

ESPECIFICIDADES DE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON PACIENTES ADULTOS QUE PADECEN CÁNCER

SPECIFICITIES OF PSYCHOANALYTIC CLINIC WITH ADULT PATIENTS SUFFERING FROM CANCER

Abadie, Paula¹; Labaronnie, M. Celeste²

RESUMEN

Este artículo surge de la pregunta por la existencia de intervenciones específicas en psicoanálisis lacaniano para los casos de pacientes adultos que padecen cáncer. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos especializadas y la información recabada se articuló con lo recogido en entrevistas semidirigidas a dos psicoanalistas que trabajan en atención de pacientes con cáncer en la ciudad de La Plata. En términos generales, se plantea que el psicoanálisis en estos casos apunta a desarticular los sentidos que causan sufrimiento y preservar el deseo del paciente, favorecer la elaboración del dolor y el sufrimiento, diferenciando el dolor físico del subjetivo. También aborda los duelos adicionales relacionados con el trabajo y la familia. Se plantea también la importancia de facilitar la transición de la angustia al duelo. El analista mantiene su posición de abstinencia, pero sin dejar de brindar apoyo y, a veces, afecto.

Palabras clave:

Clínica Psicoanalítica, Pacientes adultos, Cáncer, Intervenciones específicas.

ABSTRACT

This article addresses the question of the existence of specific interventions in psychoanalysis for adult patients suffering from cancer. A literature search was conducted in specialized databases, and the gathered information was combined with data from semi-structured interviews with two psychoanalysts working with cancer patients in the city of La Plata. In general terms, it is proposed that psychoanalysis in these cases aims to deconstruct the meanings that cause suffering and preserve the patient's desire, facilitating the elaboration of pain and suffering while distinguishing between physical and subjective pain. It also addresses additional mourning processes related to work and family. The importance of facilitating the transition from anxiety to mourning is emphasized. The analyst maintains an abstinent position while providing support and, sometimes, affection.

Keywords:

Psychoanalytic Clinic, Adult patients, Cancer, Specific interventions.

¹Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología. Argentina. Email: abadiepaula17@hotmail.com

²Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología, Cátedra de Psicoterapia 1. Argentina

Introducción

El cáncer presenta como característica la multiplicación rápida de células anormales que pueden invadir diversas partes del cuerpo (Organización Mundial de la Salud, 2022). El Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (s.f.) explica que cuando el proceso de crecimiento y división de células se descontrola, forma una masa de tejido llamado *tumor*, entre los cuales los denominados *malignos* poseen células que pueden diseminarse a otras partes del cuerpo. Se trata de una enfermedad que posee una incidencia considerable en la población mundial y se ha constituido en un campo de interés e investigación tanto de los tratamientos médicos como de las respuestas psicoterapéuticas para abordarlo. Un tratamiento psicológico puede inscribirse en distintas perspectivas que se ocupan de esta problemática. En este artículo se focaliza sobre la perspectiva psicoanalítica lacaniana y el modo en que trata este tipo de presentaciones.

Es importante señalar que en psicoanálisis las intervenciones surgen del caso por caso y no se utilizan protocolos de actuación, por lo tanto, preguntarse por una especificidad de las intervenciones en los casos de pacientes con cáncer supone moverse en una tensión entre lo general y lo singular, ya que la pregunta de la que se parte es si existen intervenciones específicas, propias de esta problemática cuando es llevada al dispositivo analítico. Esa pregunta no pretende desconocer que la lógica de la clínica y la eficacia del dispositivo dependen de la singularidad del caso y de la aplicación de la regla fundamental como método base en psicoanálisis, que a su vez se complementa con el acto analítico como quehacer específico y no calculado del analista.

El artículo realiza un recorrido que en principio toma en cuenta la intersección entre medicina y psicoanálisis. Luego se analiza lo que sucede frente a un diagnóstico de cáncer en un sujeto adulto y la existencia de diversos duelos que se desencadenan a partir del diagnóstico. También se revisa la relación entre angustia y acto para el psicoanálisis, en tanto un tratamiento en el marco de una enfermedad grave puede conducir a la toma de decisiones consecuentes con el deseo del paciente. Por último, se aborda la cuestión de la posición del analista en este tipo de casos, su abstinencia y sus intervenciones.

La metodología utilizada combina una revisión de bibliografía especializada en el tema, con la realización de entrevistas semi-dirigidas a dos profesionales que se desempeñan como analistas en la ciudad de La Plata y cuya práctica está orientada especialmente a la atención de pacientes oncológicos. Una de ellas, Julia Fila, se desempeña en el Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet y la otra, Romina Scordino, trabaja hace quince años en atención privada de adultos que padecen cáncer. Con autorización de ambas, se citan fragmentos de las entrevistas a lo largo del artículo como modo de establecer un diálogo entre la revisión teórica efectuada y los aportes de las entrevistadas.

Entre medicina y psicoanálisis

El cáncer es considerado un grupo de enfermedades complejas que requiere de la participación de diferentes profesionales, entre ellos médicos y psicólogos.

Por lo tanto, nos encontramos frente a un cruce de discursos y prácticas diversas. Demarco et al. (2019) señalan que hay distintos modos de aproximación a los conceptos de *cuerpo* y *muerte* cuando se trata de la medicina y del psicoanálisis. La medicina aborda el cuerpo a partir de los campos de estudio de la fisiología y la anatomía, considerando la localización de la enfermedad y al cuerpo como soporte material de la misma. Desde el psicoanálisis, se contemplarán los sentidos que cada sujeto construye en torno al cuerpo y a la enfermedad, en tanto lo atraviesan diversos saberes y creencias con respecto al cáncer, al cuerpo y a la muerte.

Al considerarla como una problemática que implica padecimientos a la vez físicos y psíquicos, Gómez et al. (2015) destacan la importancia de analizar tanto los aspectos generales de aquellas enfermedades con manifestaciones biológicas como los aspectos que involucran necesariamente a la subjetividad. Al relacionar la enfermedad y el padecimiento subjetivo, articulan, desde una perspectiva psicoanalítica, el organismo, como lugar de la enfermedad, con el cuerpo como efecto del lenguaje, teniendo en cuenta que existen construcciones simbólicas que se realizan sobre el mismo desde los significantes de la cultura.

Al respecto cabe mencionar que años después de fundar su concepto de *sujeto del inconsciente*, Lacan (1973-74) va a utilizar el término *parlêtre*. Este *parlêtre* o ser humano que se encuentra atravesado por la palabra nos remite a la noción de cuerpo que, para el psicoanálisis, estará constituido por un anudamiento de los registros real, simbólico e imaginario.

Un diagnóstico de cáncer

Un primer aspecto que podríamos considerar sobre cómo se suele enfrentar un diagnóstico de cáncer podría ser la forma en que se lo nombra. Scordino (2019) plantea que nombrarlo como “algo malo” enfrenta al sujeto a significaciones colectivas que equiparan al cáncer con la muerte, incrementando el sufrimiento. Y agrega que el cáncer, como cuerpo extraño que crece en el interior del cuerpo, requerirá ser transformado en algo propio por medio de un trabajo de elaboración.

Podríamos decir que estas significaciones y sentidos que acompañan a la forma en que se nombra esta enfermedad pueden acrecentar el padecimiento subjetivo que se suma a la enfermedad orgánica. Al respecto, otra de las psicólogas entrevistadas al referirse al impacto de la palabra menciona que “muchos lo dicen con otras palabras porque la palabra ‘cáncer’ tiene un impacto fuerte, está muy asociado a la muerte aunque en realidad ya no es así. Dicen ‘esto que tengo’, a muchos les cuesta decirlo” (Fila, 2022). Otro elemento que se agrega a esta situación compleja es la incertidumbre o falta de certeza con respecto a la causa y al pronóstico que suele rodear a esta problemática:

La incertidumbre, y no solamente por las causas sino también por lo que viene, el hecho de ir por partes porque, dependiendo de tal tratamiento, y ver si funciona y cuál es la otra opción, estar con esa incertidumbre constantemente es bastante abrumador para las personas (Fila, 2022).

No es lo mismo que en otras enfermedades donde lo que no funciona, lo que no anda está bien definido en cuanto a la causa, por ejemplo, si hay un problema en el corazón, es probable que se sepa la causa de por qué sucede, en cambio, si te diagnostican un cáncer, no se sabe la causa (Scordino, 2022).

Es por todo esto que el diagnóstico de cáncer suele constituir un evento que sucede de manera imprevista y ocasiona una ruptura en el devenir de la vida, trastocando sentidos y desencadenando angustia (Scordino, 2019). Esta analista menciona que “lo que se observa en la clínica, es que frente al diagnóstico se produce como un shock” (Scordino, 2022). De manera similar, Fila señala: “la mayoría de los pacientes lo mencionan como un shock; cuando les dicen es como que se quedan en blanco”. Y agrega: “les dicen que tienen cáncer y no pueden escuchar, así lo relatan, dejan de escuchar lo que la persona les está diciendo” (Fila, 2022). Para pensar los acontecimientos de lo real podemos apoyarnos en Lacan (1974/2009), quien menciona la angustia como un sentimiento que surge ante una situación donde podemos vernos reducidos a un cuerpo. En relación al cuerpo, en una de las entrevistas se realiza un señalamiento importante con respecto a cómo intervenir:

Cuando el sujeto está tomado por esto orgánico que está muy activo, en el sentido que está en la parte aguda de la enfermedad y de los tratamientos, no se puede hablar muchas veces de otra cosa que no sea eso y a veces hasta no se puede hablar. El analista tiene que intervenir más directivamente o más del lado del acompañamiento o de la contención incluso (...). No todos los sujetos tienen la misma posición respecto de lo real. Lo real le llamo a lo que no anda bien y no se puede controlar, no se puede decir. Como si hubiera un límite ahí. Cuando aparecen este tipo de afectaciones orgánicas, lo real puede presentarse siniestramente (Scordino, 2022).

Lo real del cuerpo es aquello que también Freud (1929-30/1985) ubicaba como una de las tres fuentes del malestar en la cultura, junto con los poderes de la naturaleza y la relación con otros seres humanos. Ese cuerpo que, destinado a la ruina y a la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia, es también el cuerpo que, para Lacan (1972-73/2008), encarna una de las figuras del Otro, de lo hétero. Se plantea entonces la cuestión de saber de qué modo interviene el analista para tratar de alguna manera esa relación del sujeto con el cuerpo sufriente. Una de las entrevistadas señala:

¿Dónde interviene el analista?, ¿Cuándo puede intervenir un analista? El analista interviene en relación al sujeto, porque más allá de que una persona sufre de una enfermedad orgánica hay un sujeto ahí, que habla o que no puede ha-

blar, justamente, porque cuando está frente al diagnóstico o frente a los tratamientos que tiene que hacer y las prácticas que hay que realizar (que muchas veces son invasivas), el sujeto puede quedar perdido ahí, el sujeto del inconsciente (...). Como analistas apuntamos a recuperar la palabra. Cuando lo orgánico está presente, porque está activa la enfermedad, en el momento del diagnóstico, en el momento de los tratamientos, no en todos los casos, pero, en general, se trabaja con lo que el paciente habla acerca de eso, con lo que le producen los tratamientos, con lo que le produjo el diagnóstico y demás (Scordino, 2022).

Se trata entonces de un trabajo con la palabra en sus variadas dimensiones. Como es sabido, Lacan (1956-57/1994) realiza una distinción relevante para el trabajo analítico entre el significante y el significado, planteando que un significante puede conducir a múltiples significados. Es decir, propone como regla que ningún significante, objeto, relación o acto sintomático es pasible de ser considerado unívocamente. Por lo tanto, el análisis puede contribuir a desarmar sentidos que impactan en el sujeto frente a dichos o comunicaciones de los diversos profesionales intervinientes, o incluso de sus propios familiares.

En este sentido, Fila plantea que “trabajar con el paciente para ver qué entiende de la enfermedad, qué sabe, qué escuchó y entender que cada enfermedad y cada paciente es distinto, [permite] rescatar todo lo otro que la persona es además de ser paciente” (Fila, 2022).

Además, cabe remarcar que el psicoanálisis implica un abordaje orientado a la singularidad, entonces ofrece un espacio de escucha, da lugar a la palabra para que surjan los significantes y sufrimientos que rodean este encuentro con lo real del cuerpo que, para cada sujeto, será diferente según su particular vivencia de la enfermedad (Vera Molina y Trujillo Eljuri, 2017). Esto implica que un análisis no sólo deberá desandar los sentidos coagulados, sino que también trabajará con el impacto del significante sobre el cuerpo, las marcas del lenguaje que incluyen toda resonancia, asonancia, ecos y matices del decir que afectan al ser hablante.

Resulta interesante mencionar el siguiente aporte de una de las entrevistadas: “Mi hipótesis es, en base a mi experiencia, que hay en estos tratamientos algo previo a las entrevistas preliminares a un análisis inclusivo” (Scordino, 2022). Dicho de otro modo:

Cuando el paciente consulta y de lo único que habla es de la enfermedad, no aparece ahí indicio de otra cosa, de poder ir más allá de eso, porque está tan tomado físicamente por la enfermedad, por los tratamientos y el dolor – muchas veces el dolor físico – que no puede ir más allá porque no se puede, es como que hay un límite real en el sentido de que en ese momento no se puede ir más allá, es lo que el sujeto puede en ese momento. No en todos los casos, claro. Tiempo de hablar de la situación médica y de lo traumático que implica para el sujeto (Scordino, 2022).

Esta hipótesis de que cuando se reciben pacientes que padecen cáncer hay un primer tiempo del tratamiento que

no se enmarca en lo que conocemos como entrevistas preliminares nos resulta muy interesante y consideramos que apunta a situar algo bien específico del abordaje de esta problemática en un dispositivo analítico.

Experiencia de duelo en pacientes adultos que padecen cáncer

Una interesante precisión que surge de las entrevistas es la que separa el dolor físico de aquél que compete a los duelos que deben tramitarse a nivel psíquico en los casos de cáncer:

El duelo remite al dolor. Sin embargo, una cosa es el dolor por lesión, una operación, por el daño que está produciendo el mismo tumor, por los tratamientos de rayos, de quimio, por lesiones, el dolor físico, de la carne sería y otra cosa es cuando se puede ir más allá de eso y hacer algo con ese dolor, ponerle palabras (...). Transformarlo en sufrimiento para que no se imponga el dolor como algo arrasador (Scordino, 2022).

De esta manera, se sitúa una diferencia entre el dolor físico y el dolor o sufrimiento subjetivo que puede acompañar a la enfermedad orgánica. Siguiendo a Lacan (1953), lo real del cuerpo es aquello que no se puede representar o expresar como lenguaje, pero que puede rodearse, bordearse mediante un trabajo psicoanalítico. En este sentido, ponerle palabras al dolor puede propiciar su elaboración, su simbolización y, a partir de allí, poder tramitarlo y aliviar la parte del sufrimiento que corresponde a la inhibición, al síntoma o a la angustia.

Resulta evidente que, en el momento en que la enfermedad se declara, puede aparecer en los sujetos angustia por su significación relacionada a la muerte, por la incertidumbre respecto del futuro, por las palabras enunciadas desde el discurso médico, por el cuerpo afectado y la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, por los cambios que suceden en la estructura familiar del paciente o en su lugar de trabajo a partir de los tratamientos médicos, etc. Vera Molina y Trujillo Eljuri (2017) sostienen que los sujetos que sufren esta enfermedad transitan por una experiencia de duelo que hará necesario un trabajo de simbolización en el análisis. Para ello, en principio deberá brindar un espacio de expresión del sufrimiento, las angustias y los temores a través de la palabra.

Un aporte de las entrevistadas refiere justamente a los diversos duelos que se presentan en quienes atraviesan esta enfermedad:

Duelo respecto al trabajo, respecto al lugar que se tiene en la familia que a veces queda muy trastocado por esta situación, a veces mencionan los pacientes que eran los que llevaban adelante la casa o hacían todo y ahora no pueden, o trabajaban y bancaban a la familia y ahora no pueden. Más allá de que cada sufrimiento es particular se puede pensar que hay generalidades que tienen que ver con eso, con esos lugares que ya no se ocupan de la misma manera (Fila, 2022).

La salud podría contarse entre las pérdidas más o menos difíciles de localizar que, desde la definición freudiana, pueden desencadenar un duelo; puede ser incluso una de aquellas pérdidas para las cuales el sujeto no puede determinar exactamente qué es lo que ha perdido (Freud, 1915-17/1985), ya que la salud, como cualquier otro significante, está ligada a los ideales y discursos que atraviesan a cada hablante de forma singular.

Por otra parte, a partir de Freud (1915-16/1985) es posible plantear que la transitoriedad no desvaloriza los disfrutes por su limitación temporal, sino que les agrega un valor. Por lo tanto, la experiencia de duelo que implica, por ejemplo, un diagnóstico terminal, puede conducir a una serie de elecciones tal vez demoradas. Del mismo modo, un diagnóstico que transmite la posibilidad de una curación a través de tratamientos médicos específicos, también invita a que en un análisis se puedan replantear las elecciones de vida hechas hasta el momento y fundamentalmente las elecciones futuras.

Angustia y acto: en búsqueda de una posición decidida

Rojas May (2006) puntúa una serie de etapas o fases de la enfermedad sobre las que se interviene desde la psicooncología, que son: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre de enfermedad, supervivencia, recidiva y final de la vida. Teniendo en cuenta estas diversas situaciones, es posible preguntarse: ¿cómo se interviene durante los tratamientos y controles, cuando hay una recaída y en situaciones crónicas?, ¿se abordan aspectos específicos?

Una respuesta inicial a estas preguntas fue la siguiente:

Se trabaja con lo que trae el sujeto, con las palabras del sujeto, el analista dirige la cura, en un principio escucha, apunta, interviene para que se abra el discurso, que hable de lo que quiera hablar, vuelvo a repetir, generalmente cuando el motivo de consulta es por una enfermedad oncológica empiezan hablando de eso, pero siempre se trabaja con las palabras del paciente, del sujeto (Scordino, 2022).

Además, hay también precisiones que pueden hacerse con respecto a las intervenciones que propician un espacio para el deseo, aun en el marco de la angustia y el duelo:

Muchas veces vienen pacientes diciendo 'vengo porque tengo esto y el médico me dijo que no había nada para hacer', entonces se toman esas palabras y hay que desarmarlas, intervenir para producir otro sentido que no sea tan aplastante, y que algo del deseo se juegue. Siempre hay algo para hacer mientras hay vida. Si el médico le dice 'no hay nada para hacer médicamente' no quiere decir que no se pueda hacer algo en relación al alma justamente, cuando digo alma me refiero a lo que Freud decía, 'tratamiento del alma', nosotros trabajamos con eso (Scordino, 2022).

La relación existente en psicoanálisis entre angustia, sujeto y acto nos permite considerar la posibilidad de devolver al sujeto su capacidad de elegir, de tomar decisiones sin estar obligado a que sean las que la ciencia o sus otros indican;

cuando alguien decide no seguir más con tratamientos, por ejemplo, o cuando decide ir a pedir una segunda opinión porque no está conforme con su médico y no se atrevía a decirlo o a pensarlo.

Esta posibilidad de elegir, de decidir, de realizar un acto que, desde el punto de vista psicoanalítico debe preservarse, se expresa en una de las entrevistas de esta manera: “se trabaja para acompañar el tratamiento médico pero haciéndole lugar al sujeto, que, muchas veces, está atrapado en una situación que parece sin salida, objetalizado” (Scordino, 2022).

Lombardi (2015) define la angustia como una sensación del ser hablante ante lo real cuando todavía no se ha decidido a intervenir. La angustia lo convoca a un cambio de posición, por lo tanto “la angustia señala allí la oportunidad de la acción, y así sitúa al ser hablante ante una puerta, que es la puerta del acto” (p. 152).

Es entonces importante distinguir angustia y duelo, porque, como venimos señalando, tanto un diagnóstico de cáncer como una noticia sobre una recidiva, desencadenan una serie de duelos que son imposibles de evadir, a menos que se lo haga al precio de la angustia como posición de congelamiento frente al acto, como posición de demora de duración variable. Es posible pensar entonces que la intervención analítica apuntará a un posible pasaje de la angustia al duelo, es decir, del congelamiento en una posición objetalizada, hacia un inicio de elaboración de lo que está sucediendo y sus implicancias para el sujeto. En este contexto, concebir al duelo como un acto en sí mismo (Allouch, 1996) esclarece la dirección de la intervención analítica.

Las intervenciones

Existen también asuntos prácticos por los que cabe interrogarse cuando se trata del cruce entre psicoanálisis y oncología: ¿cómo se interviene con los pacientes en etapa terminal? ¿contradice a la ética analítica el trabajar con los familiares o tener que trasladarse a la casa de los pacientes o a un hospital?

La libertad táctica propuesta por Lacan (1958/2005) ofrece una rápida respuesta. Si el deseo del analista conduce la cura, no hay intervenciones que puedan ser juzgadas anti-analíticas por prejuicios técnicos. Scordino (2022) señala:

Se trabaja con la familia porque la familia es parte del sujeto (...). Si se entra en la etapa terminal y el paciente no puede moverse o ya se queda en la casa o se queda en el hospital, se charla con el paciente y si el paciente accede se hace tratamiento a domicilio o en el hospital.

En este sentido, Negro (2008) señala que, cuando de manera general nos referimos al afrontamiento de la enfermedad y de la muerte, tenemos que considerar tanto lo que le sucede al paciente como a sus allegados significativos e incluso al equipo médico si pensamos en los dispositivos denominados de cuidados paliativos. La psicóloga entrevistada que se desempeña en una Unidad de Cuidados Paliativos nos relata: “En Cuidados Paliativos la unidad de atención es al paciente y la familia, la forma de trabajo es esa” (Fila, 2022).

Por su parte, Latorre (2016) propone algunas aproximaciones a la clínica psicoanalítica en el campo interdisciplinario que constituyen los Cuidados Paliativos. Sostiene que las intervenciones se realizan desde la singularidad y se orientan a la construcción de puentes entre los diferentes discursos, a propiciar la comunicación, la autonomía y el trabajo con la familia, destacando la importancia de la circulación de la palabra y de ofrecer una escucha hasta el final.

Negro (2008) señala que “el quehacer específico del psicoanálisis es una operación concreta sobre el sufrimiento del ser humano, considerado como *hablante ser*” (p. 36). Este autor apunta a contextualizar la práctica analítica dentro de estos dispositivos resaltando la importancia del trabajo en equipo. Para ello, pone en tensión el contexto institucional, donde hay normas o ideales, como en el caso de los cuidados paliativos, y la singularidad de cada sujeto, donde “cada cual padece a su modo su condición de ser hablante, determinado por su propio inconsciente” (p. 36). Al referirse a las intervenciones desde el discurso médico, donde se trabaja en pos de la salud, la cual representa un ideal, Scordino menciona lo siguiente:

El analista justamente apunta a romper con lo ideal, o sea se trabaja permanentemente en una tensión, esto pasa en cualquier tratamiento psicoanalítico pero en estos casos el entrecruzamiento de discursos se ve bien, el analista tiene que maniobrar con el discurso médico también, por eso también se trabaja con los médicos, a veces tenés que llamar al médico para preguntar (Scordino, 2022).

Podemos decir que tanto en un dispositivo de cuidados paliativos como en la atención que no transcurre dentro de un contexto institucional vemos en este tipo problemáticas un entrecruzamiento de prácticas y discursos. Si el psicoanálisis puede aportar algo allí, seguramente no será para adicionar, sino para descompletar, como sucede en la dirección de cualquier tratamiento analítico. “El sentido de la vida y de la muerte es el que cada sujeto se puede dar o no y, abstinencia mediante, no llenamos ninguna falla primordial, ni con objetos ni con sentido” (Negro, 2008, p. 142). Este autor destaca también la importancia de construir o reconstruir la propia historia: “reconstruir su historia permite al paciente -a partir de ‘contarse’- una separación estratégica entre ego mortalmente angustiado y sujeto” (p. 145).

La posición del analista

En este contexto, una pregunta necesaria y para nada ociosa sería tal vez la siguiente: ¿Cómo trabajar desde la abstinencia cuando estamos frente al proceso de morir?, e incluso: ¿Cómo acompañar situaciones donde alguien se encuentra en el final de su vida sin quedar afectado?

Las profesionales entrevistadas coinciden en destacar la importancia del análisis personal. Una de ellas refiere que “es imprescindible la formación, la supervisión y el análisis propio” (Fila, 2022).

Por su parte, Scordino destaca el análisis personal y el recurso a la abstinencia:

Lo que posibilita el trabajo, un trabajo de este tipo es el análisis personal. Un psicoanalista se hace en su análisis. Y la abstinencia, paradójicamente, es lo que nos permite realizar un tratamiento de este tipo para mí. La abstinencia tiene que ver con no responder a la demanda, que no quiere decir que si el sujeto viene hablando y de repente sabe que va a morir y lo dice, el analista suponte no pueda abrazarlo (Scordino, 2022).

Cuando Freud (1914/1985) puntualizó sus consejos sobre la técnica del psicoanálisis, fue categórico en cuanto a que la cura debe ser realizada en abstinencia, sin alimentar la identificación, sin corresponder a la demanda de amor de un paciente, ya que se impediría la posibilidad de éxito del tratamiento analítico. Podríamos decir que la abstinencia corresponde a la posición ética del analista en todo tratamiento psicoanalítico.

La abstinencia se trata de esto, de no responder a la demanda, que es lo que sucede en cualquier análisis, un analista cuando intenta tomar posición no va a hablarle al paciente de sus problemas y no va a intervenir desde su propio fantasma, eso es la abstinencia, en ese punto la abstinencia es un recurso del analista que no quiere decir que no hable (Scordino, 2022).

Respecto a los modos posibles de intervención como, por ejemplo, un abrazo o un tomar de la mano al paciente, Scordino las señala como intervenciones en lo real y expresa: “cuando la muerte está cercana las intervenciones son más que nada en lo real, (...) tiene que ver con lo humano pero también con la abstinencia y con la transferencia” (Scordino, 2022).

Al respecto, Hornstein (2013) realiza una crítica a las denominadas posiciones “ortodoxas o clásicas” del psicoanálisis, señalando que Freud era activo, ello en el sentido de considerar que la “asepsia no implica anestesia afectiva” (p. 16). Por lo cual caracteriza al analista que lee en la propuesta de Freud como un trabajador empeñado que participa ayudando a desatascarse al analizante, siendo esto muy diferente a un observador imparcial. También puntúa diversos estilos según el contexto de cada tratamiento resultando en ocasiones más eficaz un estilo activo, o en otros casos de confrontación, o uno más expresivo o más silencioso.

Es sabido que también Lacan se permitía ser muy activo y original en sus intervenciones, que no se dejó encorsetar por la ortodoxia analítica y que usaba la expresión de afectos como intervención calculada y pertinente según el caso (Cf. Didier-Weill, Weiss y Gravas, 2001/2008; Geblesco, 2008/2009; Godin, 1990/1994; Haddad, 2002/2006; Rey, 1989/2010).

Negro (2008) señala que la abstinencia, frente a pacientes con cáncer, consiste en sostener una posición de escucha que posibilite transformar el dolor sin taponarlo con otros sentidos.

Conclusiones

En este artículo se ha intentado situar una tensión entre lo general y lo singular cuando se trata de la pregunta por la existencia de intervenciones específicas en psicoanálisis lacaniano para la atención de pacientes con cáncer.

Se ha señalado que por lo general el diagnóstico de cáncer plantea desafíos relevantes en términos de significaciones y sentidos que pueden intensificar el sufrimiento subjetivo. La incertidumbre acerca de la causa y el pronóstico de la enfermedad a menudo genera angustia, convirtiendo el diagnóstico en un evento traumático que interrumpe la vida y provoca una ruptura. En este contexto, el cuerpo adquiere una importancia central, y el psicoanálisis ofrece un enfoque centrado en la singularidad de cada paciente, brindando un espacio de escucha y desarticulación de los sentidos que impactan en el sujeto, pero también de atención privilegiada al significante que marca el cuerpo. Es crucial rescatar la condición de sujeto del paciente más allá de su condición de enfermo, y su condición de deseante más allá de su condición de paciente.

Se ha mencionado que la enfermedad también desencadena diversas angustias relacionadas con la muerte, la incertidumbre, el lenguaje médico y la vulnerabilidad física. Sin embargo, el psicoanálisis propone darle voz al dolor y permitir su elaboración y alivio, diferenciando entre el dolor físico y el sufrimiento subjetivo. Además, el cáncer conlleva duelos adicionales relacionados con el trabajo y el papel en la familia, que generan pérdidas difíciles de definir. La intervención psicoanalítica busca ofrecer un espacio para expresar el sufrimiento, las angustias y los temores a través de la palabra, con la esperanza de que el proceso de duelo pueda llevar a elecciones significativas, incluso en situaciones de diagnóstico terminal.

Es interesante al respecto la propuesta de una de las psicoanalistas entrevistadas con respecto a la existencia de una fase previa a las entrevistas preliminares cuando se recibe en el dispositivo analítico a alguien que acaba de recibir un diagnóstico de cáncer o que se encuentra tomado por la intensidad de los tratamientos. Se indicó que el solo hecho de poder hablar es muchas veces un avance con respecto a la posición de shock en que llegan algunos pacientes.

De lo investigado se concluye que el psicoanalista apunta a preservar el deseo del sujeto, incluso cuando se enfrenta a situaciones aparentemente sin salida. La relación entre angustia, sujeto y acto permite considerar la posibilidad de restaurar la capacidad de decidir y actuar del analizante. Se plantea una diferenciación entre angustia y duelo, enfatizando el objetivo del análisis de facilitar la transición de la primera a la segunda. Además, se destaca la libertad táctica del analista en cuanto a las intervenciones, así como la importancia de trabajar con los familiares y adaptarse a las circunstancias de los pacientes en etapa terminal. En el contexto de los cuidados paliativos, se enfatiza la importancia de la comunicación, la autonomía y la escucha hasta el final, reconociendo la singularidad de cada sujeto y la necesidad de intervenciones individualizadas. Se subraya la tensión entre el discurso médico y el psicoanálisis, y se resalta la importancia de desafiar los ideales y construir

sentidos propios para cada sujeto.

Finalmente, se sostiene que, en el acompañamiento durante el proceso de morir, es fundamental que el analista haya realizado su análisis personal y practique la abstinencia. La abstinencia implica no satisfacer todas las demandas del paciente, pero no excluye gestos de apoyo o afecto. En el trabajo con pacientes adultos que padecen cáncer, se requiere adoptar estilos de intervención activos que se ajusten a cada caso.

En resumen, el psicoanálisis ofrece un enfoque muy personalizado para dismantelar los significados asociados al cáncer, al tiempo que apuesta a preservar el deseo del paciente y facilitar la transformación del dolor y la angustia a través de una escucha activa y adaptada a cada caso.

REFERENCIAS

- Allouch, J. (1996). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: Ediciones literales.
- Demarco, V., Esteves, M.B., Giacometti, G. y Romero, A.V. (2019). Intersecciones discursivas en torno a lo corporal y la muerte en un hospital oncológico: Reflexiones a partir de la práctica de interconsulta en el marco de la residencia universitaria en psicología clínica. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Didier-Weill, A., Weiss, E. y Gravas, F. (2001/2008). *Quartier Lacan. Testimonios sobre Jacques Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fila, J. (2022). Entrevista realizada por Paula Abadie en la ciudad de La Plata. [Manuscrito inédito].
- Freud, S. (1914/1985). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En *Obras Completas* (J.L. Etcheverry, trad., Vol. 12, pp. 159-176). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915-17/1985). Duelo y melancolía. En *Obras Completas* (J.L. Etcheverry, trad., Vol. 14, pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1929-30/1985). El Malestar en la cultura. En *Obras Completas* (J.L. Etcheverry, trad., Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Geblesco, E. (2008/2009). *Un amor de transferencia. Diario de mi control con Lacan*. Buenos Aires: El cuenco de Plata.
- Godin, J.-G. (1990/1994). *Jacques Lacan. Calle de Lille N° 5*. Buenos Aires: Ediciones de la flor.
- Gómez, J.J., Unda, Y.T., Toro, C. (2015). Cuerpo y cáncer de mama: una aproximación psicoanalítica. *Ciencia & Salud*, 3(11), 33-40.
- Haddad, G. (2002/2006). *El día que Lacan me adoptó. Mi análisis con Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis. Subjetividad y vida cotidiana*. Buenos Aires: Tesontle.
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Cáncer: prevención y detección temprana. El cáncer en números*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>
- Lacan, J. (8 de Julio de 1953). *Lo simbólico, lo imaginario y lo real*. Conferencia pronunciada en el Anfiteatro del Hospital Psiquiátrico de Sainte-Anne, París. <https://www.lacanerafreudiana.com.ar/2.5.1.4%20%20%20LO%20SIMB,%20LO%20IMAG%20Y%20LO%20REAL,%201953..pdf>
- Lacan, J. (1956-57/1994). *El Seminario 4. La Relación de Objeto* (Clase 17: El significant y el chiste). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958/2005). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2* (pp. 565-626). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1972-73/2008). Aun. En *El seminario* (libro 20). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1973-74). Los no incautos yerran (Los nombres del padre). En *El seminario* (libro 21). Manuscrito inédito, Trad. Irene M. Agoff de Ramos.
- Lacan, J. (1974/2009). La Tercera. En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Latorre, C. (2016). El final de la vida: primeras aproximaciones en situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. En *Actas del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MECOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Lombardi, G. (2015). *La libertad en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Negro, M. (2008). *La otra muerte. Psicoanálisis en cuidados paliativos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Organización Mundial de la Salud (2 de febrero de 2022). *Temas de salud. Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Rey, P. (1989/2010). *Una temporada con Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rojas May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Med. Clin. Condes*, 14(4), 194-197.
- Scordino, R. (8 de noviembre de 2019). Trabajo presentado en la Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis, La Plata 2019. "Sufrimiento en pacientes con cáncer. Intervenciones del analista". <https://www.bemol3.com.ar/lacano/index.html>
- Scordino, R. (2022). Entrevista realizada por Paula Abadie en la ciudad de La Plata. [Manuscrito inédito].
- Vera Molina, I., Trujillo Eljuri, A. (2017). Clínica Psicoanalítica para pacientes con cáncer. *Polo de conocimiento*, 2(11), 60-69. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/392>

Fecha de recepción: 26 de junio de 2023

Fecha de aceptación: 22 de agosto de 2023