



Revista Americana de Medicina

Respiratoria

ISSN: 1852-1630

revista@ramr.org

Asociación Argentina de Medicina

Respiratoria

Argentina

Filkeinstein, Claudia; Semeniuk, G.

Articulación clínica-psicológica en pacientes asmáticos

Revista Americana de Medicina Respiratoria, vol. 5, núm. 1, abril, 2005, pp. 8-19

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Córdoba, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138364003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Dirección

Claudia Finkelstein  
Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari  
Combatientes de Malvinas 3150, 1427  
Buenos Aires - Argentina  
E-mail cinkel@loomies.com

## Articulación clínica-psicológica en pacientes asmáticos

Autores Claudia Finkelstein, G. Semeniuk

Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari . Facultad de Medicina UBA Buenos Aires - Argentina

**Resumen** Una intervención conjunta médica-psicoterapéutica en grupos homogéneos de pacientes asmáticos influye favorablemente en la evolución clínica con una menor morbi-mortalidad. El cambio se realiza con otros, es un proceso vincular.

El grupo es el envoltorio intermediario y amparador que ayudará a cicatrizar "aquellos heridos" reconstituyendo el yo piel dañado por la falta de investidura primaria y actual. Se trata de grupos homogéneos de 10 pacientes que se reunieron en el 2000-2004. Se incluyeron pacientes adultos mayores de veinte años con diagnóstico médico y funcional de asma, de ambos sexos, de severidad diferente (leve a casi fatal), con evolución crónica mayor de un año, tratados farmacológicamente según consensos internacionales. Además se empleó la técnica del fotolenguaje\* (Claudine Vacheret, Francia) desde el inicio para producir mediante fotografías un estímulo entre las asociaciones y el trabajo analítico de los integrantes del grupo. Se realizó un intercambio intersubjetivo de los aspectos psicosociales incluyendo las creencias, el cumplimiento del tratamiento farmacológico, las consecuencias y limitaciones de su padecer y las expectativas de curación, así como sus duelos, separaciones y angustias.

La operación terapéutica se realizó a dos niveles: a nivel psíquico y a nivel orgánico. Se investigó la relación entre los factores emocionales desencadenantes y las crisis asmáticas.

**Resultados** *Hallazgos orgánicos:* FEVI inicial 64% Ds 0.09 final 84% Ds 0.09. Presencia de asma nocturna inicial 70% final 0% Internaciones de emergencias y guardias inicial 60% final 10% (neumonía post cirugía ocular) Cuestionario de calidad de vida St. George: variación 37%. *Hallazgos psicológicos:* Se trata de trastornos narcisistas por déficit de la autoestima, con apuntalamiento de la identidad por la enfermedad.

**Conclusiones** Los pacientes lograron una autonomía por apuntalamiento y construcción de la subjetividad. Los valores funcionales mejoraron y mantuvieron un buen cumplimiento del tratamiento.

**Palabras clave >** Asma, Tratamiento clínico psicológico, Grupos, Cumplimiento

**Summary** *Clinical and psychological articulation in asthmatic patients.* Body-mind dissociation is frequent in the approach of chronic diseases, both, from organic and psychological perspectives.

A simultaneous medical and psychotherapeutic group intervention influences favorably in clinic evolution, decreasing asthma morbimortality.

An homogenic group of ten asthmatic patients with clinical and functional diagnosis of asthma were treated during fifteen sessions in the Pneumology Service of the Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A. Lanari during 2003.

Both genders were included with different severity of asthma treated following international consensus. Photo-language technique was used in sessions to produce by means of photographies links between associations and analytic work. Intersubjective interchanges from psychosocial aspects of their lives including pharmacological treatment believes, compliance, body and behavioral limitations from their condition,

\* Fotolenguaje: método que consiste en la elección de una o más fotos que respondan a una consigna dada por el coordinador. La elección se realiza en silencio según aquella/s que los "atrape" primero. Cuando todos hubieron elegido, retiran las mismas y explican la razón sosteniéndola ante el grupo.

healing expectatives and unconcluded mourning as well as separation anguishes were displayed.

**Results** Initial organic findings FEV1 64.4% Ds0.09 Hospitalization 60% Nocturnal asthma 70% final organic findings FEV1 86.4% Ds0.09 Hospitalization 10% (Pneumonia post eye surgery) Nocturnal asthma 0% St George Questionnaire 37% variation.

Psychological findings: these patients have narcissistic deficit problems with support of their identity by illness. It was detected body over caring from the other (intrusion-suffocation) and affective helplessness (desertion and emptiness) suddenly changing rhythms of presence-absence not foreseeable, lack of extra family models, stereotyped and inverted familiar roles with underlying perverse relationships and generational and body no differentiation with the other, pseudo autonomies, agoraphobias and their counterpart: claustrophilias. Patients are full of secondary significances about their illness with lack of shades or doubts. They cannot show anger because their perceptions were not validated. Life and death experiences are simultaneously superimposed paralyzing their actions.

**Conclusions** A therapeutic group constitutes a transitional space where asthmatic patients can achieve a gradual differentiation and autonomy with a suitable distance with the other. They were able to symbolize helpless emptiness from their psychic experience and so graduate the emotional impact on the body. This positive evolution was translated over the organic sphere: during the treatment they kept a good compliance and functional values were improved.

**Key words** > Asthma, Clinical and psychological treatment, Groups, Compliance.

## Introducción

La dicotomía mente-cuerpo en el abordaje de las enfermedades crónicas es frecuente tanto desde el enfoque médico-orgánico, como desde el psicológico.

La inclusión simultánea en el campo de lo médico, de lo psicológico, achica la distancia en la dissociación mente-cuerpo y permite ubicar en una perspectiva más amplia al dolor y a la angustia de las personas.

En estos pacientes, el SER asmático precede al TENER asma e invade toda la identidad. Por esto se buscó encontrar y producir nuevos sentidos, complejizando los modelos familiares y personales. El dispositivo grupal puede ser sostén de un trabajo de reflexión que permita diferentes grados de subjetivación, crear matices entre el blanco y el negro, mecanismos de espera frente a las ansiedades e impulsos y un mejor manejo de la angustia de desamparo.

Los objetivos de esta investigación fueron crear y/o recuperar el sentido fundante del síntoma, no para hallar la causa sino para complejizar el aparato psíquico de cada paciente. Esto permitiría al

paciente un nivel de organización eficaz que influya sobre “el estímulo inflamatorio desencadenante” o mantenerlo en niveles de equilibrio que eviten que se produzcan descompensaciones y arrasamientos de difícil recuperación.

También se buscó determinar la utilidad de compartir experiencias y vivencias en pacientes diferentes con padecimientos orgánicos semejantes.

## Encuadre

Se intercambiaron experiencias de los aspectos de interacción psicosocial y de los aspectos médicos, incluyendo las creencias, los temores, el cumplimiento del tratamiento farmacológico habitual, consecuencias del padecer, limitaciones y expectativas de curación. No se resolvieron indicaciones o consultas médicas en el grupo. Se derivaron a la consulta con el respectivo médico tratante. Además se trabajó la significación, los posibles sentidos fundantes y las posibles contenciones de las angustias y de los miedos que surgieron espontáneamente. Desde lo psicológico, se tuvo en cuenta la presencia o no de crisis de angustia. Se intentó crear nuevos recursos psíquicos de adaptación y de crecimiento.

Inicialmente se diseñó un cronograma de 1 sesión semanal durante 5 semanas; luego reuniones quincenales hasta la finalización del grupo para favorecer el trabajar la alienación, el pegoteo (fantasías de fusión) y el desprendimiento o separación. Se incluyeron pacientes asmáticos, con diagnóstico médico y funcional comprobados. Adultos mayores de veinte años y menores de 70 años, de ambos sexos, de diferente tipo de severidad del asma (leve, moderada, severa y casi fatal), con evolución crónica mayor de un año. Los pacientes fueron tratados con el tratamiento farmacológico habitual, seguidos por médicos especialistas del plantel, incluida la médica neumonóloga y psicoterapeuta del equipo psicoterapéutico. Desde el enfoque orgánico se controlaron con estudios funcionales ventilatorios, según número de visitas de emergencias e internaciones, con la presencia de asma nocturna, el cuestionario de calidad de vida de St. George y el cumplimiento del tratamiento (discontinuación de la medicación más de tres días y modificación de la dosis). Un grupo se reunió en el servicio de Neumonología del Hospital de Clínicas José de San Martín dirigido por el Dr. R. Gené durante los años 2000-2001. En el año 2002-2004 las reuniones continuaron en otro ámbito. Se realizaron reuniones de otro grupo en el Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A. Lanari en el servicio de Neumonología a cargo de Dr. G. Semeniuk durante el año 2003-2004.

## Discusión

### Concepción sobre el asma

El asma puede ser desencadenada por los siguientes factores: ejercicio, risa o llanto intensos, viento, clima húmedo o aire frío, aromas penetrantes-pinturas y plastificados, aerosoles; factores infecciosos: virosis, con ácaros-dermatofagoides del polvo ambiental, cucarachas, parasitosis; pólenes de ciertos árboles (*alternaria*) y plantas, factores emocionales como cambios de contexto, factores hormonales, drogas, pesticidas, conservadores de alimentos y humo de cigarrillo. Los síntomas de la inflamación, se presentan cuando hay edema de la mucosa bronquial, aumento de la cantidad de mucus dentro de los bronquios y bronquiolos y contracción de los músculos peribronquiales dando lugar a silbidos a veces audibles, sensación de opresión en el pecho y de falta de aire.

En los mecanismos inflamatorios están involucrados numerosos procesos de activación con liberación (descarga) de mediadores y de inhibición-desactivación de los mismos (vuelta al equilibrio). Algunos de estos mediadores químicos son la histamina, las prostaglandinas, los leucotrienos, las bradiquininas, las endotelinas, el óxido nítrico, las adenosinas y el PAF.

A lo largo de los años se desarrollaron investigaciones sobre drogas que antagonizaran algún mediador en particular, siendo estas parcialmente efectivas por la multiplicidad de mediadores puestos en juego. Ante un estímulo inflamatorio se activan kinasas (enzimas que actúan sobre los factores de transcripción que regulan la expresión de los genes de la inflamación produciendo proteínas específicas). Durante las crisis ocurre un aumento en la expresión-activación de los genes inflamatorios. El silencio transcripcional (estado de reposo) en el cromosoma se logra por un balance o equilibrio entre los genes co-activadores y los co-represores. Me ha llamado la atención las dos lógicas de funcionamiento, la orgánica y la psicológica, una, metáfora de la otra.

### Concepción de aparato psíquico

A partir de la teorización de Freud, hubo un reconocimiento de un campo psíquico separado de la conciencia, el inconsciente, que mantiene una comunicación con ésta y es posible de ser modificado terapéuticamente. Existiría un lazo con el cuerpo, el mundo exterior, el lenguaje y las imágenes mentales. Freud describió dos tópicas. La primera tópica describe un inconciente, un preconciente y la conciencia. Una segunda tópica describe tres instancias psíquicas: el Yo, el Ello y el Superyo. A nivel económico dinámico se describen pulsiones de vida y de muerte. El conflicto entre instancias puede poner en juego mecanismos de defensa que involucran al cuerpo y al pensamiento. En ocasiones en que las instancias no han completado su desarrollo eficazmente con ciertos anclajes de certezas, se da lugar también a síntomas ya no por conflictos sino por fragilidad, sin embargo tenemos en cuenta que el aparato mental está abierto constantemente a nuevos conocimientos, aprendizajes y complejizaciones.

Desde el punto de vista psicológico, los pacientes con trastornos psicosomáticos establecen en el grupo una identidad por pertenencia y necesitan

al grupo para tener la ilusión del todo (la unidad dual, el narcisismo primario). En ellos, la ilusión por la mirada mutua funciona como la de la madre que devuelve al bebé una mirada que dice que es un bebé competente y viceversa. Es ver y ser visto, lo cual es significado por lo tanto, como existo. Pero a veces cuando no es mutuo o recíproco, la identidad primaria emerge con fallas en la lógica del todo o nada pues le faltan los matices. Hay desmezcla y escisión. Ellos no poseen una mezcla de pulsiones de vida y de muerte en cantidades equilibrantes (R. Averbuj, comunicación personal). Para ello podemos emplear de un objeto intermedio (Ej.: fotos) para ligar o religar y establecer los matices entre los extremos del puente cortado o no construído.

Recordamos que el *proceso primario* se caracteriza porque ignora el tiempo y sus representaciones son de cosa y de afectos, “pensamientos” en imágenes-figurativos incluyendo además de “fotos”, aromas, sensaciones táctiles, tonos de voz y musicales y a veces sensaciones gustativas mientras que el *proceso secundario* se caracteriza por la representación de palabra y de sentimientos, incluye la temporalidad y “el pensamiento” ideocdiscursivo. El *proceso terciario* (Green, 1993) es el que liga ambos, el que establece la correspondencia. Estos pacientes poseen un preconsciente similar a un “airbag” desinflado (C. Vacheret, 1999), de escaso espesor y necesitarían ligazones por medio de una mediación o de un instrumento mediador para que aumente el espesor del mismo. Según Rene Kaes (1993) el grupo puede ser un lugar transicional, de juego hasta que se establezcan los límites entre el adentro-afuera, el yo-noyo, lo mío y lo no mío. Este modelo multipersonal es decir<sup>5</sup> –con más de un yo– con el trabajo del preconciente del otro en un proceso asociativo sirve para que se dé un proceso de transformación-cambio de sentido, utilizando el commuting<sup>2</sup> C. Neri (1997).

Para Kaes (1993) es la categoría de *lo intermedio*, lo que permite los procesos de ligazón en la relación intersubjetiva. El grupo es lo transicional (Winnicot, 1971) que deviene terapéutico por esta misma razón. Pienso que constituiría el hilo conector que aproxima los dos bordes de la herida abierta para que se genere tejido vital entre ambos.

<sup>2</sup> Commuting: concepto de C. Neri que designa el curso oscilatorio de la dimensión individual a la del grupo y viceversa, una modalidad consciente y creativa es el relato eficaz y aquella inconsciente es la propagación transpersonal.

Puede ser que un elemento de una imagen (una ruta, una bicicleta, un árbol, un caballo blanco, una cara) sea la punta del ovillo a seguir para llegar al recuerdo a través de una guía en el laberinto del aparato (miguitas de pan para Hanzel y Gretel o hilo de Ariadna en Minos).

*El grupo tiene una función reguladora y articuladora entre las pulsiones de vida y de muerte pues matiza, opone a una, la otra y permite el intercambio intersubjetivo* (ej. en el grupo con la foto del bosque: para algunos era lugar de ensueño y para otros un lugar donde se ocultaba un asesino). Así con la generación de varias versiones imaginarias, cada uno es portador de una parte, se modifican las imágenes internas, se complejizan y pueden establecerse las categorías de adentro-afuera; sujeto-grupo; sujeto-él mismo, antes-después. Sabemos que existe una necesidad del vínculo con el otro sujeto para sobrevivir, algunas personas por determinadas vivencias lo asocian a peligrosidad y otros a cariño (ej. en el grupo foto del abrazo de dos mujeres: abrazo de cariño entre una madre y una hija para algunos o del oso mortífero para otros).

Por regla, los traumatismos afectan en primer lugar el aparato mental, que bloquea, tapona, y atempera, o no, los movimientos de desorganización antes que lleguen al sistema o esfera somática (Marty 1995). Se agotan, se dice que pierden carga o alcance como un meteorito al ingresar en las distintas capas de la atmósfera. Cuando ello no ocurre, por deficiencias o desorganización del aparato mental, aparecen los síntomas en lo orgánico. El cuerpo sería el buffer del sujeto porque hay algo que falta elaborar, simbolizar a nivel psíquico.

Estos pacientes que no son ni neuróticos “clásicos” ni psicóticos, son borderlines, ante un determinado estímulo de carga su aparato psíquico se desborda en su capacidad de filtro protectora.

Para P. Marty (1990,1995)<sup>1\*</sup> los desbordamientos pasajeros del aparato mental son habituales y pueden sobrevenir en sujetos de calidad mental incuestionable. Pueden dar lugar a hipertoniás musculares, cefaleas, alergia, asma, neuritis, hipertensión, colitis, úlceras... Si el aparato en su conjunto falló, el sistema biológico retoma “el

<sup>1\*</sup> Marty diferencia los pacientes neuróticos según la mejor (neuróticos comunes que somatizan por regresiones reversibles) o peor mentalización (mentalización incierta, variable en el tiempo, que padecen de desorganizaciones psicosomáticas). Bergeret en cambio habla de organización del tronco común de los estados límites (borderlines con acondicionamientos perversos o caracteriales) y de pacientes con estructura neurótica o con estructura psicótica. Cada uno de estas tres líneas puede estar compensada o descompensada.

relais”, se regresa o se desorganiza hasta un nivel más regresivo (Marty 1995).

Marty describe que las personalidades alérgicas poseen una relación de tipo fusional con la madre. La enfermedad es investida afectivamente y acompaña reemplazando a un objeto desaparecido. Sin embargo no puedo establecer una relación lineal: aparece este conflicto y surge entonces este síntoma en el cuerpo. NO es una relación punto a punto de un sistema a otro (del psicológico al orgánico). Puedo darle un sentido al síntoma por elaboración secundaria (como dicen los pacientes habitualmente, por la humedad o por el aire acondicionado). Pero no nos engañemos, es un sentido falaz. El paciente psicosomático puede explicar, es una explicación, un sentido a su manera, es obvio que no le sirve porque se repite una y otra vez la misma secuencia, porque existe un exceso de estímulos no elaborados que producen en algún momento síntomas orgánicos.

El paciente no sabe y no es pertinente que lo sepa, lo que le pasa en los pulmones, en los alvéolos o en los bronquios, en el momento de la liberación de mediadores químicos en cascada. Digo e insisto que lo orgánico debe tratarse sin lugar a dudas con las medicaciones e indicaciones adecuadas.

El nivel psicológico en ocasiones puede fallar en su funcionamiento momentáneamente o en forma más permanente. Si aparece lo corporal, es un indicador de que el paciente no pudo contener los estímulos en los límites del aparato psíquico. La producción de cambio durante el tratamiento consiste en que aparezca un sentido, aquel que le sirva, que es *el sentido fundante*. Pensamos que a nivel biológico existen causalidades (el por qué) y a nivel psicológico hay sentidos (“el para qué” del que hablaba M. Bernard, comunicación personal). La tarea conjunta del terapeuta y su paciente consiste en deconstruir, desmontar las defensas que no le son útiles y que paradójicamente lo sostienen. Al hacerlo puede quedar la nada, el vacío, se puede morir. Por eso, primero hay que construir la salida (el sentido).

Joyce MacDougall (1978) describe al paciente psicosomático como aquél que sólo “ve” su cuerpo cuando siente dolor físico ya que si no puede hacer caso omiso del mismo; en estos casos el cuerpo sería un objeto desinvestido. Estos pacientes realizan un control sobrehumano sobre lo emocional, pues se niegan a acceder al dolor psíquico de la angustia y de la depresión. La autora observó tam-

bien, la aparición de las crisis de asma según “leyes geográficas”, al acercarse o al alejarse de... Son pacientes en quienes el tema de la distancia tiene sus bemoles, ya que suelen realizar enormes esfuerzos para abandonar el hogar paterno. Presentan agorafobias, fobias conectadas a la angustia sexual y otras fobias como a la comida o a la suciedad, que están conectadas a algo más arcaico.

Estos padres necesitan simultáneamente al hijo demasiado cerca desde lo corporal y demasiado lejos afectivamente. Sus mensajes suelen ser bruscamente cambiantes, imprevisibles: te quiero, no te quiero. Observamos que estos hijos no tienen distorsión de la realidad sino que su yo está empobrecido. El paciente psicosomático permanece ligado a los hechos de la realidad para no enloquecer. Si pudieran depender de otro sin temor y encontrar alguna forma de manejo mental para hacer frente al dolor psíquico, podrían sanarse.

En este trabajo, me centré en la investigación de un grupo de pacientes afectados por asma bronquial, quienes por lo referido previamente, constituyen una *problemática particular del narcisismo*. Así mismo hago la aclaración, que este tipo de pacientes suelen alternar y/o presentar simultáneamente otros síntomas psicosomáticos como son hipertensión arterial, eczemas, psoriasis, ulceras, jaquecas, rinitis...

Un hecho a tener en cuenta en la constitución del grupo es que se incluyeron pacientes en distintas etapas vitales. Esto resultó muy útil pues permitió ver desde los pacientes, el otro polo del lugar que ocupan en el vínculo, por ejemplo, de la madre - padre - hermano vivenciado desde un hijo y viceversa, pudiendo el grupo ser un lugar de una posible confrontación y nueva identificación.

*El compartir diferente* al objeto único de la unidad dual 1:1 (terapia bipersonal o consulta médica) y el cambio a 1:12 (terapia grupal) permitió desplegar otro tipo de vínculo en la transferencia con las coordinadoras. La relación personal con la médica neumonóloga, relación médico-paciente: 1-1 se transformó en una relación fraterna en el grupo de 1-12 lo cual significó un cambio, con renuncias y el aprendizaje del compartir ideas, sensaciones, tiempo y espacio de participación.

A su vez fue importante darme cuenta y aplicar diferentes reglas en los dos contextos A) lo que tengo que hacer e indicar como médica y B) lo que tengo que entender y explicar como coordinadora del grupo. Mi doble rol podría llevarme a confu-

siones. Mi rol de médica con el paciente asmático es indicarles lo que tienen que hacer: tomar ésta o aquella medicación, hacer tal ejercicio, realizar un estudio de la función ventilatoria. *Trabajo con ambos niveles y por separado con cada uno de ellos.*

1. *Nivel manifiesto:* el cuerpo, para el cual necesito medicación, tratar el broncoespasmo según las normas del Gina que define a un paciente asmático, su correcto tratamiento farmacológico y que es mejoría de su enfermedad.

2. *Nivel latente:* lo psíquico con las normas de su funcionamiento y sus criterios de mejoría. Trato de estabilizar y construir una complejización psíquica ¿cómo fortalezco el yo para que devenga cohesivo? trabajo con lo intersubjetivo (Kaes, 1993), con los límites del eje central (P. Marty, 1995) con el commuting (C. Neri, 1995) y construyo un ideal del yo permeable y sólido, útil y protector, con la envoltura sonora (Anzieu, 1986). Sin base biológica no hay asma y tampoco hay contenidos psicológicos encerrados en el cuerpo.

Mi concepción teórica es que estos pacientes con asma y/u otra manifestación orgánica (úlcera, hipertensión arterial, eczemas, jaquecas...) presentan un trastorno narcisista por déficit del narcisismo trófico (H. Bleichmar, 1997). Las personas con una alteración narcisista por exceso, por otra parte suelen ser, frecuentemente, sus partenaires. Incluyo las "psicosomatosis", dentro de lo que J. Bergeret (1996) distinguiera como trastornos o fallas del narcisismo en las organizaciones de los llamados borderlines<sup>2\*</sup> o estados límites (verdadera enfermedad del narcisismo secundario y estado intermedio entre neurosis y psicosis). Es frecuente en la clínica que nos encontramos con pacientes borderlines con psicosomatosis, sabiendo que no todo paciente con dolencias somáticas es un borderline.

Al comienzo formulamos algunas hipótesis sobre lo que les pudo haber pasado a estos pacientes. Quizás una sensación de desamparo equivalente a la muerte. El broncoespasmo no es la representación de esta vivencia sino una forma de expresar esa vivencia mediante lo que está facilitado biológicamente desde lo molecular y genético. Sigamos algunas posibles hipótesis: A) el bebé sin-

tió desamparo ante una situación traumática del afuera como puede ser una madre que no amparó o no empatizó suficientemente bien con su bebé (pictogramas iniciales) y éste respondió con el cuerpo, con broncoespasmo ante una descarga pulsional insoportable desde el adentro. Si frente al broncoespasmo la madre reacciona diferentemente con una actitud amparadora, vale preguntarnos si podrían producirse entonces *édos inscripciones de un mismo objeto escindidas?* B) una situación caótica desde el adentro, no se enlazó con el afuera a través o desde lo psíquico materno (función alfa) y sobrevino la sensación de desamparo C) Existió un "sobreamparo" (intrusión), que también tuvo efecto de carencia del amparo apropiado: "no me dejás respirar" y D) existieron ambos polos de la carencia, el "infra y el sobreamparo" bruscamente cambiantes.

Los hallazgos psicológicos en el trabajo grupal fueron:

#### 1. Huecos llenos de desamparo - grupo del H. Clínicas 2001

Hablan de padres que no invisten: dicen que tienen HUECOS DEL ALMA. Gabriela en comparación con su hermana melliza primera y luego con su hermana mayor muerta como consecuencia de una complicación de una cesárea. Escucha la voz paterna que le dice "que soy fea, no soy inteligente, soy mujer, negrita, patito feo, fallada, gordita, poquita cosa. Nunca me sentí linda. Soy sin dotes". Mara es discapacitada, tuvo una hemiplejía durante el parto, mirando una foto de unos ciclistas en una ruta, asocia que siempre tuvo el temor "que mi padre podría abandonarme en la ruta". Zulema tuvo tuberculosis y su familia la excluyó de la casa. A Sol, su padre le recrimina que "no es una profesional de éxito". Hablan de la mirada del otro que molesta, que mira con burla, con lástima, con asco, con crítica. Es la mirada del otro que no inviste al hijo. Los pacientes asumen que "el otro sufre al ver su fealdad, su obesidad y su discapacidad". El paciente tiene un espejo defectuoso, tienen adentro de ellos la mirada desinvestida de sus padres: es aparato que no se formó, son vacíos, huecos del alma, huecos hechos por los padres, huecos o cicatrices en la piel, quemaduras reales en la piel por "miradas que queman". Funcionan los pares: sumiso-dominador, someter-discriminado. Describen situaciones confusas y tramposas, por ejemplo la relación de

<sup>2\*</sup> borderline: "paciente en el que se observa una enorme necesidad de afecto, el estar disponibles incondicionalmente, el luchar incesantemente contra la depresión, que pueden presentar psicosomatosis y comportamientos fóbicos y exigentes, hacer las cosas bien para conservar el amor y la presencia del objeto. Su Superyo es arcaico, ambivalente y su relación de objeto es anaclítica" (Bergeret)

Zulema con su hija "que se fue a vivir sola y me llama cinco veces por día" (pseudoautonomía): la distancia real puede ser mayor y ayuda en parte, pero la cuestión es mantener al otro siempre presente. ¿Si no sería traición, olvido, indiferencia? Alejarse ¿es irse a vivir sola? Dejar de ser la nena de... no aparece en sus horizontes, el sacrificio del hijo es quedarse con los padres para "calmar a los dioses". Muestran además actitudes de maltrato. Silvina dice "mi hermana me dice asmática de mierda" y ella se dice a sí misma: "soy una basura andante". Sol dice que "la señora que me entrevistó por trabajo es una hija de puta por haberme hecho ir tres veces para nada" y ella a sí misma se dice: "soy una estúpida". Lo que puede haber sido vivido como maltrato del afuera, se trasladó en maltrato del adentro en una alianza con el agresor y repetición de enunciados paternos que aplastan y rebanan. Padres que no le permiten al hijo sentirse bueno. Si ellos se van, quedan solos en el adentro, sin ese objeto que aunque sea es algo, queda un hueco mayor lleno de desamparo. En realidad, en el contexto de estos pacientes, desampara tanto la presencia como la ausencia. La diferencia podría ser que, en presencia, queda la esperanza fantaseada de modificar al objeto. Se desmiente el maltrato y se salva y conserva al objeto: "soy estúpida, soy fea....".

*Grupo fotolenguaje 1/7/03 grupo I. A. Lanari*  
**CONSIGNA:** con la ayuda de 2 fotos digan lo que es para ustedes separarse-reencontrarse. Están 8 integrantes.

Coordinadora: elegí ésta con las gotas de lluvia sobre la superficie del agua que marca una línea invisible, que se ve y que no se puede tomar con la mano aunque sabemos que está allí, pero que hace falta para distinguir un adentro y un afuera del agua. Una separación también podría ser una separación temporal, como un antes y un después. Por ejemplo encontrarnos ahora en el grupo.

Silvina: elegí esta, la de la ventana para representar la separación de mi marido es un agujero en el alma y la pared es mi alma gris. Me vino justito, esta foto. Perdí a mi marido por una enfermedad. Detrás está el agua, la claridad y es como lo que me pasa, con el tiempo se me va aclarando. Todavía queda una parte negra pero la luz va tomando más lugar.

Magali: yo también había elegido la misma.

Silvina: sí, me calma la claridad, me tranquilice cuando todo terminó, pero entró la realidad y ahí,

me agarró el asma hace tres años; cuando aparentemente me relajé, me di cuenta que yo existía. Para el reencuentro elegí la de estos dos caballos uno blanco y otro oscuro

Magali (llora): me emocioné por lo de Silvia, no fue por lo de mi nieta (que falleció hace 4 meses), no pensé que ella, tan joven fuera viuda.

Analía: yo elegí la del bosque por la separación, pasar de lo oscuro a la luz, y esta como en la cartera, me tranquilice cuando pensé que el túnel está abierto del otro lado también. Tengo sentimientos encontrados, mi novio vive en Mar del Plata paso por un túnel cuando vuelvo de verlo es como entrar en la oscuridad cuando estoy volviendo se me cae todo como si se cayeran los árboles.

Silvina: te ahogas pero hay grises en la penumbra.

Analía: además esta, esta pareja si bien es de bronce hace pensar en el abrazo y el contacto y en no separarse.

Magali: aprovechalo.

Analía: me cuestan los matices

Co-coordinadora: elige una estación que puede ser el lugar de una separación para unos y de reencuentro para otros. El tiempo del medio permite preparar el reencuentro.

*2. Madres mortíferas:* Nilda dice "mi madre no se conforma: si la llevo afuera, porque la hago caminar, si no la saco a caminar, porque la dejo encerrada; es decir, ocupo un lugar de desvalorización. Otras veces le contesto y me siento culpable.

3. Hablan de las diferencias en el trato de los padres entre sus hijos. Les digo que los hijos no son iguales en la mirada de los padres. ¿Los hijos pueden ocasionar diferentes miradas en los padres? ¿Sería porque son hijos que no llenan las expectativas de los padres?

*4. Tema de la confianza:* "¿Cómo confiar en otro con dos caras, con doble moral?" Traen el ejemplo de un director de colegio, que es ecologista y caza ciervos por deporte: "alguien engaña". Funcionan dos discursos simultáneos y opuestos, que nos muestran un mecanismo paradojal.

*5. Roles familiares con apuntalamiento invertido.* Dicen que no hablan en sus casas sobre lo que les pasa para no angustiar a los otros. Ernesto cuida a su padre desocupado y alcohólico "que toma cerveza con mis amigos adolescentes" (no hay diferencia generacional).

*6. Espejo que no los refleja, la transparencia.* Describieron madres que no soportan cierta ope-

cidad de los hijos, hijos que no toleran emplear alguna máscara para cuidar su privacidad, padres que muestran la exigencia de una transparencia total de parte del hijo, como es que les cuenten todo lo que hacen y piensan, lo cual es acompañado de un juicio valorativo “de buen hijo” o “bien hecho”.

7. *Falta de constancia en sostener los proyectos* y sus propios planes, lo cuales sienten que “se deshilacharon” (Sol, Nilda, Margarita). No sostienen la lucha que implica esfuerzo y una espera, comienzan y abandonan sus planes ante el menor obstáculo.

8. *Péndulo entre el adentro-afuera*. Parecen moverse sobre un péndulo entre la familia, el adentro y el afuera, lo social. Poseen un buen pensamiento operativo que les permite funcionar bien desde lo automático, por eso suelen pedir formulas y receitas sobre lo que hay que hacer en el afuera.

Sol dice “la familia no es un paraíso, yo no encontré personas más fuertes que la familia. Es como si la vida estuviera dividida en dos: una vida privada que es la familia y la vida pública en la sociedad. Si uno se refugia en ella y no trabaja luego como un péndulo, vuelve a buscar la felicidad que no encuentra afuera en la familia, pero es algo ilusorio, no es bueno”.

9. *Están llenos de sentidos secundarios*. Es el sentido que ellos le dan. Gabriela se muda a la casa de su hija y dice que tiene asma “por la humedad” de la casa.

10. *Falta el sentido fundante*. El MENSAJE no decodificado (jeroglífico mental) es *el sentido fundante* o único sentido por el que lograrián comprender lo que les sucede. Conocer la naturaleza de ese filtro por donde entran sus estímulos puede aliviarlos para hacerlos pasar por otros tamices.

La ANGUSTIA insopitable, la descarga pulmonal –crisis asmática– parece decir: *el otro no está conmigo o yo no estoy en el otro*, “se me perdió”, “me perdí” y el desamparo es insopitable. Aparece rápidamente el VACÍO que se obtura a veces con un objeto fetiche (Moscona, 1995). Sin embargo, decirles que *el otro no está con ellos*, es una explicación simbólica que no les sirve. No explica las crisis, las interrumpe a veces. En el cuerpo no hay contenidos psíquicos, darles mi explicación es como si reiterara el sentido de la madre, ya que no es materia psíquica propia. Esa explicación queda en ellos como un cuerpo extraño y la carga psíquica aparece por otros caminos buscando su descar-

ga (síntomas pulmonares, digestivos, cardíacos...o en la piel) Lo que los calma es la voz, el tacto del médico en una revisación, pues *el otro está*. Primero compenso, interrumpo la crisis por medio de la presencia, establezco un nivel sincrético (el de la unidad dual<sup>3\*</sup>), para luego tratar de que piensen.

Fabiola trata de entender a Nora quien está con una crisis de asma y le dice: “te da miedo quedarte sola, si tu marido no estuviera ¿no?”. Están acompañados por el asma como si fuera una persona, un fetiche, un amuleto que les da ilusión de existencia. Cuando *el asma está con ellos*, existen para alguien a quien llamar la atención.

11. *Vacíos cubiertos por fetiche*. Este puede ser un aerosol (dispositivo para administrar la medicación empleada en el tratamiento del asma) que calma transitoriamente en un nivel, en el corporal, no en el psíquico, pues no restaura, no une los bordes desligados del hueco psíquico con una representación. En el nivel corporal calma de manera efímera, ¿Cuál podría ser el objeto transicional acompañante? Si es fetiche: es pregenital, es parche, amuleto, tapón (asma, aerosol, grupo). Necesitan que un tratamiento les facilite la posibilidad de encontrar y de crear, para no quedar expuestos al caos de las pulsiones, de un objeto intermediario entre el adentro y el afuera que sirva para construir el límite, la piel, que separe, los defienda, proteja y les permita intercambiar simultáneamente con el otro.

El tapón es el asma que atrapa y da el sentido a todo, pero no encuentra el *sentido fundante*. Tapón que cubre el agujero por donde se escurre y diluye el yo. La alternativa es la representación psíquica.

Acortar la distancia con el otro cuando no está ¿es posible? Parecen sólo conseguirlo por la presencia, “tal vez cartas o hablar por teléfono”, dicen otros integrantes. El otro existe sólo por la presencia concreta, tendrían que conseguir tener al otro por simbolización en calidad de objeto interno. Jugando, creando espacios transicionales para ayudar a pensar.

12. *Hay una falta de ritmos de presencia–ausencia previsibles*. Por ello con la terapia buscamos la superación de la unidad dual: el reconocimiento de la autonomía del otro y de la distancia

<sup>3\*</sup> Unidad dual: descripta por I. Hermann como el primer vínculo, es la unión de un objeto parcial, la boca del bebé con el pezón de la madre. Sirve de referencia y organizador de posteriores vínculos, equivalente al narcisismo primario de Freud, al núcleo aglutinado de Bleger, al pictograma de P. Aulagnier (Bernard, 2003)

que se genera en el medio sin desesperarse, estableciendo ritmos de presencia-ausencia previsibles.

En ese sentido, las sesiones semanales y luego las quincenales, con *un ritmo previsible, dan la experiencia de una presencia rítmica y van creando una confianza útil*.

*13. Reino del narcisismo primario:* todos juntos, lógica del todo o nada, solos para siempre, del blanco o negro y del siempre y nunca.

Gabriela cuenta que su nieta y el perro van “*todos juntos al baño*”, Marta que “*duermen todos juntos con su hijo en su cama matrimonial*”.

*14. Aparecen los mensajes paternos contradictorios:* “*hacé-salí-trabajá... para crecer y ser independiente*” y “*si yo te faltara... qué harías sin mí...no puedes irte, sin mí no eres nada, dependes de mí*”. Una explicación posible sería que “*resulta preferible el cautiverio al exilio*” como dice Zirlinger. *Surge la vivencia de traición al salir:* por ejemplo, de Nora piensa que traiciona al marido cuando se va de vacaciones sola porque él no quiere acompañarla. La separación es vivida como definitiva o muerte para sus padres y parece que es lo que los pacientes aprendieron como *único sentido* de ella. Sostengo que es útil construir un *modelo extrafamiliar* con el que puedan mantener sus proyectos, si bien la separación angustia tanto a los padres como al hijo, que capta la angustia del parente y se queda con él. El hijo no se separa y así nada cambia, como si fueran círculos que giran sin pausa.

*15. Pensamientos que matan.* Les preocupan sus propios pensamientos. Éstos son concretos, no fantasean. Para ellos, el pensar es igual al hacer.

#### *16. Obsesiones (no ver, sepsis)*

Mara “yo tengo un miedo “irracional”: no ver, me despierto de noche varias veces para ver si veo.

Sol se anima y dice “yo quiero hablar de mi obsesión. Es espantosa quiero sacarme ese pensamiento, me da asco. Tengo gérmenes y se me van al cuerpo. Me lavo las manos todo el tiempo porque veo gérmenes en todas partes”.

#### *17. Cuadros agorafóbicos y otras fobias.*

Relatan cuadros agorafóbicos “del atardecer” (Nora todas las tardes se queda en su cama, Zulema lleva la plancha y la comida a su habitación, Sol no sale de su casa) y cuadros claustrofóbicos (al subte, a los ascensores).

*18. En estas familias hay contratos perversos*<sup>7\*</sup>: “yo te cuido, vos me mantenés”.

*19. Apuntalamiento de la identidad por la enfermedad.* Son asmáticos, es su tarjeta de presentación ¿Sería efecto del servicio de neumonología? ¿Es parte de su identidad, por cómo fueron investidos por sus padres?

*La identidad* en la categoría de la persona por la enfermedad: SOY asmática es el documento de identidad pues falta la constitución de la identidad como personas con otras características.

Reflexiono a posteriori que este fenómeno no es el efecto del servicio de Neumonología solamente. Antes de comenzar el grupo, el padecer asma constituyó un rasgo identificatorio importante, el que les da “derecho a existir, las primeras identificaciones garantizan al sujeto sus puntos de certeza”

*21. El tema pendular de la autonomía y de la dependencia:* para no quedarse solos, prefieren quedarse aunque sea con un objeto maltratante (aunque este es destructor de la subjetividad), pues “les presta” su omnipotencia. Tienen pseudoautonomías, disfrazadas de autonomías. La justificación es: el otro es más fuerte y se manifiesta como omnipotente.

Cuando los pacientes son dependientes de “estos otros” forman con ellos una masa fuerte, ilusión del *reino del narcisismo primario* (M. Segoviano, 2001). Se ofrecen al deseo del otro, quien capta el deseo de ellos y se establece una mutua dependencia. Se necesitan ambos: uno para sentir el amparo, otro para que le confirmen su poder. Se establece una problemática de los lugares.

*22. Construye el tiempo en un continuo y faltan las diferencias entre tiempo anterior, actual y difirido.* Tienen la sensación de quedarse en el tiempo como congelados.

*23. Descargas sin espera* por ejemplo, en situaciones donde en el grupo ocurrieron desbordes pulsionales de algún miembro con violencia verbal, que terminaron por comprometer el cuerpo con broncospasmo<sup>8\*</sup>.

Me pregunto si *descargar para afuera* como es gritar, patalear, llorar y decir frases hechas, ¿se-

<sup>7\*</sup> Perverso: aquel que toma al otro como de su propiedad y prolongación. Para ellos, una persona es un objeto parcial, a la que se debe frustrar. Es el que “sabe”(omnipotencia); realiza toques críticos para impedir que el otro piense, buscan una relación de dominación y dependencia con el otro, quien tiene una excesiva tolerancia pues la separación les produce angustia “física”, duda de su percepción, acepta el maltrato como merecido y cree que su amor llegará a reparar al perverso (Hirigoyen).

<sup>8\*</sup> Señalo el aspecto transferencial, teniendo en cuenta que además soy médica neumonóloga.

ría mejor que dejar esta tensión adentro? porque adentro ¿se transformaría en veneno? Veneno encerrado en el cuerpo.

*24. Beneficios secundarios de la enfermedad* buscan constituirse en el centro de atención privilegiado como revancha de... de una madre, de un hermano, de los amigos o pares, de la terapeuta... estas situaciones requirieron de un enorme esfuerzo para contenerlos y que comprendan.

*25. Indiscriminación corporal y psíquica entre padres e hijos.* Marta al decirnos: "tengo una buena noticia: voy a ser mamá" nos evidencia su confusión, la indiscriminación entre los cuerpos de ella y de su hija que está embarazada. Su hija es para ella una prolongación.

Gabriela le contesta: "ahora vas a tener que cuidar nietos". Marta: "voy a ser la mamá y trabajaré". Le digo "va a ser la abuela". Gabriela justifica diciendo "lo que pasa es que al convivir viene la confusión".

Finalmente una tercera etapa en el tratamiento surge que el asma ya no es la totalidad de la identidad de ellos. Se evidencia en lo que dice Fabiola: "nos une el asma, pero también un montón de problemas diferentes".

## Resultados

### Hallazgos orgánicos

Los resultados fueron el FEVI inicial fue de 64% (Ds 0.09) y el final 84% (Ds 0.09). La presencia de asma nocturna inicial fue del 70% y final del 0%. Las internaciones de emergencias y concurrencias a guardias iniciales fueron del 60% y final del 10% (neumonía post cirugía ocular). El cuestionario de calidad de vida St. George presentó una variación del 37%.

### Conclusiones

La paradoja con este tipo de grupos es que, para que sea útil tiene que dejar de ser grupo de pacientes asmáticos y pasar a ser de personas con dificultades y sufrimientos

¿Qué parecen buscar los pacientes? Una relación de reciprocidad previsible en el dar y en el recibir cariño, en el nutrir y en el nutrirse.

Buscan conocimientos de sí mismos y de los otros, desde una base más sólida encuentran un equilibrio que les permita aperturas nuevas, rea-

lizadas en confianza, movimientos de salida que no sean significados como escapes ni traiciones. Crecer con una autonomía suficiente para construir el edificio de sus subjetividades.

*La operación terapéutica se realizó a dos niveles:* a nivel psíquico y a nivel orgánico. Empleamos un dispositivo grupal orientado psicoanalíticamente en su teoría, para observar e intentar reconocer si hallamos *alguna regularidad para introducir un elemento adecuado en el tratamiento capaz de producir un cambio*. Se investigó la relación entre los factores emocionales desencadenantes y las crisis asmáticas. En el trabajo grupal, los pacientes realizaron un paulatino descubrimiento a través de relaciones de *intercambio intersubjetivo regulatorio* que funcionó ofreciendo nuevos y otros sentidos, en vez del acostumbrado aprendizaje que tenían en relaciones de dominación. El grupo como situación de encuentro y el instrumento que hemos empleado; el fotolenguaje, son útiles para lograr que "el otro esté adentro mío aunque no esté afuera concretamente para quererme, ampararme y sostenerme", sin exigir una dependencia absoluta.

Estos padres o sus equivalentes manejan un código de tomar del otro, al apropiarse y no dar ni intercambiar. Este código es abuso de poder: de la comunicación y del pensar (Selvatici, 2002). Si en algún momento hay un leve intento de autonomía, acusan a los hijos de ser desagradecidos, de abandonarlos, si se quedan, dicen que son una carga para ellos. La situación se transforma en sin salida.

Pensamos que para *superar el modelo familiar* y establecer otro modelo y apuntalar el narcisismo secundario para no regresar al primario, sería necesario un mecanismo de espera de lo pulsional ¿cómo lo logramos? Con otros modelos, por ejemplo los que ofrecen los otros del grupo y los que pudieran conocer en este tipo de relación intersubjetiva de intercambio.

En este sentido, pienso que un grupo de personas que tienen algo en común como en este caso la enfermedad asma, sirve para poder tomar lo que el otro les dice como un aporte y no como un ataque.

No tienen metáforas ni matices entre estar y no estar presentes.

*¿El otro está o no está?* como el juego de niños ¿el lobo está? Si el lobo está, y es peligroso, habitualmente juegan a correr y escapar. Estos "niños" si

el lobo está, se quedan, no corren, los demás se preguntan ¿por qué no se van? No tienen *ritmos... ritmos adecuados de presencia y de ausencia*.

¿Por qué se quedaron? Porque piensan que es lo único que existe. A veces intentan separarse un poco y sienten una angustia insoportable y vuelven *bajo el amparo ilusorio de la unidad dual*.

Los enunciados son “afuera de casa te podes morir, quédate adentro con nosotros, nadie te va a cuidar como tus padres” como en el cuento de Caperucita y el lobo, éste disfrazado de protector.

La estructura representacional empobrecida hace que muchos sentidos se reduzcan a uno o dos y reaccionen con lo que tienen más facilitado: el cuerpo. Diversas situaciones (por ejemplo: “el cura que se dio vuelta y no me vió”, “el jefe que no me miró”, “el no haberle contestado a mi pregunta”, “el no recibir regalos o piropos”...) pueden movilizar un determinado estímulo de carga que es significado por un enunciado (sentido fundante) diferente para cada uno de ellos: “no te quiero, eres tonto, tienes una falla, me decepcionaste...”. El contrato narcisista se traba, los padres critican a sus hijos de no ser “suficientemente buenos” y no pueden acceder a un lugar libidinizado. Aparece una situación sin salida, de desesperanza, se esfuerzan cada vez más por ser “buenos”. La salida es encontrar objetos alternativos y empáticos que produzcan una libidinización eficaz que permita una construcción de la subjetividad adecuada. De la metabolización y elaboración surgen nuevos sentidos.

Surgió durante el tratamiento un menor número de respuestas somáticas y el empleo en su lugar del pensamiento.

El grupo funcionó como objeto intermediario ya que les permitió la capacidad de soportar el desamparo, el vacío de significación, el sufrimiento sin palabras y la posibilidad de pensar que estas sensaciones no son permanentes. La técnica de fotolenguaje enlazó la vivencia primaria por un estímulo visual y pudieron ponerle palabras a ella.

La aceptación de la ajenidad del otro crea subjetividad, es motor para el desarrollo del aparato psíquico.

Pudieron tolerar la separación y la distancia y agregar otros sentidos a éstas, con ritmos predecibles; consiguieron discriminarse y ser autónomos en vínculos de intercambio mutuo y recíproco en el dar y recibir; construir los propios límites; encontrar el sentido fundante y que confíen en que

existe otra opción. Para ellos esta otra opción sería cuando el otro me piensa (que para los pacientes es igual a existo) y quiere mi bien: “yo lo quiero, si no, lo aparto”.

Salir del amparo ilusorio de la unidad dual, de la indiscriminación, del siempre y del nunca más, del estoy solo si el otro no está, de la descarga pulsional, construyendo el tiempo de espera, el tiempo diferido con la representación que contenga, una construcción subjetivante adecuada, un Yo permeable para complejizar, con modelos extra-familiares y relaciones de intercambio regulatorio.

Agregar lo novedoso y lograr ver al otro en su ajenidad, contribuyen a construir espacios intersubjetivos de interdireccionalidad entre pulsión y vínculo. Esto significa para ellos, ni separarse ni juntarse demasiado. Encontrar detrás de la piedra amorfa y rígida lo que ellos sienten como desamparo, muerte, desamor, puede tener ya, otro sentido. La salida puede modelarse por el hecho de haber transitado el sendero que va desde el abismo psicosomático hasta la elaboración de sentido vital: deseos, proyectos, amor, en el seno mismo del refugio grupal (ivalga la sinonimia!). Podemos finalmente decir que la historia natural de la enfermedad depende de múltiples variables: del correcto abordaje médico con la terapéutica adecuada, de la relación médico paciente y de la comprensión mutua de los abismos y vacíos que padece una persona. Para concluir decimos que una intervención conjunta médica-psicoterapéutica en grupos homogéneos de pacientes asmáticos influyó favorablemente en la evolución clínica con una menor morbimortalidad.

### Agradecimientos

Por sus enriquecedores comentarios plenos además de alicento, a Lic. Ana Aberastury, a la Lic. Marina Selvatici, al Dr. Juan Tesone y a las Lic. Mirta Segoviano, Franca Trevisan, Paola Bonelli y Anne Saint Genis.

Especialmente al Dr. Marcos Bernard fue para mí un maestro que me transmitió su saber desde la calidez, firmeza y respeto como sólo los hombres sabios pueden hacerlo.

Por último no lo hubiera logrado sin “los ingredientes” que son el placer por el conocimiento, el afecto a mis pacientes, la comprensión de mis hijos Diego y Valeria y del Dr. Gutman.

### Bibliografía

1. Anzieu D 1975. *El grupo y el inconsciente*. Biblioteca Nueva Madrid. Segunda edición 1986.
2. Anzieu D 1986. *El Yo piel*. Biblioteca Nueva Madrid. Segunda edición 1987.
3. Aulagnier P, Castoriadis P 1975, *La violencia en la inter-*

- pretación. Del pictograma al enunciado.* Amorrortu editores. Buenos Aires. Tercera reimpresión julio 1993.
4. Bergeret J. "La personnalité normale et pathologique" Editorial Gedisa Barcelona España 1996.
  5. Bernard M. 1991 *Introducción a la lectura de la obra de Rene Kaes.* Publicación de la Asociación Argentina de Psicología y Terapia de Grupo. Segunda Edición. Julio 1997. Ediciones Publicar. Argentina.
  6. Bernard M. 1995 *Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica.* Lugar editorial. Buenos Aires, Argentina 1995.
  7. Bleger J. 1967 *Simbiosis y ambigüedad.* Paidós Buenos Aires. 1967
  8. Bleichmar H. 1997. *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas.* Editorial Paidós Ibérica. Barcelona 1999.
  9. Bozzolo R., L' Hoste M. 1993: "Grupo homogéneo: alienación encubierta y autonomía posible" Jornadas anuales AAPPG, 1993.
  10. Edelman L., Kordon D. 1995 *Desarrollos en grupalidad, una perspectiva psicoanalítica.* Lugar Editorial. Argentina. 1995.
  11. Finkelstein C.n. El cumplimiento clínico: su prevalencia en pacientes asmáticos y score de medición. Rev. Argentina de Medicina Respiratoria 2004-n1:30-37.
  12. Freud S. 1929 *El malestar en la cultura.* Obras completas. López-Ballesteros y de Torres. Editorial biblioteca nueva España 1948.
  13. Green A 1993. *El trabajo de lo negativo.* Amorrortu editores Buenos Aires. 1995
  14. Hirigoyen M. F. "El acoso moral" *El maltrato psicológico en la vida cotidiana* Paidós Barcelona España 1999.
  15. Hornstein L. 2003 *Intersubjetividad y Clínica.* Editorial Paidós Buenos Aires.
  16. Hornstein L. 2000 *Narcisismo, autoestima, identidad, alteridad.* Editorial Paidós Buenos Aires.
  17. Hurni M, Stoll G. "L, amour de la haine" *La perversion du lien,* Harmattan, Paris et Montreuil, 1996.
  18. Inda N, Sedler P, Tesone R, Zadunasky A 1993. "Los grupos homogéneos y sus destinos" Depto de grupos de la AAPPG".
  19. Inda N, Selvatici M, Zadunasky A. 1993 "Los grupos homogéneos como recontrato narcisístico." Depto de grupos de la AAPPG".
  20. Le Guin U. 1982 *Los desposeídos.* Minotauro España Tercera reimpresión 1992.
  21. Kaes R. 1999 *Las teorías psicoanalíticas del grupo.* Amorrortu editores Buenos Aires, Argentina, julio 2000.
  22. Kaes R 1993. *La invención psicoanalítica del grupo.* Publicación de la Asociación argentina de psicología y psicoterapia de grupo. Buenos Aires Argentina 1994.
  23. Marty P. 1990 *La psicosomática del adulto* Amorrortu editores Buenos Aires agosto 1995.
  24. Marty P. 1961- 1995 *El orden muerte desorganizaciones y regresiones. Los movimientos individuales de vida y de muertes.* Editorial Promolibro Valencia 1995.
  25. Matus S, De Bianchi, G., Gaspari, R.c., De Gomel, S.k., Gutman, J., Rojas, M. C. 1996 *Familia e Inconsciente.* Editorial Paidós, Psicología Profunda, Buenos Aires.
  26. Matus S, Moscona S. *Acerca de la desmentida y la vincularidad.* Jornadas AAPPG pag.75-78. 1995.
  27. NeriC. 1995. *Manual de psicoanálisis de grupo.* Nueva Visión. Argentina 1997.
  28. Segoviano M 2001. "El primer narcisismo y el grupo. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo XXIV,Tomo 2 Argentina, 2001.
  29. Selvatici M., ChebarN., Sztein C., Arroyo N., Feldman L., Fontenla M., Rodriguez M. C., Weizer G. "Los disfraces de la violencia" Trabajo presentado en la AAPPG Depto. de pareja y en Apdeba 2002.
  30. Tesone J. E. 2002. "Conmemorar, rememorar, olvidar". Revista de Psicoanálisis(APA) Tomo LIX, n 2 Abril-Junio 2002.
  31. Vacheret,C. 2000. *Photo, groupe et soin psychique.* Presses Universitaires de Lyon. France
  32. Vacheret, C, Baptiste A, Belisle, C, Pechenart, JM 1991 *Photolangage, une méthode pour communiquer en groupe par la photo.* Les Éditions D Organisation. France.
  33. Winnicot, D. 1971 *Realidad y juego.* Gedisa Barcelona 1991.