

A PROPÓSITO DE RECIDIVAS Y METÁSTASIS TUMORALES

(Primera y segunda parte).

José Schavelzon (*)

RESUMEN: El presente artículo es una revisión sobre el tema de las metástasis tumorales y recidivas del cáncer y de los aspectos del “¿Cómo?” y del “¿Por qué?”, a la luz de investigaciones científicas y de conceptos psicoanalíticos. Se sugiere que una mejor comprensión, una futura quimioterapia más inocua y una psicoterapia adecuada podrán ayudar a disminuir estas graves complicaciones.

El que habla mal o critica a los
psicoterapeutas, demuestra que tiene
una idea muy elevada y elogiosa de
lo que deberían ser.
Colette Soler (**)

Recientes investigaciones parecen demostrar que el fenómeno de la formación de los émbolos celulares, la adquisición de la capacidad para 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 previsible o tratable. Resulta evidente para nosotros, que estas “complicaciones, recidivas y metástasis”, consideradas en el campo psíquico son la expresión de la “compulsión de repetición”

Las metástasis y recidivas ocurren en el 60/70 % de los pacientes con cáncer y son responsables de más del 90% de una mala evolución.

La mayoría de las muertes por cáncer están relacionadas, directa o indirectamente con recidivas o metástasis. Por eso intentar comprender y conocer este aspecto de la clínica oncológica está justificado. Si a esto podemos agregar hallazgos clínicos, determinaciones bioquímicas y experimentales de actualidad y concepciones psicopatológicas y psicoanalíticas, ya vale la pena este escrito. Y si además, a partir de estos hechos nos permitimos incursionar sobre las posibilidades de una profilaxis de la diseminación tumoral o recidiva local por medio de técnicas psicoterápicas, ya el autor se considera gratificado.

En la revisión bibliográfica, llama la atención la relativa escasez de estudios referentes a un tema tan trascendente, aun cuando en cancerología se publican más de 100 títulos diarios en el ámbito mundial.

Algunos antecedentes de tentativas profilácticas:

En el deseo de hacer profilaxis de la diseminación tumoral o aún tratar esta complicación en localizaciones tempranas y/o sin evidencias clínicas, se ha propuesto la administración de drogas antitumorales en diferentes modos. Los resultados son difíciles de evaluar, ya que no es posible la contraprueba en el ámbito individual e ignoramos la dosis personal en la cual esas mismas drogas pueden actuar como carcinogénicas aunque conocemos ese efecto. En los resultados globales, en valores estadísticos aceptables se han comprobado algunos cambios positivos significativos Gospodarowicz, (15), Mattioli R. (28).

Un tema de la clínica psicológica en nuestros pacientes es el referido a los controles, análisis y exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio luego del tratamiento primario de su lesión. Su valor real y su significación para el paciente.

Con frecuencia, el paciente cree comprender (¿O desea? ¿O está mal informado?) que esos controles evitan la reaparición del tumor. Algo así como un reaseguro de salud. Obviamente esto no es verdad. También es frecuente el cuadro psicológico habitualmente depresivo, que se presenta al aproximarse la fecha de los controles y que puede ser muy serio. Se lo conoce como: “De la espada de Damocles”.

No es menor el error de creer que al cumplirse el plazo de 5 años, hoy suele extenderse a 10, se encuentra a salvo de una complicación. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo se suele suspender la medicación inhibidora de la acción estrogénica. Se distancian o interrumpen los controles y suele festejarse una presunta “curación”. En ambos casos la realidad es que durante ese período las posibilidades estadísticas de metástasis o recidivas han ido disminuyendo progresivamente. Esto se cumple con controles o no. Los así llamados “controles” sólo intentan diagnosticar tempranamente la reaparición de la enfermedad ya instalada. Esto permitiría mejorar el pronóstico en esta difícil circunstancia.

En un comentario anterior (43) he planteado que los numerosos indicadores biológicos y exámenes de control solo son útiles para descubrir la recidiva o metástasis ya instalada, contrapuesto a los indicadores psicológicos con la posibilidad de que estos “indicadores psicológicos” incluso puedan preceder a la complicación orgánica o estén sugiriendo el peligro o la inminencia de la complicación.

Los fundamentos orgánicos: el cómo ocurren las cosas.

En ciencias debe diferenciarse cuando lo expuesto intenta explicar cómo se producen los hechos de porqué se producen. En el primer caso se utilizan las llamadas ciencias duras o básicas, como la biología, la patología, la física, la química, la psiconeuroendocrino inmunología y otras. Para por qué se hace uso de la psicología, filosofía, sociología, antropología, literatura y otras. Se denominan: “ciencias del hombre” o ciencias blandas.

Si consideramos que la aparición de una recidiva o metástasis ocurre en forma muy irregular y hasta podríamos decir por ahora imprevisible, siempre existió la inquietud referente a los factores que intervendrían en las diferentes etapas de esta desgraciada complicación.

La American Cancer Soc. ha publicado en 1979 un libro (39) referente a este tema donde se refiere que desde el comienzo de todo tumor y en forma permanente se desprenderían gran número de “émbolos celulares” y que solo unos pocos llegan a colonizar y en órganos de preferencia. Se explicita allí (Pág.15) que favorecerían el émbolo celular los corticoides, la prolactina y los traumas locales y generales. Estos conceptos y los hallazgos en la corriente sanguínea de células tumorales han llevado en su momento, a modificar las técnicas quirúrgicas (Se propuso ligar primero la vena eferente del órgano, cambiar el instrumental, lavar las manos del cirujano y equipo, aislar el campo, compresas húmedas, etc.). Esto se reorientó con nuevas investigaciones (Roberts S.S. y col., 38) que mostraron que esas células neoplásicas circulantes no tienen mayor significación (De 767 pacientes seguidos 10 años y con células neoplásicas circulantes, la sobrevida no fue diferente de los que no las presentaban... (38). Poco se agregó, hasta épocas muy recientes a las lúcidas observaciones histopatológicas del patólogo Willis, en 1953 (51). En 1982, Levy S. y Col. (26) sostuvieron encontrar la presencia de mediadores neuro-químicos en la producción de metástasis que ha confirmado Stein M. C. y col., en 1976 al referir la acción de la mente en la conducta del aparato inmunológico (48).

Recientes investigaciones parecen demostrar que el fenómeno de la formación de los émbolos celulares, la adquisición de la capacidad para 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 previsible o tratable también por psicoterapia adecuada, donde no habría daño orgánico ni reacciones y lesiones secundarias.

En este tema se destacan, entre otros Entschladen, investigador de la Universidad de Witten, Alemania, quien nos dice (7): “La migración celular es una función muy importante. Así los fibroblastos emigran hacia una herida, las células endoteliales vasculares para revascularizar los tejidos regenerados. Los linfocitos en las respuestas inmunes y los neutrófilos y macrófagos en las respuestas inmunes no específicas”.

“Un procedimiento inhibitorio de la emigración celular tumoral deberá ser altamente específico para evitar graves consecuencias de la inhibición en otras áreas”. (Procesos inflamatorios inespecíficos, procesos curativos de heridas, etc.). En otro momento Entschladen (9) se afirma en sus investigaciones que muestran que los factores psicosociales participan en la progresión del cáncer y la existencia de receptores-antagonistas que regulan la migración abre las posibilidades a una nueva quimio- prevención de las metástasis. En una Reunión de la New York Academy of Sciences realizada en Suiza, 2004 (1) Cavallaro de la Universidad de Basilea, responsabiliza a la adhesibilidad celular como el modulador de la conducta metastásica.

Hilakivi-Clarke L. y col. (18) destacan los factores psicosociales en el desarrollo y progresión del cáncer de mama. Drell T.L.IV (4), y LANG K, (25) colaboradores de Entschladen, en experiencias con células de tejido neoplásico de cáncer de mama muestran que son la meta-enkefalina, dopamina, norepinefrina y otras las que tienen un efecto estimulante de la migración de las células malignas. En el mismo sentido se expresa Mazzur K. (29), refiriendo el efecto metastasiante de la norepinefrina en cáncer de colon. Este efecto es inhibido por B. bloqueantes.

Ya en la Reunión de Consenso de 1991, en Bethesda, EE. UU. (37bis) se discutió el valor predictivo de “las proteínas del estrés”.

Como vemos, serían los neuro-trasmisores presentes en circunstancias psico-sociales como el estrés y procesos psíquicos, como la ansiedad, angustia, depresión y otros los que se muestran responsables de la progresión y diseminación tumoral. Un efecto similar en la progresión del cáncer, su diseminación y la angiogénesis parece tener la infiltración de leucocitos, como lo presentan LIN Ey y col. Del Einstein Cancer Center de N.Y. (27)

Los fundamentos psíquicos: el porqué de las cosas

La asociación de interpretaciones psicoanalíticas en los procesos orgánicos tiene como antecedente al discípulo preferido de Freud, Sándor Ferenczi -1873/1933- (10) y que en 1924, en un ensayo que Freud calificó como su obra más brillante y fecunda (11), considera la aplicación de la teoría psicoanalítica a la biología y a la vida orgánica en general. Dice Freud: “Es una contribución a la probable existencia de un ‘Bioanálisis’”.

Las recidivas y/o metástasis tumorales son responsables directas o indirectas de complicaciones clínicas y de la muerte de la mayoría de los pacientes con cáncer. Como promedio de las diferentes localizaciones ocurre en el 60/70% de los pacientes y es de difícil tratamiento. Ocurre aun en las resecciones quirúrgicas ampliamente “satisfactorias” o “radicales”, completadas con radiaciones y quimioterapia, por lo que nunca el cancerólogo puede asegurar “curación”.

En el acceso a su problemática por el psicoterapeuta resulta evidente para nosotros, que estas “complicaciones, recidivas y metástasis”, consideradas en el campo psíquico son la expresión de la “compulsión de repetición”, elemento fundamental de la teoría psicoanalítica donde el individuo está forzado a repetir, por razones muy primitivas y en este aspecto nos extenderemos.

También para Lacan (24) (Seminario 1964) es “La novedad Freudiana” y dice: “En el inconsciente sólo hay posibilidad de repetir. Es un encuentro fallido con lo real” y también se refiere a la “repetición” en el Seminario 11 y lo incluye en los 4 fundamentos del psicoanálisis; junto con el inconsciente, la pulsión y la transferencia. Nos propone el texto de “La carta robada”, cuento de Edgar Alan Poe (35) como ejemplo en la literatura.

Kaufmann, (20) nos dice: “La repetición brinda placer, ya que lo nuevo opone resistencia”. Algo que nos aproxima a esta cuestión es la opinión de Freud que comenta: “¿... y qué difícil puede ser llegar a comprender dónde reside el placer de repetir algo que le puede costar la vida? Pero intenta una respuesta al continuar más adelante: “... porque la curación puede significarle una pérdida inconsciente de objeto”. Para

considerar esta expresión se hace necesario aceptar la enfermedad como objetivo, lo que nos lleva a su vez a otro gran tema: ¿Se elige tener cáncer? (Schavelzon, 42,103)

Colette Soler en: “La repetición en la experiencia analítica” (46) nos menciona: “... y en la repetición hay experiencias de displacer aceptadas o consentidas, condicionadas por expectativas inconscientes de un placer supuesto por venir. La pulsión de repetición se impone al objetivo del placer”. En el mismo sentido se expresa Freud (11): (En “Mas allá del principio de placer: XVIII: 7) “Lo que es displacer consciente puede ser placer inconsciente o un displacer consentido ante la expectativa de un placer supuesto, por venir, ya que el automatismo de repetición se impone a ambos principios, placer y realidad. ¡Es demoníaco!”. Y en “Lo ominoso” (F. XVII; 238) repite: “La pulsión de repetición confiere caracteres demoníacos a ciertos aspectos de la vida anímica”. Aspectos relacionado con el prejuicio “Del mal”, de “Lo maligno” de la imagen del cáncer.

Cuando observamos las reacciones de muchos pacientes a su tratamiento oncológico, tanto en lo psíquico como en lo físico, lo que llamo “prejuicios” nos pueden llevar a pensar sólo en lo agresivo, tóxico de las drogas, o mal manejo del procedimiento terapéutico pero, también puede surgir el pensamiento subversivo de que está defendiendo su cáncer como “la obra de arte suprema pero inconsciente de su vida y con algún objetivo”. (¿?) ¿Se trataría del tratamiento recibido y expresado como “amenaza”? Por supuesto que esto puede ser insólito e inaceptable para nuestra cultura, ya que el concepto, repito, pone a prueba los prejuicios. ¡Y sin embargo...!

Al mirar a nuestro alrededor, podemos observar cómo la muerte puede ser un objetivo, incluso no tan inconsciente ni insensato. Surge aquí la presencia del suicidio; la búsqueda, la concreción o realización de la muerte por mano propia. En efecto, si le quitamos al suicidio el componente de violento o rápido, empezamos a ver cómo tantas personas adoptan conductas suicidas, con plena conciencia de ello... y lo siguen repitiendo hasta su logro.

En otro momento, en mi obra Freud, un paciente con cáncer (42), -Pág.103- ya nos preguntamos si el individuo “decide” enfermarse. ¿Por qué “elige tener cáncer”? Y algunas otras preguntas (y respuestas) perturbadoras.

Volviendo al atrayente tema de la repetición, ya mencioné el importante lugar que le brinda Kaufmann. Para Miguel de Unamuno (50) la repetición es un deshacerse hacia un eterno ayer, “Un eterno retorno”. “Un revivir lo ya pasado”. K. Popper (36) en “La lógica de la investigación científica”, -Pág. 420- lo describe como: “Doctrina del primado de la repetición”. Para Heidegger (17) es: “La réplica, la invitación del ‘dasein’ a su propio pasado”. Hacia 1843, Kierkegaard (22) escribe sobre “La repetición como una “categoría religiosa”. “La esfera religiosa, la única en que se verifica la posibilidad y realidad de la repetición auténtica”. Sigue Kierkegaard con que “Lo que se repite, ha sido anteriormente, pues de lo contrario no podría repetirse. El hecho de que lo que se repite sea algo que fue, es lo que le confiere a la repetición su carácter de novedad”. “Si el hombre deja de elegir habrá perdido lo que es”. En la reminiscencia platónica, que veremos, Platón se vuelca hacia el pasado. En Kierkegaard se vuelca hacia el futuro, quien concluye con la frase: “Lo que el ser era, se repite”. Creo que podemos aceptar a este autor como un verdadero precedente del tema que nos ocupa. Su novela “La repetición” (22) de reciente publicación, con su personaje Constantino Constantius y su monólogo. Claude Levy Strauss (49) en su obra: “El pensamiento salvaje” hace su estudio de ritos y rituales presentándolos como ejemplo de la repetición de la conducta en creencias y religiones Dice que: “La repetición en el rito es una técnica dirigida a lograr un control que las fuerzas racionales no pueden obtener” y que: “... los mitos se renuevan y cambian dinámicamente y eso les permite subsistir”.

Como expresión de una línea lacaniana, Colette Soler publica recientemente: “La repetición en la experiencia analítica” (46) Un excelente libro sobre el tema que nos ocupa. Citaré sólo algunos conceptos que creo oportunos. “¿Qué repite el paciente?: Todo lo que impregna su personalidad y emanado de las fuentes de lo reprimido. A saber: sus inhibiciones, sus actitudes patológicas, su carácter y sus síntomas. Todo ello lo vive como algo real y actual, sin saber que el pasado es en él una fuerza actuante.

“Repetir es como restaurar un estado anterior”.

“Esa fuerza es un tope, un obstáculo al cambio”.

“Algo que se resiste a cambiar y persiste”. “Lo indestructible del deseo inconsciente”.
“Es un pasado que asedia su presente y futuro”.

En lo que a cancerología se refiere, es oportuno mencionar que también se observan diferentes respuestas psicológicas a la aparición de la lesión primaria que a la aparición de metástasis y recidivas. En nuestra experiencia e interpretación tienen diferente significación consciente e inconsciente. Y retornamos entonces a Freud (11) en quien este hecho psíquico representó una permanente preocupación ya citada en el “Proyecto de Psicología...” de 1895 y cuyo enorme valor reside además de su descripción, en que nos sugiere las posibilidades del tratamiento de esta “Pulsión de repetición”.

LA PULSIÓN:

La palabra pulsión no figura en el diccionario de la Academia Española (Edic. 21^a. De 1992) sino como compulsión. En los comentarios “Sobre la versión castellana” de la edición de Amorrortu de la obra de Freud (11) -pág.49 y sig.-, su traductor J. L. Etchevery hace un profundo estudio sobre el significado que se atribuye a la pulsión, desde Empédocles (Siglo V A.C) (C) hasta Kant y su relación con lo instintivo. Por consiguiente es oportuno su significado atribuido en particular a este tema de la “pulsión de repetición”.

Aceptamos como Pulsión (Freud en el tomo XIV: 113) -en “Pulsiones y destino de Pulsión”- “... algo que se genera en el interior de la psiquis”. “Es un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático. Un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma. Es impuesto a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal”.

“La pulsión implica una fuerza, una energía. Su meta u objetivo es la satisfacción que podrá lograrse al cumplirse esa pulsión”. (Por el logro del objetivo).

En “Angustia y vida pulsional” vuelve Freud sobre el tema diciendo: “las pulsiones no sólo rigen la vida anímica, sino también la vegetativa. Se revelan como un afán de reproducir un estado anterior... una compulsión de repetición... como por ejemplo la compulsión a sanar, a la que debemos nuestras curaciones”. Otro ejemplo: “Las migraciones de peces y pájaros y todo lo que denominamos “instinto” es una verdadera compulsión de repetición.

En el numeroso grupo de pulsiones en el ser humano ocupa un lugar destacado la repetición. Es notable la trascendencia que le asigna Kaufmann (20) “... es el motor de las más audaces reflexiones y lleva a cambios radicales en la teoría y práctica psicoanalítica”. Concepto confirmado por Lacan: “la noción de repetición está vinculada a un sistema mítico.” “No se puede esclarecer una repetición sino en el interior de un sistema simbólico”. C. Soler (46) En “Presentación autobiográfica”, (XX; 53), lo refiere Freud como: “elasticidad de lo vivo, un esfuerzo por repetir una situación que habrá existido una vez y que fue cancelada por una perturbación externa”.

La pulsión de repetición es una realidad que permite poner orden e intentar comprender un conjunto de hechos y darles sentido. “Es esa fuerza compulsiva, verdaderamente demoníaca en la figura del destino en la subjetividad humana”.

La generación, la vida y la desaparición, en su eterno retorno a lo inanimado representan el ciclo repetitivo en la naturaleza. Esta “Pulsión de repetición” permite cobrar sentido y hacer coherente el proceso de enfermedad y su evolución. Por esto, Freud llamó a este proceso de la repetición como que está “más allá del principio del placer”. La pulsión de repetir o restablecer un estado anterior aparece en el “Mito Platónico” Platón (34) se refiere a que el andrógino primitivo fue separado en hombre y mujer por Zeus y que desde entonces tienden a unirse. Es una reproducción de los “Brihadaranyaba-Ufanished” hindú del Siglo IX A.C., y repetido en el mito de Adán y Eva del viejo testamento, y la única razón esgrimida hasta el presente por la cual el hombre y la mujer tienden a unirse.

Para Platón, todo conocimiento es una reminiscencia. “El pasado asedia el presente y el futuro” (46)– plantea C. Soler-. El mismo Freud cedió a esta “pulsión de repetición”, cuestión evidenciada en su presunto cáncer del paladar (Schavelzon, “Freud, un paciente con cáncer.” Paidós. Bs. As. 1992). Fue operado y reoperado 37 veces e irradiado en 7 ocasiones, aun cuando sus patólogos, los más prestigiosos de Europa informaron que en su principio no era cáncer. Hacia el final de su vida y atribuible a esas irradiaciones monstruosas (Aún para los conocimientos de esa época) se transformó en un carcinoma. La mejilla derecha se necrosó y perforó, lo cual le impedía comer. Murió de una bronconeumonía aspirativa.

No es casual que ante esa “presencia de la pulsión de repetición”, para nosotros léase recidivas y metástasis, “dijera Freud: ¿Cómo puede estar presente cuando no lo está en el recuerdo?, y se contesta: “Es una presencia que aparece en los actos”.

Los ejemplos de esta “Pulsión de repetición” se observan por doquier. La misma transferencia es la repetición para Freud, quién en (“Más allá...”, Pág.163) expresa que: “Las pulsiones yoicas se esfuerzan en el sentido de la muerte...” ¿Sería esa pulsión, tan poderosa la que orienta la evolución del paciente en oncología? La misma reproducción humana, es un sublime ejemplo. Las migraciones de aves y peces son también buenos ejemplos. Plantemos un brote de árbol y veremos esa fuerza inaudita que incita a repetir.

Nuestros aniversarios se reconocen como attractors, factores que atraen (?) la repetición.

Entonces, ¿qué repite el paciente? Para Soler (46) todo lo que impregna su personalidad emanado de las fuentes de lo reprimido, a saber: sus inhibiciones, su carácter y sus síntomas. El sujeto lo vive como algo real y actual, sin saber que el pasado es una fuerza que está actuando. Por lo expuesto, incluso el orden, el ordenar es una suerte de “compulsión de repetición (Freud XXI: 93).

Hacia 1917 (Freud XVII: 219) escribe su trabajo sobre “Lo ominoso”. “Lo que provoca angustia y horror” y nos dice: “El retorno de lo igual, en su efecto ominoso, pulsión que tiene el poder para doblar el principio del placer y confiere carácter demoníaco a aspectos de la vida anímica...! (Me pregunto: ¿retorna el mal? ¿Retorna lo maligno?) Y en la entrevista con el paciente puede resultar evidente ese “algo angustioso que retorna”. ¡Repetir! Se repite no sólo experiencias propias, sino debemos tener en cuenta que una persona puede “repetir” la evolución, sufrimientos y muerte, por cáncer o lo que lo simbolice, de personas afectivamente significativas. Schavelzon (43)

En este punto que amplía nuestro panorama de comprensión podemos incluir la obra actual de Anne A. Schützemberger: “¡Ay, mis ancestros!”. (44) de quien cito: “Una lealtad invisible nos empuja a repetir, lo queramos o no, lo sepamos o no, la situación agradable, el acontecimiento traumático o la muerte injusta, trágica o su eco”.

Los secretos familiares, esa “herencia arcaica” y que no requiere ser antigua, se invisten de libido y determinan profesiones, elecciones, hobbies o enfermedades. Esa “herencia arcaica” o “transmisión generacional” como la llama Freud en “Tótem y Tabú” (XIII: 1), constituyen para Schützemberger (44) los attractors o factores que atraen la repetición. Esa herencia arcaica comprende trazos mnésicos de generaciones anteriores y sería lo que Moreno (31) llama el co-consciente familiar y grupal.

Doltó (3) al ocuparse de las transmisiones transgeneracionales inconscientes y no verbales dice: “Los perros y los niños saben todo”, refiriéndose a aquello de lo que no se habla en una familia. Dice: “Lo que se calla en una generación, la siguiente lo lleva en el cuerpo”. El que cree enterrar un secreto escondiéndolo o negándolo, sólo logra transmitirlo y de mala manera. El secreto familiar transforma un hecho en un problema. Las fuentes de las repeticiones existen sin toma de conciencia o racionalización de lo que pasa. Cuando existe ese “esqueleto en el ropero” es muy posible una identificación inconsciente y la aparición de un “enfermo designado”, con lo cual se intenta “resolver” ese problema familiar. Un verdadero “chivo expiatorio”. Con frecuencia es el “no-dicho”, el silencio y la elusión la que está hablando y actuando.

Vuelvo a Freud (en “Recordar, Repetir, Reelaborar, XII: 149) cuando nos dice: “... no lo reproduce como recuerdo porque está reprimido, sino como acción. Lo repite sin saber que lo hace. No recuerda lo olvidado y reprimido, lo actúa”. No lo reproduce como recuerdo sino como acción. Lo repite sin saber que lo está haciendo.

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.

Schützemberger (44) dice que si podemos hacer comprender al paciente lo que pasa, esto lo hará salir de la repetición. Al ser identificadas, las repeticiones nocivas desaparecen. Se trata de reconocer e identificar y nombrar “el fantasma”.

Ya mencioné más arriba que los secretos familiares se invisten de libido y determinan conductas en múltiples aspectos que pueden ser muy nocivos, pero que al ser identificadas las repeticiones desaparecen – Schützemberger-(45). Esto significa abrir el campo de la conciencia familiar. Pero, además podemos seguir las sugerencias del mismo Freud (En XII: 153) en este tema: “El principal recurso para dominar la compulsión de repetición reside en el manejo de la transferencia. Llenar las lagunas del recuerdo. Vencer las resistencias de la represión...”. Teniendo en cuenta lo expresado por Kaufmann (20) y referido a Freud: “El recuerdo no puede ser la repetición fiel (especular) de la impresión recibida antes. Los recuerdos revivificados no entran jamás en la conciencia sin ser modificados”.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

1º) Si bien la bibliografía mundial presenta miles de publicaciones referentes al tratamiento de las metástasis tumorales, las referencias relacionadas con su patogenia son escasas. Se limitan a presunciones y sobre éstas a sugerencias terapéuticas. Sólo muy recientemente aparecen investigaciones sobre fisiopatología y patogenia de la diseminación tumoral. En este tema surge un aspecto que, aunque un tanto inesperado, nos abre una puerta a una mejor comprensión y lo más importante a una posible profilaxis de tan grave complicación: La acción de las catecolaminas y neurotransmisores, elementos del estrés y cuadros psicopatológicos en sus significados orgánicos que aparecen como una respuesta.

2º) Pero además en el campo psicológico y ya como una extrapolación nuestra a la comprensión de la patogenia del proceso orgánico de metástasis y recidivas, se propone considerar el fenómeno psíquico de “la repetición” como una poderosa fuerza que tiende a “repetir” y que se conoce como “Pulsión de Repetición”. También aparece la parte positiva, útil y especialmente “tratable”. Siguiendo a Freud (11) y a Lacan (24) (Seminario11), esta “Pulsión de repetición” puede ser tratada en el curso de la transferencia y mediante el reconocimiento, la identificación y aceptación de lo reprimido.

Dr. José Schavelzon

(*) Presidente del Comité de Psicooncología de la Asociación Médica Argentina y Miembro Honorario Extraordinario de la misma. Presidente del Capítulo de Psicooncología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. Su primer libro editado sobre la temática es “Psicología y Cáncer”, con los Drs. J. Bleger, Marie Langer e Isaac Luchina, 1965, Ed. Hormé-Paidós. Entre sus textos publicados figuran: “Freud, un paciente con cáncer”, Ed. Paidós, 1983; “Psicooncología. Principios Teóricos y Praxis para el siglo XXI”, Ed. Letra Viva, 2004.

(**) SOLER Colette: “La repetición en la experiencia analítica”. Edit. Manantial Bs.As.2004

BIBLIOGRAFÍA CITADA Y SUGERIDA:

- 1.-CAVALLARO U. & Col.: Multitasking in tumor progresión. ann.N.Y. Acad. Sc. 2004:1014; 58 (Suiza)
- 2.- CHEMAMA R.: “Diccionario del Psicoanálisis. Edit. Amorrortu, Bs.As. 1998, Pág.383
- 3.- DOLTO f.: La imagen inconsciente del cuerpo. Edit. Paidos. Barcelona, 1986
- 4.- DRELL T. L. y col.: Effects of neurotransmitters on the chemokinesis and chemotaxis human breast carcinoma cells. Breast Cancer Res. Trat. 2003:80:70
- 5.- ENTRALGO Pedro Lain: “Enfermedad y pecado”, Editorial Toray, 1961 regulatory signalingand migratory

- dynamics with regard to spontaneous locomotion and chemotaxis. *Cell Immunol.* 2000; 199; 104
- 7.- ENTSCHLADEN F. y col.: Locomotion of tumor cells a molecular comparison Migrating pre-and postmitotic leukocytes. *J. C. Res. Clinical Oncology.* 2000; 126: 611
 - 8.- ENTSCHLADEN F. y col.: Neurotransmitters are regulators for the migrating of tumor cells and leukocytes *Cancer Immunol. Immunother* 2002; 51: 467
 - 9.- ENTSCHLADEN F. Y COL.: Tumor-cells migration, invasión and mts. By Neurotransmitters. *Lancet Oncol.* 2004; 5 254
 - 10.- FERENCZI SANDOR: "Sexo Y Psicoanálisis" Editorial Hormé 1959 y en Freud (II) XXI: 226
 - 11.- FREUD S.: *Amorrotu* Edit. Bs. As. 1978. XII:226
 - 12.- FRIEDL P. y col.: Migration of highly aggressive MV3 melanoma cells in 3- dimensional collagen lattices results in local matriz reorganization and shedding of a 2 and B1 integrins and B1 integrins and CD44. *Cancer Res.* 1997;57:2070
 - 13.-GILBERT H.A. & Kagan A.: "Metastasis". *Seminars en Oncology.*1977 Vol. IV, nº 108
 - 14.- GRESCH P.J. Stress- induce sensitization of dopamine and norepinephrine efflux in medial prefrontal cortex of the rat. *J. Neurochen* 1994;63: 575
 - 15.-GOSPODAROWICZ M.K. & col.: *Prognosis Factors in Cancer* 2nd. Edit. Willie. Liss 2002 (Public. de la UICC)
 - 16.- HEFFNER K. H. & col.: Examining psychosocial factors relatad to cancer incidence and progresión. *Brain. Behav. Inmun.*2003;17:10
 - 17.- HEIDEGGER M.: "Conceptos fundamentales". Edit. Atalaya págs.39 y 146, Barcelona, 1944
 - 18.- HILAKIVI-CLARKE L. & col.: Psychosocial factors in the development and progresión of breast cancer. *Breast Cancer Res. Trat.*1994; 29:141
 - 19.- KAIR M. & col.: Norepinephrine induced migration of SW 480 colon carcinoma cells inhibited by betta-blockers. *Cancer Res.*2001: 61:2866
 - 20.- KAUFMANN P. "Enciclopedia del Psicoanálisis", Edit. Paidos, 1996, pág. 422
 - 21.- KAWABATA Pasmari: "Lo bello y lo triste". Edit. Emecé 2001
 - 22.- KIERKEGAARD Sören: "La repetición". Edit. J. C. E. Bs. As. 2004
 - 23.- KUBEN B. y col.: Differences in the migration capacity of primary human Carcinoma cells and their lymph node metastatic *Cancer Lett.* 1998: 131; 55
 - 24.- LACAN Jaques M. E.: Seminario II. El concepto de repetición. (La pulsión de muerte)
 - 25.- LANG K. & col.: Induction of a metastatogenic tumor cells type by Neurotransmitters and its pharmacological inhibition by Established drugs. *Int. J. Cancer* 2004;112; 231
 - 26.-LEVY S.M.: Biobehavioral interventions in Behavioral Medicine *Cancer, Suppl* 1982; 50: 1028
 - 27.- LIN Ey & col.: Role of infiltrate leucocytes in tumor growth and spread. *Brit. J. Cancer,* 2004: 90; 2053
 - 28.- MATTIOLI M. J.: Pacientes de alto riesgo. *Rev. Arg.de Mastología,* 2004: 23; 328
 - 29.- MAZZUR K. & col.: Induction of a metasta togenik tumor cell type by neurotrasmitters and its pharmacological inhibition by established drugs. *Inter. J. Cancer* 2004:112:231
 - 30.- MAZZUR K. & col.: Norepinephrine induced migration of SW 480 colon Carcinoma cells inhibited by beta-blockers. *Cancer Res.*2001.61:2866
 - 31.- MORENO J. L.: *Psicodrama.* Edit. Horne. Bs. As. 1993
 - 32.- OKAMURA H. & col.: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer. Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res.Trat.* 2000:61; 131
 - 33.- PANTEL K. & col.: Dissecting the metastatic cascade. *Nat.Rev.Cancer* 2004;4; 448
 - 34.- PLATON. "El banquete" y "Fedon". Biblioteca La Nación. Edit. Planeta, 2001
 - 35.- POE Edgar Alan: "La carta robada" (Referencia de Lacan, Seminario II) "Los extraordinarios casos de Monsieur Dupin"Editorial El Mundo, Madrid, 1999

- 36.- POPPER K.: "The logic of scientific discovery". Edit. Tecnos. Madrid, 1973. Lo llama Doctrina del primado de la Repetición
- 37.- PI Wai & col.: The role of osteopontin in tumor metastasis. J. Surg. Res. 2004: 121; 228
- 37 bis. REUNIÓN DE CONSENSO: Del Nat. Cancer Inst. Bethesda.- "Treatment of Early-Stage Breast Cancer". JAMA, 1991; 265: 391
- 38.- ROBERTS S. S. y col.: Prognostic significance of cancer cells in the circulating Blood. American J. Surg. 1967:113:757
- 39.- RUBIN Ph. American Cancer Soc.: "Metástasis and disseminated cancer". Pergamon Press. 1979, EE.UU. Pág.15
- 40.- RUSSEL P. S.: Patogénesis of metástasis formation". En "Metástasis". En "Current concepts in cancer". Edit. American Cancer Soc. 1979. pág. 15
- 41.- SCHAVELZON J.: "Psiqué, Psiconcología". Edit. Panamericana, Bs.As. 1978
- 42.- SCHAVELZON J.: "Freud, un paciente con cáncer". Edit. Paidós, 1983
- 43.- SCHAVELZON J.: "Psiconcología para el Siglo XXI". Edit. Letra Viva, 2004
- 44.- SCHUTZEMBERGER Anne A.: "¡Ay! Mis ancestros". Edit. Edicial. Bs. As. 2002
- 45.- SCHUTZEMBERGER Anne A.: "La voluntad de vivir". Edit. Omebe, Bs.As. 2005
- 47.- SPIEGEL D. & col.: The effect of psychosocial treatment. Lancet, 1989; Vol.II: (8668): 888; 891
- 48.- STEIN M. & col.: Influence of Brain and behavior on the Immune system. Science: 1976; 191; 435
- 49.- STRAUSS Claude Levy: "El pensamiento salvaje" F. C. E. México, 1972
- 50.- UNAMUNO MIGUEL DE: "Deshacerse Hacia un eterno ayer", "Filosofía" Edit. Akal, Madrid, 1983
- 51.- WILLIS R. A.: Pathology of tumors. Edit. Butterworth & Co. Londres, 1953
- 52.- ZANKER K.S.: To move or not to move, that is the question. Two different paradigms of locomoting cells. Cancer Lett. 1977; 118:131.

NOTA DEL AUTOR:

Algunas de las fichas bibliográficas de este trabajo fueron de muy difícil localización. Están a disposición del interesado. Además de los autores citados, cada uno de esos trabajos aporta su propia bibliografía, lo que permite el acceso a cerca de 1000 fichas.

Agradezco particularmente el valioso aporte de Daniela Zander, Alicia Rodríguez Victory y Julieta Galante de la biblioteca de Roche.

REFERENCIAS

(C) Empédocles: Famoso filósofo y médico griego, de Sicilia. Para evitar su muerte, y hacer creer que se lo llevaron los dioses decidió desaparecer, tirándose en el Etna. Fracasó en su intento porque el volcán devolvió sus sandalias.

Publicado en: ElSigma.com: sitio web de Psicoanálisis, Salud y Cultura, el 13 julio 2006 y el 20 de julio de 2006.

(primera parte) <https://www.elsigma.com/columnas/a-proposito-de-ucidivas-y-metastasis-tumorales-segunda-parte/10280>

(segunda parte) <https://www.elsigma.com/columnas/a-proposito-de-ucidivas-y-metastasis-tumorales-segunda-parte/10286>