

Que duele cuando duele

Lic. M.F.Montaña*

En mi labor como psicooncóloga, la clínica me retorna que cuando el paciente abre un espacio demandando tratamiento, se dispone a confiarnos su dolor, y espera nuestra apertura a escucharlo, y para ello precisamos comenzar por saber de qué hablamos cuando hablamos de dolor.

Cicely Saunders menciona TOTAL PAIN (DOLOR TOTAL), haciendo referencia a que el dolor lo sufre todo el sujeto, ya que se siente en lo físico, lo psico-emocional y causado por el contexto social*.

Si nos interrogamos acerca del concepto del mismo, en principio diría que es un complejo que anuda dimensiones. Por ello en su abordaje, tengo especialmente presente al dolor como dolor total, es decir, como un evento que invade diferentes espacios en el sujeto y es por ello que considero de gran importancia escuchar que duele cuando duele.

Me pareció adecuado compartir con Uds. una escena, de una viñeta clínica, acorde a fin de ejemplificar este enunciado. Se trataba de una paciente en estadio avanzado de su enfermedad, con una metástasis ósea por la cual manifestaba intenso dolor. En una ocasión despertó enunciando "hoy estoy muy dolorida", y se frotó las piernas, su hija recordando las indicaciones del oncólogo, quien le ofreció un rescate de tramadol, a lo cual respondió "eso que más me duele no se calma con medicación" y expresó lo angustiante que era ya no poder caminar.

De allí me permito recortar la relevancia de alojar el dolor y de incluirlo en un discurso. Al paciente, desde la medicina, se le dan herramientas para calmar el dolor, pero es importante que el paciente sepa que estamos abiertos a escuchar el dolor en todas sus dimensiones, que escuchamos que es "eso" que duele, y que estaremos allí para acompañarlo, para escucharlo y para tratar de descubrir juntos que anuda ese dolor. El dolor es subjetivo, sitúa marcas del sujeto, anuda historias, recuerdos, eventos de su vida, sensaciones, afectos, es una vivencia compleja y como tal debemos abordarla.

Desde mi experiencia clínica me atrevo a decir que cuando el dolor ingresa en lo discursivo, cuando el paciente habla de él, algo de ese dolor se modifica, y este es quizá el ítem más interesante a tener en cuenta en nuestra clínica y aquello que me interesa compartir hoy con ustedes.

En cuanto a la apoyatura teórica, podemos citar a Freud que en 1839, en Proyecto de psicología para neurólogos. * donde hace referencia al concepto de dolor; y allí de alguna manera sugiere: **la participación del dolor en la constitución de la imagen psíquica del cuerpo conjuntamente con las experiencias placenteras (hablará de vivencia de dolor y vivencia de satisfacción como inaugurales), siendo que el atravesamiento por experiencias de dolor modifican algo de la imagen de nuestro cuerpo.** El cuerpo es, desde los momentos mismos constitutivos, reservorio de vivencias, con lo cual toda eventualidad orgánica es un acontecimiento que se inscribe también en el cuerpo.

En un texto posterior, El yo y el ello* Freud sitúa el yo como proyección de la superficie corporal, con lo cual situamos aún con más precisión esta última consideración. En "Tratamiento psíquico, (tratamiento del alma)", texto de 1890, Freud hace referencia al recurso de la palabra, y habla de tratamiento desde el alma, y destaca que la palabra es el instrumento esencial, referenciando tales logros a lo que llama el poder ensalmador de la palabra, que podemos emparentar con la sugestión o la hipnosis, conceptos sobre los cuales se estadifica el llamado tratamiento psíquico. Pero habla de las palabras del médico, es decir, aquel que escucha acerca del dolor del cuerpo ha de estar atento a las palabras que acompañan su prescripción.

Podemos investigar sobre esta cuestión, si indicamos a 2 poblaciones de pacientes un mismo analgésico, acompañado por distintas consignas. Nos sorprenderemos al evidenciar que los resultados difieren, es decir, la palabra que acompaña la medicación, y aun mas, la transferencia con el médico, son todas variables a considerar cuando hablamos de resultados y eficacia en tratamiento del dolor

Esta escucha del dolor en todas sus dimensiones implica desde el lugar del profesional de la salud mental el trabajo de las mismas en la entrevista psicoterapéutica. Una de mis herramientas como propuesta terapéutica al respecto es la elaboración, a nivel de las fantasías, de lo que denomino "imaginización del cuerpo", a través de lo cual se insta al paciente a que hable de su cuerpo haciendo una descripción del aspecto exterior y posteriormente interior del mismo (previo diagnóstico diferencial, sólo se implementará en caso de estar seguros que estamos en el campo de la neurosis), procurando transformar la descripción neta en narración, en tanto el paciente utiliza metáforas y elementos descriptivos. Es válido aclarar que esta estrategia terapéutica está incluida dentro de un proceso psicoterapéutico. Como no tenemos un conocimiento a nivel percepción visual del interior corporal, la descripción implica la utilización de la propia fantasía y el paciente irá transformando este contenido en una fantasía propia, algo que tiene que ver con su manera particular de vivenciar su cuerpo y su dolor, y que lo incluye a él como sujeto. Luego de cierto recorrido imaginario se puede utilizar gráficos para tal representación imaginaria del cuerpo, pidiendo al paciente que dibuje su dolor, y la experiencia me retorna resultados muy enriquecedores, que arrojan material para seguir trabajando, ya que implica un esfuerzo de imaginización.

Los resultados de la utilización de esta estrategia me han evidenciado modificaciones en la relación con su cuerpo, con su imagen corporal y con su dolor. En algunos casos las modificaciones en la percepción del dolor son cuantitativas, en otros casos son cualitativas, el paciente dice que el dolor ahora es "diferente", diríamos, ahora está localizado en una narración. Pero lo que a mi entender ha sido el hallazgo más interesante de esta experiencia es que en alguna ocasión los pacientes han identificado en visualización de su propio gráfico del dolor alguna escena dolorosa/traumática de su historia, con lo cual mi hipótesis fue nuevamente corroborada y permitió abrir interrogantes para seguir explorando sobre ello.(ejemplificación con laminas)____

Estos gráficos son de una paciente con ca de mama, en remisión, que refiere que algunos días antes de su ciclo menstrual (en sesión lo comenzamos a llamar el momento femenino), sufría fuertes cefaleas y una gran angustia. A la paciente le gusta pintar, le sugerí en una ocasión en que se presento a sesión con mucho dolor, es decir, trajo ese dolor al consultorio y se pregunto por él, le sugerí que al llegar a su casa pintara esa cefalea. (Primer lamina): " este no me gusta, te lo traje para que vos lo VEAS, pero cuando salga de acá lo voy a tirar, es muy oscuro, no sé, no me gusta"... entonces coloca encima el segundo dibujo " ahí esta, lo tapamos con ESTE" le pregunto y acá que dibujaste, "no sé, (se ríe y se toca las mamas, se las cubre c sus manos). No hago interpretaciones del dibujo, de hecho, cuando este momento termina me pide un vaso de agua, se lo alcanzo, y me siento junto a ella mientras lo toma "ya estoy mejor...no sé porque pero me puso media nerviosa mostrarte ESTO". Continuamos la sesión entonces hablando de su gusto por el arte. Que era Esto que mostraba, les aporto un dato a que tengan presente, fue una paciente abusada en su adolescencia.

Me dice mientras toma el agua que a ella le gusta pintar, le gusta trabajar con sus manos, es maestra jardinera, y le sugiero que si lo disfruta sería bueno que pueda dedicar tiempo a pintar. La siguiente sesión trae este dibujo. "Este está más lindo...me gusta la naturaleza, me gusta detenerme a mirar los arboles que tiene las ramas entremezcladas (Corre la cortina y mira un árbol que se ve desde allí)... parece seco pero si miras bien, de fondo tiene hojas, ... y este acá al lado no sé, lo acompaña para que no esté solo, (se ríe), este es más lindo, tiene flores, y bueno detrás están las montanas y el agua de la vida, jaja, se ríe, que significa esto???", le dije no sé, en principio significa que te gusta pintar y que te gusta traerlos y a mí me gusta que los traigas. Responde "un día te voy a regalar uno...uno lindo...estoy mejor... te diste cuenta que hoy me peine, jaja, ya no vengo con los rulos enredados".

Otra herramienta que en ocasiones utilizo es el denominado **TAT ONCOLOGICO (TÉCNICA DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA ONCOLOGICA)** *, la cual es una técnica de mi autoría, que surge de mi práctica clínica en pacientes con patología oncológica, frente a la necesidad de optimizar el tratamiento psicoterapéutico con los mismos. Necesitaríamos un espacio extenso para poder hablar vastamente de él, pero no quería dejar de mencionarlo y al menos hacerles una breve presentación de esta herramienta que me ha sido tan útil.

Si bien el TAT ONCOLÓGICO fue diseñado en sus inicios para administrar a pacientes oncológicos con distintas presentaciones clínicas, demostró ser de gran utilidad en el trabajo de pacientes con dolor, quienes lograban luego de la administración de la técnica y el trabajo consecuente comenzar a hablar de ese dolor en términos de padecimiento y lograr así cambios cuantitativos y/o cualitativos del dolor inicial. Esta técnica de características proyectivas da espacio a que el paciente hable de sus temores, deseos, angustias, pérdidas, vínculos, etc., de sus contenidos psíquicos.

La Consigna inicial, (previa a la presentación de las láminas), es: “Ahora le voy a presentar unas láminas en las cuales aparecen diferentes escenas. Le voy a pedir que observe detenidamente cada una de ellas y luego de la presentación de cada una diga algo de ella; puede ser una descripción de aquello que ve o armar alguna historia que usted imagina está sucediendo en esa escena”.

Las láminas fueron diseñadas intentando abarcar lo que, en mi escucha clínica, considero los “TEMAS TÍPICOS” que atañan a los pacientes oncológicos, en la repercusión de la patología y/o el/los tratamientos, en su escenario psíquico. Por otro lado presentan la particularidad de poseer cierta indefinición en el diseño dando lugar a proyecciones diversas en los pacientes según las diferentes fantasías que reactiven en cada uno de ellos. Es por ello que es una técnica aperceptiva en tanto permite y sugiere la diversidad en la percepción de un sujeto a otro.

Mi hipótesis es que la administración de la técnica permite:

1. Recoger material acerca de los contenidos psíquicos del paciente a fin de ubicar desde allí apreciaciones clínicas útiles para la amplitud del tratamiento psicoterapéutico.
2. Evocación de contenidos psíquicos conscientes e inconscientes propiciando la elaboración de los mismos en el momento de la toma y desplegando a partir de allí un proceso que tendrá continuidad en las próximas sesiones del dispositivo psicoterapéutico.
3. Modificar la sensación álgica cuantitativa y/o cualitativamente, siendo que el paciente logra traducir su dolor en términos de padecimiento o vivencia de dolor.

La LAMINA 1

TITULO: LA FAMILIA

RELATO TIPICO: “Una familia cenando

LAMINA 2

TITULO: La pareja

RELATO TIPICO: “El retrato antiguo de una pareja

LAMINA 3

TITULO: HABITACIÓN DE HOSPITAL

RELATO TIPICO: “Una nena enferma y la mamá que la está cuidando

LAMINA 4

TITULO: UNA MUJER

RELATO TIPICO: “Una virgen/la muerte”

LAMINA 5

TITULO: CAMA VACÍA

RELATO TIPICO:

No he ubicado al momento un relato típico, posiblemente porque en la lámina anterior se gestan fantasías de muerte siendo que en esta lámina aparece justamente una cama vacía.

Ubico una suerte de vacío asociativo posiblemente proveniente de la angustia que reactiva la lámina 4 y se continúa en la 5.

LAMINA 6

TITULO: LA LÁMINA DE LOS 3 DESEOS

RELATO TIPICO: NO TIENE RELATO TIPICO

Se le indica una breve consigna en la cual se le da la posibilidad al paciente de pedirle 3 deseos a la estrella

El objetivo de la “Lámina de los 3 deseos” es:

1. reorganizar la timia del paciente quien, teniendo en cuenta el ordenamiento propuesto de las láminas, se ha ido conectando progresivamente con contenidos psíquicos angustiosos.
2. Permite que el paciente ubique aquello que tiene que ver con sus deseos, dando un espacio a su vez a la aparición de la esperanza, oportunidad y creencias religiosas.

Concluyo entonces resituando que el abordaje se centrara en la escucha clínica, en el poder escuchar qué duele cuando duele, es decir, el dolor en tanto sufrimiento, y la interdisciplina nos permite abordar el dolor en la amplitud de sus dimensiones.

Me pregunto entonces, porqué la paciente del primer ejemplo frotaba sus piernas? les daba calma, las consolaba, consolaba a las piernas que ya no podían caminar? el ya no poder caminar metafORIZABA un detenimiento en el camino de la vida?, empezaba ella así a enunciar alguna fantasía de muerte? Cuando el paciente dice, cuando nos habla de su dolor, nos habla de su angustia, de sus fantasías, de sus miedos, nos dice de él, de su ser sujeto, y nos lo dice en un momento muy significativo de su vida, confiándonos su dolor. Por ello, con sumo respeto por ese sufrimiento, le hago saber al paciente que estoy escuchando eso que el necesita decir, eso que desea que escuchen, y doy valor a sus palabras, siendo que este decir de su dolor le traerá cierta calma. En tanto lo inserta en un discurso, podrá hacer algo con ello. En lo personal en alguna ocasión involucro mi cuerpo, el cual también vehiculiza palabras, cuando escucho que ese dolor lo pide. A veces la intervención puede ser un acompañar esa caricia a la pierna, un abrazo, dependiendo de la escena y del paciente. Es un estoy aquí acompañándote en ese dolor, escuchando ese dolor, ese que no calma la medicación pero que yo lo escucho, escucho tu angustia, tus miedos, eso que anuda tu dolor y quizá con algo de la palabra, del acompañamiento, del amor, podamos modificar.

*Lic. M.F.Montaña

lic_montana@yahoo.com.ar

*Bibliografía:

- Sigmund Freud, Obras Completas. “ El yo y el ello” (1923), Amorrortu ed.; B.A
- Sigmund Freud, Obras Completas, “Más allá del principio del placer”.(1920), Amorrortu ed.; B.A
- Sigmund Freud, Obras Completas, “Proyecto de psicología para neurólogos” (1895), Amorrortu ed.; B.A
- Sigmund Freud, obras completas, Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma), 1890, Amorrortu ed.; B.A
- C. Saunders Management of Terminal Disease (1978) Hardcover
- T.A.T ONCOLÓGICO, Lic M.F.Montaña; desarrollado en el servicio de oncología del Htal Durand (fellow de investigación 2004-2007).