

“Un interdetto è uno che non capisce niente”

Dignità della persona ed inferenza dell'operatore nelle valutazioni psichiatriche forensi

Alberto Passerini



Introduzione

Nei due casi che vengono presi in considerazione, in modi diversi, c'è un intreccio variamente combinato tra il “guasto” del cervello e il funzionamento psichico: la perdita del valore etico e della dignità della persona entrano in gioco là dove l'operatore confonde il malato con la malattia selezionando, volontariamente o involontariamente, i dati che raccoglie. Si viene a creare così una loro interpretazione “pilotata” per affermare un costrutto che si è formato in anticipo nella mente dell'operatore anziché arrivarci per deduzione.

Primo caso clinico

“Un interdetto è uno che non capisce niente” è la frase pronunciata da Giovanna [si tratta dello stesso caso clinico dello scritto: De Palma M., *La valutazione neuropsicologica tra valore della persona e rilievi clinici in campo giuridico*], una donna di 84 anni affetta da Demenza Vascolare di Media Gravità, per la quale fu chiesto il pronunciamento dell'Interdizione malgrado essa fosse consapevole e rifiutasse come un'onta tale provvedimento. E nonostante ci fossero documentate “capacità residue” nel far di conto, nell'orientamento, nella socialità, nella cura di sé, nell'occuparsi degli altri. In altre parole, malgrado conservasse un certo grado di autodeterminazione.

La motivazione all'Interdizione da parte della Consulenza Psichiatrica ordinata dal Tribu-

nale, in sostanza fu che, anche laddove questo provvedimento avrebbe potuto essere sostituito da un'Amministrazione di Sostegno, l'Interdizione avrebbe comunque avuto un senso “preventivo” poiché, nel futuro, la paziente non avrebbe potuto fare altro che aggravarsi.

In realtà, nei quasi due anni successivi alla prima valutazione peritale, la paziente non si aggravò anzi, una volta risomministrata la batteria testale, mostrò un leggero miglioramento; e questo nonostante le condizioni ai limiti del maltrattamento in cui viveva.

Alla fine delle perizie il Giudice si pronunciò contro l'Interdizione, recependo le motivazioni della Consulenza di Parte e quelle dell'Amministratore provvisorio, che era stato nominato in attesa dell'esito del procedimento. Le ragioni a sostegno di questa decisione si possono così sintetizzare:

- tutelare il soggetto negli “interessi personali”, nei quali la paziente aveva un certo grado di autosufficienza, oltre che in quelli “patrimoniali”, richiesti da due dei tre figli;
- applicare la tutela che comportasse “la minore limitazione possibile” della “persona priva in toto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana” (la paziente aveva capacità residue);
- salvaguardare quindi la possibilità di autodeterminazione del soggetto evitando una “morte civile”, contraria al principio stesso di tutela, in quanto il provvedimento avrebbe danneggiato l'inte-

Psichiatra,
Consulente
Tribunale
Ecclesiastico,
SISPI – Scuola
Internazionale di
Specializzazione
con la Procedura
Immaginativa,
Roma.

ressata nella parte sana in virtù di quella malata, senza sensibili vantaggi.

E proprio quest'ultimo è il punto che ci interessa: non confondere la parte malata con la totalità della Persona, non ridurre la Persona alla Patologia da cui è affetta. Quindi tenere conto dell'aspetto etico del Valore della Persona Umana. Una visione che considera la Legge al servizio della persona e del vivere sociale e non una sovrastruttura che incombe reprimendo le istanze positive.

Per inciso, la richiesta di Interdizione era stata promossa da due dei figli contro la terza, per motivi dichiarati di carattere economico e, verosimilmente, di conflittualità interpersonale. Interesse che fu ben evidenziato dall'Amministratore provvisorio ed ebbe eco nel Giudice. Riguardo alla Consulenza Tecnica d'Ufficio, che rimase l'unica a difendere l'ipotesi dell'Interdizione fino alla fine, esiste ampia letteratura sul grado di attendibilità e di validità della diagnosi psichiatrica proprio in virtù dell'inferenza dell'esaminatore. Questi può arrivare a "pilotare" la diagnosi anche senza rendersene conto se si focalizza troppo sull'oggettivazione dei sintomi confondendo, come a nostro avviso è avvenuto in questo caso, il malato con la malattia e facendo così venire meno il valore della persona nella sua globalità.

Secondo caso clinico

Gugliemina, 74 anni, docente di scuole superiori in pensione, ereditiera di una grande fortuna dopo la morte del marito; un unico figlio, dalla scarsa riuscita lavorativa, personale e sociale, che si era messo in cattive frequentazioni soprattutto per la sua attività lavorativa e pare che avesse contratto debiti ed obblighi di riconoscenza in cambio di investimenti sbagliati e favori ricevuti. Egli, dopo la morte del padre, chiese alla madre sostegno economico e Gugliemina si lasciò

convincere ad intestargli la maggior parte dell'eredità, tenendo per sé solo una delle proprietà ed una delimitata somma di denaro per far fronte autonomamente alla vita futura, all'interno della quale c'era la gestione di una pregressa malattia oncologica.

A questo punto, il figlio iniziò a produrre certificati medici, palesemente incompetenti se non addirittura compiacenti o falsi, alquanto

singolari per forma, contenuto e modalità di esecuzione, che miravano ad attestare uno stato mentale alterato della madre, nella capacità di intendere e di volere. Partì un procedimento volto a dimostrare l'infermità mentale di Gugliemina con la speranza,

da parte del figlio, di avere mano libera su quanto lei ancora possedeva. Una prima istanza venne accolta dal Tribunale, attraverso la diagnosi di un "Disturbo Delirante di tipo Psicotico".

È interessante osservare il processo induttivo che fece lo Psichiatra, a partire dalla raccolta dei sintomi:

- malgrado il rilievo di assenza di "contenuti di pensiero assurdi" (Consulenza Tecnica d'Ufficio), i seguenti sintomi vennero considerati elementi indiretti di un ipotetico "delirio verosimile": la reticenza, la diffidenza, l'evasività e "l'illogicità" di un agito economico che portò Gugliemina a donare una certa somma a sconosciuti; operazione peraltro avvenuta tramite un legale di fiducia ma i cui estremi erano volutamente tenuti secretati; il Consulente d'Ufficio fece una dettagliata disamina psichiatrica per poter sostenere la diagnosi con il fatto che a volte il delirio viene mascherato da reticenza o strategie di comportamento intelligente; quanto affermò era plausibile ma, non per questo, necessariamente veritiero come vedremo in seguito;
- il Consulente d'Ufficio ignorò la capacità della Signora di prendersi cura di sé, nella quotidianità ma ancor più evidente nelle gestione della malattia oncologica,

riguardo alla quale ancora una volta la riservatezza venne scambiata o meglio interpretata come reticenza;

- ignorò che esistono disturbi come quelli “schizotipici” in cui una sintomatologia apparentemente psicotica è invece l’espressione di un ben meno grave stato nevrotico;
- per sostenere la diagnosi fatta, dovette poi ignorare ben due batterie testali, somministrate nell’arco di un anno, che escludevano una Psicosi;
- interpretò come segni di uno stato delirante: “le modalità di realizzazione del mandato testamentario”, su cui torneremo, ed etichettò come “delirio mistico” una fervida partecipazione alla vita religiosa caratterizzata da una specifica devozione e da frequentazione di luoghi e gruppi peculiari;
- non valutò altre funzioni, che dovrebbero essere interessate da uno stato psicotico, come ad esempio, la memoria, il decadimento intellettuale, l’evolutivezza del quadro clinico (stabile negli ultimi quattro anni) ed altro ancora.

Ma come si spiega allora che una valutazione condotta comunque con perizia possa scambiare dei sintomi per psicotici quando non lo sono anche se possono somigliare? E come evitare le conseguenze di un tale errore, che portano a violare la dignità della persona attraverso un etichettamento, un misconoscimento del suo valore personale e sociale, una alienazione dai suoi beni e dalla facoltà di gestirli?

La risposta sta nel metodo e nell’epistemologia di riferimento¹. Con un ulteriore approfondimento diagnostico, basato su un atteggiamento empatico e deduttivo in luogo di quello oggettivante ed induttivo si scoprì che la donazione apparentemente “prodiga” era stata l’esecuzione delle ultime volontà del marito che in punto di morte confessò di avere un figlio illegittimo al quale erano destinati quei soldi. E il marito, prima di morire, l’aveva vincolata al segreto; perciò il figlio legittimo non sapeva nulla ed aveva pensato che la madre fosse improvvisamente diventata “prodiga” ed andasse protetta

da sé stessa. Da un’ulteriore batteria testale emerse “una impulsività... uno scadimento della capacità critica e di esame della realtà compatibile con meccanismi di razionalizzazione inadeguati...” causati da un’intensa reattività ad eventi esistenziali come la morte del marito o le questioni economiche con il figlio, però in una “struttura nevrotica di personalità... ben dotata sul piano cognitivo ed affettivo... intelligenza nella media... assenza di decadimento intellettuale... ottimo rendimento della memoria a breve e medio termine”. Terza evidenza questa, dopo le due batterie testali citate, di assenza di psicosi in base ad un livello di indagine nella profondità della coscienza.

Conclusioni

Nel primo caso presentato la *mente neuronale*, per usare una definizione di Bruno Callieri, ha causato un guasto nel cervello, la demenza, che ha in parte prevalso sul funzionamento psichico; in questi casi, in una prospettiva olistica, attraverso la clinica ed i tests, si tratta di andare a valutare le *capacità residue* della mente e la *resilienza del soggetto*. Nel secondo caso viene invocato un guasto psichico, il delirio, che comprometterebbe gravemente la capacità di intendere e di volere, la libertà di scelta e di autodeterminazione. In entrambe le situazioni, la ricerca dei sintomi, dei fenomeni, processo che va dalla mente razionale dello psichiatra al paziente, porta a formarsi nella mente dell’operatore delle ipotesi progressivamente più delineate sulla natura del problema e sulle sue conseguenze sul pensare, sul sentire e sull’agire del soggetto. Questa elaborazione giunge ad una diagnosi, a una definizione, a partire dalla quale vengono fatte derivare delle conseguenze induttive poiché si rimane “abbagliati” dalla malattia anziché considerare il malato.

Qui sta il punto critico: una volta che il percepito fenomenico, da parte dell’operatore, diviene una “coscienza di validità obbiettiva”, il paziente diventa “oggetto” di questa consapevolezza e facilmente si scivola nell’errore di attribuire certezza ad una parte per il tutto.

È un fenomeno percettivo e di pensiero, fisiologico quando non è eccedente, codificato nello studio che abbiamo sviluppato attraverso il metodo psicodinamico dell'Esperienza Immaginativa², sull'esteriorizzazione dei processi del pensiero pre-logico³ (Toller, Passerini 2007). Si definisce "adualismo" e si basa su una confusione segno-significato, per esempio "immagino una mano" (segno) ma poi scopro che c'è attaccato l'intero corpo (significato); la relazione che si sviluppa, in base a questo processo di pensiero, manca di reciprocità.

Come rimediare a questa distorsione del processo diagnostico? Secondo la nostra esperienza: privilegiando il metodo deduttivo, che va dal paziente all'esaminatore, che privilegia l'empatia rispetto alla mente razionale che osserva e cataloga, che correla il sintomo con la struttura di base della personalità, che non "fotografa" isolatamente un momento della vita del paziente ma tiene conto della globalità e della evoluzione temporale osservata (non quella indotta). In altre parole ponendoci in una *circolarità* con il paziente.

La "scienza" che studia la mente è una scienza "soggettiva" ma quando, soprattutto in psichiatria, si cerca di renderla oggettiva cioè

"esatta"⁴ fa un'operazione che può essere sì nelle attese, per esempio, di un quesito peritale ma paga il prezzo di un riduzionismo che va contro il concetto di Persona. Il nesso di causalità, in psicopatologia, non va visto in una gerarchia unifattoriale ed il "guasto" non va valutato in sé ma in una rete di concause multifattoriali, in cui è più importante osservare la relazione tra le parti che non il prevalere di una parte sull'altra. Ma per fare questo occorre riferirsi ad un'epistemologia che non sia ermeneutica bensì bio-psico-sociale che vede l'essere umano come essenzialmente libero e volto alla trascendenza.

NOTE

¹ Cf. B. CALLIERI, "La fenomenologia antropologica dell'incontro: il noi tra l'homo-natura e l'homo-cultura", in: C.L. CAZZULLO – C. SINI (a cura di) *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*, Masson, Milano 1984.

² Cf. A. PASSERINI (a cura di) *Immaginario: cura e creatività*, Alpes, Roma 2009.

³ Cf. G. TOLLER – A. PASSERINI, *Psicoterapia con la Procedura Immaginativa*, Armando, Roma 2007.

⁴ Cf. A. ALES BELLO – P. MANGANARO, ... e la coscienza?, Laterza, Bari 2012.