

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPO COMO MATRIX- SOSTÉN PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES¹

Elena Toranzo², Mariela Emilce Sánchez³, María Florencia Fassione⁴
Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Argentina

La adherencia al tratamiento médico/farmacológico de pacientes con diabetes se encuentra casi exclusivamente, sometida a factores emocionales. Dichos factores, según nuestra perspectiva psicoanalítica, son de base "relacional" y consideramos la psicoterapia de grupo como específica para intervenir en poblaciones que involucran patología psicósomática. Numerosas investigaciones han permitido observar la dificultad de estas personas para tomar contacto con sus emociones así, el grupo psicoterapéutico, se convierte en un dispositivo indicado dado que, al interior de su dinámica, la emocionalidad se encuentra amplificada resultando ineludible el encuentro con ella. Posibilita su dosificación y metabolización abriendo un camino hacia la simbolización/mentalización y en su esencia sostiene su humanización. Presentaremos aspectos centrales de una psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada con pacientes con diagnóstico de Diabetes. Basados en nuestra experiencia de investigaciones empíricas y clínicas de psicoterapia psicoanalítica de grupo, caracterizaremos el dispositivo concebido como una "matrix", una red informacional de individuos vinculados unos con otros por sus interacciones y comunicaciones obstaculizado por nódulos psíquicos que se manifiestan a través de un impasse. Referiremos las observaciones e hipótesis clínicas de fenómenos relacionales tales como transferencia, identificación proyectiva, empatía, diabetes como trauma y herida narcisista, y su incidencia en la adherencia al tratamiento médico y psicológico.

Palabras clave: Psicoterapia Psicoanalítica, Matrix-Grupo, Sostén, Nódulo, Impasse, Diabetes.

Adherence to medical / pharmacological treatment of patients with diabetes is almost exclusively subjected to emotional factors. These factors, in our psychoanalytic perspective, are "relational" basis and consider psychotherapy as a specific group to intervene with populations involving psychosomatic pathology. Numerous investigations have observed the difficulty of these people to make contact with their emotions so, the psychotherapeutic group, becomes a device as indicated, within its dynamics, emotionality is amplified resulting unavoidable encounter with her. Enables dosage and metabolization opening a path to symbolization / awareness and in its essence maintains its humanization. Central aspects present a brief psychoanalytic psychotherapy and focused on patients diagnosed with Diabetes. Based on our experience of empirical research and clinical characteristics of psychoanalytic psychotherapy group, we characterize the device designed as a "matrix", an information network of individuals linked to one another by their interactions and communications hampered by psychic nodules that manifest through a impasse. We refer the observations and clinical hypotheses relational phenomena such as transference, projective identification, empathy, diabetes and trauma and narcissistic injury, and its impact on adherence to medical and psychological treatment.

Key Words: Psychoanalytic Psychotherapy, Matrix-Group Support, Nodule, Impasse, Diabetes.

English Title: GROUP PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY AS MATRIX-SUPPORT FOR THE ADHERENCE TO THE DIABETES PATIENTS TREATMENT

Cita bibliográfica / Reference citation:

Toranzo, E., Sánchez, M.E. y Fassione, M.F. (2016). Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo como Matrix-Sostén para la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (2): 453-464. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2016.100207

¹ Trabajo desarrollado en el **Convenio Marco N°170**. (Acuerdo entre la Universidad Nacional de San Luis y el Gobierno de la Provincia de San Luis)

² Magister en Psicoterapia Psicoanalítica. Docente e Investigadora C III Directora de Línea UNSL (Argentina). Prof. Asociado Psicología Clínica I y II .Miembro de IARPP. e-mail: htoranzo@unsl.edu.ar

³ Licenciada y Profesora de Psicología. Docente e investigadora. Miembro de APPRE. e-mail: mesanchez@unsl.edu.ar

⁴ Becaria y Residente en Psicología Clínica I y II Pasante en el Proyecto de Investigación. ffassione@gmail.com

INTRODUCCION.

En este trabajo desarrollaremos la experiencia clínica que se realizó en el Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear, de un Complejo Sanitario en el año 2015, integrado por dos médicas clínicas, una bioquímica, una enfermera y una técnica en laboratorio. Dicho servicio funciona de lunes a viernes de 6 a 13 hs. El mismo 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. Se atienden pacientes en su mayoría sin obra social, de escasos recursos, de patologías diversas, dentro de la especialidad de endocrinología. Los pacientes acceden al servicio regularmente a partir de los quince años.

De las consultas realizadas en el servicio y de la observación de pacientes por parte de las médicas clínicas, surge la necesidad de una evaluación y contención psicológica de los mismos, ya que observaron que sus características de la personalidad, influían en el control de la glucemia. Los peores valores se veían en aquellos pacientes con mayor propensión a experimentar emociones negativas, ansiedad, depresión, hostilidad y vulnerabilidad generando efectos adversos en el funcionamiento, en la evolución de la enfermedad y la calidad de sus vidas.

El servicio se planteó entonces la necesidad de contar con asistencia psicológica en el servicio con el objetivo de fortalecer la adherencia al tratamiento médico, lo cual generó un Convenio entre la Asignatura de Psicología Clínica (Orientación Psicoanalítica) de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología en la UNSL y el Proyecto de Investigación PROICO 12-1414 de Ciencia y Técnica UNSL ¹

Debido al volumen de pacientes que concurren al hospital y a la dificultad que presentan para relacionarse con sus emociones y por ende con su enfermedad, consideramos que el grupo psicoterapéutico, se advierte como el dispositivo indicado dado que, al interior de su dinámica, la emocionalidad se encuentra amplificada resultando ineludible el encuentro con ella. Posibilita además su dosificación y metabolización abriendo un camino hacia la simbolización/mentalización en una situación grupal que conlleva al paciente a dejar de ser un número estadístico o rótulo- diagnóstico, en pos de colaborar a su sí mismo como persona.

MARCO TEÓRICO.

Partir de una concepción psicoanalítica de la mente y del ser humano que se organiza solo exclusivamente por lo relacional-interpersonal incide también en la concepción de la

enfermedad como construcción relacional compleja que deja atrás cualquier intento de explicación causa- efecto lineal; es decir que obliga a abandonar el modelo cartesiano de la mente, del ser humano y de sus padecimientos. En esta concepción la complejidad proviene de la energía psíquica como búsqueda de objeto que deviene en una inseparabilidad de energía y estructura donde los seres humanos no operan naturalmente con el propósito de reducir tensiones, sino más bien con el objetivo de construir un self como expresión de las relaciones con otros seres humanos. Este punto de vista de la motivación fundamental humana es uno de las más importantes contribuciones realizada por Fairbairn a la teoría relacional (Rubens, 1994) en este contexto Mitchell (1994) aporta el concepto de matriz relacional reuniendo las polaridades de lo intrapsíquico y lo interpersonal, lo biológico y lo social, el mundo interior y exterior, el conflicto y la detención del desarrollo, lo edípico y preedípico, la realidad psíquica y la realidad exterior.

Así, nuestro marco en cuanto a la estructuración psíquica se apoya en autores como Fairbairn, Winnicott, Rubens, Mitchell, Benjamin, Bordone. Giovanni Chiozza en sus investigaciones en psicosomática; en relación a la teoría y técnica de grupo psicoterapéutico referiremos a Foulkes, Bion, Billow. En este contexto, 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, perturbando el flujo comunicativo hasta obstaculizar o desordenar el pensamiento y comportamiento racional. Un nódulo cristaliza una amalgama de afectos y sentimientos preocupantes, fantasías, declaraciones de realidad y suposiciones, estados corporales, acciones y tendencias a la acción.

Por consiguiente, los nódulos pueden poner en peligro la mente "individual", así como la cohesión y la coherencia de un grupo o sociedad productiva generando un impasse en el transcurso del tratamiento. Este concepto de nódulo va de la mano con Foulkes (1986) quien conceptualizó al grupo, similar a "una matrix", una red informacional de individuos vinculados unos con otros por sus interacciones y comunicaciones. La matrix podría también ser considerada como el nodo superior, una dinámica complejidad de subnodos interactivos comunicantes, en diversos grados, vulnerada por nódulos perturbadores. Como un nodo, el grupo-como-un-todo funciona de una manera no lineal: los significados que emergen son mayores y más variados que la simple suma de los comportamientos de los individuos que componen el sistema. A su vez 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. Según Billow, estos pueden ser relativamente

breves pero intensos, repetitivos o continuos, durando largos periodos de tiempo histórico o personal

Si bien la diabetes es considerada una enfermedad psicosomática, 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

La visión de lo psicosomático 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. A su vez las consecuencias que esto acarrea en la constitución de objetos precursores -diferenciados en dos tipos por Gaddini (1991)- y transicionales, son una perspectiva creativa para comprender como se gesta el síntoma psicosomático y su relación con la emocionalidad. A su vez, consideramos en igualdad de importancia, tanto al objeto real como a su representación, en la compleja constitución de los objetos internos que se organizan bajo la influencia del factor esquizoide tal como lo plantea Fairbairn (1966).

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.

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.

En cuanto a los aspectos técnicos, corrimos con el riesgo de trabajar con un grupo homogéneo -por su tendencia al acting o caos- 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. Sin embargo, consideramos en coincidencia con Foulkes (1986) que el factor terapéutico central es el proceso de comunicación y de empatía en paralelo equilibrio al proceso hermenéutico propio del psicoanálisis.

En relación a la efectividad del tratamiento médico de patologías crónicas como la diabetes, se evalúa por la adhesión al tratamiento por parte del paciente. Diferentes estudios de adherencia a diversos tratamientos médicos, han comprobado la fuerte incidencia de factores emocionales conscientes pero especialmente inconscientes en la actitud del paciente hacia su enfermedad, como a otros aspectos de su vida. (Ramón García, 2012; Sandleris 2005). Teniendo en cuenta esto, y el volumen de pacientes diabéticos que concurre al Servicio de Medicina Nuclear y Endocrinología, se consideró conveniente realizar una intervención grupal que permita mejorar la adherencia al tratamiento

EL GRUPO TERAPÉUTICO: Su encuadre

En la implementación del dispositivo terapéutico pueden observarse diferentes momentos:

a) Previo a la tarea grupal, las médicas clínicas del Servicio de Medicina Nuclear y Endocrinología, realizaron la **selección** de pacientes con diabetes, para la indicación de asistencia psicológica.

b) A partir de esta derivación se realizaron **entrevistas clínicas individuales** y en profundidad 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" (Chiozza 2008) para evaluar globalmente la situación de los pacientes y sus condiciones 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, sus vínculos, como así también cuales eran sus creencias y expectativas de participar en el grupo. En esta etapa que puede durar 2 o tres encuentros tiene como objetivo central incentivar para la tarea como un modo de acercamiento personal e íntimo que nos preparara para el encuentro grupal.

c) Una vez seleccionados los integrantes se da comienzo al **grupo terapéutico**, en el que participaron **7** pacientes con quienes se realizó un proceso de diagnóstico preparatorio y se les indicó concurrir una vez por semana, durante doce encuentros para que pudiesen

compartir inquietudes y necesidades en relación a la enfermedad y su tratamiento. Implícitamente se explorarían 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, *coordinados por dos terapeutas*. Este diseño 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. Además, el apoyo mutuo entre terapeutas permite mantener una mayor objetividad, frente a una transferencia y contratransferencia grupal con intensos componentes persecutorios y de dolor (2013).

d) Metodológicamente para su estudio clínico, se analiza la transcripción dividiendo el proceso terapéutico total en tres fases: *Inicial* correspondiente a los primeros cuatro encuentros, *Media* (5, 6, 7, 8) y *Final* (9, 10, 11, 12).

El equipo de trabajo terapéutico se conformó por las dos coordinadoras, una novel licenciada en psicología pero con experiencia en coordinación de grupos, una residente 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 del encuentro, cuyo material se trabajó en supervisión al igual que las impresiones transferenciales y contra-transferenciales.

EL INICIO DEL GRUPO: La resistencia

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.

En esta primera etapa como era de esperarse, podía percibirse la resistencia de los pacientes para iniciar la tarea terapéutica y por ende para tomar contacto con su enfermedad, expresándolo en la dificultad para asistir al grupo ya sea porque "el horario no les era conveniente", por "la temperatura del día", por "un trámite que debían realizar" o porque "se había olvidado del turno" expresado, por ejemplo, en el primer día que concurrieron tres paciente de los siete citados a destiempo y no logrando encontrarse. En esta etapa se presentaron los miembros del grupo, se expuso el encuadre de trabajo y los objetivos del mismo. El grupo comenzaba a "conocerse" de un modo impersonal, lo hacen desde la diabetes, compartiendo los valores de glucemia, los síntomas, las dietas que seguían; intercambiando consejos sobre qué hacer ante los episodios de hipoglucemias. Cuando

intentaba surgir algún problema más personal, el grupo insistía en llevar todo a un terreno concreto, siendo difícil en este momento lograr un clima más emocional.

Es esperable que las intervenciones de las coordinadoras sean más frecuentes en este momento, dado que el grupo se observa dependiente y se encuentra en conformación, aparecen dos situaciones prototípicas: el grupo se pone dependiente de una paciente que toma la palabra monopolícamente, y posteriormente aparece la temática de sus lugares de origen como indicios del ir perteneciendo a este grupo-lugar.

A medida que se avanza en el trabajo de grupo se pudo observar lo que se denominó una "conciencia particular de la enfermedad", así consideramos que la imposibilidad de respetar el tratamiento no responde a una falta de conciencia o negación de la misma, probablemente en una primera instancia, sino más bien a la necesidad de mantener ese sentido individual e inconsciente que cada uno le ha dado. En otras palabras, se establece una relación con la diabetes como un objeto concreto 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 los elementos beta. Referido por los pacientes como se observa en las siguientes viñetas:

"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 dice *"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 todos 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."*

LA FASE MEDIA: sufrir sin sentir.

En esta fase es esperable y posible una mayor interacción y confianza entre sus miembros, la presencia de sentimientos de pertenencia a un grupo podrían facilitar la emergencia de contenidos emocionales intensos.

Este sentimiento de confianza mutua aparece ligado a la necesidad depender emocionalmente prototípica del desarrollo humano según el psicoanálisis relacional. 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. 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". Esta situación transferencial 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 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.

La tarea terapéutica consiste en mostrar o poner en evidencia este funcionamiento infantil y la evolución hacia un patrón maduro de dependencia.

Sin embargo, al no poder -los pacientes- expresar el miedo, o el temor a sufrir alguna amputación o un coma diabético; estas emociones se hacen presentes en las coordinadoras por identificación proyectiva en sentimientos de rechazo, impresiones físicas, asco; dando cuenta del tenor terrorífico típico de los elementos beta descritos por Bion; frente a un contenido desconocido peligroso y amenazante que solo es apto para ser evacuados mediante la identificación proyectiva como en este caso. Dentro de las ideas bionianas, las huellas de la experiencia traumática-cuando supieron el diagnóstico de diabetes y sobrellevar la enfermedad - pueden ser pensadas como la dificultad para transformar elementos beta en alfa, pudiendo también manifestarse mediante un franco predominio de elementos menos abstractos sobre los más abstractos en el pensamiento, es decir un predominio de la sensorialidad y un empobrecimiento del aparato mental (Bordone 2005).

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

"Me estaban por amputar los dos dedos gordos. Acá los cortaban, y yo me fui a otra provincia. 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. "

Los pacientes hablaban como si no pasara nada y no se pudiera distinguir entre una cosa o animal, mientras que transferencialmente, una de las coordinadoras sentía mucho

cansancio, dolor de cabeza y del 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.

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 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, o más bien un nódulo que provoca un micro impasse en el que terapeutas y pacientes se paralizan nivel emocional, cognitivo y pragmático. (Giovanazzi, 2009)

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, intentando cambiar el paradigma de la "enfermedad silenciosa", por el de una enfermedad mala de la que hay cuidarse. Tomando sus propias experiencias en relación a la enfermedad se fue mostrando 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. ¿Será silenciosa o se la silencia por el temor a la muerte? En el grupo y quizás en la cultura en general, hay una tendencia a "naturalizar" cosas que no son normales, como las hipo e hiperglucemias, comer cosas dulces, 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, 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)

MÁS ALLÁ DE LA DIABETES: la fase final del grupo.

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

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.

CONCLUSIONES

En el análisis clínico de este grupo queremos poner en evidencia como en su trama matrix se reproduce la mente relacional grupal (2013) en sus contenidos -fenómenos de dependencia emocional, de disociación- en la red comunicacional entre pacientes y terapeutas -la intersubjetividad, la identificación proyectiva en sus aspectos sanos y enfermos- en la que se incluyen la vinculación entre relación de objeto, síntoma y trauma. Una matriz -nodo en la que se pueden manifestar pequeños nudos cristalizados- representando a la enfermedad orgánica- como fenómenos que irrumpen en la intersubjetividad y en la interacción de un grupo provocando una detención o impasse en su proceso terapéutico.

El grupo brinda la posibilidad de mostrar y movilizar aspectos que en una psicoterapia individual podría llevar más tiempo poner en evidencia. Cada uno de los pacientes representa una parte de sí en el grupo: la que no se podía cuidar, la que hacia 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 construyendo una red de significados a dilucidar. La riqueza del grupo reside en que puedan compartir el problema y ver todos y cada uno en el mismo momento con el otro, en una escena de la que no es fácil escapar pero lo hace más llevadero. 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 sus temores, ya sea de quedar ciegos, "mochos", postrados en una cama, o incluso de morir.

El foco del grupo-hacer bien el tratamiento médico- es muy angustiante debido al contenido traumático de agresión y muerte vinculado a la enfermedad. Lo disociativo se manifiesta como si la enfermedad no fuera de ellos, como si lo que les sucede fuera de otro sujeto, viene de afuera; 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 (2013), donde el principal trabajo terapéutico con ellas es que logren involucrarse y comprender que son parte del síntoma del niño. En este grupo, la diabetes sería como un hijo no deseado o enfermo que cuesta aceptar aun cuando realice todas las actividades de cuidado.

Consideramos que el diagnóstico de diabetes es traumático por lo que resulta difícil de integrar emocionalmente repercutiendo en la fase terapéutica de la enfermedad. Así mismo, desde la perspectiva de las relaciones de objeto, la enfermedad misma representaría un conflicto, una relación "prohibida" con un objeto malo que se necesita por la dependencia emocional con este. A su vez, 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 "orgánica" irrumpe como una defensa a una mayor disociación.

El grupo podría pensarse como una madre-espacio en el que se pueda "depender transicionalmente" para poder incorporar recursos yoicos que favorezcan una mayor tolerancia a las frustraciones ante las que están expuestos por la herida narcisista de la enfermedad misma. Al mismo tiempo, el grupo sería un espacio que les permite a los pacientes experimentar seguridad y comprensión empatizando.

Consideramos que la adherencia al tratamiento también dependerá del tipo de dependencia que las personas con diabetes experimentan y de sus posibilidades en avanzar hacia la dependencia madura.

En este contexto, 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, de ahí que se recomienda la continuidad de este dispositivo.

En conclusión, significativamente podemos decir que el grupo terapéutico-de pacientes diabéticos - funciona en paralelo al trastorno diabético en el 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, en el mismo sentido la enfermedad irrumpe dificultando la comunicación intra psíquica e intersubjetiva empobreciendo la personalidad.

REFERENCIAS

- Benjamin, J. (2013). *La sombra del otro*. Madrid, España: Psimática.
- 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.
- Bordone de Semeniuk L. (2005). Consecuencias del trauma del campo de concentración. *Revista de Psicoanálisis APdeBA*, 27 (1/2), 151-165. Recuperado de: URL <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Bordone.pdf>
- Chiozza, L. (2008). *Obras Completas. Tomo XIV. ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. (pp. 138-159). Buenos Aires, Argentin: 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 1. 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>
- Fairbairn, R. (1966). *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
- Foulkes, S. (1986). *Psicoterapia Grupo—Analítica. Método y Principios*. México: Gedisa
- Gaddini, R. (1991). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicósomático. En: M. Bekei (Comp.), *Lectura de lo psicósomático* (pp.19-39). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- 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>
- Lidz, T. (1966). Aspectos psicológicos de la diabetes mellitus. En: Wittokower, E.; Cleghorn, R. (eds), *Progresos en Medicina Psicósomática* (pp. 191-201). Buenos Aires: EUDEBA.
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integración*. España: Siglo XXI Editores.
- Ramos García, J. (2012). Fibromialgia: de la identidad en la nosografía a la rementalización del sufrimiento. Una experiencia de cinco años de trabajo grupal desde una perspectiva intersubjetiva. *Aperturas Psicoanalíticas*, N° 42. Recuperado de: URL <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000763&a=Fibromialgia-de-la-identidad-en-la-nosografia-a-la-rementalizacion-del-sufrimiento-Una-experiencia-de-cinco-anos-de-trabajo-grupal-desde-una-perspectiva-intersubjetiva>
- Rubens, R. L. (1994). Fairbairn's structural theory. En: J. S. Grotstein & D. B Rinsley,(eds) *Fairbairn and the Origins of Object Relations* (pp. 151-173) New York: Guilford Press.
- Sandleris, S. (2005). El grupo como facilitador del cambio terapéutico: Una experiencia con pacientes HIV positivo. *Aperturas Psicoanalíticas*, N° 20. Recuperado de: URL <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000342&a=El-grupo-como-facilitador-del-cambio-terapeutico-una-experiencia-con-pacientes-HIV-positivo>
- 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.
- Winnicott, D. (1966). Psychosomatic illness in its positive and negative aspects. *Internacional Journal of Psycho-Analysis* 47:510-516.

Original recibido con fecha: 12/5/2016 Revisado: 30/5/2016 Aceptado: 30/6/2016

NOTAS:

¹ "Subjetivaciones y Malestares en el Escenario Clínico Socioeducativo (PROICO 12-1414) Línea B: "Proceso terapéutico y trauma. Estudio clínico y empírico de grupos terapéuticos de padres derivados por instituciones escolares"