

LA DIAGNOSI DI CANCRO riflessioni

(...) in primis,
vige l'innato-acquisito principio attivo
di auto-determinazione
dell'lo-psyché di ogni essere umano.

Secondo i dati ufficiali dell'O.M.S., il cancro è una patologia considerata *grave* e in significativa *crescita in tutto il mondo*. In base ai dati statistici, è la *seconda causa di morte nel mondo*.

Al momento, poco meno di *dieci milioni di esseri umani*, ogni anno, muoiono di questa patologia.

Con circa quattrocentomila *nuove diagnosi di cancro*, emerge la tematica su *come dire al soggetto che ne è affetto che sta rischiando di non farcela, di morire*.

In base ai miei studi e ricerche sulla

Maieutica T.
(*thanatos-logica*),

emergono alcune indicazioni. La prima, fondamentale, è la seguente:

L'essere umano che, in conseguenza di molteplici cause, "crea" sul proprio lo-soma il cancro, è colui che ha il diritto-dovere inalienabile, assoluto, innato-acquisito, di essere informato, direttamente, per primo, da parte del medico oncologo che ha formulato la diagnosi (a cui peraltro si è rivolto per ottenerla). Senza l'autorizzazione specifica, esplicita e formale da parte del malato al medico, quest'ultimo non ha il diritto, né diretto né indiretto, di comunicare la diagnosi ai parenti stretti, agli amici e ad altri, prima di averlo fatto con il paziente. Sarà poi il paziente stesso a decidere, in piena auto-determinazione, chi informare o meno sul proprio stato. Senza preoccuparsi di essere in regola o meno con i protocolli e le leggi vigenti, la Maieutica T. non riconosce nessuna forma di bios-etica professionale al medico oncologo che, per qualunque motivo, riferisca tale diagnosi ad altri prima di averlo fatto con il paziente.

Al di là delle leggi vigenti e dei protocolli internazionali, praticando la maieutica T., ho constatato, direttamente, che in *molti casi (troppi)*, ad essere informati prima del diretto interessato sono stati i parenti stretti che, in taluni casi, per "*il bene del paziente*" a loro volta, non lo hanno informato della diagnosi e sui pericoli che stava correndo, assumendo così gravi responsabilità di violazione del diritto ad essere informato sulle questioni vitali che lo riguardano direttamente. In altri casi, ho seguito persone che *non sapevano proprio come comunicare questa notizia* al diretto interessato.

"Lo conosco bene, se gli dò una notizia del genere non la sopporterebbe"
-da verbalizzazione-

Questo modo di procedere, ancora relativamente molto diffuso in Italia, *dovrà essere posto in remissione*, soprattutto da parte dei medici oncologi che, chissà per quale loro motivo, ancora non si assumono la responsabilità di comunicare la diagnosi direttamente al paziente.

Approfondiamo.

Nel caso del paziente *informato (per primo) della diagnosi di cancro*, si evidenzia, talvolta, la difficoltà di come e quando comunicare ai parenti stretti questa sua condizione. In alcuni casi, ho partecipato-osservato che anche il solo dire a se stesso *“Ho un cancro”* risultava enormemente difficile. Ciò è comprensibile! Anche il *decidere di non comunicarlo*, rientra nel principio di auto-determinazione disponibile a ognuno. Lo stesso atto diviene proiettivamente aggressivo se a non comunicarlo è il medico stesso o il parente stretto.

Quanto esposto, evidenzia la proiezione, inequivocabile, dello stato personale di thanatos-fobia su altri.

Questi esseri umani potranno applicare su loro stessi quello che la loro auto-determinazione richiede.

Negli anni ho potuto ascoltare diverse razionalizzazioni-spiegazioni:

nel caso dei parenti informati e il paziente no:

1. *“Non voglio comunicarlo subito, vediamo come evolve la situazione”*
2. *“Non è ancora pronto/a a ricevere questa notizia”*
3. *“Non è pronto/a a gestire le sue reazioni, produrrebbe sconforto, rabbia, depressione”*
4. (...).

Nel caso del paziente informato e i parenti stretti no:

1. *“Non voglio comunicarlo subito, vediamo come evolve la situazione”*
2. *“Non sono ancora pronti a ricevere questa notizia”*
3. *“Non sono pronti a gestire le loro reazioni, produrrebbero sconforto, rabbia, depressione”*
4. (...).

Voglio comunicare che, in taluni casi, sia da parte degli informati che da parte del paziente, ho potuto ascoltare le stesse motivazioni (ne esistono molte altre...).

Praticando la *Maieutica T*, ho constatato che, per il malato, con-partecipare la diagnosi con altri, in qualche modo e in qualche misura, è una forma di abreazione, fa stare, psicologicamente, *lievemente meglio* e anche coloro che condividono ogni aspetto della sua vita (coniugi e conviventi, parenti stretti...), possono, in molti casi, agire come supporto emotivo e pratico.

Sto partecipando-osservando, inequivocabilmente, che esistono molte tipologie di comportamento, sia da parte dei medici che da parte del paziente, sia da parte dei parenti-conviventi. Per la Sigmasofia, l'unica regola, molto semplice, da seguire è la seguente: in primis,

vige l'innato-acquisito principio attivo di auto-determinazione dell'lo-psyché di ogni essere umano.

Detto questo, quando il paziente, in piena auto-determinazione, si rivolge al medico oncologo, *che accetta di assumerlo in carico*, tra i due viene a stabilirsi, di fatto, una forma di contratto, di conseguenza, ogni verifica, ogni accertamento, ogni comunicazione, *dovrà avvenire tra loro*: per quanto riguarda la diagnosi, la terapia, la prognosi.

Affermo questo, perché in molti dei casi da me seguiti (anche attuali), *a conoscere la diagnosi completa di cancro* erano, incredibilmente, i soli parenti strettissimi che, almeno in tre specifici casi

non hanno comunicato nulla fino al punto morte, in stato di inconsapevolezza, del loro congiunto.

Si tratta di una delle *sintomatologie della thanatosfobia*, di cui sono affetti (in modo non curato) purtroppo anche quei medici (relativamente pochi) che non assolvono al loro diritto-dovere di *informare esclusivamente il paziente sul suo stato di salute*. Processo aggravato

dalla condizione intensa thanatosfobica parossistica di molti parenti conviventi che fanno inopportune pressioni in tal senso.

Si tratta di questioni complesse e *ai fini della conoscenza vissuta di se stessi*, suggerisco al ricercatore in Sigmasofia, di non coinvolgere il parente stretto, il coniuge a partecipare alle visite, al percorso diagnostico (ove possibile); al supporto emotivo e pratico si penserà successivamente.

Ho seguito ricercatori che riferivano:

“Non voglio essere di peso”;

“Non voglio essere compatito da nessuno”;

“Se gli comunico questa mia patologia mi lascia” (...).

Ebbene, se si è in un reale percorso di formazione vissuta a se stessi, pur riconoscendo che sono *tutte frasi umanamente comprensibili*, il ricercatore dovrà assumere di porre in remissione tale proiezione, in quanto non ha nessuna possibilità di reale conoscenza: significa che quella persona non ha saputo auto-organizzarsi nell'essere *complemento di se stesso* (anche di fronte alla produzione del punto morte!) e che la strada da percorrere, per raggiungerne la trascendenza, è ancora in essere.

In ultima partecipazione-osservazione, *un percorso di cura non lo si affronta insieme*, in quanto sia la patologia che la cura si svolgono, per intero, ed esclusivamente nell'io-soma in cui si evidenziano, il resto è soltanto *solidarietà, altruismo* (...) che può, in qualche modo, *aiutare e a lenire* (...), *ma se qualcosa deve accadere accadrà nel soggetto che la esprime*.

Ho potuto altresì constatare che esistono troppe proiezioni da parte di fratelli, sorelle, figli, genitori, nipoti (...): ognuno, afferma conoscenze, più o meno evolute, della propria thanatosfobia, ma, di fatto, distrae il paziente dalla sua auto-determinazione.

Per questo motivo, suggerisco al ricercatore eventualmente affetto da cancro, di evidenziare, se lo riterrà opportuno, una *comunicazione essenziale*, che indichi il tipo di *eventuale sostegno concreto* di cui ritiene di avere bisogno.

Da parte di parenti amici, è possibile rilevare che alcune frasi, parole (stereotipate) che rivolgono al paziente affetto da cancro sono inutili. Iniziamo dal famoso,

“Come stai?”

che utilizziamo tutti noi!

Vediamo perché questa domanda è *inefficace, inutile*. Il paziente sta vivendo su se stesso gli *effetti del cancro*. Dentro di sé sta già rispondendo, nei modi più disparati (diversi per ognuno), a tale patologia, *potenzialmente mortale*. Ma, anche la persona che chiede “*come stai*”, in riferimento al cancro, ha dentro di sé le proprie reazioni thanatos-fobiche in circolo, che di solito, implicitamente, interpretano che, *evidenziare un cancro non può far stare bene*, di conseguenza, chiedere “*come stai*” è *come ricordargli quello che ha*, e che, ovviamente, sa già di avere (il malato lo ricorda centinaia di volte al giorno -da testimonianze-). Voglio significare che si tratta di una *domanda animata dalle migliori intenzioni (forse)* ma è *retorica*. Spiego ulteriormente. Si formula una domanda che, in realtà e di fatto, non *rappresenta una vera e sentita richiesta di informazioni*, in quanto chi la pone conosce già la risposta. In questo quadro patologico, taluni mi hanno specificato che, chiedendo, vorrebbero sapere *eventuali segnali di miglioramento*. In ogni caso, ogni volta che mi hanno consentito di approfondire l'analisi, è emerso che stavano *proiettando la propria ansia*, in quanto il cancro *suscitava in loro stessi, la paura di morire*: questo non è *efficace, non è utile, né alla conoscenza, né al quadro clinico*.

In altri casi, ho verificato la *proiezione dell'ottimismo*:

“Non ti preoccupare”;

“Tutto andrà bene vedrai”;

“Affronteremo insieme questa battaglia”.

E così via.

Analizzo.

Non avendo la TAC, la RM incorporata che misura l'andamento della situazione (ammesso che queste macchine lo facciano), i soggetti che *proiettano tali frasi* non possono sapere quale sarà *l'esito del cancro*. Voglio significare che, in realtà, non si sa se le cose andranno bene o male, considerati i dati statistici dell'O.M.S., di solito *tale patologia tende a peggiorare* e non è rigorosamente vero che si *combatterà insieme la battaglia*, in quanto la *neoplasia è nel corpo di chi la esprime e lì svolgerà il suo decorso* (anche se siamo in un universo entangled). Di fatto, si può *indurre un sottile senso di colpa*, in quanto se il decorso della patologia dovesse degenerare, in alcuni casi, ho verificato che alcuni ricercatori hanno espresso il *senso di colpa per non aver fatto abbastanza, per far andare bene la situazione*. In ogni caso, perché proiettare pseudo valutazioni senza dati attendibili e verificati? La *proiezione di ottimismo* è divenuta *devastante* in due casi di ricercatori che, pur avendo fatto sforzi inenarrabili, i più strenui, per porre in remissione il loro tumore, non ci sono riusciti.

Inoltre, c'è da tenere presente che chi è affetto da tumore sta affrontando il tema che *la sua vita potrebbe terminare velocemente* e che, anche in caso di sopravvivenza alla patologia, in lui/lei potrebbero esserci cambiamenti radicali nel modo di vivere. Ovviamente, la mia intenzione *non vuole essere soltanto una critica a quelle domande*, ma un'indicazione a parenti e amici che *non sanno proprio cosa dire, non sanno proprio cosa fare in simili circostanze*, che *l'ottimismo proiettivo* molto spesso è soltanto una sorta di "esorcismo" più per loro stessi che per la persona affetta da cancro.

Nella Maieutica T (thanatosologica) la via fondamentale che si segue è appunto quella della maieutica:

1. *se esplicitamente richiesto*, si dovrà cercare di essere pronti ad *ascoltare integralmente e senza critica quello che il ricercatore affetto da cancro assume di voler dire*.
2. *Se esplicitamente richiesto*, si potrà tentare di creare la condizione affinché si possano partecipare-osservare, direttamente, le cause (stile di vita) che potrebbero aver contribuito all'insorgenza della malattia e, una volta riconosciute, insieme direzionarsi verso il riconoscimento dell'azione correttrice (ovviamente, non mi riferisco ai protocolli medici internazionali che spettano all'oncologo).
3. *Se esplicitamente richiesto*, costruire insieme lo stile di vita da adottare che potrebbe correggere quello *ritenuto erroneo dal ricercatore stesso* (e non da chi lo ascolta) ad esempio, *fumava -causa-, stile di vita elaborato, -smettere di fumare-*, e così via. Ovviamente ogni azione correttrice potrà essere con-partecipata con il medico-oncologo.
4. Un altro olos-direzionamento è quello di *non suggerire mai trattamenti di cura* che riguardino i protocolli scientifici.
5. Non fingere l'empatia e l'immedesimazione con frasi del tipo *"lo so come ti senti"*, in quanto soltanto il ricercatore sa (forse) come si sente e cosa sta passando.
6. I casi di tumore simili a quello del paziente non sono mai lo stesso tumore (non esistono due tumori simili), ognuno ha cause e decorso differente, quindi è preferibile non segnalare, né gli esiti positivi né negativi di altri casi conosciuti
7. Lasciate che sia il ricercatore stesso a dire frasi del tipo:
"Almeno con la chemio ho perso quei chili di troppo che avevo"
(da verbalizzazione)
8. Anche della *prognosi* è utile che sia l'interessato a parlarne (se lo ritiene opportuno), ai fini della maieutica T e della conoscenza, *non è di interesse del Maieuta farlo*.

Far sentire con efficacia la propria presenza e vicinanza non richiede di parlarne. Uno dei modi è aiutare il ricercatore in ciò a cui non può tecnicamente adempiere e riguardante i metabisogni fondamentali.

segue