

PSICOANALISIS Y CANCER:

Lo que el cuerpo dice, lo que el sujeto calla

Autora: Lic. Silvia Chab*

“Para nosotros se trata entonces de mostrar por qué razón la respuesta psicósomática merecería llegar a ser una pregunta sobre el deseo”

J.A.Miller (“Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático”)

INTRODUCCIÓN

Las vías por las que llega a la consulta psicológica un paciente con cáncer son diversas. En algunos casos, tal vez los menos, es el propio paciente el que decide iniciar una psicoterapia –o reiniciarla, en un momento tan crítico de su vida-; otras veces es algún integrante del equipo de salud quien deriva al paciente a la consulta psicológica, pero ese camino puede fracasar por obstáculos que provienen tanto del propio paciente o de su entorno, como de las peculiaridades de cada institución, o, incluso de características inherentes al destinatario del paciente, es decir, el Servicio de Psicopatología y sus integrantes.

Más allá de los obstáculos y/o resistencias que encontramos en el camino que conduce a un paciente oncológico hacia el psicoterapeuta, y aún cuando no se haya probado científicamente la asociación entre la asistencia psicológica y una mayor sobrevivencia, algunas investigaciones muestran que sí se asocia a una mejor calidad de vida, careciendo de los efectos adversos que a veces poseen los tratamientos médicos. Y en algunos casos también coexiste con estados de remisión que la ciencia tampoco puede explicar. Al respecto, dice Patrick Valas en “Psicósomática y Cáncer”: “Los médicos saben bien, aunque algunos analistas necios pretendan ignorarlo, cómo una enfermedad de esta naturaleza, la más maligna, perfectamente catalogada, conocida tanto en su causalidad como en su evolución, tendrá una modificación paradójica de su pronóstico en función de lo que se ha dado en llamar ‘el terreno del enfermo’, que no es otra cosa que su posición subjetiva, en otras palabras, su deseo”.

En conclusión, intentar allanar esos obstáculos y llegar al sujeto que le concierne resulta un justificado desafío para el psicoanalista decidido a ocuparse de pacientes con cáncer.

DERIVACIÓN Y DEMANDA

La casuística institucional abunda en situaciones en las que se puede comprobar el fracaso de las derivaciones de pacientes oncológicos a psicoterapia. Presentaré a continuación un caso clínico cuyas aristas y dramático desenlace dejan abiertos muchos interrogantes.

Un paciente a quien llamaré Alfredo, de 56 años fue diagnosticado con cáncer de recto y atendido entre los años 1994 y 1996. En el año 1994 se realiza una cirugía que deja como secuela una colostomía permanente, se realiza Qt adyuvante y Radioterapia. Luego de practicado el tratamiento, presenta dolor en la región perineal como único síntoma que se mantiene en el tiempo.

Realiza controles periódicos estando libre de enfermedad durante todo el período.

El paciente manifiesta realizar una vida normal, salvo por el dolor que aumenta con el transcurso del tiempo y le impide hacer cosas. Con tal motivo se implementa un tratamiento analgésico, y se realiza una interconsulta con otros especialistas que manifiestan que el dolor es producto de los tratamientos combinados. Como actividad deportiva practica la caza, es empleado de una empresa de servicios. Concorre siempre acompañado por su esposa, a quien llamaré Elsa. No plantea conflictos por la enfermedad, su único problema es el dolor. Se solicita IC con Psiquiatría (la clínica en donde es atendido que es de una obra social no posee servicio de Psicopatología, el servicio es contratado en otro ámbito) el paciente no concurre a la entrevista con el psiquiatra, pero sí lo hace Elsa, su esposa. A los 6 meses de tratamiento concurre solo informando que a su esposa le están investigando un nódulo mamario. Aproximadamente un mes después concurre la esposa con una biopsia mamaria positiva para Carcinoma ductal, por lo cual se instaura un tratamiento de Radioterapia para continuar luego con Hormonoterapia. Durante el tratamiento radioterapéutico de Elsa concurre el esposo con el hijo, manifestando el primero un incremento del dolor e incomodidad con las bolsas de colostomía; se realizaron estudios, y los mismos demostraron que no había progresión de la enfermedad. Alfredo es derivado nuevamente al especialista en tratamiento del dolor quien informa que el paciente padece “dolor de origen psíquico”, y le propone realizar una entrevista psicológica. Simultáneamente instaura un tratamiento analgésico. El paciente continúa negándose sistemáticamente a concurrir a psicopatología en todas y cada una de las oportunidades en que se le sugiere hacer la consulta. Cuando Elsa termina la Radioterapia, deja de concurrir a la consulta durante 2 meses, tras lo cual regresa e informa que la última semana de la aplicación de su Radioterapia, mientras ella se encontraba en sesión de RT, su esposo se disparó con una escopeta de caza. La señora retoma el tratamiento, se la deriva a Psicopatología, la paciente acepta y continúa en tratamiento, con una buena respuesta. El paciente dejó una nota de agradecimiento para todos y planteaba que no podía vivir con el dolor por que lo degradaba como ser humano.

EL PSICOANÁLISIS Y EL ENFERMO ORGÁNICO

De las enseñanzas de Lacan extraemos que el efecto de la estructura significante sobre el cuerpo es el de un vaciamiento de goce, permaneciendo a partir de allí localizado exclusivamente en las zonas erógenas. Sin embargo, en los así llamados “fenómenos psicósomáticos”, el goce se encarnaría en cualquier otra parte del cuerpo, que, en consecuencia quedarían por fuera de la estructura del lenguaje, o al decir de Miller, “en el límite” de la misma, y no se dialectizan.

En la Conferencia de Ginebra sobre el Síntoma, Lacan se pregunta “¿cuál es la suerte de goce que se encuentra en el psicósomático?”, y lo refiere al tipo de metáfora subjetiva que en él se constituye como algo “congelado”, a algo del “orden de lo escrito”, a un jeroglífico. Y agrega: “el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número”. En el Seminario XI, Lacan vincula los fenómenos psicósomáticos con la falta de intervalo entre el S1 y el S2, y con la solidificación del primer par de significantes, lo que produce la holofrase. Allí encontraríamos esa especie de congelación radical del Significante en el cuerpo del Sujeto, un cortocircuito responsable de las lesiones de una parte del mismo.

En otras palabras, el goce queda fijado a una parte del cuerpo, y podríamos agregar que el deseo queda congelado, imposibilitado de deslizarse a través de la cadena significativa vinculado al objeto como falta.

CONCLUSIONES

Volviendo al caso presentado, podríamos considerar que la ausencia de una demanda dirigida a quien se supone debería ser el continente de la angustia que excede a lo que acontece en el cuerpo (lo que el especialista el dolor llamó “dolor de origen psíquico”), es un rasgo habitual en este tipo de pacientes. Quien se vuelve depositario de todo ese caudal de angustia proveniente del paciente y de su entorno, es, en primer lugar, el médico tratante, quien a su vez, por no estar preparado para manejar ese tipo de situaciones, se ve desbordado. En algunos casos, al no encontrar derivaciones apropiadas a estas situaciones, los profesionales pueden llegar a sufrir, como consecuencia, un Síndrome de Burn Out, tan nocivo para los pacientes como para los propios médicos.

¿Qué sucedería si pensáramos que, en estos pacientes, las resistencias a aceptar ser derivados a la consulta psicológica pueden paradójicamente ser un indicador de que en ese lugar, precisamente, se encarna algo del deseo, y que en consecuencia se abriría algún tipo de acceso al Sujeto del inconciente?

En relación a las Resistencias, dice Freud en las Conferencias de Introducción al Psicoanálisis: “no es nada raro ver individuos que, sufriendo de un terrible dolor de muelas no se deciden a acudir al dentista”, y agrega que dichas resistencias “contienen siempre datos importantísimos de la vida pretérita del enfermo, y nos lo revelan además en una forma tan convincente, que constituyen uno de los mejores elementos auxiliares del análisis, siempre que por medio de una acertada técnica se las sepa orientar favorablemente”.

En otros términos: ¿será indispensable esperar hasta que el paciente se decida a dar el paso hacia el profesional “psi”, o habrá otras formas de producir el encuentro, por ejemplo, y siguiendo con la metáfora de las leyes del mercado, produciendo “oferta” para provocar “demanda”?

Para concluir: la investigación acerca de las peculiaridades subjetivas de estos pacientes que nos permite el marco teórico psicoanalítico; el desarrollo de una práctica clínica tendiente a realizar un trabajo en equipo y multidisciplinario; y la determinación de sortear dificultades que parecen insalvables (y que a veces lo son), son los tres elementos que favorecerán la creación de un marco terapéutico en el cual el paciente que padece de la enfermedad culturalmente más asociada con la muerte como es el cáncer, pueda habérselas con el goce que lo mortifica, convirtiendo a ese goce - como lo expresa la cita de J.A.Miller- en una “pregunta sobre el deseo” .

Bibliografía:

Freud, S: “Proyecto de una psicología para neurólogos”- O.C.
“ “Más allá del Principio del Placer”
“Pulsiones y sus destinos”
“Introducción al Psicoanálisis”

Guir, Jean: “Psicosomática y Cáncer”- Ed.Catálogos-Paradiso

Lacan, J: “La Dirección de la Cura”
“Subversión del Sujeto y dialéctica del deseo”
“La instancia de la letra en el Inconciente” (en Escritos I y II)
“ Seminarios II, X y XI
“ Conferencia en Ginebra sobre el Síntoma”
LeShan, Lawrence: “Luchar con el Cáncer” Ed. Errepar

Miller, J.A.: “El canto del cisne”- en Estudios de Psicossomática- Vol.3- Ed. Atuel-Cap
“ “Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático”

Valas, Patrick: en “Psicossomática y Cáncer” (ob.cit)

Chab,Silvia; Faur Ikonicoff Rosa; Giordano Ester:
“Y después del tratamiento, ¿qué?” Más allá de lo oncológico. (Trabajo
presentado en el FORO del Area Psicossocial del GATLA –Academia de Medicina)
Noviembre de 2005-

Chab, Silvia: “Lo que el cuerpo dice, lo que el sujeto calla” (Presentado en el I
Congreso Argentino de Salud Mental)

* * * * *

- Licenciada en Psicología (UBA)- Psicoanalista
- Ex –docente de U.B.A. y Universidad del Salvador
- Psicooncóloga
- Integrante del Area Psicossocial del GATLA
- Participante del Comité de Tumores del Sanatorio Güemes
- Integrante del Capítulo de Cuidados Paliativos de la A.A.de S.M.

silchab@yahoo.com.ar