



LLUITAR CONTRA EL CÀNCER

FRANCESC CASAS

És un fet incontestable que avui es curen més càncers que fa vint anys, que la qualitat de vida dels afectats, en general, ha millorat de manera radical. Així i tot, continua vigent encara la por d'utilitzar el nom de càncer. Per què?

Hem de parlar d'aquesta malaltia, la seva freqüència i importància ho fan necessari. Així la coneixerem més, així podrem lluitar-hi millor. Si parlem del càncer, aquells que participem en el tractament diari de les malalties canceroses veurem facilitada la nostra feina; no caldrà dedicar temps necessari per atendre els pacients a explicar als familiars que és absurda la mentida. Que la mentida és un luxe que, no sols no ens podem permetre, sinó que surt molt cara. Càncer no és sinònim de mort. Així de clar.

D'altra banda, la relació metge-malalt, que fins fa ben poc estava basada en la superioritat del metge damunt del malalt, ha anat mudant de manera progressiva i actualment ha esdevingut una relació en la qual el pacient és el centre. D'aquesta manera, en comptes d'unes relacions de guia-cooperació, amb un paper actiu del metge i un paper passiu del pacient, ens adrecem cap a una mena de model contractual basat en la participació d'ambdues parts i en el diàleg. Una relació terapèutica metge-pacient tant per millorar la satisfacció del pacient com per reduir la mala praxi i alhora fer minvar la morbiditat psicològica de les males notícies relatives a la salut o a les expectatives de vida o de futur.

En aquest sentit, l'intercanvi d'informació és bàsic per verificar un tractament mèdic adient. El

pacient ha d'informar el metge dels seus símptomes, de la història d'afeccions anteriors i de tot allò que ajudi a fer la diagnosi i desenvolupar un pla de tractament. Per la seva banda, en aquesta nova relació contractual, el metge ha d'informar el pacient del seu diagnòstic, de les opcions de tractament, dels riscos, dels beneficis i de les alternatives. Diferents estudis semblen demostrar que la majoria dels pacients vol un alt nivell d'informació i que això comporta un efecte positiu. Els pacients volen conèixer i ésser coneguts. Que se'ls tracti com un tot i no només la seva malaltia.

La informació que fa minvar el nivell d'incertesa pot reduir l'ansietat, ja que tendeix a fer desaparèixer les falses premisses o temences. Un intercanvi d'informació exitós, dins d'una bona relació interpersonal, estableix la base adient per aconseguir el propòsit bàsic de la comunicació metge-malalt, l'establiment de conductes beneficioses per al pacient.

Més enllà de la possible transferència d'informació o de suport, el metge ha d'educar els pacients a l'hora de facilitar-los la presa de decisions i també fer-los veure la importància de complir de la manera indicada els tractaments. El pacient ha d'adquirir prou coneixement per fer ús de les recomanacions que el condueixen a la presa de decisions. En el consentiment informat, base de l'atenció centrada en el malalt, cal que el pacient conegui les raons, riscos, beneficis i alternatives de les actuacions recomanades. La pràctica de l'atenció centrada en el pacient demana al metge

entendre i respondre als sentiments i pors dels pacients, percepcions i expectatives, i les relacions recíproques entre la malaltia i la vida del pacient. Aquest alt grau de responsabilitat en el tractament, en la lluita contra la malaltia, tant per part del metge com del pacient, millora el resultat i alhora disminueix de manera significativa els problemes, fins i tot de causa legal o de mala praxi. Potser tot això que suara hem esmentat es podria expressar d'una forma força breu i també entenedora en la primera entrevista metge-pacient amb la pregunta directa al malalt: què voldria que jo fes per vostè?

Segons els entesos, podríem definir la comunicació com una habilitat bàsica en l'art de la medicina, i la informació com la seva eina terapèutica. Però perquè aquesta darrera sigui útil ha de poder minvar la incertesa del pacient, augmentar-ne l'habilitat per actuar en el seu benefici contra el seu procés i, al mateix temps, reforçar la relació amb el seu metge. La informació adient dóna sentit als successos, perquè els confereix el significat i la importància justos. La informació, segons M.H. Levy, pot ésser molt semblant a un medicament donat que conté una quantitat i grau de detall, temporalitat, sentit, especificitat i un contingut determinat. Possiblement els metges en general, i els oncòlegs en el cas que ens ocupa —siguin quirúrgics, mèdics o radioteràpics—, hem d'administrar la informació amb la mateixa preparació i precisió que podríem utilitzar a l'hora d'operar, d'administrar quimioteràpia o d'indicar i planificar els tractaments de radioteràpia. Ens agradi o no, els metges hem d'acceptar el fet que la informació pot tenir tant un vessant guaridor com pot fer mal a la persona que es dóna.

La diagnosi i el tractament del càncer causen greus i determinants problemes als pacients, i també a la família que l'envolta. El càncer es pot considerar sens dubte una malaltia familiar. No perquè hagi d'afectar de manera física tota la família, sinó perquè significa una alteració, una

sotragada, a l'equilibri establert d'aquesta estructura. Ja res no tornarà a ser com era abans. Hi ha fins i tot estudis que assenyalen que aquesta sotragada és més forta si l'afectada és de sexe femení, especialment la mare de família. La principal dificultat serà adaptar-se a la mala notícia que comporta el diagnòstic, que plantejarà de manera secundària un futur incert, ple d'inseguretats i de pors. Una comunicació adient entre els professionals, els pacients i les seves famílies pot constituir una part important i facilitar al mateix temps aquesta adaptació.

Encara avui, en el nostre medi, es comunica abans el diagnòstic a la família que al pacient que, es vulgui acceptar o no, és el principal interessat. Hi ha diferents treballs que recullen de manera força evident que més del 50% dels familiars de pacients afectes de càncer creuen que no s'hauria d'informar del diagnòstic l'afectat. Per contra, quan es pregunta de manera individual, referint-se llavors al seu propi cas, només un escàs 15% preferiria romandre "enganyat".

Cal dir una altra vegada que el diagnòstic i el tractament del càncer estan associats amb una no gens menyspreable morbiditat psicològica i social. Malauradament, aquesta morbiditat resta tot sovint amagada i per tant sense poder interactuar-hi per resoldre-la.

Generalment, i en un principi, tant els pacients com els seus familiars són rebecs a exposar de manera oberta els seus problemes. I ho són en la mateixa mesura que els metges a explorar o estudiar de manera activa aquestes qüestions. La natura i extensió d'aquesta morbiditat és àmplia i podria constituir, per ella sola, matèria per a tot un tractat de psicologia. Però aquest no és el tema que ens ocupa, tant per raons d'espai com de formació. Malgrat tot, no defugirem el tema, car ens sembla una part essencial, tant com els tractaments físics, quirúrgics, químics o hormonaals, en la lluita contra el càncer.

SIS QÜESTIONS QUE CAL ASSUMIR

Manllevant esquemes als experts, tractarem breument les raons per les quals aquestes qüestions resten a l'ombra, amagades, i en conseqüència sense resoldre. Les alteracions psicològiques, sigui en forma d'estat depressiu, ansiós, fins i tot una combinació d'ambdós, s'esdevenen amb major facilitat si el pacient diagnosticat de càncer és incapaç d'assumir una sèrie de qüestions claus.

La primera, ja esmentada anteriorment, seria *la incertesa pel futur*. Si la malaltia ha estat diagnosticada en una fase no gaire avançada, tot i la raonable esperança d'assolir el guariment, és inevitable la incertesa, la por, d'una possible recurrència de la malaltia i en conseqüència de la mort prematura. Qualsevol símptoma que es pugui percebre, fins i tot els ocasionats pel tractament mateix i que poden ser molts, es pot interpretar com a secundaris a la recurrència o recidiva i augmentar els nivells d'ansietat del malalt. Aquestes pors també poden ser precipitades, i ho són en major mesura del que els "informadors" imaginarien, per programes de televisió o articles en els diaris sobre el càncer. No és gens estrany que es frivolitzi sobre la qüestió, que qualsevol es cregui capaç de donar una visió entenedora del càncer i del seu tractament quan les motivacions principals d'audiència, sigui escrita o audiovisual, són la morbositat, el dolor aliè i la mort. Periòdicament, tots aquells que tractem amb la medicina, especialment els que ens ocupem de les malalties canceroses, veiem en el nostre dispensari pacients o familiars de pacients que acudeixen amb un full d'algun diari o d'una revista no científica, amb la referència de qualsevol programa de televisió on fins i tot metges s'avenen a muntar l'espectacle de la confusió, jugant amb l'esperança dels malalts i els seus familiars. Tot sovint és una consulta per si allò que han sentit es pot aplicar en el seu cas. Altres vegades fomenta la desconfiança i en ocasions la desqualificació oberta del professional que contradiu l'home de la TV, aquell que és de confiança, més que un amic

gairebé de la família. La desesperació del familiar, l'esperança de l'afectat, porta a això.

La segona es troba molt lligada a la natura humana, en la seva vessant transcendent: *la recerca del significat*. Quan la gent es troba davant de l'adversitat ho encaixa millor si hi pot trobar una explicació racional que pugui acceptar. Són freqüents les qüestions, per què jo?, per què ara?, jo no m'ho mereixo, etc.

En la majoria dels càncers, no hi ha predisponents tan clars com el tabac. A partir d'aquí cada pacient pot projectar les seves pròpies teories, en consonància amb la personalitat prèvia a l'hora d'expressar o no les emocions i de viure els "life events" o successos vitals. El perill d'aquestes teories es que poden obsessionar el malalt amb la idea que ell mateix s'ha provocat el càncer o que d'altres, provocant-li estrès, li han portat. O també l'estigmatització personal en el cas d'alguns tipus de càncers, com els ginecològics, especialment els de cèrvix, lligats estadísticament a una actitud sexual promíscua.

La tercera podria ésser *la pèrdua total de control* sobre la nova situació o la capacitat d'actuar sobre la malaltia. Els pacients es poden adaptar amb major facilitat si creuen que hi ha quelcom que pot ajudar contra la seva malaltia, que ells poden col·laborar de manera activa en alguna cosa del seu tractament. En el cas d'una malaltia com les del cor, s'aconsella modificar la dieta, perdre pes i fins i tot modificar el nivell d'exercici físic. Els pacients amb càncer no tenen aquests factors en els quals es pot actuar de manera clara, tot i que es pot acudir a mètodes psicològics com la relaxació, la visualització o la participació en grups d'afectes del mateix procés (laringectomitzats, mastectomitzades, etc), que aconsegueixen un fort i positiu recolzament emocional i fins i tot social. L'experiència personal, ens mostra als clínics que tenim la sort de treballar amb psicooncòlegs o grups de suport la importància d'aquestes actuacions, tant en la col·laboració del pacient en la lluita contra el càncer com en la seva adaptació social i familiar.

En aquest sentiment de pèrdua total de control de la situació, la informació pot jugar un paper determinant, ja que desdibuixa falses concepcions o fins i tot la sensació d'allò inevitable com pot ésser la mort. Informar el pacient és convidar-lo a prendre decisions, que li tornen a donar l'oportunitat de ser protagonista i responsable de la seva vida, i li mostra que encara pot fer quelcom per ell mateix i pel seu futur.

És evident que els pacients que poden prendre accions constructives per millorar la seva situació s'adaptaran molt millor que no pas aquells que creuen que tot està dat i beneït i que ja no es pot fer res per modificar-ho; això fa sentir molt i molt desemparat i representa un fort risc de posterior depressió.

La quarta seria *la necessitat de comunicar-se* o de sincerar-se sobre el seu nou problema amb els altres. Un dels principals problemes dels pacients amb càncer és la qüestió de si s'han d'obrir en relació amb el diagnòstic de la seva malaltia als amics, familiars o fins i tot els companys de feina. Si com en el cas del càncer de cèrvix, creuen que és una malaltia que pot estigmatitzar-los, és evident que serà més difícil. En un principi pot semblar més fàcil o fins i tot més útil amagar-ho, ja que la nova situació ens pot restar acceptació en el nostre entorn. Però tot això necessita d'una adaptació psicològica que no és gens fàcil. L'alternativa, la veritat, obrir-se als altres, generarà sens dubte desenganys i alguna frustració, però es veurà compensada per un major suport emocional. Estudis anglosaxons assenyalen la dificultat que experimenten familiars i amics d'un pacient diagnosticat de càncer de mantenir a partir de llavors el mateix nivell de contacte o d'amistat amb l'afectat. Més que res hi ha la recança de no saber què fer o què dir en la conversa, si en algun moment direm quelcom que pot fer mal al malalt.

La cinquena, estretament lligada a l'anterior, seria *la necessitat de l'esmentat suport emocional*. El factor determinant serà si el pacient experimenta que està rebent prou suport per part dels amics

i de la família. Aquells que senten que els seus es preocupen prou per ells es troben molt millor i més recolzats. En les ocasions en les quals tots els membres de la família, fins i tot el mateix malalt, juguen a disfressar la veritat, la incertesa i la solitud seran l'únic ajut a nivell emocional.

La sisena i darrera no és pas la menys important, ja que és la més evident: *la necessitat de suport mèdic*. Alguns malalts busquen suport del metge de capçalera o de l'especialista si experimenten alguna complicació. D'altres no ho fan perquè no volen molestar el metge. Hi ha després el perill que aquesta necessitat de suport es perdi entre els especialistes hospitalaris i el metge de capçalera, amb la conseqüència negativa per al pacient que no rep el suport o l'atenció mèdica adient. Els metges poden jugar-hi un paper determinant, especialment si el pacient està experimentant una malaltia turmentosa que no està responnent bé al tractament.

Existeix el risc que els anomenats professionals de la salut no se sentin capaços d'afrontar el problema, l'evitin i deixin el pacient i la família encara més aïllats.

Resumint, com a regla general, si un pacient no aconsegueix superar, dins el primer any del diagnòstic, un o més d'aquests obstacles o fases especialment delicades des del punt de vista emocional, serà més propens a desenvolupar un estat ansiós, depressiu o la combinació d'ambdós. Tot això sense tenir en consideració els problemes addicionals causats pel mateix tractament contra el càncer.

L'ESTAT DEPRESSIU

El comportament ansiós s'ha de diagnosticar quan els pacients presenten una incapacitat persistent de relaxar-se o de deixar de preocupar-se. Quan no es poden distreure ells sols d'aquestes preocupacions o ser distrets per d'altres. Tot això comporta un canvi significatiu, tant qualitativament com quantitativa, de l'estat d'humor habitual.

L'estat depressiu s'ha de diagnosticar en el moment en què, segons els entesos, el pacient pateix una minva persistent d'humor almenys de dues a quatre setmanes ocupant al voltant del 50% del temps de vigília. Aquesta disminució d'humor ha d'ésser significativament més gran, tant qualitativament com quantitativa, que les oscil·lacions normals d'humor en el mateix individu. Els pacients han d'ésser incapaços de sortir de la depressió pels seus propis esforços o de distreure's amb l'ajut dels altres.

Una malaltia depressiva s'ha de diagnosticar quan les alteracions d'humor s'acompanyen per quatre o més símptomes que poden incloure: trastorn de son (despertar-se de manera repetida a la nit o desvetllar-se aviat de matinada i no ser capaç de reprendre el son) o son excessiva; irritabilitat; pèrdua d'atenció i de concentració; agitació o astorament; pèrdua d'energia; aïllament social; ideació negativa (idees de desesperació, d'autoculpa, culpabilitat, inutilitat o manca del propi valor, sentiment d'obligació, absència de futur, vida sense sentit); idees de suïcidi; variacions significatives d'humor al llarg del dia; pèrdua de gana o de pes; constipació.

A l'hora de fer el diagnòstic, s'ha de prendre en consideració quins símptomes físics com la pèrdua d'energia, de gana i de pes poden ésser conseqüència de la progressió del càncer o de la seva recurrència. Per tot això s'ha de posar especial atenció a l'estat d'humor del pacient, a les seves idees i els seus pensaments. Un error massa comú és argumentar o considerar que la depressió en els pacients amb càncer és quelcom inevitable i per tant defensar obertament que el tractament és innecessari. Res més equivocat.

Tot i que a cops alguns pacients amb càncer poden ésser diagnosticats i tractats per estats ansiosos o depressius, a vegades els símptomes suara esmentats són tan escassos que poden ser considerats com a trastorns d'adaptació. Aquests es caracteritzen per una manera desproporcionada de respondre a un possible agent estressant, com ara la malaltia neoplàsica.

Quan els pacients amb càncer es presenten amb estats depressius, ansiosos o amb trastorns d'adaptació, és important recordar que poden existir factors orgànics de base, no detectats, que estiguin contribuint al seu desenvolupament. En primer lloc, cal destriar-ho d'una possible recurrència de la malaltia, de la utilització de medicaments com els corticoides, de canvis bioquímics com l'augment de calci a pacients amb metàstasis òssies generalitzades, o l'efecte directe del tractament sobre el sistema nerviós central. Finalment, cal recordar que hi ha algun tipus de càncer que pot causar de manera directa desordres mentals de causa orgànica.

Tot i que està acceptat que la morbiditat psicològica és força comuna en pacients neoplàsics i els seus familiars, segons alguns treballs anglosaxons només es tracten de manera adient del 15 al 25 per cent dels casos. Per tot això, les raons o possibles causes d'aquest baix nivell de detecció han de ser considerades. Les raons poden ésser múltiples i dependre de diversos factors i, de manera senzilla, es pot dir que tots els implicats tenen una part de "culpa" o, millor dit encara, de responsabilitat en la seva producció.

L'ACTITUD DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT

Els pacients poden pensar de manera errònia que aquests efectes adversos d'ençà del diagnòstic són una conseqüència inevitable de la pròpia malaltia. Com que pensen això, no ho esmenten. Poden imaginar que molesten el doctor de manera innecessària i que és més procedent o adient referir-se als símptomes físics que no pas als psíquics. Aquest raonament està àmpliament estès entre els pacients, atès que, en la seva experiència anterior de contacte amb els metges, són poques les preguntes relacionades amb l'estat psíquic. Com que el temps de consulta és limitat, es pot considerar que és més útil dedicar-lo a la consulta dels seus problemes o símptomes físics, en relació amb la

malaltia o als tractaments, que no pas a parlar dels problemes psicològics o socials d'adaptació a aquesta nova realitat.

De manera paradoxal, com més simpatia o respecte sent el pacient per la figura del metge, més rebec es mostra a "molestar-lo" amb problemes psicològics. No volen causar més problemes a un professional que ja sembla tenir prou feina a tractar la malaltia i que és amable i considerat amb ell. De manera anàloga, es pot donar el mateix comportament com a manera de protegir i de no amoïnar més la família. Tot i que és excepcional, hi ha casos de pacients que amaguen el seu procés a la família fins gairebé al final.

Els pacients, també, a l'hora d'expressar els problemes són força selectius amb qui ho han de fer. Es pot tendir a parlar només de símptomes físics amb el metge i la infermera, mentre que només es parlarà de qüestions psicològiques amb el psiquiatra o el psicòleg. Per tot això és força difícil fer-se una idea completa del problema del pacient si no s'utilitza un interrogatori força dirigit i no es cerca quelcom més enllà dels símptomes físics.

Els professionals de la salut poden contribuir a aquests baixos nivells de detecció de dues maneres. D'una banda, evitant preguntes sobre qüestions que puguin indicar un interès pels problemes físics o psicològics i, de l'altra, intentant mantenir el pacient a prou distància des del punt de vista emocional, ignorant qüestions claus sobre aspectes de l'esfera social o psicològica, evitant clarificar-los o finalment intentant distanciar-se ells mateixos de les emocions dels pacients.

Es pot tenir força experiència clínica en el tractament del càncer i això et pot ensenyar a escoltar el pacient quan decideix exposar-te problemes de causa no estrictament física; però veritablement poques vegades es busca de manera directa aquesta exposició, i no és només una qüestió de temps. Sense cap mena de dubte, és una qüestió difícil per a tothom. Hi ha la por que s'obri una capsula tancada d'on poden sortir emocions fortes i profundes, com la ràbia o la desesperació, i no saber què fer-hi.

Es pot tenir por d'aquests tipus d'emocions si hom no se sent prou preparat pel propi aprenentatge o experiència per actuar o entendre aquests sentiments. Es pot pensar que és més útil dedicar el màxim de temps a la clínica i el tractament del pacient per assegurar la seva supervivència física. Hom pot estar preocupat per si se li fan preguntes com "quan temps viuré?" o bé "m'estic morint?", i no ser capaç de donar suport a la persona en qüestió. En el fons de tot, hi ha la humana preocupació que apropar-se massa al pacient, comprometre-s'hi des del punt de vista emocional, pugui posar en perill la nostra pròpia supervivència. Un exemple clar de tot això que estem dient pot ser el d'una jove infermera que està parlant i atenent dia a dia una pacient de la seva mateixa edat que s'està morint de càncer de mamella i que té dos nens petits. En aquest cas, és força difícil no identificar-se amb aquests sentiments tan extrems.

Contactar de manera completa amb el pacient com a una entitat més enllà de la malaltia de determinat òrgan del cos, portarà de manera inevitable el metge a un precipici des d'on podrà guaitar les limitacions de la medicina. Limitacions que són la causa per la qual no és possible guarir actualment certs càncers, i per això la gent en pateix i en mor. Això pot ser especialment difícil per als professionals que no tracten amb pacients que van bé, sinó amb aquells que han recidivat després de diversos tractaments o són pacients amb malalties en estat terminal. Això pot conduir a qüestionar el valor de la medicina i el de la vàlua personal del mateix professional. Però si, malgrat tot, el metge intenta cercar i preguntar per aquests possibles conflictes, existirà a continuació el problema de què fer amb la informació rebuda, com processar-la en benefici del pacient. Afortunadament, els professionals reconeixen que el seu principal dubte a l'hora de cercar una informació més profunda per les qüestions socials i psicològiques és que s'adonen de les seves limitacions en estratègies per encarar situacions difícils que se succeeixen de manera contínua amb els pacients amb càncer i els seus familiars.

És impossible aprendre de cop com donar una mala notícia, tractar la ràbia com a factor de rebuig de la malaltia, la desesperança, els problemes secundaris als canvis d'imatge corporal o de la sexualitat; la mentida només retarda allò inevitable i complica la relació en el futur. Es planteja, també, saber quin és el criteri a seguir a l'hora de remetre els pacients o no per ajuda psicològica o psiquiàtrica. Per mantenir una mínima comunicació amb el pacient, i més enllà de la malaltia física, cal un aprenentatge o una predisposició en temes que no figuren en el temari de la llicenciatura en Medicina. Cal esmentar també que l'evolució dels aspectes psicosocials del càncer, en els darrers cinquanta anys ha estat força considerable. Aquests aspectes s'han modificat de manera espectacular en consonància amb una major eficàcia dels tractaments. En un principi, quan els tumors infantils i molts dels de l'adult eren en conjunt incurables, els esforços es dirigien cap a assistir el pacient i de manera secundària la família; ajudar-los a una adaptació cap a allò inevitable com era la mort. Es considerava més humà protegir el pacient d'aquesta lluita perduda contra la mort. Els metges que assumien el paper de protectors escollien ajornar les males notícies tant de temps com els era possible.

El primer fi fou lluitar contra la mort, atès que el nombre de supervivents era tan escàs que els seus problemes personals restaven amagats, com en secret, en una actitud lògica que considerava que hom ja es podia considerar prou afortunat d'estar viu encara. La resta no era gens important. Tot això va anar canviant, però, a mesura que més pacients van anar sobrevivint. De manera progressiva, en algunes localitzacions el càncer s'ha començat a assimilar a les malalties cròniques i fins i tot a considerar que es podia guarir. A partir d'aquests moments, els principis psicosocials del càncer van reflectir de manera directa tant l'evidència mèdica d'una major curació i supervivència dels pacients com les actituds de la societat en un moment donat, que han anat canviant de manera molt ràpida en els darrers 25 anys, de

manera paral·lela a la predicció i esperança de major supervivència.

Segons Holland, es pot situar entre 1930 i 1950 el desenvolupament de la demanda de les consultes de psiquiatria lligades a l'atenció psicològica de malalties físiques. En les primeres intervencions que es van fer en relació amb el càncer es va extreure una ràpida conclusió: els patrons de comunicació canviaven, esdevenien més limitats, com a conseqüència d'un sentiment de culpabilitat, a mesura que l'estadi era més avançat. Com en d'altres ciències o especialitats mèdiques, s'ha de reconèixer i destacar el paper pioner de personal no mèdic, com les infermeres i els treballadors socials que contribuïren a les observacions més precoces sobre la decisiva importància dels aspectes psicològics de l'atenció al pacient. També com a mitjà bàsic de la comprensió dels problemes emocionals dels pacients amb càncer. Els primers treballs i comunicacions científiques es van referir, per raons històriques, als problemes d'adaptació dels pacients tractats de manera exitosa amb cirurgia radical, i es van descriure de manera especial les respostes a la colostomia o a la mastectomia radical. Paral·lelament, als Estats Units, en la dècada dels 60 s'inicià un corrent de pensament que afirmava que podia ser més perniciosos per al malalt dir-li una mentida, amb la pèrdua de confiança posterior en el metge, que si se l'informava de manera directa. Els oncòlegs van començar així a canviar la seva pràctica diària en aquesta direcció i van comprovar que tant ells com els seus pacients se sentien més còmodes, podien ambdós treballar amb el mateix fi amb major facilitat, si evitaven enganys i mentides; s'esdevenia una major comunicació i una aliança terapèutica entre tots dos.

En els darrers trenta anys, el major coneixement dels no sanitaris sobre les malalties, el desenvolupament de les guies del consentiment informat i l'esmentat millor pronòstic final d'un considerable nombre de càncers han portat a una discussió més oberta sobre el diagnòstic, tractament i pronòstic del càncer.

Arribats a aquest punt, cal esmentar que la realitat d'una comunicació planera, en benefici d'una millor aliança terapèutica, com s'esdevé en l'exemple americà, no és de bon tros la que existeix a Europa, per exemple. Només cal consultar els treballs pioners en aquest sentit en el nostre país d'Estapé i Estapé. Tot i això existeix la tendència cap a una informació més complerta i oberta.

UN CANVI D'ACTITUD

A l'inici de la dècada dels 70, van ser decisius els treballs de Kubler-Rose —que van obtenir un ampli ressò públic i mèdic—, sobre la necessitat d'atenció de la dimensió psicològica dels pacients que morien pel càncer. Es denuncià que els metges evitaven ara parlar de la mort en igual mesura que anteriorment havien evitat parlar del diagnòstic del càncer. El moviment, que en un principi s'anomenà tanatològic, assenyala que la mort havia esdevingut un subjecte tabú en contraposició amb la salut com a bé absolut. S'encoratjava l'exploració de les actituds psicosocials cap a la mort, demanant de manera pregonna una millor comunicació amb el pacient en els estadis terminals de la malaltia. Com en tot nou corrent científic, a vegades potser se'n va fer un gra massa, ja que hi ha sentiments tan íntims que la persona escull guardar o oferir a qui creu convenient i que potser no cal anar a cercar, tot gratant massa, sense que t'hi convidin.

Però les necessitats d'intervenció psicològica no es van limitar a fases avançades de la malaltia, atès que podien també jugar un paper important en la prevenció, detecció precoç i acompliment del tractament del càncer, com van demostrar els epidemiòlegs en la importància dels hàbits en el desenvolupament d'alguns càncers. L'evidència que el càncer de pulmó es va associar amb fumar cigarrets, un hàbit adquirit, va cridar l'atenció sobre la necessitat d'estudis psicològics per promoure l'abstinència i l'abandó d'aquest hàbit, o en

l'actuació sobre d'altres possibles hàbits negatius per a la salut de la persona.

També d'altres variables psicològiques van ajudar a determinar quina era la millor manera d'encoratjar els individus cap a una detecció més precoç del càncer, un exemple del qual pot ésser l'autopalpació en la detecció precoç del càncer de mama.

Al mateix temps que els tractaments esdevenien més efectius, també esdevenien més llargs i durs i es necessitava un alt nivell de comunicació i acord amb el pacient per acomplir el tractament i assumir-ne els afectes secundaris. En conjunt, es perfilaven una sèrie de necessitats en el camp de l'oncologia que feien avinent un major estudi i recerca en els aspectes psicològics i socials. Per totes aquestes coses, l'atenció integral del pacient amb càncer ha d'incorporar avui l'atenció psicològica com una variable de considerable importància.

Hi ha també moltes maneres de dir la veritat. S'ha de saber qui tens al davant, qui t'escolta, i valorar també molt bé quin serà el grau de compromís professional o emocional que jugarà cadascú en el tractament del pacient.

A vegades, entre els especialistes, hi ha la conversa sobre el nivell d'informació que s'ha de donar al pacient, atès que, segons quin mot facis servir, segons sigui el nivell sociocultural del malalt, és com dictar-li una sentència. Els que en saben més, i també l'experiència pròpia, afirmen que va millor per a tothom si no existeix la mentida. La mentida s'ensuma i en un tractament oncològic cal que no s'utilitzi —ho hem dit però cal repetir-ho—, ja que genera desconfiança. D'altra banda, la veritat no és pas dictar pronòstics en mesos de vida. Hi ha un camí intermedi basat en el diàleg que el mateix pacient anirà marcant.

FRANCESC CASAS I DURAN (Barcelona, 1960) és doctor en Medicina i Cirurgia i especialista en oncologia radioteràpica a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. És autor, entre d'altres obres, de *Viure amb càncer. Un homenatge* (2000), llibre del qual ha adaptat alguns fragments per a aquest article. Darrerament ha publicat també *Endlegs, cuiners, amics: converses d'un gastrònom aficionat* (2003).