

Problematiche bioetiche nell'assistenza psichiatrica

Gianfranco Buffardi



Medico Psichiatra,
Psicologo,
Laureato Filosofia,
Dottorato in
Bioetica, Presidente
Istituto di Scienze
Umane ed
Esistenziale, Napoli

Introduzione¹

Essere ammalati è una condizione speciale di disagio a cui, oggi, vengono riconosciuti ampi diritti: tra tutti il diritto alla cura, affinché il malessere venga estirpato o la sofferenza alleviata e minimizzata. Chiunque soffre di una malattia tende a far valere questo diritto. Ma chi soffre di problemi psichici è nella medesima condizione? Riconosce il suo essere ammalato e sa di avere dei diritti per questo suo stato esistenziale? E quali diritti hanno i familiari, i congiunti, i coabitanti e la società tutta affinché la malattia da cui è affetta questa persona non ricada in qualche modo sulla loro esistenza? E ancora, quali limiti hanno i curanti, i familiari, la società nei confronti di quei singoli che essi ritengono affetti da quel tipo malattia? La complessa e parziale risposta a queste domande è la cifra che marca la differenza tra una bioetica orientata alla pratica medica in generale ed una bioetica della cura in psichiatria: chiunque intervenga come professionista nell'ambito della cura dei disturbi psichiatrici o anche, chiunque abbia competenza ad intervenire e decida di non intervenire, determina una ricaduta significativa sull'esistenza, la qualità di vita, gli stessi aspetti biofisici della vita del singolo malato e delle persone a lui prossime.

A seguito della riflessione sui diritti dell'uomo, apertasi in campo internazionale nell'immediato dopoguerra per rispondere all'orrore dei crimini nazisti, riflessione che possiamo porre come presupposto fondamentale alla nascita dell'idea della bioetica, gli ultimi anni del XX secolo hanno visto proliferare iniziative, dichiarazioni, strumenti

legislativi in favore dei diritti delle persone affette da problemi di salute mentale.

Questo lavoro è incentrato su alcuni aspetti dell'assistenza psichiatrica che necessitano di un'ulteriore riflessione bioetica, in quanto ancor oggi sono poche le risposte agli interrogativi bioetici posti dalla cura della malattia mentale: interrogativi che nascono prevalentemente dalle difficoltà di scelta operativa che noi psichiatri affrontiamo ogni giorno.

In estrema sintesi, gli argomenti a favore di una diversa valutazione dell'esperienza di malattia mentale e della sofferenza dei singoli, sono letti attraverso dichiarazioni universali, affermazioni dai codici deontologici e dalle determinazioni di organizzazioni intergovernative, scientifiche, professionali e filantropiche, che possiamo così riassumere:

- il richiamo alla centralità della persona,
- il richiamo ai diritti umani anche per il sofferente psichico,
- il problema del limite tra normalità e patologia,
- il diritto all'assistenza,
- il diritto all'integrazione e la critica all'emarginazione.

Oltre i temi generali, presenti nei testi delle dichiarazioni degli organismi intergovernativi, altri temi propri della letteratura bioetica psichiatrica dal 1970 ad oggi richiamano il problema del consenso informato, particolarmente della cura farmacologica delle malattie psichiatriche e, specificamente delle reazioni avverse dei farmaci, di alcune conseguenze di trattamenti particolari, come l'elettroshock-terapia o di trattamenti, oggi sempre più rari, quali quelli stereotassici, così come delle conseguenze a

lungo termine delle terapie in cronico. Ma l'esperienza quotidiana con le persone che soffrono di una malattia mentale, con i loro congiunti, con il tessuto sociale con cui si confrontano, con le istituzioni, tra cui lo stesso sistema sanitario nazionale, ci impone altri quesiti, che tratterò ora brevemente, introducendoli, a volte, con brevi casi clinici.

I confini della psichiatria

«Il problema etico della diagnosi ha a che fare con il suo potenziale di abuso» (Walter Reich, 1980).

Un uomo minaccia di suicidarsi lanciandosi dal terzo piano di un condominio perché non riceve gli aiuti economici di cui ritiene di essere in diritto; la sua richiesta non è lucida e presenta qualche incoerenza, l'uomo è noto per essere spesso ubriaco. Viene chiamata d'urgenza l'équipe della salute mentale.

Quale è il limite dell'intervento della psichiatria?

Il problema dei confini della psichiatria si intreccia, senza possibilità di districarsi, con la sua storia, con l'avvicinarsi delle condizioni esistenziali e delle novità politiche e sociali, con l'invadenza indiscreta dei mass media, con il costante incremento di coloro che si sottopongono a cure mediche, e tutto, nel lavoro quotidiano della psichiatria, lo conferma.

La storia citata richiama un problema generale di diagnosi, vale a dire se l'uomo sia da considerarsi affetto da una malattia mentale o meno, e pone diversi interrogativi sui "confini" della psichiatria e sui limiti dell'intervento degli operatori della salute mentale, tra cui quali siano le variabili comportamentali e le ricadute "etiche" che nascono dall'applicazione di diversi metodi di valutazione in psichiatria.

La prima variabile fondamentale è *riconoscere una persona affetta o meno da malattia mentale*: il nostro uomo è affetto da malattia mentale? Su quali basi affermeremmo la sua patologia psichica? Certamente il comportamento

esperito è "al di sopra delle righe": lo psichiatra deve intervenire riconoscendo, valutando e soppesando la malattia, la diagnosi, la terapia e la cura; metaforizzando da termini commerciali, utilizzo il termine "pesa" (in inglese *weighing*, lett. pesatura) per dare un sol nome a questo complesso processo e ne individuo le conseguenze:

- *Pesa della malattia*: confermare con la nostra diagnosi i motivi che stigmatizzano l'uomo come "malato", ampliando il solco tra lui ed i compaesani che lo rifiutano;

- *Pesa della diagnosi*: la scelta di una diagnosi di stato di malattia piuttosto che di cattiva risposta adattativa comporterebbe delle possibili difficoltà familiari, l'uomo comincerebbe a sentirsi meno sicuro nel suo ruolo sociale ponendolo a rischio, stavolta sì, di una vera e propria patologia mentale;

- *Pesa della terapia*: l'orientamento terapeutico conseguente alla diagnosi aprirebbe procedure che potrebbero risultare incongrue con la condizione esistenziale del singolo: necessità di ricovero coatto, allontanamento da un nucleo familiare o sociale, terapie farmacologiche complesse, necessità di controlli clinici continuativi, indispensabilità alle consulenze presso le strutture mediche ecc.;

- *Pesa della cura*: in ultimo, non per importanza, la prospettiva di un più o meno lungo progetto di cura, con possibile integrazione socio-sanitaria anche in condizioni esistenziali non adeguate alle necessità della persona e dei suoi familiari.

Con la seconda variabile ritorniamo al concetto dei confini dell'intervento che anticipavo poc'anzi; potremmo definire questa seconda variabile come la *scelta della modalità e intensità dell'intervento* medico: un intervento che prenda in considerazione solo la risoluzione dell'eventuale crisi ha conseguenze ben diverse da un intervento che coinvolga più figure professionali.

A questo punto l'intervento sarà caratterizzato da:

- maggiore o minore *integrazione* di competenze professionali,
- maggiore o minore *dirigismo terapeutico*,
- maggiore o minore *medicalizzazione*,

- maggiore o minore “*protezione*” del singolo e dei conviventi,
- maggiore o minore attenzione alla *sicurezza sociale*,
- *intervento puntiforme* o, via via, più complesso sino alla completa presa in carico ecc. Ognuna di queste variazioni può determinare differenze di comportamento dei curanti e causare marcate conseguenze esistenziali che si ripercuotono sulla vita del singolo o dei conviventi. Del resto l’orientamento generale di considerare sempre una crisi come conseguenza di una malattia psichica piuttosto che un problema di difficoltà sociale ripropone il problema dei confini della psichiatria, che si riflettono in affermazioni come le seguenti:

- a) ogni comportamento che esuli dall’ordinario è da sottoporre a valutazione psichiatrica;
- b) azioni autoaggressive sono sempre dettate da patologia mentale;
- c) il rischio suicidario si riduce con la degenza clinica del soggetto;
- d) l’intervento degli operatori della salute mentale è sempre richiesto nelle situazioni di disagio sociale;
- e) se una persona che delinque è affetta da turbe mentali, di qualsiasi tipo esse siano, è primario l’intervento degli operatori della salute mentale.

Su questi punti è il caso di spendere qualche altra parola di riflessione.

Punto a: per considerare un comportamento non ordinario come patologico dovremmo prima di tutto valutare quale comportamento sia ordinario, quale sia il limite della normalità comportamentale. Forse questo limite non includerebbe molte performance artistiche, alcune “gradassate” politiche, il continuo importunare di giornalisti e cronisti, alcuni atteggiamenti naturalistici e l’elenco potrebbe allungarsi a dismisura. Nessun confine può essere certamente adottato tra un comportamento normale ed uno patologico: dobbiamo utilizzare, almeno per ora, solo il “buon senso”.

Punto b: il suicidio è una forma di patologia mentale? Dovremmo considerare “malati mentali” anche coloro che hanno deciso di

togliersi la vita per un estremo gesto d’onore? Il suicidio degli stoici dell’antichità, il suicidio dei militari per sottrarsi al nemico, il suicidio dell’eroe che si sacrifica per salvare la vita degli altri sono tutte forme di patologia mentale? Il suicidio “assistito” di chi, in fase terminale, decide volontariamente di porre fine alle sue sofferenze è follia?

Punto c: non vi sono statistiche significative che indichino con certezza che il rischio suicidario si riduca con ricoveri coatti o altri interventi analoghi.

Punto d: l’intervento degli operatori della salute mentale in situazioni di disagio sociale può incidere anche negativamente: si pensi a quanto prima ho esposto sul concetto di “pesatura della diagnosi” e su quanto sia implicita questa condizione nel momento in cui sia sancito un intervento della salute mentale anche a solo scopo cautelare. Il disagio sociale, spesso, si accompagna a stigma, un incongruo approccio con operatori della salute mentale può incrementare lo stigma interno ed esterno.

Punto e: delirare e delinquere non sono azioni che si escludano a vicenda!

Psichiatria quale branca medica

«Ciò che è psichico, in quanto tale, deve essere studiato autonomamente, e non riconosce alcuna ragione di confronto con ciò che è somatico. Né i fatti psichici possono essere tradotti in fatti anatomici: non c’è un solo processo cerebrale a cui sia legato, in un manifestarsi immediato e parallelo, un processo psichico» (Kurt Schneider, 1960).

Un avvocato di 55 anni è seguito per lungo tempo per un disturbo reattivo con umore depresso; le terapie antidepressive, inizialmente efficaci, perdono la loro capacità terapeutica nel tempo. Dopo alcuni anni si evidenzia una patologia demenziale, tipo Alzheimer: pur valutato, i medici curanti non hanno potuto accertare che la sintomatologia depressiva fosse una prima manifestazione della malattia degenerativa.

La psichiatria è una branca medica, lo psichiatra ha competenze mediche, le sue conoscenze devono essere tali da consentirgli di porre una corretta diagnosi differenziale tra le ipotesi diagnostiche psichiatriche e possibili malattie ad eziologia diversa da quella psichica.

Eppure l'opinione comune, purtroppo anche a molti psichiatri, è che la psichiatria sia branca specialistica altra dalle branche mediche.

Quali siano i motivi di questa singolarità è estremamente difficile comprenderlo.

Anche in quest'ottica dobbiamo parlare di "confini"; stavolta di confini interni alla medicina, altri dal confine con il sociale del capitolo precedente.

Il confine più importante che la psichiatria ha dovuto tracciare nel tempo è quello con la neurologia. «Se si pensa, del resto, che le due cliniche si riferiscono a materie che studiano l'una il cervello, luogo della psiche, l'altra la mente, luogo del voòs non si può immaginare di eludere la complessità...»

Le maggiori implicazioni bioetiche nascono, però, dalla tendenza opposta, quella di escludere "a priori" qualsiasi indagine che possa valutare un'eziologia diversa da quella psichiatrica.

La scelta di avviare un'indagine più accurata per escludere la concomitante presenza di disturbi di altra competenza medica risponderebbe pienamente ad un criterio di prudenza e dovrebbe sempre essere auspicata, particolarmente quando le indagini non fossero tali da implicare un nocumento per il paziente; nella valutazione iniziale due aspetti possono farci recedere da questa scelta: i costi eccessivi di indagini forse pleonastiche, ed il tempo che le indagini richiedono, soprattutto quando eventuali terapie

psichiatriche siano da posticipare al raggiungimento del risultato delle indagini stesse, in quanto possibili elementi di alterazione di tale risultato.

A queste valutazioni, sicuramente consone ad una "buona pratica", si aggiungono quelle "ideologiche" o quelle legate a scelte di rigidi modelli di riferimento psicologici o neuro fisiopatologici.

Sintetizzo col termine *medicalizzazione* la valutazione medico clinica e coniugo nel seguente modo i diversi approcci che comunemente hanno i professionisti della salute

mentale in merito a questo tema:

· *L'antimedicalizzazione*, l'antipsichiatria, il riabilitatore psichiatrico sociopolitico; i problemi psichiatrici sono problemi sociali ed economici, anche la psichiatria clinica è bandita.

· *La medicalizzazione assente o scarsa*, ovvero gli aspetti psicologici soprattutto. Lo psichiatra esclude pregiudizialmente la ricerca di cause mediche della sintomatologia; di questo

approccio ne riscontriamo almeno due forme:

- lo psichiatra che ritiene che eventuali problemi d'organo siano dipendenti da quelli psichici;

- lo psichiatra che demanda ad altri le valutazioni cliniche non psichiatriche.

· *La medicalizzazione parziale e mediata*. Lo psichiatra propone uno screening accertativo o un consulto con un altro medico non sulla scorta di un effettivo sospetto, ma per semplice routine, con due modalità:

- lo psichiatra adotta screening preconfezionati, da linee guida o da protocolli organizzati da altri;

- lo psichiatra adotta un suo protocollo generale, molto aspecifico, che utilizza come procedura standard.

La psichiatria è una branca medica, lo psichiatra ha competenze mediche, le sue conoscenze devono essere tali da consentirgli di porre una corretta diagnosi differenziale tra le ipotesi diagnostiche psichiatriche e possibili malattie ad eziologia diversa da quella psichica

· *La medicalizzazione ragionata*. Lo psichiatra individua un “percorso virtuoso” per escludere possibili cause organiche della sintomatologia psichica; in questo caso possiamo trovarci di fronte a diversi atteggiamenti comportamentali, legati alla modalità di proposta degli esami clinici: conciliante, possibilista, informata, minimizzante ecc.

· *L'ipermedicalizzazione*. Propria degli psichiatri che hanno da sempre cercato una “*causa palpabile*” delle malattie mentali, dallo schizococco in epoca pregenetica, allo schizogene dei più recenti sviluppi, ma anche degli psichiatri che ricercano sempre l'alterazione metabolica sub-confusiva, l'atrofia corticale, la zona cerebrale scarsamente attiva alla P.E.T.

Ad una valutazione dei presupposti epistemologici di questi “atteggiamenti”, si evidenzia il problema generale della maggiore o minore propensione al determinismo, nel senso che l'atteggiamento che privilegia un alto ricorso alle spiegazioni scientifiche e “mediche” del problema psichiatrico si coniuga con una maggiore tendenza al determinismo ed allo scientismo.

Di questi atteggiamenti che ho qui descritto il più prudente mi sembra quello della medicalizzazione ragionata: anche in questo caso la modalità con cui il professionista invita il paziente a progredire negli esami clinici è fondamentale per preservare la cura del singolo, prevenire momenti di difficoltà ed incomprensioni tra il curante ed il curato, migliorare la qualità della relazione.

L'oggetto della psichiatria

Curiamo un nostro paziente che presenta allucinazioni visive con antipsicotici: i sintomi scompaiono ma la sua qualità di vita peggiora.

Cosa è il caso di curare?

Quale è l'oggetto della cura in psichiatria? Il cervello? La mente? I sintomi? Il contesto socioambientale? Lo stigma?

Quali conseguenze sulla persona ci saranno in rapporto alla scelta terapeutica del curante? E, in questo senso, possiamo tracciare

delle linee di orientamento della cura psichiatrica in rapporto alla scelta oggettuale? Proviamo ad evidenziarne alcune, credo le principali; l'oggetto della cura sarà:

- a) la malattia,
- b) la riduzione delle *noises*²,
- c) i sintomi,
- d) la qualità di vita,
- e) la capacità sociale,
- f) l'esperienza soggettiva,
- g) l'efficienza lavorativa e/o esistenziale.

Nell'introduzione alla sesta edizione della sua opera clinica, Kraepelin definisce la psichiatria come «*la scienza delle malattie mentali e del loro trattamento*». La cifra dell'affermazione di Kraepelin, affermazione che oggi ci appare lapalissiana, è la condanna di tutte le tendenze misticheggianti, fantasiose e soprannaturali che avevano caratterizzato la cura delle malattie mentali fino a quello scorcio di secolo decimonono. Ma Kraepelin, come la maggior parte dei suoi epigoni che hanno realizzato i diversi trattati di clinica psichiatrica succedutisi da quel fine secolo ai giorni nostri, ha ricercato nel suo lavoro di “sistematica psichiatrica” la definizione di malattia attraverso un'opera diagnostica, orientando la terapia su quella diagnosi.

Tale procedura riserva non poche difficoltà al clinico; formulare una diagnosi psichiatrica è praticamente impossibile senza un'osservazione nel tempo.

Schematizzando, enucleo tre singolarità della diagnosi psichiatrica:

- 1) *la contestualizzazione*: la diagnosi psichiatrica “soffre” nell'essere “irrigidita” nell'*hic et nunc*;
- 2) *la crisi della categorialità*: non si è ancora completato il passaggio alla dimensionalità e già questo superamento delle categorie diagnostiche appare vetusto, nell'accelerazione della variabilità del sapere come è efficacemente sintetizzata nella “vita liquida” di Bauman³;
- 3) *il problema ontologico* della diagnosi psichiatrica: la diagnosi è categoria dell'essenza, in identità con la persona, o è categoria dell'esistenza, riconoscendo nella molteplicità della persona l'impossibilità di identificarlo con la malattia?

Se le colleghiamo insieme ci apparirà ancora più evidente la difficoltà della cura in psichiatria e le conseguenti estreme ricadute bioetiche. Al contrario, possiamo ipotizzare una scelta oggettuale corretta clinicamente e bioeticamente? Per rispondere positivamente dovremmo individuare l'oggetto della psichiatria in un complesso sistema integrato che includa almeno questi aspetti:

- la persona nella sua esistenza, storia e presenza attuale (l'Eigenwelt binswangeriano);
- *il contesto ambientale e sociale* in cui la persona esprime le sue difficoltà (più o meno assimilabili all'*Umwelt binswangeriano*);
- *le relazioni significative* e la modalità con cui queste relazioni si svolgono nel tempo (il *Mitwelt binswangeriano*);
- il contesto storico dell'evento disturbo (che farà parte integrante della "storia" del paziente, concetto più ampio rispetto a quello dell'"anamnesi");
- *le risorse* che la persona ha a disposizione (fisiche, affettive, morali, economiche, sociali ecc.);
- *lo stato di salute fisica* della persona (secondo una valutazione clinica diacronica, non limitata allo stato attuale);
- *la psicopatologia* che esprime (nella sua pluridimensionalità);
- *la previsionalità* di quanto accadrà in futuro nell'evoluzione della componente patologica (in quest'ottica lo psichiatra curante non può sottovalutare le conoscenze che derivano dallo studio della clinica e dell'epidemiologia psichiatrica).

È un elenco parziale e dovrà confrontarsi con la rigidità del modello psicologico ed eziopatogenetico a cui l'osservatore clinico si riferisce. Ed è questa una delle altre problematiche bioetiche principali.

Le rigide adesioni ai modelli

Una giovane paziente, affetta da disturbo delirante, è seguita da uno psichiatra-psicana-

lista per tre anni: il medico, arroccandosi nella rigida procedura ortodossa, decide di non prescrivere farmaci, pur riconoscendone l'utilità. La paziente interromperà la terapia, vivrà gravi crisi deliranti, pur riuscendo ad avere un comportamento sociale parzialmente contenuto. Rimasta incinta, divenuta mamma, accudirà abbastanza adeguatamente il neonato fino a sei mesi di età quando, in preda ad una nuova crisi delirante, lo soffocherà nel sonno.

Le regole di una metodologia terapeutica, legata ad un modello eziopatogenetico forte, come può essere, appunto, il modello psicanalitico, hanno scarsa possibilità di essere valutate criticamente da parte del professionista a causa della loro autoreferenzialità.

Non sfugge a tale problema, letto in questo senso, l'atteggiamento della relazione medica classica, permeata parzialmente dalla psichiatria biologica, imperniato sulla ricerca del sintomo spia della patologia, da cui interpretare il quadro clinico, ergo la terapia adatta.

Se ben si guarda, assumendo come date tutte le possibili "attenuanti generiche", il comportamento dello psichiatra che per primo ha seguito la giovane paziente in psicoanalisi non si discosta molto dal comportamento che hanno la maggior parte degli psichiatri o psicoterapeuti: il rispetto delle regole fondamentali proprie della tecnica di loro competenza al fine di non inficiare la buona riuscita della terapia; ma questa questione non può essere non estesa anche al campo della ricerca "ufficiale" quale la psichiatria biologica e la ricerca farmacologica.

Un altro aspetto dell'adesione rigida a specifici modelli terapeutici, è la presunta ed invocata *neutralità del terapeuta*. Egli dovrebbe "abiurare" alle proprie idee, non solo in termini di scelta metodologica, ma anche in termini di opinione e giudizio sull'altro.

Di contro, accettando l'ipotesi che il curante non può essere "neutro", esprimere, quale premessa di una relazione terapeutica, la

La cura psichiatrica, ancor più che altre terapie mediche ed altre forme di cura della persona, può determinare ricadute esistenziali

propria opinione è indispensabile alla buona gestione del *rapport*?

Direi che i problemi che derivano al clinico da questa premessa sono sostanzialmente tre:

- *essere o non essere* neutrali,
- *sapere* di essere o di non essere neutrali,
- *comunicare* all'altro l'eventuale non neutralità.

Da cui: è più corretto mantenere la neutralità o esprimere una propria non neutralità? Scoprire la propria non neutralità può avere conseguenze negative sul rapporto che si è creato con il paziente?

“Confessare” la propria non neutralità potrebbe avere ricadute esistenziali negative sull'altro? E sul clinico stesso?

La scelta di un modello di riferimento “olistico”, rispetto ad uno più deterministico o francamente riduzionista, riduce i rischi derivanti dalla non neutralità?

Consenso informato in psichiatria

Il consenso informato è un tema molto vasto e trattato in ambito giuridico nei diversi paesi con diversa importanza. Una trattazione del tema necessiterebbe di uno studio di confronto tra le diverse legislature che esula da questo mio lavoro. Mi limito, qui, ad una generica chiarificazione del tema ed alla sua peculiarità in campo psichiatrico.

Potremo definire il consenso informato come l'accettazione volontaria da parte di un utente del trattamento che gli viene proposto da un medico; in questo senso il medico è tenuto prima all'informazione sul trattamento cui intende sottoporre l'utente, quindi a raccogliere in una qualche forma l'autorizzazione di quest'ultimo a che quel trattamento venga operato. Uno dei punti cruciali della discussione è la indispensabilità, in alcune giurisdizioni, ad esempio quella italiana, che il consenso venga sempre richiesto; non solo, è importante sottolineare che il consenso, una volta concesso, può essere revocato dall'utente, qualsiasi sia il momento in cui si sia arrivati con il trattamento previsto.

Una norma europea di riferimento è la *Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina* (Oviedo 1997) che, in tema di salute mentale, precisa:

«[...] Capitolo II: Consenso

Art. 6 Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso. (1) [...] Un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa.

[...] (3) Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. [...] Art. 7 La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso».

Queste poche specificazioni, già da sole, aprono ampi scenari di discussione su quali siano i problemi del consenso informato in psichiatria.

La centralità tematica della riflessione bioetica sul tema è data dal fatto che il consenso informato implichi il riferirsi a due principi fondamentali della bioetica: il principio di responsabilità (Jonas), e quello di autonomia della persona, secondo la visione principialistica.

La concreta questione bioetica del consenso informato in psichiatria è strettamente connessa alla natura della malattia psichiatrica ed alla capacità del singolo di intervenire su se stesso:

1) Quali sono i criteri per considerare “soggetto giuridicamente capace” la persona che è affetta da una patologia mentale in atto? È sufficiente giudicarne la capacità di intendere e di volere? È possibile prescindere dal

grado di cultura, dalle circostanze, dalle coesistenze della persona?

2) È sempre opportuno esigere il consenso informato laddove abbiamo stabilito che la persona sia in grado di comprendere? Quanto può essere elemento disturbante ed invalidante conoscere alcuni aspetti della patologia che vadano ad incidere sulla propria autostima?

3) L'informazione che precede l'esigibilità del consenso ha dei criteri prestabiliti? Ad esempio lo psichiatra clinico è in grado di dare esaurienti spiegazioni su tutte le possibili terapie proposte per il caso, anche quando queste non siano di sua competenza (come psicoterapie che si riferiscono a particolari modelli specifici)? Quali sono i limiti di una possibile informazione in psichiatria?

4) Strumenti di cura come la psicoeducazione sono sempre in linea con i principi del consenso informato e con le normative sui dati sensibili?

5) Esiste una protezione giuridica per il curante che, nella scelta più opportuna per la salute del paziente e dei suoi congiunti, non rispetta le norme previste per il consenso informato?

Dalla riflessione su questi aspetti emerge che:

a) Comprendere tanto da esprimere il consenso è facoltà che può essere inficiata da diverse condizioni, tra le quali:

- dall'incapacità intellettiva alla comprensione;
- dalla compresenza di disturbi ideativi che alterano il significato dell'informazione che si deve comprendere;
- dalla assenza di volontà di comprensione, ovvero
- dalla chiara volontà di opporsi a qualsiasi proposta provenga dal curante;
- dall'angoscia che altera il giudizio su quanto viene proposto;
- dalla scarsa o nulla autostima che, pregiu-

dizialmente, implica l'incapacità di comprensione;

- dalla scarsa attenzione, quale fenomeno d'ansia o sintomi di problemi centrali.

b) La comprensione può essere ancora compromessa da:

- la completezza dell'informazione, che è strettamente legata ai rischi che quella conoscenza comporterebbe, tra cui sono da includere i rischi di demoralizzazione, di stigma interno (incapacità di accettare la condizione di malato psichiatrico), di elusione del conosciuto (dimenticare pretezosamente parte di quanto è stato informato), ecc.;

- la capacità di comprensione, legata a più fattori, tra cui:

- tipo e sintomatologia dell'affezione psicopatologica in atto,
- primo episodio della malattia o ricaduta o ancora recrudescenza della condizione psicopatologica,
- livello culturale e conoscenze di base della

persona,

- competenze affettive e rete affettiva della persona,
- capacità di attenzione al momento del colloquio con il curante,
- circostanze in cui l'informazione viene trasferita⁴,
- la capacità intrinseca del curante a trasferire informazioni;

- il rischio di confusione da informazioni "parallele", ad esempio dalla rete internet.

Non si trascuri l'aspetto accennato al punto tre: per dare una corretta e completa informazione lo psichiatra deve essere a sua volta ben informato! Considerata la grande varietà di proposte terapeutiche in psichiatria, più o meno validate da studi controllati, non è così remota la possibilità di incontrare anche buone professionalità che presentino lacune su alcuni ambiti di terapia.

Da ultimo, quanto sintetizzato al punto cinque tocca da vicino la concreta difficoltà dello psichiatra che si confronta con stru-

Un altro importante problema bioetico è quello di evitare che la persona affetta da problemi mentali arrechi danni a sé o ad altri

menti normativi diversi e a volte inadeguati ai problemi clinici che si presentano quotidianamente alla sua osservazione.

Le ricadute esistenziali della cura

Siamo di fronte a uno dei punti cruciali della riflessione bioetica in psichiatria, o meglio nella cura psichiatrica; tutte le terapie mediche, farmacologiche, chirurgiche, riabilitative così come le terapie psichiatriche, farmacologiche, psicologiche, socioriabilitative (per quanto queste ultime possono considerarsi terapeutiche, comunque sempre strumenti di cura se non di terapia), possono presentare reazioni avverse, effetti collaterali, controindicazioni, che possono incidere negativamente sul singolo, peggiorare la qualità quotidiana della vita, o, secondariamente, inficiare l'adesione stessa alle terapie.

In psichiatria è necessario considerare un altro aspetto, piuttosto raro in altri campi della medicina: sapere di essere sottoposto ad una cura psichiatrica e di subirne gli effetti può incidere sulla dimensione esistenziale della persona, sulla riconoscibilità della propria identità come persona unica e irriducibile, sul tenore della propria capacità di sostenere le difficoltà della vita; la cura psichiatrica in qualche modo decreta una sorta di labilità del singolo, di debolezza, di intrinseco errore procedurale tanto che la persona può anche sentirsi non più in grado di esprimere un giudizio coerente o, quanto meno, di esprimerlo in modo sereno e condivisibile.

La cura psichiatrica, ancor più che altre terapie mediche ed altre forme di cura della persona, può esitare in *ricadute esistenziali* non previste ed ego distoniche.

È una ricaduta esistenziale la difficoltà sociale che deriva dallo stigma; è una ricaduta esistenziale la riduzione della capacità di rispondere adeguatamente alle sollecitazioni sociali; è una ricaduta esistenziale la perdita di senso che può vivere una persona che si sente ammalata mentale, così come la perdita di senso che sperimenta la persona che soffre di depressione esistenziale o affettiva,

e che non riceva un'adeguata cura per la sua sofferenza.

La sfera esistenziale è il palcoscenico privilegiato della cura psichiatrica; uno dei massimi esponenti psicoterapeutici che ha orientato il suo lavoro allo studio ed alla ricerca nel campo esistenziale è stato Viktor Emil Frankl:

«[...] già nel 1950, aveva descritto e definito come “frustrazione esistenziale” l'esperienza di “stati d'animo” caratterizzati da noia, indifferenza, senso di absurdità, di vuoto, di apatia; [...] in effetti, la frustrazione esistenziale, che ha il suo fulcro caratterizzante in una profonda impressione di non-senso, affonda le proprie radici in quello che Frankl, con un'espressione divenuta ormai di uso comune, ha denominato “vuoto esistenziale”.

*Se tale condizione cade in un momento in cui la Persona non può trovare soluzioni anche d'emergenza, spesso conduce ad una vera e propria sintomatologia depressiva, i cui contenuti emotivi sono caratterizzati da un'alta coscienza del proprio malessere come generato dal vuoto in cui ci si sente precipitare. Tale capacità di coscienza della propria condizione mentale è tipica del *nòs*».*

Il termine “noetico”, derivante etimologicamente dal greco *noûs*, che potremmo tradurre letteralmente con i termini “mente”, “ragione”, “intelletto”, ha un significato più esteso e pregnante, indicando tra l'altro anche quella che viene denominata “capacità intenzionale” (intendere = tendere verso), e quindi la caratteristica capacità umana di *progettualità*. L'uomo manifesta la sua specificità e peculiarità solamente allorché “si solleva” fino alla dimensione noetica; così come la dimensione noetica è implicata nella caduta della progettualità, nella disintenzione.

Frankl studia l'intenzionalità dell'esistenza umana e le sue alterazioni attraverso il sistema *V.S.S., Valori-Scopi-Significati* sistema con cui egli vaglia le istanze esistenziali, i rapporti con gli altri, il contesto sociale in cui vive e la sua capacità di gestirlo; allo stesso modo il sistema valuta la propria variata capacità di risposta esistenziale a causa di una scelta di cura per una qualche affe-

zione, somatica o psichica. È a questo punto che il *ndos* può ammalare: e scivolare in quella che Frankl definisce *depressione esistenziale*.

Quali possibili strategie per ridurre l'impatto negativo delle ricadute esistenziali?

Mi limito a poche brevi considerazioni, non potendo immaginare di avere una soluzione ad un problema così complesso ed articolato:

1) è necessario che il curante sia profondamente informato sulle conseguenze delle sue scelte di cura, in rapporto alle terapie messe in atto ma anche in rapporto alle singularità esistenziali della persona che si accinge a curare;

2) è necessario che trasferisca questa informazione alla persona, con tutte le cautele che ho già evidenziato nei precedenti capitoli, e discuta con lei delle possibili evoluzioni della cura;

3) è estremamente utile che la persona sia sostenuta nella cura da un professionista d'aiuto⁵, anche diverso dal medico o dal curante che ha assunto per primo il caso, che la orienti nella costante ricerca delle possibili variabili nel proprio sistema valoriale e progettuale di riferimento;

4) i curanti tutti dovrebbero stimolare la persona ad un costante, continuo, diffuso ampliamento delle mappe interne⁶, alla ricerca di nuove possibilità ed intenzionalità;

5) la cura dovrà tendere sempre alla ricerca di variabili che possano arginare le difficoltà che si evidenziassero inaspettate, come potrebbe risultare una caduta di senso incondizionata, un momento di frustrazione per l'iperconsiderazione di un problema, ritenuto dal curante a torto trascurabile, una difficoltà legata ad un evento improvviso ed inatteso ecc.

La gestione dei dati sensibili

Marito e moglie si presentano a controllo clinico per un'ostinata insonnia di cui è affetto il marito da più di un anno. La moglie chiede allo psichiatra un colloquio individuale all'insaputa del marito: in quel collo-

quio ella riferisce comportamenti del partner che conducono lo psichiatra a ritenere che l'uomo sia affetto da un deliroide megalomane; inoltre lo psichiatra apprende che il marito è da sempre aggressivo e che è collezionista di armi; la donna è spaventata, preoccupata della propria incolumità e di quella dei figli: chiede consiglio allo psichiatra, che le suggerisce di allontanarsi da casa. Dopo qualche tempo, a separazione legale avvenuta, lo psichiatra riceve una citazione in giudizio da parte dell'ex-marito della signora per aver infranto le norme sulla gestione dei dati sensibili.

Comunque agisca lo psichiatra crea un danno esistenziale: se, temendo aggressioni dell'uomo ai familiari, decide, come di fatto ha deciso, di informare la moglie, il danno è drammatico. La moglie si separa, l'uomo resta solo e, non avendo alternative nelle sue mappe interne, rigidamente coartate da un pensiero paranoico, non trova altra soluzione che intentare una causa contro il medico. Se lo psichiatra avesse deciso, invece, di preservare il rapporto con il paziente, sarebbe andato incontro a due possibili alternative: l'aggressività dell'uomo esplose, aggredisce i familiari con conseguenze immaginabili, ovvero, l'uomo continua a gestire la sua aggressività con la querulomania che lo ha contraddistinto sino ad oggi; l'assenza di informazione alla moglie non avrebbe spezzato la costante e continua condizione di preoccupazione, in cui versava lei ed i suoi figli, in una condizione che potrebbe assimilarsi a quella che in genere esista in un Disturbo da Stress continuativo, con danni esistenziali e psichici imponderabili e, forse irreparabili.

La necessità di mettere a parte i familiari o i conviventi, o semplicemente gli amici più vicini alla persona affetta da problemi mentali non risponde solo a logiche di opportunità pratica, di preservazione da danni, o di alleanza terapeutica allargata, risponde anche ad un'esigenza profondamente morale, nel senso più ampio che questa parola può comprendere; gran parte del tessuto psicopatologico che la malattia tesse intorno alla persona, sia che si tratti di un malattia

psicotica, sia che si tratti di disturbi di ansia, di depressione, o di altri disturbi psichiatrici cosiddetti minori, implica la presenza affettivamente significativa delle relazioni che la persona intrattiene con gli altri.

La psichiatria non può prescindere dall'importanza di queste relazioni, sia in senso positivo, quando queste relazioni consentono la gestione del problema psichiatrico, sia in senso negativo, nel caso che queste relazioni siano alla base di rapporti potenzialmente patogeni.

Entrando nel tema specifico che ci viene sollecitato dalla breve storia descritta in esergo dobbiamo considerare almeno tre ambiti che lo psichiatra deve tenere presenti nella scelta operativa:

- 1) l'effettiva pericolosità per sé o per gli altri della condizione clinica della persona;
- 2) l'opportunità e la modalità della trasmissione di notizie relative alla patologia da cui è affetta la persona;
- 3) la scelta dei destinatari di queste informazioni.

In questi tre ambiti lo psichiatra dovrà tenere presenti diverse variabili;

1) la valutazione dell'effettiva pericolosità per sé o per gli altri della condizione clinica della persona tenga conto:

- a. della condizione clinica del paziente,
 - b. dell'epidemiologia clinica di quella malattia e della probabilità statistica che avrebbe di scivolare in comportamenti potenzialmente pericolosi,
 - c. dell'eventuale rischio di reiterazione se alcuni atti potenzialmente pericolosi sono già stati posti in essere,
 - d. delle implicazioni proprie del rapporto che il curante crea con il paziente, rapporto che può ingigantire o minimizzare i segni che rimandino ad una pericolosità intrinseca,
 - e. delle circostanze in cui questi segni siano rilevati e delle persone che rilevino questi segni quando siano diversi dal clinico;
- 2) i criteri di opportunità nel trasmettere dati sensibili ad altri familiari siano legati:
- a. alla condizione clinica del paziente,
 - b. nel bilancio dei vantaggi/svantaggi, al criterio di prevenire prima qualsiasi nocu-

mento alla persona o a terzi e poi, secondariamente, dall'eventuale beneficiabilità della scelta,

c. alla possibilità di riconoscere tra i familiari degli interlocutori validi;

3) la modalità della trasmissione di notizie relative alla patologia da cui è affetta la persona dovrà rispettare:

a. la possibilità di condivisione, nel senso che il curante dovrà valutare tutte le possibilità per cui il paziente partecipi all'informazione a terzi o, meglio ancora, sia lui stesso a chiederla,

b. la chiarezza ed esaustività dell'esposizione dell'informazione, nonché la possibilità per paziente e familiari di interloquire con i curanti per ogni possibile dubbio,

c. la sostenibilità emotiva delle notizie trasferite;

4) la scelta dei destinatari di queste notizie dovrà considerare:

a. l'effettiva prossimità affettiva e sociale al paziente,

b. la capacità e competenza di ricevere questo tipo di informazione, senza trascurare la competenza emotiva,

c. la fruibilità delle informazioni e la disponibilità ad un confronto continuativo,

d. infine, non certo per importanza, l'eventuale ricaduta negativa sulla volontà di cura ed assistenza, una volta assunte notizie che possano sollecitare una tendenza a stigmatizzare il paziente.

Conclusioni

Da queste mie considerazioni emerge un quadro in cui lo psichiatra è depositario, suo malgrado, di un potere decisionale che va ben oltre il potere decisionale del medico ed il cui operato determina ricadute sulla vita di un singolo che vanno ben oltre le ricadute che, in genere, sono conseguenza dell'operato di un qualsiasi altro atto medico.

Ma lo psichiatra è consapevole di questa complessità? E, se non ne è del tutto consapevole, chi deve sostenere l'impegno di informarlo? I percorsi di studio, formazione

ed aggiornamento sono sufficienti? O, anche in campo bioetico, come, purtroppo, in molti altri aspetti del lavoro clinico psichiatrico, bisogna affidarsi al buon senso del singolo professionista?

Non credo che si possano dare risposte certe a molti dei dubbi che ho sollevato in queste pagine, ma questo non riduce la necessità della consapevolezza di questi problemi.

Mi auguro che questo contributo sia un piccolo passo verso questa consapevolezza.

NOTE

¹ Questo lavoro è il nucleo centrale della mia ricerca sui problemi bioetici della cura in psichiatria. Un'esposizione più ampia, corredata di casi clinici e di premesse filosofiche e storiche è stata realizzata in volume per i tipi della FrancoAngeli, pensata per un pubblico più vasto.

² Il termine *noise*, letteralmente rumore, fragore, viene utilizzato nell'accezione di disturbo che l'espressione

della malattia mentale può arrecare alla persona, ai congiunti, alla società.

³ Vedi, tra gli altri lavori di ZYGMUNT BAUMAN: *La società sotto assedio, Modernità liquida, Vita liquida*, tutti per i tipi di Laterza Ed.

⁴ Importanza non secondaria è quella del "setting": un ambulatorio "decoroso" ed al riparo da intrusi favorirà la qualità del rapporto d'informazione.

⁵ «Sotto l'etichetta di professioni d'aiuto [...] si raccolgono oggi tutte le competenze che possono sostenere le persone al momento di una difficoltà psicologica, sia essa causata da concreti problemi personali, sia da problemi esistenziali, sia da problemi psicologici o psichiatrici» (dall'Introduzione del testo di F. BOSCAINO, G. BUFFARDI, *Psychiatric help: 5 cents*, Aracne Ed., Roma 2007).

⁶ La *mappa interna* di un individuo è la rappresentazione che ogni persona ha di sé stessa, delle proprie caratteristiche, sentimenti, emozioni, e del sistema di Valori, Scopi, Significati così come si registra momento per momento.

L'ampliamento delle mappe interne è un processo che, attraverso un'opera di scavo, di elaborazione costante, porta a galla, cognitivizza, fa apparire alla coscienza, alla propria chiarezza, alcune di quelle altre possibilità sinora rimaste "sommerse".