

PSICOONCOLOGÍA

LIC. ALEJANDRA FERNANDEZ

LIC. SILVIA OLIJAVETZKY

LA PSICOSOMATICA- EL CANCER- LA PSICO ONCOLOGIA

...”Para los médicos de Tracia no debe emprenderse la cura del cuerpo sin el alma..., si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos helenos, procede de que desconocen el todo, del que por el contrario debe tenerse el mayor cuidado, porque yendo mal el todo, es imposible que la parte vaya bien.”
PLATON, CARMIDES

Ya desde Hipócrates, el individuo “sano” lo era porque había logrado un estado de armonía dentro de sí mismo. Creía que cualquier cosa que ocurriera en la mente afectaría a lo que sucediera en el cuerpo.

En 1939 Franz Alexander relacionó el efecto del estrés funcional que se origina en la lucha diaria, en la producción de muchas perturbaciones crónicas. Sus ideas dieron comienzo a la Medicina Psicosomática. En la década del ‘50 se consideraban siete enfermedades psicosomáticas: úlcera péptica, colitis ulcerosa, hipertensión, artritis reumatoidea, hipotiroidismo, neurodermitis y asma. En los ‘60 se agrega a estas enfermedades, la repercusión de los estados mentales en otras enfermedades como el cáncer.

El cáncer puede originarse en cualquier tipo de célula del tejido corporal, por lo tanto no se trata de una sola enfermedad, hay más de cien enfermedades agrupadas en la categoría de cáncer, hecho que no permite pensar tampoco en una única cura. El denominador común es la reproducción incontrolada de una célula anormal, debido a un proceso que no se comprende aún en su totalidad. Una célula normal del cuerpo adquiere un desarrollo anómalo, ya sea debido a una falla genética o a una mutación espontánea desencadenada por una fuerza exterior. Al comienzo el crecimiento de estas células es sumamente lento y son vulnerables a los ataques del sistema inmunológico, si sobreviven a este enfrentamiento, las células cancerosas llegan a constituir un tumor. El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia –por el torrente sanguíneo o por vía linfática-, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis. La localización y vía de propagación de las metástasis varía en función de los cánceres primarios.

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre otros se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y traumas. Los investigadores estudian como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.

Se ha comprobado que durante el estrés se descargan ciertas sustancias que inhiben al sistema inmunológico y lo hacen más vulnerable.

Psicooncología

Durante la década del '70 hubo un intenso trabajo científico para tratar de comprender el complicado mecanismo de la metástasis. Recientes investigaciones demuestran que el fenómeno de la formación de los émbolos celulares, la adquisición de la capacidad de desprenderse del tumor, atravesar diferentes membranas, emigrar por la corriente sanguínea o linfática y su poder de colonizar está relacionado o inducido por la presencia de un grupo de neurotransmisores, en particular **norepinefrina**, **adrenalina** y **dopamina** y muy probablemente la infiltración leucocitaria.

Esto coloca el tema de la diseminación o recidiva tumoral como proceso biológico relacionado o dependiente de situaciones de estrés u otras circunstancias psíquicas, y por consiguiente tratables también por psicoterapia adecuada, donde no habría daño orgánico ni reacciones y lesiones secundarias.

Como vemos, son los neurotransmisores presentes en circunstancias psico-sociales como el estrés y procesos psíquicos, como la ansiedad, angustia y otros los que se muestran responsables de la progresión y diseminación tumoral.

La idea de la influencia de la mente en el proceso de la enfermedad está presente en casi todas las investigaciones.

Entre las causas más comunes de estrés y los rasgos psicológicos asociados con el cáncer se encuentran las siguientes:

- Experimentar la pérdida de una relación importante o una persona significativa o una posición en la vida.
- Ser una persona rígida, conformista, con una actitud exagerada con respecto a la autocrítica.
- Tener una relación perturbada o emocionalmente estéril con alguno de los padres
- carecer de salidas emocionales satisfactorias, tener la costumbre de encerrar o suprimir la ira y otras emociones fuertes.
- Tener poca capacidad para encarar los cambios productores de estrés en la vida, tener la sensación de desamparo y desesperanza frente al estrés.
- Estar deprimido, no necesariamente de forma grave como para requerir ayuda profesional, pero lo suficiente para registrar más depresión que el promedio en una prueba psicológica.

La armonía entre las variables Salud, Trabajo, Comunicación y Recreación, muchas veces afectada por distintos acontecimientos de la vida, exige del individuo, para su mantenimiento, y de acuerdo a la singularidad de sus procesos subjetivos, diferentes niveles de adaptación. Esto provoca estados de agotamiento que producen disminución de las defensas y/o alteraciones del sistema psiconeuroinmunoendocrinológico (PINE) considerado como guardián de la salud

ALGUNAS NOCIONES FISIOPATOLOGICAS SOBRE LA ENFERMEDAD

CANCER es la denominación habitual de todos los tumores malignos, deriva del latín cangrejo, porque un cáncer “se adhiere a cualquier parte a la que se agarra de una manera obstinada, como un cangrejo”. Todo tumor maligno tiene un patrón de invasión y adhesión firme a los tejidos y se los asoció a las patas de los cangrejos que pueden agarrar firmemente a sus presas, con el mismo patrón agresivo que el del animal.

Es un crecimiento tisular (perteneciente o relativo a los tejidos) producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

NEOFORMACION, significa, literalmente, el proceso de crecimiento nuevo, y un crecimiento nuevo se denomina neoplasia.

TUMOR, se aplicó originalmente a la hinchazón producida por la inflamación.

ONCOLOGIA, del griego onkos: masa, tumor. Logía: estudio. Es la rama de la medicina que estudia los tumores tanto malignos como benignos, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

NEOPLASIA es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales, y persiste de la misma manera en exceso tras cesar el estímulo que suscitó el cambio. La persistencia de tumores es el resultado de alteraciones genéticas hereditarias que se transmiten a la progenie de las células tumorales. Estos cambios genéticos permiten una proliferación excesiva y no regulada que se hace autónoma (independiente del estímulo fisiológico de crecimiento).

METASTASIS es el proceso en el cual las células tumorales se diseminan e implantan en localizaciones distantes al tejido u órgano a partir de los cuales se originaron. La metástasis caracteriza de forma inequívoca como maligno a un tumor. Puede realizarse por vía linfática o del torrente sanguíneo.

TUMORES BENIGNOS: en general se designan añadiendo el sufijo OMA a la célula original. Por ejemplo, un tumor benigno que surge de células fibroblásticas se denomina fibroma. Adenoma es el término aplicado a una neoplasia epitelial benigna.

APOPTOSIS: La apoptosis, o muerte celular programada, es un proceso celular genéticamente controlado por el que las células inducen su propia muerte en respuesta a determinados estímulos. De ahí que frecuentemente se describa el proceso apoptótico como "suicidio celular". La muerte celular programada es un proceso irreversible. Conceptualmente la apoptosis puede ser considerada opuesta a la muerte celular por necrosis, en la que las células son sujetos pasivos irremediabilmente abocados a morir. En este sentido, lo distintivo de la apoptosis radica en el control que ejercen las células sobre su propio destino, cuando "deciden" seguir el camino apoptótico.

La historia natural de la mayoría de los TUMORES MALIGNOS puede dividirse en cuatro fases:

- 1) Cambio maligno en la célula diaria, denominado transformación
- 2) Crecimiento de las células transformadas
- 3) Invasión local
- 4) Metástasis a distancia

En la gran mayoría de los casos, un tumor benigno puede distinguirse del maligno con bastante seguridad basándose en su morfología.

La diseminación de los cánceres puede ocurrir a través de tres vías:

- 1) Siembra directa en las cavidades o superficies corporales
- 2) Diseminación linfática
- 3) Diseminación hematógena

INCIDENCIA DEL CANCER EN EL HOMBRE

Próstata	33%
Pulmón	14%
Colon y recto	11%

INCIDENCIA DEL CANCER EN LA MUJER

Mama	32%
Pulmón	12%
Colon y recto	11%
Útero	06%

ESTRATEGIAS DE PREVENCION DEL CANCER

- ✓ Aumentar el consumo diario de verduras y frutas frescas. Comer a menudo cereales con alto contenido de fibras.
- ✓ Mantener un comportamiento sexual sano y una adecuada higiene.
- ✓ Hacer actividad física periódicamente.
- ✓ Evitar el exceso de peso.
- ✓ Evitar el uso del tabaco.
- ✓ Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- ✓ Protegerse durante la exposición al sol.
- ✓ Hablar con el médico acerca de pruebas de detección del cáncer que pueden salvar tu vida.
- ✓ Entender cuál es el riesgo personal de contraer cáncer y lo que se puede hacer al respecto. Informarte es tu responsabilidad.
- ✓ Hacer el examen ginecológico y PAP una vez al año.
- ✓ Consultar al médico si se nota algún bulto, alguna herida que no cicatriza (incluso en la boca), un lunar que cambia de forma, tamaño o color o cualquier pérdida anormal de sangre.

FREUD – EL TRAUMA-, LACAN Y JEAN GUIR

Para Freud, un trauma se relaciona con un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto para responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. La acción del trauma, se descompone en varios elementos y supone siempre la existencia de, por lo menos dos acontecimientos: en una primera escena, el niño sufre una tentativa sexual por parte de un adulto, sin que ésta despierte en él excitación sexual; una segunda escena, ocurrida después de la pubertad, evoca por un rasgo asociativo, la primera. Si bien Freud denomina traumática la primera escena, este carácter sólo le es conferido con posterioridad.

Asimismo, Jean Guir, quien toma en cuenta las enseñanzas de Lacan, en su libro “Psicosomática y Cáncer”, da cuenta de la dinámica de los fenómenos psicosomáticos. Esta dinámica, así como la teoría del trauma, se da en tres tiempos: en el primero ocurre una separación brutal con un ser querido en la infancia. Este primer traumatismo, no parece haber sido dialectizado, si bien deja una marca como inducción significativa, sin que el sujeto lo perciba. En un segundo tiempo, esta separación o un conjunto de significantes particulares, le hacen recordar al sujeto tal separación. Para Jean Guir, el tercer tiempo corresponde al surgimiento de la lesión, que se manifiesta a menos de un año del segundo tiempo. Para el autor, se trata de traumatismos que no han sido nunca asumidos. (6)

METAPSIKOLOGIA DEL CANCER. COMPULSION A LA REPETICION. LO TRANSGENERACIONAL. EL SABER NO SABIDO. LOS SECRETOS FAMILIARES

En el tratamiento del cáncer, aún en ocasiones de estrategias quirúrgicas satisfactorias, completadas con radiaciones y quimioterapia, es difícil hablar de curación, ya que en el 60/70% de los casos aparecen complicaciones, recidivas y metástasis. Desde una mirada psicoterapéutica, podemos pensar en algo del orden de la “compulsión a la repetición”. Como dice Lacan: “en el inconsciente sólo hay posibilidad de repetir. Es un encuentro fallido con lo real”. Freud plantea en “Más Allá del Principio del Placer”, que lo que es displacer consciente puede ser placer inconsciente, por tanto el automatismo de repetición se impone a los dos principios, realidad y placer; es por ello que la cura puede presentarse al paciente como una pérdida inconsciente de objeto, el tratamiento se presenta como una amenaza, entonces reaparece la enfermedad. Hay algo que se resiste a cambiar y persiste, lo indestructible del deseo inconsciente. (11)

Pero repetir, no se repite sólo la propia experiencia, sino que debemos tener en cuenta que se puede repetir la evolución, sufrimiento y muerte de aquellos que son afectivamente significativos. La “herencia arcaica” (Tótem y Tabú- Freud), es una lealtad invisible que empuja a repetir, aunque no se quiera, lo agradable, lo traumático, hobbies, profesiones, o enfermedades, que nos ponen en el camino del linaje familiar. Los secretos familiares se invisten de libido y nos determinan. “Lo que se calla en una generación, la siguiente lo vuelve al cuerpo”, según afirma Doltó, lo que se cree enterrar con un secreto, sólo se logra que trascienda, pero de la peor manera, lo que era un simple hecho, será un problema.

La raíz de la repetición está sin conocimiento de la consciencia. Cuando hay un “muerto en el ropero”, es muy probable que aparezca una identificación y aparezca un “enfermo designado”, con lo que se intenta resolver el problema familiar.

Lo que actúa es lo que “no dicho”, el silencio, el secreto.

Este planteo de la pulsión de repetición, para el caso de la enfermedad cáncer que nos ocupa, tiene su aspecto más importante y trascendente en que lo podemos tratar y por ello llevarnos a audaces propuestas, como ser que podamos, con técnicas psicoterápicas llegar al descubrimiento de lo reprimido y así hacer cesar “la pulsión de repetición”, dado que la compulsión de repetición es en verdad, un fracaso de la represión.

Alizade, en su libro Clínica con la muerte, explica que tanto del lado del paciente como del medio circundante, el saber es un tema que se pone en juego de entrada. (1)

Las categorías del saber deben ser articuladas: ¿Qué importa saber? ¿De qué saber se trata? ¿Qué sentido tiene? ¿Trátase de un saber lineal o de un saber por flashes?

Cuando el cuerpo es perturbado en su funcionamiento de salud, la persona que lo habita empieza a saber de manera no intelectual de la amenaza a su vida. Amenaza que podrá ser vivida o no con distintos grados de patología (en forma paranoide, esquizoide, melancólica, etc.) y que siempre acerca al sujeto representaciones y afectos vinculados con la idea de su morir certero. Lo que nos interesa, desde la investigación psicoanalítica, es cómo se procesa ese material bruto de saberse alcanzado en el cuerpo, cómo incide en la calidad de la vida, y en la calidad de la muerte, cómo interactúa en los distintos espacios de intercambio de la vida cotidiana. Mentira, verdad y certeza son conceptos que van a participar de este apartado. También es necesario tener presente la noción de movimiento psíquico, de instantaneidades psíquicas, de psicodinamismos cambiantes a veces en el lapso de una misma entrevista. Nada queda quieto en el psiquismo. Los estímulos son fuertes y las ansiedades suelen no ser fáciles de manejar.

El saber de la mentira o saber engañoso puede adquirir carácter de certeza. Este saber, construido en la encrucijada de ansiedades y defensas, coexiste con el saber de la verdad,

profundo, preconsciente o inconsciente, saber que se podrá ocultar un tiempo pero que insiste y no se equivoca.

Cuando un paciente tiene amenazada la vida por una enfermedad, inicia diálogos importantes con el afuera circundante y con su mundo interno a fin de lograr un quantum de saber adecuado y un quantum de ignorancia necesaria.

Existe un saber obvio, algo en el cuerpo no anda bien. El mensaje del cuerpo se vehiculiza a través de alguna señal externa o interna de anomalía, de disfunción, de malestar. La persona que la recibe manejará esta señal de acuerdo con su código de posibilidades haciendo de entrada funcionar sus mecanismos de defensa frente a la displacentera realidad.

La autora distingue distintos tipos de saber: un saber narrativo o discursivo, consciente, manifiesto, un saber latente, escondido entre las palabras, preconsciente, y un saber inconsciente, estrechamente ligado con la información propioceptiva, visceral que el soma envía al psiquismo y que le cuenta, como en un parte médico, de la evolución de la enfermedad y de su gravedad. Este informe oculto es patrimonio del paciente.

La cautela pronóstica por parte del médico debe basarse en un montante de ignorancia positiva en lo que respecta a cómo ese sujeto en su singularidad habrá de cursar su enfermedad. Por ello es muy importante manejar con reserva los intercambios de información médico-paciente o equipo tratante-paciente tanto en lo que respecta al diagnóstico como a la evolución pronostica de una enfermedad. La escuela americana, años atrás tan proclive a procurar información directa y taxativa, se replantea en la actualidad los criterios y modos de informar al paciente, basados en los estudios sobre la interrelación de depresión psíquica y disminución de las defensas inmunológicas. No existen reglas fijas: la singularidad del caso y la pericia del médico en captar las necesidades y los recursos yoicos del paciente aparecen como elementos preponderantes. EL MEDICO DEBE SER PARTICULARMENTE CUIDADOSO CUANDO SE TRATA DE DAR RESPUESTAS DIRECTAS A CIERTAS PREGUNTAS, ESPECIALMENTE DIAGNOSTICO, PRONOSTICO, RESULTADO DE BIOPSIAS. LA PREGUNTA PUEDE TENER CONNOTACIONES PARA EL PACIENTE QUE EL MEDICO IGNORA TOTALMENTE. UNA PREGUNTA TAL COMO ¿TENGO CANCER? PUEDE A VECES ENCUBRIR LA NECESIDAD DE ESCUCHAR UNA RESPUESTA NEGATIVA.

El saber provoca la emergencia de afectos: pánico, serenidad, callada furia, etc. El saber puede ser solitario (saber únicamente para sí) o compartido parcial o totalmente con algunas personas significativas o no. El saber compartido suele expresarse por instantes, para seguidamente volver a hacer uso de la represión, de la escisión, de la negación, etc. A veces este compartir recae precisamente sobre una persona aparentemente anodina, una mucama del hospital, un amigo no demasiado cercano, por ejemplo. "Ellos creen que no lo sé", le dice un paciente a un amigo que lo visita refiriéndose al diagnóstico y a la gravedad de su estado.

El paciente necesita un analista o trabajador de la salud que sea un interlocutor válido que lo acompañe tanto en el esclarecimiento y comprensión de sus ansiedades e ideas frente a la enfermedad, como en el fortalecimiento de la esperanza en su recuperación, aunque fuera parcial.

Estas son palabras de algunos pacientes respecto de esta temática:

"No sé nada, no me dicen nada, pienso que tengo algo malo, que no me voy a componer"
(Ana, 47 años)

"Me parece que tengo algo jodido, supongo que debe ser cáncer, por las drogas que me dan, pero no sé" (Arnaldo, 53 años)

"No pienso nada, no sé" (Ernesto, 45 años).

A veces, el diagnóstico es reservado y el paciente no cumple con el pronóstico y la enfermedad remite.

La palabra cáncer opera como un significante que conmueve el psiquismo. La enfermedad repercute en el psiquismo y abre canales representacionales y afectivos con el

Psicooncología

consiguiente florecimiento de fantasías diversas. Las angustias de muerte emergen del yo. El impacto significativo desestabiliza y solicita una reorganización de la dinámica psíquica. Es un impacto, básicamente de amenaza que despierta tanto ansiedades paranoides como depresivas. El soma está dañado. La disociación somatopsíquica otorga cualidad de extrañeza al acontecimiento corporal. El silencio corporal del estado de salud se interrumpe. Un baño de rareza, de extrañeza, de siniestra amenidad envuelve parcial o totalmente a la persona ahora atacada por el mal del cáncer. El enemigo ha entrado en la propia carne e instala una odisea de ansiedades y expectativas a largo plazo. La apropiación del cáncer como experiencia para sí, como mensaje corporal da cuenta de una operatoria psíquica reorganizadora y enriquecedora para el sujeto que recibió la enfermedad y con frecuencia también para los seres significativos de su entorno.

En el discurso médico y en el discurso de muchos pacientes, la enfermedad cáncer instala una semántica guerrera: lucha, pelea, batalla, no rendirse, constituyen algunos términos habituales. La edad del paciente, su situación vital, su sistema de apoyo y su estructura psíquica darán cuenta de la manera en que dialogará con su padecer y encontrará respuestas y resoluciones significativas.

El paciente asume activamente el rol de luchador en una pelea un tanto misteriosa que requiere de él una voluntad positiva, un accionar en procura de la victoria sobre el enemigo invasor. Esta imagería bélica sirve para que el paciente no se sienta a merced de los vaivenes evolutivos de su enfermedad y se experimente como partícipe activo de su recuperación. Se establece un programa de tratamiento que a la agresión recibida responde con una agresión mayor.

El impacto diagnóstico oficia de primera andanada y el contraataque terapéutico subsiguiente no menos agresivo, instalan un florido frente de guerra. Se entabla una lucha a muerte donde el enemigo es una parte de uno mismo, parcelas malignizadas del propio cuerpo que el sujeto desea ver destruidas para conservar el resto y durar vivo.

La quimioterapia, la radioterapia y la cirugía atentan contra la imagen corporal, la estética y el narcisismo de vida. La persona asiste a transformaciones en su imagen corporal externa e interna, a sensaciones propioceptivas, neurovegetativas, vivencias somáticas y experiencias corporales a la vez nuevas y displacenteras.

La despersonalización es uno de los síntomas frecuentes. La belleza cede paso a metamorfosis varias: calvicie, delgadez, sequedad de la piel, inflamaciones de las mucosas. El espejo se vuelve antipático, hasta siniestro. En el espejo del semejante el paciente podrá encontrar una mirada compasiva, sorprendida cuando no asustada ante el espectáculo de su degradación corporal en medio del fragor de la lucha contra el cáncer.

Con frecuencia, el paciente, influido por teorías psicológicas, o sometido al rigor de su superyo, se pregunta si no ha sido él el causante de su enfermedad y se culpa lastimosamente.

En este tipo de desvalimiento, los pacientes están desbordados por cantidades de estímulos endógenos y exógenos que no pueden ser procesados psíquicamente.

La psicooncología procura, dentro de límites razonables, mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno y prolonga en el tiempo la duración de esa vida. Busca disminuir las reacciones secundarias y desfavorables de los tratamientos convencionales y algo no menos importante, sabe de la situación emocional del grupo asistencial que suele estar comprometido.

José Schavelzon, propone que el psicoterapeuta debidamente preparado debe pertenecer al Servicio, concurrir en el horario del personal médico, participar de las visitas de sala. (10)

Propone el manejo de la transferencia, llenar las lagunas del recuerdo, vencer las resistencias de la represión, teniendo en cuenta que los recuerdos anteriores no entran jamás sin modificación a la consciencia, mediante la transferencia se debe crear la novela familiar.

Es en relación a la transferencia, que transcribimos el siguiente recorte tomado del libro *El niño del espejo*, referido a una experiencia relatada por François Dolto (7):

“En la cura, el cuerpo del analista está expuesto a la palabra del otro de modo permanente, y es sensibilísimo a su presencia. El cuerpo del analista constituye uno de los lugares de consolidación de la transferencia. La imagen inconsciente del cuerpo del analista está dotada de igual capacidad receptiva que la del lactante ante una lengua extranjera... Les contaré una historia apasionante que le sucedió a una psicoanalista que ya murió. Ilustra de modo ejemplar COMO UN NIÑO PEQUEÑO COMPRENDE Y REGISTRA LAS PALABRAS SONORAS DE UNA LENGUA DESCONOCIDA, COMO ESTAS MISMAS PALABRAS REAPARECEN MAS TARDE EN EL CUERPO DE ESTE NIÑO QUE SE HA HECHO ADULTO y finalmente, cómo el analista de este adulto puede recibir estas palabras dejando que se inscriban en él, en su propia imagen del cuerpo del analista. Muriel Cahen me pidió que hiciera pública la experiencia que les voy a relatar, experiencia que transitamos juntas, ella como paciente y yo como su psicoanalista. Sabiéndose gravemente enferma del mal de Hodgkin y estando sometida a un duro tratamiento químico cortisónico, vino a consultarme luego de que su ANTERIOR ANALISTA PREFIRIERA NO VOLVERLA A TOMAR EN ANALISIS. A pesar de tener conciencia de la gravedad de su enfermedad, desconocía el diagnóstico irremediamente fatal que la condenaba. Durante esta etapa sumamente dolorosa, había proseguido con su actividad de psicoanalista con una fuerza y un valor admirables. Un día, en una sesión, cuenta un sueño en el que se destacaban unas PALABRAS PRONUNCIADAS DE MODO BIZARRO. Más bien que de palabras, se trataba de una SERIE DE SONIDOS INCOMPENSIBLES. Recuerdo muy bien la exclamación que había seguido al relato del sueño: Ignoraba que se pudiera sentir la felicidad que sentí en este sueño escuchando esas PALABRAS DESPROVISTAS DE SENTIDO y de tan curiosa sonoridad. Tengo la costumbre de escribir todo lo que oí y lo que se dice en el curso de una sesión de análisis. Por lo tanto, ese día consigné las palabras de Muriel Cahen y en especial esas palabras de extraña sonoridad. Antes de que finalizara la sesión, me acordé que Muriel- nacida en Londres- había vivido en la India los primeros nueve meses de su vida. Su padre, funcionario inglés comisionado en ese país, había contratado a una joven hindú para que se ocupara del bebé. De a poco, se había ido estableciendo un lazo afectivo tan importante entre la nodriza y la niña, que el padre había pensado en llevar con ellos a la joven hindú al volver a Inglaterra. Este proyecto no resultó viable y la pequeña Muriel debió SEPARARSE DE MODO DEFINITIVO DE SU PRIMERA NIÑERA. EN APARIENCIA, ESTA PRIMERA SEPARACION NO HABIA MARCADO A LA NIÑA. El recuerdo de estos primeros meses de la vida de Muriel Cahen vino a asociarse a las palabras del sueño que estaba escribiendo en el papel. Una vez finalizada la sesión, en el momento de saludarnos, le dije dándole un papel sobre el cual había transcrito esos FONEMAS EXTRAÑOS: Aquí está la frase tal como yo la oí y la anoté. No dejaría de ser curioso si los sonidos oídos en el sueño fuesen PALABRAS DERIVADAS DE LA LENGUA DEL PAIS EN QUE VIVIO SUS PRIMEROS MESES. Esta idea le gustó mucho, al punto que fue a ver a un residente hindú de la ciudad universitaria, quien finalmente la contactó con un compatriota que hablaba el dialecto de la región donde el padre de Muriel había sido asignado en misión. Al leer las palabras inscritas en el papel, el estudiante se echó a reír y explicó a Muriel que, precisamente, esas palabras correspondían a una expresión popular empleada por las nanas para acunar a los bebés: Los ojos de mi pequeña son más lindos que las estrellas. Algunos días más tarde, la enfermedad de Muriel se agravó con la aparición de una paraplejía indolora. Sus piernas dejaron de sostenerla, estaban inmaduras como las de un bebé al que se lleva en brazos. El niño camina con las piernas de la madre, así es como hay que concebir la lógica de la imagen del cuerpo, como siendo una imagen injertada en la imagen del cuerpo de otro. Y acaso las palabras de sonoridad bizarra no representaban en el sueño de Muriel precisamente el enlace que unía la imagen del cuerpo del bebé a la imagen soporte de la joven hindú, ¿verdadera madre portadora de la niña antes de que ésta supiese caminar? Pues entonces, la increíble felicidad experimentada en el sueño no era otra cosa sino EL RETORNO A LA

TERNURA FUSIONAL ENTRE UNA MADRE PORTADORA QUE HABLA Y UN BEBE INMADURO QUE SABE ESCUCHAR”.

Este recorte, permite obtener, por un lado, los tres momentos señalados por Guir, del surgimiento del fenómeno psicosomático. También nos provee de una experiencia acontecida en situación de TRANSFERENCIA, mediante la cual, la analista provee de un recurso a la paciente, que se bien muere, lo hace de una forma no dolorosa.

El paso inicial es “ser el terapeuta de este paciente” y que el paciente sienta que “éste es mi terapeuta, y para él yo soy importante”.

No debe limitarse a considerar a “su paciente” con la afección “atribuida” por la cancerología tradicional y en su “estadio”. Se fija objetivos posibles que alejan la frustración.

La psicooncología por su propia epistemología intenta reconocer una etiopatogenia y propone un tratamiento aunque el proceso ya ocurrió. Investiga el alma del sujeto y la identificación de esa reacción afectiva o emocional o una desestructuración yoica a una circunstancia de su biografía.

El punto siguiente es destacar que un paciente con cáncer, por su enfermedad no es un neurótico y muchos menos un psicótico. Es un ser humano en una circunstancia difícil. Enviarlo a “Psiquiatría” o aún a “Salud Mental” puede ser un despropósito asistencial que le hace sentir muy mal.

El autor, sugiere considerar el original diagnóstico de “el paciente que tiene razón”. Es difícil tratar a quien tiene razón en deprimirse, tener mucho miedo, enojarse, rebelarse, etc., etc., ¿qué nos pasaría a nosotros en tal situación? (11)

El cáncer es considerado por la medicina como una enfermedad, es un fenómeno para el terapeuta un hecho revelador de una enfermedad. Es un indicio de algo. El tratamiento, no debería depender de la reacción emocional y antropológica que esa palabra provoca. Investigamos en el alma del sujeto el conjunto de circunstancias que pudieron actuar como etiopatogenia de una conducta...

El psicoterapeuta intenta evaluar la respuesta o la repercusión en el sujeto, teniendo cuidado con los aspectos narcisistas de ambos.

La calificación o clasificación de una circunstancia como traumática por el terapeuta puede ser en ocasiones un defecto contratransferencial. Lo que el paciente siente y opina es de valor decisivo para el psicoterapeuta.

No es recomendable evaluar el acontecimiento, sino la respuesta o reacción al mismo. Asimismo, la depresión, la angustia, son reacciones emocionales que tienen expresión orgánica, como bloqueo inmunológico celular y humoral, la fatiga produce pobre respuesta leucocitaria, con déficit de leucocitos K, agravadas por las drogas antidepresivas.

El miedo, la ira y la bronca, son emociones fuertemente inhibitorias y funcionales y provocan el bloqueo de neurotransmisores periféricos: agravan leucopenias y las hacen más resistentes.

La desinformación, no participación en las decisiones, desconocimiento de los objetivos reales del tratamiento y el sometimiento por parte del paciente llevan a empeorar los pronósticos. Las circunstancias psicosociales y su forma de reacción, con el entorno, su universo emocional (soledad, rechazos, viudez, depresión), son factores importantes en el pronóstico.

En resumen, se propone una psicooncología que se ocupe de la vida.

GUÍA DE LECTURA:

- 1) Qué significa comprender el cáncer como un todo?
- 2) Definición de cáncer
- 3) Relación del estrés con el sistema inmunológico. Causas más frecuentes de estrés.
- 4) A qué se llama metástasis?
- 5) Relacionar depresión a priori o esencial con cáncer.
- 6) Fases del tumor maligno. Cómo se diseminan?
- 7) Asociación de la teoría traumática de Freud con los aportes de Jean Guir en su libro "Psicosomática y Cáncer".
- 8) Relacionar lo transgeneracional con la compulsión a la repetición.
- 9) Aportes de M. Alizade en su libro "Clínica con la muerte", acerca del "saber" acerca de la enfermedad en el paciente.
- 10) Cómo impacta en el psiquismo el término cáncer?
- 11)Cuál es el interés de la psico-oncología? Aportes de José Schavelzon.
- 12) Relacionar el caso de Françoise Dolto con los tres tiempos del trauma y los aportes de Jean Guir. Relacionar con Transferencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1- ALIZADE ALCIRA MARIAM, Clínica con la muerte, Amorrortu editores
- 2- CAMPOS SALVA CARLOS, Diccionario de términos médicos, Edit. Visor
- 3- DOLTO FRANCOISE Y NASIO DAVID, El niño del espejo, Edit. Gedisa
- 4- DOLTO, F. La imagen inconsciente del cuerpo. Paidós; 1986.
- 5- FREUD, S. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu
- 6- GUIR, JEAN, Psicosomática y Cáncer. Catálogos – Paradiso. 1984
- 7- LACAN, JACQUES Seminario 11. El concepto de repetición.
- 8- LAPLANCHE, Diccionario de psicoanálisis, Editorial Labor
- 9- ROBBINS Y COTRAN, Patología estructural y funcional, Editorial Elsevier
- 10- SCHAVELZON, BLEGER Y M LANGER, Psicología y cáncer, Ed. Hormé Paidós
- 11- SCHAVELZON, JOSÉ, A propósito de recidivas y metástasis tumorales. Rev. AMA n° 2 – 2006