, su actitud era de rechazo, no deseaba hacerse cargo. En este caso, la paciente en la actualidad se encontraba distanciada de su madre -quien tenía diabetes, y de su padre -también diabético- que había fallecido hacia un año - su enfermedad de algún modo reúne los aspectos ambivalentes de la relación con sus padres y su vínculo conflictivo, de su historia traumática, olvidada y recordada a la vez de esta manera.

Para ambas pacientes la enfermedad constituía una herencia familiar, de pertenencia o rechazo como modos del "ser". Es imperioso aclarar en este punto que, la herencia es un factor predisponente, pero como plantea Lidz (1966) es necesario que preceda a la aparición de la enfermedad un periodo grave de angustia emocional, sufrir alguna pérdida significativa, o periodos de trabajos agotadores y de fracaso.

En estos *tiempos iniciales* de los primeros encuentros, cuando intentaba surgir algún problema más personal e íntimo, el grupo insistía en llevar todo a un terreno concreto, siendo difícil en este momento lograr un clima más emocional. Es decir, cuando alguno de ellos estaba por contar sus penas y su vida afectiva, rápidamente

comenzaban a hablar de los valores de la glucemia, del modo de medirse con los glucómetros, de la dieta que debían seguir, llevando el grupo hacia un terreno más concreto, y así lograban evadir sus problemas, preocupaciones, y sufrimientos.

Se podría pensar que hablar de la diabetes en términos médicos tanto para los pacientes, como para las coordinadoras del grupo era una defensa, de ese modo se evitaba inconscientemente tomar contacto con los aspectos más íntimos, hablar de lo que verdaderamente sentían como personas, más allá de la enfermedad. Esto podría traducirse transferencialmente en la dificultad para preguntar sobre qué y cómo se sentían. Transferencialmente resulta evidente cómo el grupo arrastra a las coordinadoras a lo concreto, a lo racional, sin poder llegar al plano afectivo de los temores y angustias en relación a la enfermedad misma.

Por este motivo, las supervisiones semanales son necesarias e imprescindibles, ya que coordinar un grupo terapéutico de estas características implicar estar muy atentos a no ser "arrastrados" por los pacientes hacia sus discursos concretos, y comprender que hablar de la diabetes debe ser hablar de lo que cada uno siente y vive, entendiendo que los relatos de las dietas, los valores y los episodios de hipoglucemias son en realidad, discursivamente, otra cosa. Es decir, es menester leer entre líneas y relacionar, los valores altos de glucemia con enojo, rabia, frustración vividos en determinado momento, por ejemplo, con uno de sus hijos.

De este modo se sientan las bases para lograr desarrollar la capacidad-, en un tiempo largo de tratamiento -para comprender la vinculación de los valores altos o bajos con los cambios en sus afectos. (Lieberman, 1962). El autor señala que estos pacientes se encuentran fuertemente apegados a la realidad, siendo precisamente ese apego lo que mantiene disociado el cuerpo y explica la indefensión frente a estímulos que en otro tipo de personas son registrados de una manera menos perniciosa para la conservación de la salud corporal.

En este grupo ha sido evidente la dificultad manifiesta para hablar de sus sentimientos, y la imposibilidad de ligarlos con la enfermedad o con los episodios de hipoglucemias/hiperglucemias. En algunos momentos, de un modo muy sutil, en los detallados relatos descriptivos que realizaban, podían asociar que “los nervios” – palabra que alude al cuerpo concreto– influían en los valores diarios, pero no lograban registrar qué emoción o sentimiento les provocaban por ejemplo las discusiones familiares, los problemas económicos, para verbalizar y ponerle palabras a la tristeza, el enojo o la bronca. Así, una de las pacientes expresó: *“Yo cuando me pongo nerviosa por cualquier cosa, o algo así, se me sube. Es traviesa, los nervios la manejan mucho”*; y en el mismo sentido otra paciente relató lo que el médico le dijo a sus hijos: *“La diabetes de tu madre es de los nervios, porque ella asume mucho los nervios de ustedes”*. Se puede vislumbrar que utilizan, y requieren un lenguaje concreto –en otras palabras, la enfermedad parece una persona con vida propia– y realizan así lo que se denomina según Chiozza y otros autores (2008) una

deformación patosomática del afecto, es decir, el sentimiento está deformado concretizado no manifestado en su vía natural.

Asimismo, esta dificultad para expresar las propias emociones, denominada alexitimia. Por Sifneos (1958), con la hipótesis de que las emociones no expresadas a través del lenguaje simbólico se manifiestan a través del lenguaje somático produciendo el síntoma psicossomático.

En palabras de Benyakar (2016) los pacientes en el consultorio hablan de experiencias –lo que es pensable y comunicable –, es decir, remiten a una conjugación particular entre el evento fáctico relatado y una vivencia específica, o sea, remiten al modo en que nuestro psiquismo procesó el impacto que generó tal evento. Se podría pensar que estos pacientes, no podrían hablar de la experiencia emocional, y se quedan en lo fáctico, en la descripción fenoménica de los hechos, sin la percepción del sentimiento que les ocasionó como efecto de la disociación. Esta explicación da lugar a poder hablar más adelante, del aspecto traumático -no disruptivo- de la enfermedad que no siempre es tenido en cuenta. En otras palabras, luego del diagnóstico de diabetes la vida ya no es la misma.

En el *tercer encuentro*, uno de los pacientes, cuando se les preguntó si asociaban la enfermedad con algún episodio importante de su vida, manifestó que no recordaba la fecha de la muerte de su primer hijo. Así se puede pensar que ante esa situación traumática el paciente no tiene recuerdos, pero trasladó el registro al cuerpo y sufrió físicamente, es decir, se percibe claramente la ruptura mente-cuerpo, la disociación se concreta en la diabetes. Puede verse en la siguiente viñeta:

Coordinadora: Asocian más o menos, el momento del inicio de la enfermedad con algún suceso en su vida, con algún hecho importante en su vida.

C: Cosas que pasan.

J: Pienso que es la cruz de cada uno que le toca llevar y bueno, la cargamos y la llevamos. Yo tengo un hijo fallecido pero no lo asocio con eso.

Coordinadora: ¿Hace cuánto falleció su hijo?

J: Esas fechas mi cabeza las borró. Tendría que tener en este momento 33 años. Falleció a los 5 años.

Coordinadora: ¿Y usted Alma?

A: ¿Cómo se le borraron esas fechas, inconsciente o conscientemente?

En estos **primeros encuentros** es esperable observar en la dinámica grupal situaciones que pueden ser comprendidas a la luz de los aportes realizados por Bion sobre los supuestos básicos. La dependencia suele ser protagonista, aparecen comportamientos en los miembros del grupo que tienden a sostener el lugar de un único miembro que pregunta, interviene, mantiene monólogos de su historia o su

vida personal. De esta manera, los demás integrantes del grupo no realizan ningún aporte si no se les señala. Esta era la situación de Alma, quien sostenía la tarea grupal dado que los demás miembros dejaban todo el trabajo en ella. Así se convertía en el portavoz del supuesto básico de dependencia desplazado en ella por el grupo y conjuntamente por identificación la paciente satisface su propia necesidad de depender.

Como representante del supuesto básico de ataque y fuga, Ceferino, un paciente que depositaba su enojo, agresión en el afuera, en los jóvenes maleducados, en los médicos que no sabían qué tenía. En el único encuentro al que asistió, antes de su finalización se levantó y retiró del salón, siendo esto un ataque al grupo, en un momento en que sus compañeros estaban hablando de los problemas personales que cada uno tenía y cómo la enfermedad les afecta. Previamente se había conversado sobre los enojos y un primer intento de asociar la diabetes con alguna situación en la vida de cada uno. Ceferino no quería escuchar los problemas del resto, ni hacer conscientes sus propios enojos y problemas, por ende, percibió al grupo como una amenaza y se defendió atacándolo, con el abandono repentino del salón, y su ausencia (fóbica) al resto de los encuentros.

El trabajo terapéutico se constituye -en esta fase- con el objetivo esencial de paulatinamente lograr la confianza por parte del grupo, en tanto este resiste los embates terroríficos, destructivos de la enfermedad. En esta primera fase, parece evidente la necesidad del grupo de constituirse en un continente suficientemente bueno para aspectos que son considerados peligrosos. Como ser el tener picos demasiado altos de glucosa, sufrir hipoglucemias, padecer alguna infección cutánea o una falla orgánica asociada, entre otros.

En estos momentos, el grupo aún no está en condiciones de experimentar emocionalmente los sentires asociados a estos acontecimientos somáticos.

La Fase Media: sufrir sin sentir.

Por tratarse de un grupo semi-abierto encontramos que, si bien el grupo se encontraba ya en conformación, es una estructura que posibilita la incorporación de nuevos miembros. La consecuente presentación del mismo, su motivo de consulta, la presentación del encuadre y objetivos del abordaje por parte de las coordinadoras; no afectó lo trabajado por el grupo en los momentos precedentes, por el contrario benefició el proceso ya que era el más joven de los pacientes, y en la dinámica ocupó el lugar de “hijo” al que había que enseñar, cuidar y retar. La dinámica de interacción al interior de un grupo es permanente e intensa, y la inclusión de este nuevo paciente la reactivó aún más, observándose que ese día se manifestaron contenidos de tenor terrorífico y persecutorio, movilizándolo lo peligroso de la enfermedad, tal vez, para advertirle y cuidar al más joven al estilo de una madre grupo, Aunque

contradictoriamente se la podría pensar como una conducta para desalentar el ingreso del joven al grupo.

En esta fase es esperable la posibilidad de una mayor interacción y confianza entre sus miembros por el sentimiento de pertenecer a un grupo lo que permitiría la emergencia de contenidos emocionales intensos.

Así, a lo largo del **quinto encuentro**, compartieron distintas experiencias de algún conocido, y también propias, sobre amputaciones, y heridas que costaron cicatrizar, haciéndolo de un modo terrible y sin ningún contacto emocional, como si no fuera su cuerpo del que hablaban. Así expresaron:

"Me estaban por amputar los dos dedos gordos. Acá los cortaban, y yo me fui a una provincia vecina. Allá lo filetearon, lo abrieron, lo limpiaron, encima con la infección que tenía no agarra la anestesia. Pero lo limpiaron y yo mordía una gasa. Lo abrieron como si fuera un pan, y quedaron unos canales impresionantes al costado."

"(un vecino) tenía el pie como un bofe. Lo internaron le amputaron dos dedos, y le tuvieron que abrir la pierna desde el tobillo hasta casi la rodilla, al hueso para limpiar la infección que ya estaba tomando, casi a gangrena, y de ahí lo dejaron abierto."

Al no expresar el miedo, o el temor que les genera sufrir alguna amputación o un coma diabético estas emociones se hacen presentes en la coordinadoras por identificación proyectiva en sentimientos de rechazo, impresiones físicas, asco; dando cuenta del tenor terrorífico típico de los elementos beta descritos por Bion. Este autor (2013) considera que el analista es dentro del grupo el *recipiente* de lo que Melanie Klein llamó identificación proyectiva y por eso en este caso, se observa que un contenido desconocido peligroso y amenazante solo pudo ser evacuados mediante dicho mecanismo.

Los pacientes hablaban como si no les pasara nada a ellos y no se pudiera distinguir entre una cosa o animal, mientras que transferencialmente, una de las coordinadoras sentía mucho cansancio, dolor de cabeza y de cuerpo como intoxicada o envenenada y la otra, sentía enojo, bronca, ganas de romper todo e irse, quedando de este modo externalizada la intensa disociación que acompaña esta enfermedad, en su transcurso, a cada uno de los pacientes.

A través de la sensación de intoxicación o envenenamiento, se comprende que los pacientes perciben que lo peligroso de la enfermedad está en el exterior, es decir, de este modo evitan enterarse y por ende, asumir la diabetes como tal. En otras palabras hablar de cosas terribles como si no fueran tuyas, sería una metáfora de que la diabetes tampoco lo es.

Esta dificultad de los pacientes en percibir sus afectos lleva a que el miedo -por ejemplo- que podría ser un sentimiento útil para el Yo, ya que permitiría estar alerta

y tener ciertos cuidados, no puede operar como tal. Así, uno de los pacientes logró un momento de conexión con el temor que le generan las consecuencias de la diabetes, y lo expresó a través de un episodio que le sucedió a su vecina:

"La trajeron y de entrada le cortaron el pie, no lo podían parar, a los 15 días le cortaron más arriba y terminó cortado acá (señala arriba de la pierna), en un mes anda en silla de rueda. Y por ahí a uno le agarra así ese temor."

. En esta situación podemos observar la implementación de mecanismos defensivos como la proyección y el desplazamiento, e identificación de intolerables y siniestros sentimientos.

Con estos pacientes es necesario que las coordinadoras realicen intervenciones espontáneas, utilizando gestos, dramatizando las expresiones que los miembros del grupo, la intervención en espejo se implementa para que ceda la defensa maniaca, y se logre cierta conexión emocional con el contenido terrorífico que describen en un plano concreto. Es una tarea difícil, por un lado porque el impacto que se provoca en la transferencia, en un principio paraliza. Y por otro lado porque son pacientes que se manejan en un terreno concreto, en el que resulta difícil transmitir las sensaciones que se generan, y poder impactarlos para que perciban cómo hablan de su propio cuerpo.

Al finalizar este quinto encuentro, se destaca el contenido terrorífico que describían, sin un mínimo contacto emocional. Lía llegó una hora tarde a ese encuentro, y al ingresar compartió su intranquilidad y preocupación por una erupción que tenía en la piel; así movilizó al interior del grupo aquello que ese día sus compañeros habían mantenido en silencio y oculto, el temor. Lía expresó: “no le di importancia a algo chiquito y *ahora estoy asustada* por lo que tengo”.

En este periodo del tratamiento se presenta un momento crítico en el que se decide continuar e incluirse como persona toda o dejar el grupo, que se puso en evidencia cuando una sesión de grupo –la séptima– debió suspenderse por la ausencia de sus miembros, considerándolo, -más allá de las inclemencias del tiempo y otras significaciones- como una situación de acting grupal como consecuencia de la homogeneidad -todos tenían diabetes-, o más bien de un “nódulo” que provoca un micro impasse en el que terapeutas y pacientes se paralizan a nivel emocional, cognitivo y pragmático. (Giovanazzi, 2009)

El concepto de nódulo psíquico propuesto por Billow (2016) es de gran utilidad para llamar la atención sobre un tipo particular de irrupción en la psicología “individual” o colectiva. Algo sucede que corta el flujo continuo de la experiencia, secuestrando el foco grupal e individual. Un nódulo cristaliza una amalgama de afectos y sentimientos preocupantes, fantasías, declaraciones de realidad y suposiciones, estados corporales, acciones y tendencias a la acción. Los nódulos psíquicos pueden desarrollarse como única respuesta a una situación nueva y difícil, o a algo que reaparece en momentos específicos y se relaciona con traumas pasados

o actuales. Por consiguiente, los nódulos pueden poner en peligro la cohesión y la coherencia de un grupo generando un impasse en el transcurso del tratamiento.

Significativamente, las ausencias del **séptimo encuentro**, también se podrían pensar en relación con el contenido de la sesión anterior dónde los pacientes percibieron que el grupo no es sólo un lugar para encontrar alivio, sino que marca los límites, pone en evidencia el temor que genera la enfermedad y la frustración que les provoca. Como así también, comenzaron a manifestar que la misma puede ocasionar amputaciones, cegueras e incluso la muerte. De este modo, los pacientes habrían actuado desde el supuesto básico de Bion, ataque-fuga, dónde de un modo inconsciente percibieron al grupo como un enemigo que había que destruir y evitar – ausentándose-. Así evitaban tomar contacto con la realidad, que les generaba un profundo temor a la destrucción o muerte.

Superando este momento crítico, a partir de la mitad de los encuentros, se comenzó a trabajar con los pacientes el modo en que concebían a la diabetes según el paradigma de la "enfermedad silenciosa", por el de una "enfermedad mala de la que hay cuidarse". A partir de tomar sus propias experiencias en relación a la enfermedad, se intentó mostrar que no es silenciosa, sino que es una enfermedad que grita y que habla a través del cuerpo, ya sea con las hipoglucemias, los coma diabéticos, las amputaciones, la ceguera, entre otras complicaciones. Aquí un fragmento del octavo encuentro:

“Coordinadora: ¿A qué hace referencia con eso de que la diabetes no los va a matar?”

N: Porque la diabetes es la muerte silenciosa, a mi hermana le pasó eso. [...] Siempre es sabido que la diabetes, tiene muerte súbita.

Coordinadora: Es medio raro eso de que sea tan silenciosa la enfermedad. Miren al punto de que llevamos 8 encuentros hablando de algo que supuestamente es silenciosa. [...]

Coordinadora: Pero también hay otros casos ¿No? hemos hablando también de la amputación de miembros, la perdida de la vista. En algunos casos se ve depresión, tristeza, por eso digo yo ¿Dónde es silenciosa?, se muestra todo el tiempo.

J: Hay una cosa, vos tenes dolor de cabeza y sentís el dolor de cabeza. En el caso de ustedes en su fecha sienten el malestar, sienten dolor toman medicamentos. Nosotros no sentimos dolor, no sentimos molestias. Si comemos o no comemos no sentimos nada.

Coordinadora: ¿Están seguros que no sienten nada?”

N: Yo le digo eso, porque a mí cuando se me baja mucho se me da por irme a la cama y duermo. Y a la noche cuando me acuesto yo digo a veces que no se si amanezco a la mañana, a ese punto.”

De este modo surge el interrogante de que ¿será una enfermedad silenciosa o se la silencia por el temor a la muerte? Así se vislumbra la dificultad que posee el grupo para identificar que la enfermedad es mala, aun habiendo expresado las consecuencias que sufren, implementan el mecanismo de la negación para no reconocerlas y hacerlas conscientes, y así continúan con el mito de que es silenciosa. La atribución de silenciosa pareciera estar vinculada a la idea de que no produce dolor físico, aunque claro está, no en cuanto al dolor psíquico produce al punto que hay que hacer como que no existe. Dicho de otro modo, se niega la enfermedad por el temor a la muerte que subyace. Si bien la muerte es inherente a la naturaleza humana, en el caso de estos pacientes, se adiciona un factor determinante que hace que sea algo más probable que suceda.

Fue una tarea ardua para las coordinadoras, confrontar para favorecer la diferenciación al interior del grupo lo que hace bien, de lo que hace mal, para reconocer que la diabetes es un objeto malo que daña, que da señales a través de los síntomas y que hay que cuidarse. Uno de los pacientes, como se puede observar en la siguiente viñeta, puede expresar que están equivocados y que no es silenciosa. Describiendo que una cosa es silenciosa porque no da dolor, pero sí da señales.

“E: Se le dice silenciosa hasta el momento que a uno le detectan que tiene diabetes. Porque tal vez vos tenes diabetes pero si no sentís un síntoma fuerte, la tenes pero no sabes que existe, que la tenes en el cuerpo. Entonces una vez que ya sabes que la tenes, deja de ser silenciosa, porque sabes que sos diabético, la tenes y vas a tener esas consecuencias. Yo cuando se me sube, que la tengo muy alta me duelen las piernas, cansancio, agotamiento, esos síntomas tengo, no hace falta que me mida.

Co-coordinadora: Claro, y Alma por ejemplo, o usted también Nidia dicen que con las hipoglucemias empiezan a transpirar, a tiritar, a tener frio.

E: Claro transpiras, cansancio, tiritones. Me ha pasado de levantarme a la madrugada como dice la señora bañado en transpiración [...]

Co-coordinadora: Entonces, la diabetes va dando avisos de que está, y lo hace con esos síntomas. [...]

E: Para mí no te mata, te va destruyendo todo el organismo hasta que algún día te vas, pero te va dejando ciego, en silla de rueda.[...]

Coordinadora: A veces decimos esto de silenciosa, y es lo que estoy tratando de que pensemos. Esto silencioso que porque no se escuche no quiere decir que sea algo más llevadero que otra cosa, o algo mejor. Es un enemigo importante que tenemos.

J: Por lógica es un enemigo importante que tenemos.”

En el grupo y quizás en la cultura en general, hay una tendencia a "naturalizar" cuestiones que no son normales, como las hipo e hiperglucemias, comer cosas dulces como permitidos, las amputaciones. Así, al no poder tolerar el odio por la frustración que les provoca la diabetes, se externaliza en una acción, comiendo aquello que los descompensa, es decir "la acción en lugar del sentimiento." Donde además, la excesiva ingestión de dulces, es a menudo un sustitutivo regresivo del amor y el cuidado; un medio para proporcionarse a sí mismo una satisfacción oral, cuando el sujeto se considera frustrado. (Lidz, 1966)

"J: Y con la enfermedad también hay que tener un límite. Saber qué podemos comer, cuando podemos comer, cuando darnos el permitido. Yo en el caso mío me como el helado cuando quiero, no voy a estar todo una vida deseando algo, si me cuido un tiempo lo puedo consumir. No así la coca cola, que es una cruz en el lomo, las hamburguesas, las salchichas, todo eso lo saque de mi cabeza. Pero si me compro un dulce de leche "Ser", si quiero comer.

N: O sea, somos conscientes que estamos comiendo sabiendo que nos hace mal. Pero no se hace todos los días tampoco. Por ejemplo si usted va a un cumpleaños ¿Qué hace?

Coordinadora: Ese es un tema.

N: Entonces no va a dejar de ir a participar con la familia porque no puedo esto, no puedo lo otro, hace un pequeño desarreglo pero todo controlado y a medida. Somos conscientes de nuestros actos, sabemos que si comemos esto, nos va a subir la glucemia y vamos a andar mal."

De esta manera se percibe que la no expresión del afecto y sentimientos -odios, agresión- que les genera la enfermedad conlleva a que actúen de dos modos que ellos no reconocen como peligrosos para su salud. Uno de ellos, es la situación de ingerir aquel alimento que desean más allá de saber que no es recomendable porque aumenta los valores de la glucemia en sangre. Otra situación es aquella donde deciden no realizar las colaciones o no cenar, aun cuando conocen los efectos que genera -hipoglucemias que en algunos casos puede terminar en un coma diabético-. En las siguientes viñetas se pueden vislumbrar claramente ambas situaciones.

"Claro pero a veces es como que nos saciamos con algo, queremos tal cosa y lo tenemos que comer, en ese momento no pensamos que estamos enfermos."

"Llegó un viernes y me quedé sin insulina, y ese fin de semana comí como si no fuera diabético, y el lunes llegué descompuesto mal, y perdí el conocimiento, llegue con lo último al sanatorio y después lo que me acuerdo es que estaba en el sanatorio con todos cablerios y era como la media noche".

"Y ahora hará dos meses más o menos, me pasó algo, que se me bajó el azúcar. No cené nada, me puse la insulina y me acosté. Y cuando amanecí eran las 11 de la mañana y estaba acá. Ni enterado de nada".

Resultaba difícil comprender situaciones donde los pacientes no hacían las colaciones, o decidían darse el gusto de comer un helado sabiendo que luego iban a sentirse mal. Esa incompreensión en algunos momentos ocasionaba transferencialmente deseos de “retar” o “marcar límites” cómo si las coordinadoras fueran las madres de cada uno de los pacientes, ya que no podían sostener y avalar acciones destructivas para ellos. Por esto, coincidiendo con Lidz (1966), quien plantea que al médico – y en este caso coordinadoras del grupo– le resulta difícil comprender por qué una persona cuya salud depende del régimen alimenticio no puede renunciar al goce de comer. En realidad, afirma que el enfermo no lo comprende tampoco, y habitualmente se tiene que dar razones o engañarse a sí mismo igual que a los demás. Por el psicoanálisis sabemos que las personas con intensas ansias orales suelen ser aficionadas al consumo excesivo de alimentos y golosinas. Los períodos de angustia o privación de afecto aumentan esas ansias; en otras palabras desde lo consciente no podemos explicar estas conductas contradictorias y autodestructivas.

Hinkle y colaboradores (como se citó en Lidz, 1966) sugieren que el paciente con diabetes, que maneja los hidratos de carbono como lo hace una persona hambrienta, está emocionalmente hambriento de cariño, y suelen sentir alivio de la tensión o la depresión entregándose a la comida. Es decir, de este modo se podría comprender que inconscientemente en el placer de comer se compensa lo que no se puede recibir en lo afectivo, aunque esa situación sea autoagresiva, ya que lo hacen conociendo las consecuencias posteriores en su salud.

Hay que recordar que la alimentación –que fue el primer intercambio con el otro– guarda en la memoria antigua del acto, ese recuerdo corporal y primero del cual el alimento conserva todavía el calor y el olor del cuerpo del otro. (Fontana, 1982)

Dicho de otro modo, la relación entre alimentar y dar afecto se halla profundamente arraigada. Así la comida está vinculada a la gratificación oral inmediata, y la prohibición genera un monto de frustración. Cuanto menor sea la capacidad del Yo de tolerar la frustración, menor será la capacidad de sustitución. Un Yo fuerte, es aquel capaz de reconocer lo que le genera enojo y frustración y así no ingerir el alimento que desean -un objeto malo para él, que lo daña- pudiendo auto calmarse y optar por un alimento saludable.

Los pacientes consideran que comer algo que desean aunque no sea sano -en su situación, es un permitido, similar al paciente obeso- y no pueden percibir el daño que se ocasionan.

Es necesario tener presente que el nivel de frustración está íntimamente relacionado con el valor, la importancia y el significado que se le otorga al objeto –torta realizada por su mamá– o situación –reunión con amigos–, que hay que renunciar. De este modo, si lo que deben resignar no los frustra podrán realizar una sustitución, por ejemplo en un asado poder beber vino en moderación. Dicho de otro

modo, si lo que deben resignar no tiene un significado altamente relevante y por ende un sentimiento que lo acompañe, podrán realizar sustituciones saludables.

Así, en el **sexto encuentro** uno de los pacientes, manifiesta que en una cena reconoce que le hace mal comer una porción de torta, entonces decide retirarse del lugar. Al trabajar esta situación, se observó que no era un lugar que él le otorgara un valor afectivo, y por eso pudo resignar e irse.

“Y sino cuando empiezan con el fernet con coca, hago una probadita y nada más. Y si me insiste, busco una excusa y parto. [...]

Yo he dejado de ir a lugares...tengo la familia “X” donde le alquilo el taller en San Luis, me han invitado a fiestas, son todos de 80 años, y cada vez que iba me daban mucho vino. Yo tomo un vasito en toda la comida, y la vieja me lo llenaba permanentemente, y después me ofrecía fernet. A lo último me levanté y me fui, le dije con picardía “tengo un cuerpo que me espera en 4 décadas”, mentira me quería escapar porque ya me había tomado tres fernet. Yo prefería un pedazo de torta y no incorporar tantas cosas. Ahora cada vez que invitan no voy, te tenes que correr de ese tipo de gente”.

Distinta es la situación que presenta otro de los pacientes, que refirió no poder decir que no, posiblemente porque en su caso esas reuniones con amigos tenían no solo un valor afectivo, sino que además le daba un sentido de pertenencia. Así lo expresó:

“Soy de esos que si me junto en algún lado y hay tomo, no se decir no. Me tiente entonces por ahí...un sábado que salgo, sino no. Y después en el taller, un cliente o los chicos comparan gaseosa y tomo de ahí, en vez de irme a comprar mi jugo clight”.

Es interesante realizar en este punto, una recapitulación de lo expuesto anteriormente no sólo teóricamente sino también por medio de las viñetas, respecto de la relación que se establece entre los sentimientos de enojo, frustración y cómo ello influye en la dificultad para lograr sustituciones saludables.

Así se percibe que, el paciente no puede identificar y por ende tolerar el sentimiento de enojo y odio que le provoca tener diabetes, enfermedad que le afecta no sólo su salud y su vida en general, sino que además no le permite comer aquello que desea –un dulce por lo general–.

El sentimiento de enojo se encuentra disociado, y los pacientes sólo identifican conscientemente su deseo por ingerir un alimento determinado, que en la mayoría de las veces, no es saludable en sus condiciones.

Fairbairn (1940 b), permite comprender que por medio de satisfacciones sustitutivas –la comida– el individuo intenta compensar el fracaso de sus relaciones emocionales con sus objetos exteriores. Estas satisfacciones sustitutivas representan

fundamentalmente relaciones con objetos internalizados a las que el individuo está compulsado a dirigirse por falta de una relación satisfactoria con objetos del mundo exterior; esto podría explicar por ejemplo el deseo de ingerir algo dulce que se da en los pacientes, frente al sentimiento de desamparo. Para revertir esa situación, y lograr una sustitución es necesario que el paciente primero reconozca la frustración que le genera la enfermedad, y soporte los sentimientos depresivos. A partir de allí, comenzar a buscar caminos de sustitución. Dicho de otro modo, el Yo debería tener la capacidad de transicionalmente hacer una sustitución –un “negocio” mediador– donde lo que quieren no lo pueden tener, pero intentan buscar otro medio para gratificarse. Precisamente, la sustitución supone la intervención del mecanismo del desplazamiento, ya que, por ejemplo no pueden gratificarse con un dulce, pero podrían hacerlo con un paseo con un ser querido, o una actividad placentera.

Abadi (1982) desarrolla y explica el fenómeno de la sustitución desde la transferencia, dónde aparece de un modo más claro cuando el paciente deposita en el terapeuta su propia capacidad de lucha o discernimiento; así transferencia es desplazamiento o modo operativo de la sustitución y su análisis camino de simbolización.

Así, el desplazamiento es un modo operativo de la sustitución. El autor considera que la capacidad de sustitución y el operativo de la sustitución, son el hecho más importante de la vida humana. En otras palabras, explica que el ser humano es capaz de sustituir una cosa por otra, una figura por otra. Sustituir, implica desplazar los afectos de un objeto a otro objeto reemplazante.

En este sentido, Fairbairn (1940 b) quien hace un desarrollo sobre las sustituciones considera que todas las enfermedades son sustituciones, y en este caso, se podría comprender que el paciente a través de la diabetes buscaría sustituir una situación de desamparo. Así, por ejemplo ante un hecho traumático –muerte de un ser querido– no aparecería una depresión, sino que emerge un correlato físico.

Siguiendo a Fairbairn, y teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta el momento, se podría considerar a la diabetes como un objeto malo, que los pacientes ubican en el exterior y no logran internalizar por su condición traumática. Y de acuerdo a los tres factores que se enuncian a continuación. Así, esto conduce a formular interrogantes acerca del grado en que se identifican con dicho objeto malo y cómo esto influye en las posibilidades de defenderse. Fairbairn (1943) propone los siguientes factores para comprender la psicopatología: el grado en que los objetos malos han sido ubicados en el inconsciente y del grado de maldad que los caracteriza; el grado en que el yo está identificado con los objetos malos internalizados y, la naturaleza y poder de las defensas que protegen al yo, de estos objetos. De este modo, con los aportes del autor, se podría no sólo comprender los interrogantes anteriores, sino que además, se explicarían las diferencias individuales entre un paciente y otro, en relación a la aceptación de la enfermedad, el modo de enfrentarla, los cuidados que realizan. Si

recorremos la singularidad de nuestros pacientes del grupo a partir de estos parámetros se podrían explicar las mayores posibilidades de unos y otros para luchar contra la enfermedad o sobrellevarla del mejor modo posible.

Así se puede ver cómo la diabetes es un objeto malo, pero en cada uno es diferente el grado de maldad de dicho objeto, el grado en que se han identificado con el mismo y por ende, eso influye en el modo en que se defiende del objeto malo, es decir, de la diabetes en este caso. El grado de identificación dependerá del carácter disruptivo y de los efectos traumáticos de la misma; así mismo de cuán fuerte es la personalidad del paciente. Como puede observarse en su singularidad y la dinámica de esos factores.

Para dar un cierre a esta fase, dónde claramente se evidencia cómo los pacientes con diabetes “ponen el cuerpo” en las distintas situaciones Liberman (1962) incorpora el concepto de *personalidad infantil*, para referirse a personas que utilizan el cuerpo como medio de manifestación de los conflictos expresando las emociones a través de “códigos somáticos” –códigos viscerales– y no de otro modo. Se trata de un estilo de comunicación con características regresivas, el cual denuncia la falta de simbolización de aspectos emocionales que al no poder ser transmitidos de otro modo se manifiestan a nivel corporal, específicamente, localizan sus conflictos a nivel del sistema nervioso neurovegetativo. Sin embargo son los pacientes que menos se declaran enfermos porque mantienen una relación de poca empatía y de poco cuidado con su cuerpo. Aquí es necesario delimitar la diferencia que existe con la histeria, más específicamente la histeria de conversión, donde el mecanismo de formación del síntoma consiste en la transposición de un conflicto psíquico y de una tentativa de resolverlo en síntomas somáticos motores –parálisis– o sensoriales –anestiasias o dolores localizados– y lo específico de dichos síntomas de conversión es su significado simbólico: expresan con el cuerpo representaciones reprimidas. Se caracterizan por ser trastornos transitorios en áreas corporales regidas por el sistema nervioso central en los que el cuerpo no enferma, y los expresan con un estilo dramático, trayendo esta alteración funcional beneficios secundarios, muy diferente al trastorno psicósomático.

Más Allá de la Diabetes: la fase final del grupo

En el análisis de esta última etapa parafraseando a David Liberman (1962), quien considera que solo cuando por acción de las interpretaciones y al cabo de un tiempo más o menos largo de análisis comienza a surgir un material con características más “psicológicas”. El autor considera que esto se debe a que la ruptura de la disociación permite que el paciente tenga en cuenta, registre y pueda verbalizar lo que siente.

En esta etapa los miembros del grupo pudieron dejar de ser pacientes con diabetes, para sentirse personas con dificultades como cualquier ser humano.

Así fue que en el noveno encuentro, sólo asistieron dos miembros del grupo, y es para resaltar que el encuentro a diferencia de todos los anteriores, comenzó entre las pacientes hablando de sus maridos, y continuaron así a lo largo de toda la sesión expresando las dificultades diarias que vivían con sus hijos y familia. Podría pensarse que en este momento, ambas pacientes, representaban la parte de las posibilidades de integración del grupo, que se vislumbra a través de un mayor contacto emocional al hablar de sus vínculos de afectos. Esta integración es lo más difícil de lograr en esta enfermedad, ya que la diabetes funciona como una defensa más para la disociación.

Ese día una de ellas, relató tres veces una misma situación que vivió con su marido el día anterior, y la otra paciente le indicó que estaba reiterando siempre lo mismo. En esta escena, queda expuesta la dificultad para conectar emocionalmente las vivencias cotidianas con los sentimientos que estas generan. Es decir, la necesidad de reiterar ese episodio con su marido, fue un claro ejemplo de la dificultad para ponerle palabras al sentimiento, es un modo de ir aclarando la situación en cada oportunidad que lo reitera. Recién en un tercer intento, logra expresar los sentimientos que tenía el día anterior, es decir, fue completando esa vivencia con lo que había sentido, reprimido y no simbolizado. A su vez, pudo asociar ella misma acompañada por otros que los valores altos de azúcar en sangre que había tenido esa noche y ese día en ayunas, se debía al enojo con su marido.

Se les señaló a ambas, la dificultad para reconocer y expresar las emociones que sienten en distintas circunstancias, y por eso la necesidad de reiterar más de una vez la situación conflictivo. Además se logró percibir que no sólo la dieta influye en el control diabetológico, sino que los enojos, rabias, o tristezas que sienten a raíz de los conflictos con sus parejas y las dificultades diarias, incidían luego en sus valores de glucemia.

En ese encuentro significativamente se observa que el clima íntimo que se generó, fue posible por la ausencia de uno de los pacientes, quien representaba la parte del grupo que se hacía cargo de la resistencia en ir más allá de la enfermedad. Pudieron así hablar no solo de restricciones y cuidados, sino además de aquello que les gusta, les interesa o les preocupa como por ejemplo el miedo a las cirugías, tener un marido alcohólico. De este modo aparece un contenido más humano, permitiendo que los pacientes comprendan y comiencen a registrar que el ser humano siente distintas emociones todo el tiempo, y que ello no es ni malo ni peligroso, por el contrario es más sano.

Acercándonos hacia la finalización del grupo terapéutico, cuando restaban tres encuentros, se ausentaron todos los miembros del grupo. En ese momento, a partir de la frustración y de la transferencia de las coordinadoras, permite suponer por un lado el ataque y fuga hacia una mayor profundización en los afectos. Conjuntamente como una respuesta a un grupo que funcionaba como una “madre mala” que reta y no ampara, a estos “niños” que no pueden cuidarse a sí mismos. Además se podría

hipotetizar que, era una madre de la que en algún momento había que “separarse” –el grupo tenía una finalización pautaada– por ende era una madre mala, que frustra el deseo de permanecer pegados, por ende se lo vive como un abandono.

Este patrón de relación, se repetiría en el vínculo con sus médicas clínicas, quienes deben “retarlos” por tomar mal la medicación, no cuidarse y no realizar los controles periódicos. Como se analizó en la fase anterior, resultaba muy difícil comprender cuando realizaban desarreglos en el régimen y las coordinadoras sentían que no podían avalar ciertas conductas porque eran perjudiciales para la salud de los pacientes. En esos momentos las coordinadoras reaccionaban marcando los límites, hasta que lograron entender que debían correrse del lugar de “madres malas” que ellos les otorgaban, y poder comprender la conducta, para devolver los sentimientos metabolizados. De este modo, los pacientes percibirían que en los momentos que deseaban un helado, posiblemente extrañaban, querían compartir con alguien, se sentían solos.

Siguiendo a Liberman, podría pensarse que el grupo -en algunos momentos- funcionaba como una “madre mala”, y las coordinadoras, en determinados momentos, presentaban una modalidad vincular de una “madre que rebota”, debido a que frente a las identificaciones proyectivas de los pacientes, se producen en las coordinadoras estados de ansiedad, que hacen devolver esas identificaciones sin procesar, haciéndolas rebotar y dejándolos sin contención emocional.

Asimismo, las ausencias en esta fase del grupo se podrían atribuir también al acercamiento de su finalización, por ende la reticencia a mostrarse o comprometerse afectivamente para no sufrir la separación. Dicho de otro modo, en lugar de sentir y expresar la angustia de separación en la sesión, la actuaban ausentándose sin aviso, saliendo de los sentimientos de pérdida a través del acting.

El **último encuentro** del grupo inició con la manifestación de dolores que sentían los pacientes, las quejas alrededor de la enfermedad, para luego depositar la responsabilidad en los médicos. Nadie podía decir que se sentían tristes porque esta experiencia que les acompañó por un tiempo llegaba a su fin.

A continuación conversan de los pacientes que ese día se encontraban ausentes, una de ellas ya había avisado que se tenía que internar ese día para una posterior cirugía. Se les comunica que el otro paciente se encontraba internado como consecuencia de una descompensación muy severa. Ese paciente representaba la parte más infantil del grupo, en la segunda fase representaba “el hijo” que había que cuidar, aconsejar y retar.

Esa noticia impactó a todos los miembros del grupo, generó angustia, preocupación, miedo por las consecuencias de la diabetes, pero sobretodo generó

enojo en uno de los pacientes –como representante de un padre que aconsejaba y cuidaba–, quien lo expresó culpabilizando a las coordinadoras por el trabajo realizado. Con un tono de voz y una postura agresiva enunció:

“J: Ustedes como profesionales estuvieron viendo más el detallito, pero no nos guiaron de otra manera.

Coordinadora: ¿Qué guía cree que necesita usted?

J: Y cuando esto se ponía en un círculo vicioso, porque en más de una oportunidad “que yo hago esto, que yo hago lo otro, que yo me cuido así” y no salíamos de eso, y entonces ustedes no nos llevaron a decir “no esto, y no aquello”, como cabeza de grupo.

Coordinadora: Como diciéndoles qué podían hacer.

J: Claro aconsejarnos de una forma profesional. Desde mi punto de vista, le saqué más provecho a las charlas personales, que a las del grupo. Por ejemplo este muchacho no salía, con su problema de insulino dependiente que si tenía que tomar coca cola la tomaba, y después se extralimitaba en el cuidado y bueno. Entonces ustedes dentro del grupo tendrían que pedir la asistencia de una nutricionista, la asistencia de la misma doctora, tener otro tipo de conversaciones, abrirlo a otro dialogo. No encerrarnos en lo mismo”.

Se puede vislumbrar que en ese momento se hace muy presente el enojo ante la separación, es decir, se podría pensar que ese enojo sería un modo de renegar por la finalización del grupo y reclamar más dependencia. Ese paciente hacia tres encuentros que no asistía, lo que podría tomarse como expresión de la regulación de su voracidad en su intensa necesidad de depender. Esto mismo los lleva a todos a estar pasivos frente al terapeuta en este caso, pero también estar pasivos frente a las médicas clínicas, nutricionistas y otros profesionales.

Asimismo, el enojo manifiesto funcionaría como un mecanismo de defensa para que no surja la angustia, la impotencia y el miedo que le generó no sólo la noticia, sino que se concretizó en un compañero del grupo la posibilidad de que si uno no se cuida puede incluso morir, siendo esto el contenido que se abordó durante todo el proceso grupal.

Así fue como se llegó al último encuentro de este proceso grupal, donde a pesar de las resistencias, de las ausencias, de lo difícil que fue ir transitando cada encuentro –posiblemente como expresión del costo emocional de transitar esta enfermedad– se logró dar un cierre y exponer ante los miembros del grupo la dinámica del mismo. Les costó despedirse y abandonar el salón ese día, expresando agradecimiento por la escucha en ese espacio y los deseos de que continuara en otra oportunidad.

Conclusiones

La Diabetes en la Matriz del Grupo:

“Un hombre enferma porque oculta una historia que no puede soportar y su enfermedad representa, de un modo inconsciente, el intento de modificar el significado de esa historia insoportable”

Chiozza, 2008

A pesar de las discusiones se considera que la diabetes es una enfermedad psicosomática, y para que se desencadene la misma, es necesaria una predisposición psicosomática, que depende tanto de la herencia como de la constitución. Marta Bekei,(1996) y otros autores proponen que durante la vida infantil el paciente debe haber sufrido la desprotección materna, que provoca sentimientos de abandono y frustración afectiva. Así, una predisposición psicosomática puede desencadenarse en afección cuando actúan sobre ella situaciones traumáticas, críticas o frustrantes, que hacen revivir en la persona el primitivo abandono.

Se puede observar en la clínica como los eventos traumáticos tempranos se reactivan frente a nuevos traumas y dan la ocasión a la aparición de la enfermedad. Benjamín (2013), propone que el trauma se produce cuando falta la respuesta esperada del medio, que refleje y *reconozca* la conmoción, sería como una falla vinculada con la dependencia, que no cumple su función de reconocer al sujeto en relación; de modo que aparecen la soledad, el vacío, las angustias primitivas. En estos traumas la pérdida afectiva y sus sentimientos concomitantes ocupan un lugar central, y allí es donde la enfermedad aparece sustituyendo la emergencia espontánea de los mismos. El registro de la historia vital del paciente según los parámetros de Chiozza (2008) y sus innumerables investigaciones así lo corroboran. Este autor considera que la enfermedad somática “oculta” un afecto, pero no es un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa un afecto inconsciente particular, enraizado en una historia que ha hecho crisis configurando un “capítulo” particular en la biografía del enfermo.

Así en todos los casos encontramos pérdidas significativas –un hijo, un hermano, un trabajo, el padre–, duelos reales sin elaborar, suspendidos en un sistema defensivo en el que predominan la disociación y la negación. Algunas de estas pérdidas son recientes y otras distantes en el tiempo, considerando como referencia el tiempo de esta práctica profesional supervisada. Su vinculación con el momento del diagnóstico de la enfermedad hace pensar que la enfermedad ocupa un lugar psíquico, cumpliendo funciones destinadas a mantener apartado el dolor mental que producen estas pérdidas.

De este modo la enfermedad opera defensivamente para no tomar contacto con lo emocional; y se produce la escisión psique-soma. Se pudo apreciar a lo largo del

análisis, que el mecanismo que predomina en estos pacientes con diabetes es justamente la escisión. Esto se fundamenta en los aportes realizados por Winnicott, quien propone el término psico-somática para designar la enfermedad y mostrar justamente el mecanismo defensivo que el enfermo ha realizado. El paciente realiza un corte, una escisión produciendo una disociación en lo que tendría que estar unido, una disociación entre su psiquis y su soma que opera como un falso self. Se ha producido una falla en el proceso de personalización que implica una organización defensiva básica que mantiene separada la disfunción somática del dolor psíquico. La verdadera enfermedad psicósomática, dice Winnicott, no está en el cuerpo sino en la mente del enfermo, y corresponde a una falla en el proceso de personalización.

De este modo, la historia de cada uno de los pacientes y el patrón de dependencia que se reactiva y repite en la dinámica del grupo, permite vislumbrar los desarrollos teóricos. Así, se apreció en el grupo que la diabetes es una enfermedad que apareció por una falencia, es decir, ha existido alguna falla en la necesidad de amparo de esas personas, y quiebre de la seguridad. En consecuencia, irrumpe la enfermedad con un hecho insignificante que reactiva una situación de desamparo anterior –pérdida del trabajo, muerte de un ser querido– y justamente con ella logran un “pseudoamparo” –alguien que los cuida y se preocupa– sustituyendo esa carencia.

Encontramos que la matriz inicial -y que estuvo presente como fondo todo el tiempo- del grupo terapéutico estaba compuesta de intensos sentimientos ambivalentes. Si consideramos que esta característica se origina en la base misma de la estructura de personalidad, podríamos inferir que la matriz grupal inicial como madre grupo ambivalente responde a un patrón relacional de apego inseguro, de desconfianza e inseguridad. En esta matriz, madre-grupo ambivalente, se presenta en el aquí y ahora debido a la actualización de aquella puja entre la vida y la muerte presente desde el nacimiento como parte de la naturaleza humana. La matriz grupal común evidencia la lucha ante la peligrosidad de la invasión de la muerte por la enfermedad, y el sentimiento o necesidad de ocuparse de estar vivos. Lo pre ambivalente –preedípico- estuvo representado en la gran necesidad de depender como niños de una madre en el grupo mismo y fuera del puesto en el hospital, medicas, medicamentos etc, sin los cuales la vida no sería posible.

El grupo -como dispositivo terapéutico señala Toranzo (2013)- brinda la posibilidad de mostrar y movilizar aspectos que en una psicoterapia individual podría llevar más tiempo poner en evidencia. En la dinámica del grupo se vislumbra cómo cada uno de los pacientes representaba una parte de sí en el grupo: la que no se podía cuidar, la que hacía todo lo posible por cuidarse, la que trataba de integrar lo afectivo, la que estaba enojada con la enfermedad, la que no permitía que salieran a la luz los problemas de la vida cotidiana. La riqueza del grupo reside en que es más llevadero que lo puedan compartir y ver todos y cada uno, en el mismo momento con el otro, en una escena de la que no es fácil de escapar porque la relación paciente-terapeuta es frente a otros en los que resuena.

Así, cada encuentro es único, y se trabaja lo que ocurre en ese lugar y en ese tiempo particular, con las relaciones que se establecen entre los miembros presentes. Se trata de una psicoterapia en el aquí y ahora, punto de coincidencia en diversos autores y desarrollado por Moreno, Yalom, entre otros que pone en valor la comunicación y encuentro que acontece entre todos sus miembros.

En este caso, el grupo se ofrece como un espacio que contiene y brinda seguridad para poder progresivamente entre todos ir relacionándose con los sentimientos que les moviliza la diabetes.

En un primer momento los pacientes hablaron de ellos desde la enfermedad en términos médicos, logrando hacia la mitad del proceso terapéutico comenzar a hablar de su vida, sus deseos, inquietudes, preocupaciones y temores ya sea de quedar ciegos, “mochos”, postrados en una cama, o incluso de morir. De este modo se da lugar al inicio de un camino de integración de esta enfermedad en la vida de cada uno, y para percibirse como personas con dificultades como cualquier ser humano tomando conciencia de que tienen diabetes y deben cuidarse. Así, progresivamente lograrían una integración, necesaria para llegar al "yo soy" al que todo ser aspira según Winnicott. Si lo miramos matricialmente el grupo lucha entre ser un tejido necrótico o un tejido vital como expresión de la lucha entre el amor y el odio, entre la vida y la muerte.

El foco del grupo es muy angustiante debido al contenido de agresión y muerte que surge en las sesiones -enfermedad, muerte, amputaciones- siendo ésta una amenaza concreta y difícil de contener. Es como si la enfermedad no fuera de ellos, la rechazan como si lo que les sucede fuera de otro sujeto, viene de afuera y no la pueden aceptar ni internalizar para hacerse cargo y comenzar a cuidarse, de allí la dificultad en la adherencia al tratamiento médico y por ende el psicológico corre la misma suerte. Una situación similar, ocurre en los grupos terapéuticos de madres (Toranzo, E. 2013), donde el principal trabajo terapéutico con ellas es que logren involucrarse y comprender que son parte del síntoma del niño también. En este grupo, la diabetes sería como un hijo no deseado o enfermo que cuesta aceptar aun cuando realice todas las actividades de cuidado. Dicho de otro modo, la enfermedad ocuparía el lugar de la pérdida no elaborada, y por ese significado propio que le otorgan, es que les resulta difícil integrar las emociones y hacerse cargo de los cuidados que requiere. De allí que se considera que el *diagnóstico de diabetes* es un *acontecimiento disruptivo*, y el impacto psicológico en el paciente deviene en traumático, por lo que resultaría difícil de integrar emocionalmente y así repercutiría en la fase terapéutica de la enfermedad.

Moty Benyakar (2016) considera que cuando una situación externa al psiquismo impacta en él -diagnóstico de diabetes-, provocando una alteración de su homeostasis, se está ante un acontecimiento disruptivo. Cuando el efecto producido por el agente externo provoca un quiebre en la capacidad y posibilidad de

procesamiento mental, el acontecimiento deviene en traumático. Por ello es que el autor enfatiza que lo traumático no es un evento factico o situación sino un proceso psíquico producido por un evento o entorno disruptivo. Se podría pensar a la diabetes como un evento disruptivo, ya que la aparición de la misma desorganiza y desestructura la vida del sujeto. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenecen al evento sino que dependen del sujeto que lo vive. El diagnóstico de la diabetes es inesperado, interrumpe el proceso normal y habitual para la existencia, y amenaza la integridad física propia. El *impacto* que provoca el diagnóstico de diabetes es *traumático*, en tanto no puede simbolizarse, y produce un quiebre en el procesamiento mental, así la enfermedad permanece disociada y negada del resto de su vida. Se percibe que la vida -y la salud- del paciente, no es igual después de recibir dicho diagnóstico, más allá de la naturalización que se produce de la misma. En este sentido, también es necesario diferenciar un evento disruptivo pasajero –por ejemplo un accidente–, de un evento disruptivo que se instala en la vida de la persona –la diabetes– y conlleva un deterioro físico característico de dicha enfermedad. La situación disruptiva en este caso es permanente, en términos objetalistas se la puede ver como aprender a convivir con un objeto malo.

Para cada uno de los integrantes del grupo, la diabetes representa un objeto particular y personal con distintas características inconscientes según la historia de cada uno; como una "cruz que se debía cargar" o cómo la "parte de una identidad desconocida, borrada por la adopción", entre otras. En este contexto la enfermedad irrumpe como una defensa a una mayor disociación, es decir, la enfermedad opera defensivamente para no tomar contacto con lo emocional; y de este modo se produce la escisión psique-soma. Dicho de otro modo, la enfermedad encubre frente a la conciencia del enfermo, una parte de la historia que es su drama, y así constituye la mejor solución que el enfermo ha logrado, frente a su imposibilidad de integrar en la conciencia significaciones que son contradictorias o peligrosas.

La diabetes por sus peculiaridades promueve intensamente la aparición del patrón de dependencia infantil, que lleva a que los pacientes comiencen a depender de médicos, nutricionistas, psicólogos, Metformina o insulina, los controles diarios, la alimentación. Esto aparece ligado a la necesidad depender emocionalmente prototípica del desarrollo humano según el psicoanálisis relacional. Así en la dinámica del grupo se repite un patrón relacional de “una madre mala” que en la contratransferencia de las terapeutas se correspondía con el sentimiento de ser "madres malas que retan y asustan a sus chicos que hacen mal las cosas" repitiendo de este modo el patrón relacional "de la madre de la infancia que no ampara de un modo total". La tarea terapéutica consistió en mostrar o poner en evidencia este funcionamiento infantil.

Esta situación transferencial grupo como “madre mala”, también se despliega en el macro-grupo–madre que es la institución hospitalaria. Así, al inicio del trabajo psicoterapéutico nos encontramos con personas, en su mayoría, que no sentían

confianza en los cuidados del hospital, el servicio, los profesionales, el grupo. Podemos inferir así, que el encuentro con profesionales y otras personas con similares dificultades posibilitó hablar los miedos, frustraciones, dolores e inseguridades, creando posibilidades de nuevas relaciones con los mismos. Esto podría estar representado en una de las pacientes que, por sus temores y falta de confianza en los médicos había postergado una cirugía y en la etapa final del grupo terapéutico comenzó a ocuparse de su salud, retomando los estudios y consultas médicas.

De este modo, consideramos que la adherencia al tratamiento dependerá del tipo de dependencia que las personas con diabetes experimentan y de sus posibilidades en avanzar hacia la dependencia madura.

El grupo terapéutico podría pensarse como un espacio en el que se pueda depender transicionalmente para poder incorporar recursos propios que favorezcan una mayor tolerancia a las frustraciones ante las que están expuestos por la enfermedad misma, que desde ya, significa una importante herida narcisista. Al mismo tiempo, el grupo sería un espacio que les permite a los pacientes experimentar seguridad, comprensión y compañía.

Así, el grupo ofrece posibilidades únicas, como el trato de las relaciones interpersonales y las experiencias grupales cohesivas. Yalom (1996) considera que el intercambio de experiencias humanas en el grupo, el poder compartir un problema similar, ofrecerse ayuda mutuamente, compartir con los demás el propio mundo interior y expresar emociones profundas -entre otros factores terapéuticos- permiten un cambio terapéutico.

Por todo esto, se podría pensar que los nuevos vínculos con el componente empático que se establecen en el grupo, sus características emocionales positivas, genuinos y de una cierta permanencia en el tiempo, harían posible una modificación en la adherencia al tratamiento y por ende una mayor calidad de vida de nuestros pacientes.

Referencias Bibliográficas

- Abadi, M. (1982). El psicoanálisis y la otra realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Aisemberg, E. (2005). Revisión crítica de las teorías y de los abordajes de los estados psicósomáticos. En: A., Maladesky; M., Lopez y Z. Lopez Ozores (Comp.),

- Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Anzieu, D. y Jacques-Yves Martin (1971). *La dinámica de los pequeños grupos*. Buenos Aires, Argentina: Kapeluz.
- Atwood G. y Storolow R. (1992). *Structures e intersubjetivity: Exploration in Psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- Ávila Espada, A. (2010). Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del psicoanálisis relacional. *Aperturas Psicoanalítica N° 036*. Recuperado de: [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=674&a=Introduccion-a-la-obra-de-Ronald-Fairbairn-Los-origenes-del-psicoanalisis-relacional-\[Rodriguez-Sutil-C-2010\]](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=674&a=Introduccion-a-la-obra-de-Ronald-Fairbairn-Los-origenes-del-psicoanalisis-relacional-[Rodriguez-Sutil-C-2010])
- Békei, M. (1992). *Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.
- Békei, M. (1996). Introducción. En: M., Békei (Comp.). *Lectura de lo psicossomático*. (pp. 9-17) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Benjamin J. (1917) *Beyond Doer and Done To: Recognition Theory, Intersubjectivity and the Third*. Ed. Routledge
- Benjamin, J. (2013). *La sombra del otro*. Madrid, España: Psimática.
- Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo. El impacto del entorno en el psiquismo. En: E., Ramos. ; A., Taborda y C., Madeira. (Comp). *Lo traumático y lo disruptivo: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (pp.13-39) San Luis, Argentina: Nueva Editorial San Luis. ISBN 978-987-733-054-0
- Benyakar, M. y Lezica, A. (2016). Especificidades sobre el encuadre. En: E., Ramos. ; A., Taborda y C., Madeira. (Comp). *Lo traumático y lo disruptivo: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (pp.245-277) San Luis, Argentina: Nueva Editorial San Luis. ISBN 978-987-733-054-0
- Billow, R. M. (2016). Psychic Nodules and Therapeutic Impasses: Three Case Studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66 (1), 1-19. DOI:10.1080/00207284.2015.1089682.
- Bion, W. R. (2013). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bleger, J. (1974). *Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Bleichmar S. (2009) *La subjetividad en riesgo*. Ed. Topia Buenos Aires

- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós
- Bleichmar, N. y Leiberman de Bleichmar, C. (1999). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. México: Paidós.
- Bohovslavsky, R. (1984). *Orientación Vocacional. La estrategia clínica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Bowlby, J. (1952). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanita
- Chiozza, L. (1999). *Un lugar para el encuentro entre medicina y psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Chiozza, L. (2008). *Obras Completas. Tomo XIV. ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. (pp. 138-159). Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal. [versión electrónica]. Recuperado de: URL <http://www.funchiozza.com/downloads/obrascompletas/pdf/tomo14.pdf>
- Chiozza, L., & Obstfeld, E. (2008). Psicoanálisis del trastorno diabético. En L. Chiozza, *Obras Completas. Tomo X. Afecto y Afecciones I. Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo* (pp. 249-272). Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal. [versión electrónica]. Recuperado de: URL <http://www.funchiozza.com/downloads/obrascompletas/pdf/tomo10.pdf>
- Cohen, L. y Labat, Y. (2001). Aportes de la teoría de Winnicott a la clínica psicoanalítica. En: *APdeBA. V Jornadas de Niñez y Adolescencia*. El lugar del analista de niños y adolescentes en la clínica de hoy.
- Daurrelle N. (2013) *Falla básica y relación terapéutica. La aportación de Michael Balint a la concepción relacional del Psicoanálisis*. Ed. Agora Relacional. España
- De Gregorio, M.; Prieto, V. (s/f). *Enfermedades psicosomáticas. (Documento de Cátedra) Psicopatología Psicoanalítica*. Universidad Nacional de San Luis, San Luis. (Sin publicar)
- Fairbairn, R. (1940). Factores Esquizoides de la Personalidad. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- _____ (1940 b). Revisión de la Psicopatología de las psicosis y psiconeurosis. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

- _____ (1943). La represión y el retorno de los objetos malos. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- _____ (1944). Las estructuras endopsíquicas consideradas en términos de relaciones de objeto. En: R. Fairbairn (1966), *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Fiorini, H. (1973). Teoría y Técnica de psicoterapias. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Fischbein, J. E. (2000). La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas. *Psicoanálisis APdeBA, Vol. XXII* (1,), pp. 157-182. Recuperado en: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012000fischbein.pdf>
- Fontana, A. (1971). Psicoanálisis y Cambio. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Fontana, A. (1971). . Tratamiento anti-depresivo. *En psicoanálisis y cambio*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la flor.
- Fontana, A. y Col. (1977). *El tiempo y los grupos*. Buenos Aires, Argentina: editorial Vancu.
- Fontana, A.; Samperisi, A.; Willington, J.M, Mazella, L.; Insúa, I. y Cabo, M. D. (1982). Psicodrama técnicas auxiliares. En: Fontana, A. y Loschi, J. (Comp) *Sesión Prolongada. Más allá de los cincuenta minutos. (pp. 117-139)* Barcelona: Gedisa
- Fontana, A.; Zugman, S. (1982). Significado de la comida. En: Fontana, A. y Loschi, J. (Comp) *Sesión Prolongada. Más allá de los cincuenta minutos. (pp. 205-212)* Barcelona: Gedisa
- Foulkes, S. (1986). *Psicoterapia Grupo-Analítica. Método y Principios*. México: Gedisa
- Gaddinni, R. (1996). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicossomático. En: M. Bekei. (Comp.), *Lectura de lo psicossomático*. (pp. 19-39) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Gampel, Y. (2006). Esos padres que viven a través de mí. La violencia de estado y sus secuelas. Buenos Aires: Paidós.
- Ghent, E. (2002). Relations: Introduction to the First. IARPP conference [Online electronic periodical]. Retrieved from <http://iarpp.net/resources/enews/enews1.pdf>

- Giovanazzi, S. (2009) Escenas que paralizan: el impasse terapéutico en psicoterapias dramáticas. En: R. G. Arias y M. I. González (Eds.), *Violencia Familiar (161-172)*. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario. Recuperado de: URL <http://tzapopan.com/libros-e/EscenasQueParalizanCap.pdf>
- Gomel, Silvia (1997) "Transmisión generacional, familia y subjetividad". Argentina: Lugar Editorial.
- Grinberg L., Sor D., y Tabak E. (1972). *Introducción a las ideas de Bion*. (Pp. 19-36). Buenos Aires: Nueva visión
- Grotstein, J. (1986). *La identificación proyectiva y escisión*. Buenos Aires: Gedisa
- Guntrip H. (1995) *Personality Structure and Human Interaction* (1995). Karnac Books. ISBN 1-85575-118-6
- Jiménez, J.P. (2000). El método clínico, los psicoanalistas y la institución. *Aperturas Psicoanalíticas*, N° 004. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000105>
- Jung, C. (1974) *Arquetipos e Inconciente colectivo*. Ed Paidós
- Kohut, H. (1971). El análisis del self. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Laplanche, J. y Pontalís. J (2010). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lerner, H. y Nemirovsky, C. (1989) La empatía en el psicoanalizar. *Psicoanálisis, APdeBA*, Vol. 11, págs. 129-143, Actas, XXVI, IPA Internacional Congress, Montreal, Canadá, 1987.
- Liberman, D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.
- Margaret Mahler y otros (1977) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Ed. Marymar
- Margetts, E. (1966). Notas Históricas sobre Medicina Psicosomática. En: E. Wittokower; R. Cleghorn. (Ed), *Progresos en Medicina Psicosomática*, (pp. 40-64). Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.
- Marín Posada, S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de psicología universidad de Antioquia*, 6 (1), 125-140.
- Menzies, E.P.I. (1974). A Personal Review of Group Experiences. Comunicación presentada en Centre for Applied Social Research, Tavistock Institute of Humans Relations. Londres.

- Merea, C. (1994). *La extensión del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, J. L. (1959). *Psicoterapia y Psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis*. México: Editorial Fondo de cultura económica.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ogden T. H. (1998) *La matriz de la mente*, Ed.Karnac
- Paz, R. (2010). *Cuestiones disputadas en la teoría y la clínica psicoanalítica*. Editorial Biebel
- Pichón Riviere E. (1974) *.El proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social* .Editorial Nueva Visión. ISBN 9789506020002
- Pundik (1965). Moreno: pensamiento y obra del creador de la Psicoterapia de Grupo, el Psicodrama y la sociometría. Edición del autor. Buenos Aires. Editorial Garamond. SCA.
- Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ramos, E. (2016). Prólogo. En: E., Ramos. ; A., Taborda y C., Madeira. (Comp). *Lo traumático y lo disruptivo: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (pp.7-9) San Luis, Argentina: Nueva Editorial San Luis. ISBN 978-987-733-054-0
- Rodriguez Jorge (2017) Soñar con los dedos. Entre Freud y Winnicot.2da Edición Ed Letra Viva
- Rodríguez Sutil, C. (2002). Objetal, intersubjetivo, vincular. El psicoanálisis anticartesiano. *Revista Intersubjetivo vol 4 (2)*, pp. 273-286. Recuperado de: http://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/España/CRSutil_V4N2_Anticartesiano.pdf
- Rodríguez Sutil, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional vol 1 (1)*, pp. 9-41. Recuperado de: http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V1N1/1_Rodriguez%20Sutil_Epistemologia%20del%20Psicoanálisis%20Relacional_CeIR_V1N1_2007.pdf
- Rolla, E. (1962). *Psicoterapia individual y grupal*. Buenos aires, Argentina: Ediciones 3.

- Samperisi A.; Bazan G.; Taborda A.; Toranzo E. y otros (1994): Tratamiento psicoterapéutico de pacientes psicóticos sin internación. Rev Vertex. Rev.Arg. de Psiq. Vol IV. Argentina
- Samperisi, A. (s/f). Psicoterapia de grupo. Documento de Cátedra.
- Taborda, A., Toranzo, E., Ross, T., Mergenthaler, E., y Fontao, M. (2011). Gruppenprozesse in einer fokaltherapie mit müttern: eine pilotstudie über den psychodynamischen ansatz-zu. Gruppen Psychoterapie und Gruppendynamik. (47) 38-52.
- Toranzo, E., et. Al. (2008). Un abordaje relacional en un ámbito institucional Grupos psicoterapéuticos de padres e hijos. Revista Electrónica Topia.
- Toranzo, E. (2004). Psicoanálisis, Investigación, y Salud Mental. *XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado en: <http://www.academica.org/000-029/19>
- Toranzo, E. (2013). *Perspectiva Psicoanalítica relacional-grupal del psiquismo y del abordaje terapéutico. Psicoterapia Psicoanalítica de grupo en poblaciones diversas*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria
- Toranzo, E.; Sanchez, E. y Picco Lieto, J. (2015). La diversidad como factor empático. Experiencia de un grupo de madres. (Sin Publicar).
- Toranzo, E.; Sanchez, E. y Picco Lieto, J. (2016). Dispositivo grupal psicoanalítico de intervención preventiva y psicoterapéutica en el rol de madres de diversas organizaciones familiares. En: C., Straniero; C,Tosi ; M., Luna. (Comp.), *XVI CONGRESO ARGENTINO DE PSICOLOGÍA "PSICOLOGÍA Y COMPROMISO SOCIAL*, (pp. 478-487). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Federación de Psicólogos de la República Argentina. ISBN 978-987-45397-9-3
- Torras De Beà, E. (1996) Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós
- Usandivaras, R. (1977). Grupo. En: Vidal, G.; Bleichmar, H.; Usandivaras, R. (Comp.), *Enciclopedia de Psiquiatría*, (pp.268-274). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Velasco, R (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e Investigación Relacional vol 3 (1)*, pp. 58-67. Recuperado en: http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/7_Velasco_Que-es-Psicoanalisis-Relacional_CeIR_V3N1.pdf

- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Winnicott, D. (1994) *Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Edit. Paidós
I.S.B.N: 9789501241747
- Winnicott, D. (1964). Aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicósomática, en Winnicott C., Sheperherd, R. y Davis M. (Comp.), *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Argentina: Paidós 1993.
- Winnicott, D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Parte 1. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé.
- Winnicott, D. (1992). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.
- Zuretti, M. (2010) *Matriz, grupo e inserción sociométrica Psicodrama en la universidad*. Buenos Aires: Criseli. Internet. ISBN 978-987-25753-0-4
- Zukerfeld Rubén y Zukerfeld Raquel (2016) *“Sobre cuerpos, cultura y hábitos: atravesamientos y articulaciones”* Premio Fepal 2016