

Francesco D'Agostino
Professore emerito nell'Università di Roma Tor Vergata
Presidente emerito del *Comitato Nazionale per la Bioetica*
Membro della *Pontificia Accademia pro Vita*

PSICHIATRIA E BIOETICA: UN RAPPORTO CONTROVERSO

1. *Psichiatria e bioetica* è un tema che può essere svolto in due modi diversi, a seconda che si pensi che la psichiatria sia un ramo della medicina fundamentalmente *omologo* a tutti gli altri suoi rami (senza che questo implichi negarne la legittima specificità) o invece essenzialmente *eterologo* ⁽¹⁾. Il fatto che la psichiatria venga insegnata nelle scuole di medicina e che la formazione di base dello psichiatra debba essere quella di un medico induce a pensare che nell'attuale sistematica dei saperi si debba riconoscere un primato dell'omologia sull'eterologia, con la conseguenza che dovremmo considerare come *vera psichiatria* la c.d. *psichiatria biologica*, quella che tende a ridurre tutti i disturbi mentali a malattie del cervello e che rifiuta ogni distinzione, se non occasionale o formalmente accademica, tra neurologia e psichiatria. Ma è pur vero che la sistematica dei saperi (sia quella attuale che quella che si è strutturata nelle diverse epoche e che è oggetto di indagine di una disciplina, come la *storia della scienza*, che non è di per sé *scientifica*) non possiede un adeguato o condiviso fondamento epistemologico e che la pretesa della psichiatria biologica di descrivere in termini neurologici tutte le malattie psichiatriche viene da molti accanitamente contestata ⁽²⁾.
2. Consapevole di queste difficoltà, ora come ora non risolvibili in modo rigoroso e condiviso e all'interno delle quali non voglio penetrare, procederò nella mia trattazione dividendola in due parti. Nella prima più che presentare alcune mie riflessioni, prenderò atto di alcuni dati, che dovrebbero essere interessanti per i sostenitori della psichiatria biologica e che danno per presupposto che l'identità dello psichiatra sia essenzialmente da considerare alla stregua dell'identità di un medico e che l'etica –o meglio, la bioetica-psichiatrica sia un ramo dell'etica –o meglio un ramo della bioetica- medica. Nella se-

¹ Mettere a confronto, come faccio nel testo, *due* diversi modi di intendere la psichiatria è ovviamente molto, molto riduttivo, ma si giustifica in un testo come questo, che ha la pretesa (o l'ambizione) di sviluppare un discorso molto sintetico, ma pur dotato di una sua compiutezza. E' opportuno comunque sottolineare che non intendo, in particolare, dedicare particolare attenzione alla prospettiva della c.d. *antipsichiatria*, in merito alla quale non voglio proferire alcun giudizio né epistemologico, né assiologico. Ritengo, come un dato di fatto, che non possa avere alcun senso tematizzare formalmente i nessi tra bioetica e antipsichiatria, almeno per due ragioni: da una parte per l'obiettivo appannarsi, negli ultimi anni, delle riflessioni e delle prospettive antipsichiatriche -e del concetto stesso di *antipsichiatria*, autorevolmente qualificato, da uno studioso sicuramente non ostile all'esperienza di Franco Basaglia,-come un *mito* (cfr. G. Jervis, *Il buon rieducatore*, Milano, Feltrinelli, 197, pp. 123-150)- dall'altra per l'obiettiva necessità –volendo comunque andare a fondo nella dialettica bioetica e psichiatria- di alterare la tematica stessa, trasformandola da *Bioetica e Psichiatria* in *Biopolitica e Psichiatria*, data l'impossibilità di tematizzare, nelle prospettive antipsichiatriche dotate di un minimo di rigore, un'autonomia dell'*etica* rispetto alla *politica*.

² Fino al punto da indurre François Gonon a scrivere un brillante articolo intitolato: *La psichiatria biologica: una bolla speculativa?*, tr.it. in "Aut-Aut", n° 357, gennaio/marzo 2013, pp. 143-164.

conda parte delle mie considerazioni, allontanandomi dai paradigmi della psichiatria biologica, cercherò di riflettere su come si possa tematizzare un nesso tra bioetica e psichiatria, assumendo che la psichiatria apra davanti ai nostri occhi un orizzonte primariamente *antropologico* e solo secondariamente *terapeutico* e che tutte le sue istanze fondamentali possano riassumersi nell'esigenza di fondare la diagnosi su di un *equilibrio* tra *scienze biologiche* e *scienze umane*. Il che corrisponde all'istanza espressa, più di un secolo fa, dal massimo studioso novecentesco della psiche, in un'affermazione rimasta giustamente famosa: "Noi non vogliamo semplicemente descrivere e classificare i fenomeni, ma concepirli come indizi di un gioco di forze che si svolge nella psiche" ⁽³⁾.

3. Un buon punto di partenza per non allontanarci troppo dal cuore della questione che ci sta a cuore e per radicarla nella situazione italiana di oggi è quello di fare riferimento all'attenzione riservata dal *Comitato Nazionale per la Bioetica* alla psichiatria. Il *Comitato Nazionale* è stato istituito nel 1990 e da allora è stato rinnovato con periodicità alternante, in media riconducibile allo spazio temporale di un triennio. Il 23 marzo 2018 il capo del governo ha proceduto al rinnovo, per l'ottava volta, del *Comitato*, che nella sua settima configurazione era scaduto lo scorso settembre. Ma ancora una volta, nella sua composizione attuale tra i suoi membri, tra i quali pure in passato si è varie volte annoverata la figura di illustri neurologi, non appare nessuno psichiatra.
4. Peraltro, nella sua più che venticinquennale attività, l'attenzione del CNB nei confronti della psichiatria è sempre stata qualitativamente, anche se non quantitativamente, notevole. Si osservi che proprio l'ultima parere adottato dal Comitato, prima dell'esaurirsi del suo mandato, è stato *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, licenziato definitivamente, dopo mesi di lavoro, il 21 settembre 2017. Il primo testo con cui il CNB ha affrontato la tematica della salute mentale, intitolato *Sull'eticità della terapia elettroconvulsivante*, risale all'ormai lontano 1995. In questo parere il Comitato non condanna in assoluto questa terapia, ma raccomanda che il suo uso sia ispirato alla massima prudenza. Successivamente nel 1999 il Comitato pubblica il parere intitolato *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici*: in questo testo viene commentato il *Libro bianco* del Consiglio d'Europa dedicato appunto al trattamento dei pazienti psichiatrici: ci si sofferma in particolare sulla liceità, sulle motivazioni e sulle modalità del ricovero involontario e del trattamento involontario e si insiste sulla "necessità di un equilibrio tra principio di beneficiabilità e principio di autonomia, nel rispetto di un garantismo critico". Nel 2000, a più di venti anni dall'entrata in vigore della legge 180/1978 (la c.d. "Legge Basaglia") il CNB pubblica il parere intitolato *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*: un testo che accoglie una serie di contributi di esperti, preceduta da un quadro sintetico di raccomandazioni. Infine, nel 2015, appare il parere intitolato *La contenzione: problemi bioetici*, in cui si denuncia il permanere, contro i più attuali e accreditati orientamenti etici e terapeutici, di una pratica della contenzione, non eccezionale, ma diffusa ⁽⁴⁾.

³ S. Freud, *Introduzione alla psicoanalisi*, tr.it. in Freud, *Opere*, vol. VIII, Torino, Boringhieri, 1976, pp. 246-247.

⁴ Correlati a patologie specifiche, ma sempre nell'ambito della salute mentale, sono i pareri: *Disabilità mentale nell'età evolutiva: il caso dell'autismo*, del 19 aprile 2013; *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, del 20 giugno 2014. Il tema della salute mentale è trattato anche in una parte del parere *Immigrazione e salute*, del 23 giugno 2017.

5. Come è facile evincere da questa ancorché formale elencazione, il CNB si è misurato con questioni di rilevanza psichiatrica, assumendo la *bioetica psichiatrica* alla stregua di una bioetica *regionale*, alla stregua, ad es., della bioetica *odontoiatrica*, *ortodopedica*, *dermatologica*, ecc., che appunto come bioetiche regionali hanno potuto conoscere un significativo sviluppo. La riflessione del Comitato, in assoluta coerenza con quella di molti studiosi che hanno affrontato queste questioni, è partita dall'assunzione dell'esistenza di alcuni paradigmi bioetici di carattere generale e di valore assoluto, che spesso vengono espressi come i *principi di base* della disciplina e sintetizzati in quattro categorie (gerarchizzate in modo diverso, a seconda dei singoli autori): la *beneficienza*, la *non maleficienza*, la *giustizia* e *l'autonomia*. Il CNB ha ritenuto assolutamente ragionevole applicare questi principi alla specificità della psichiatria, portando avanti un lavoro a volte tutto sommato agevole, a volte più complesso, ma in definitiva privo di particolari problematiche. Per fare un solo esempio, si consideri con quanta intensità negli ultimi decenni i bioeticisti hanno insistito sul tema della *cura*, rilevando la duplicità del concetto. Esso da una parte fa riferimento alla componente neurobiologica che sta alla base della malattia e attiva nel medico il dovere ippocratico di *curare* il paziente, e dall'altra alla necessità di arricchire tale componente con una adeguata considerazione della soggettività del malato, che vive la propria situazione patologica nel contesto di un'esperienza singolare di vita: questa soggettività attiva nel medico il dovere di *prendersi cura* di chi gli si è rivolto, un prendersi cura che richiede da parte del medico un'accorta percezione della situazione socio-ambientale del malato e l'attivazione con costui di dinamiche relazionali non standardizzabili. Questa dialettica che emerge perfettamente in inglese grazie alla differenza tra i due termini *cure* e *care*, trova in italiano maggiore difficoltà ad essere adeguatamente espressa, ma fa ormai parte dei principi consolidati della bioetica.
6. All'esemplificazione appena fatta possiamo aggiungerne diverse altre. E' palese che i principali nodi tematici della bioetica generale trovano riferimenti molto puntuali nella bioetica psichiatrica. Mi limito a citare la questione del *segreto professionale*, degli *abusi* (tristemente noti quelli praticati in Unione Sovietica), del *costo della cura*, dell'*allocazione delle risorse*, quella della *psicochirurgia* (in drammatico e probabilmente irreversibile declino dagli anni settanta del secolo scorso), del trattamento dei *minori* e quella degli *psicofarmaci* (con le connesse problematiche dell'*accanimento terapeutico* in queste terapie, della legittimità dell'uso degli stupefacenti e dei c.d. *psicofarmaci cosmetici* e infine quella, delicatissima, dei trattamenti sui *dementi* e sui *ritardati mentali*). Questione centrale nella bioetica psichiatrica è, evidentemente, quella del *consenso al trattamento* e, all'interno di questa questione, quella dell'*informazione* (personalizzata, completa, comprensibile in sé e per sé, ma soprattutto e in grado di essere adeguatamente percepita e elaborata da parte del paziente). E' noto come in ambito psichiatrico la dottrina del consenso informato sia stata ritenuta da molti addirittura paradossale; ma è altresì noto che le difficoltà che incontra lo psichiatra nell'informare il paziente e nell'ottenere il consenso non sono affatto diverse, nella sostanza, da quelle che incontra ogni medico che debba trattare pazienti impauriti, in stato di confusione mentale, molto anziani, ma, di per sé, non colpiti da alcuna precisa patologia psichiatrica. La questione della *riservatezza*, quella dei possibili *abusi* sui pazienti, quella del rilievo da dare all'opinione dei familiari del malato in specie quando si ponga la questione della *scelta del trattamento*, e in questo contesto quella delle *dichiarazioni anticipate di trattamento*, sono tutte problematiche che possiedono specifiche varianti in psichiatria, ma che vanno

comunque impostate partendo da principi bioetici generali, oramai sufficientemente elaborati e condivisi anche a livello internazionale e transculturale. E' innegabile che alcune delle varianti cui ho appena fatto cenno hanno un rilievo in psichiatria ben diverso da quello che possono avere in altri contesti terapeutici. Si pensi ad es. ai dibattiti su quello che in un contesto latino è generalmente chiamato –nel ricordo del celebre episodio dell'*Odissea- il Contratto di Ulisse* (mentre nel mondo anglosassone si suole piuttosto parlare di *crisis card*). Come Ulisse concede ai suoi marinai il potere di tenerlo legato, durante il canto delle Sirene, ordinando loro di non ubbidire alle sue ingiunzioni sovrane di scioglierlo dai suoi legami, così si può ipotizzare un particolare accordo tra il paziente psichiatrico e i suoi medici, un accordo attraverso il quale il paziente, come Ulisse nel mito, acconsente a subire un trattamento coercitivo nei periodi di crisi e autorizza la struttura sanitaria che lo accoglie a non tenere in alcun conto, in questi periodi, le sue dichiarazioni alternative di volontà. Sul *Contratto di Ulisse* il dibattito bioetico continua ad essere vivacissimo e vede i bioeticisti dividersi tra coloro che ne negano in linea di principio la legittimità e coloro che invece sono propensi a riconoscerla a condizioni molto rigorose (la competenza del malato nel momento di sottoscrizione del contratto, l'assenza di ogni tipo di coercizione nei suoi confronti, la descrizione estremamente puntuale dei trattamenti accettati in anticipo dal paziente, la determinazione del periodo di validità legale del contratto, ecc.ecc.). Per completezza, citerò la questione del *suicidio assistito*, che in diverse legislazioni positive che lo riconoscono è stato di fatto allargato anche ai malati psichiatrici.

7. Avevo preannunciato che nella seconda parte di queste mie considerazioni avrei preso le mosse da un paradigma *non riduzionistico* della psichiatria, assumendo come presupposto che la psichiatria apra davanti ai nostri occhi un orizzonte primariamente *antropologico* e solo a seguito di questo *terapeutico*; un paradigma secondo il *quale il patologico della medicina non sarebbe lo stesso del patologico della psichiatria*. Affermazioni molto forti, che non vogliono affatto sminuire l'impegno terapeutico degli psichiatri, ma che intendono ricondurlo ad un impegno che si muove in un orizzonte non riduttivamente *somatico*, un impegno che abbia per oggetto prima che il *corpo* del malato, la sua *identità*. E' in questo senso che viene spesso utilizzata (ma ben poco approfondita) la distinzione husserliana tra *Körper* e *Leib*, tra il corpo biologico, che ci dà un'identità fisica, e il corpo "vissuto", che ci dà un'identità personale. Il tema dell'identità ha una sua connotazione paradossale: l'identità, infatti, "pur collocandosi chiaramente nel campo della fisica e della biologia, appartiene ad una categoria di fatti che sfuggono alla descrizione oggettiva e sembrano esclusi da un approccio di tipo scientifico. Non è possibile capire in che modo il senso si radica nel biologico. Ma il semplice fatto di sapere che esso vi trova le sue radici non garantisce che possiamo accedervi" ⁽⁵⁾.
8. La questione è di tale complessità che non può nemmeno lontanamente essere affrontata in questo contesto; essa può però essere efficacemente sintetizzata utilizzando un'osservazione importante (anche se non originalissima) di Michel Foucault, quando ha rilevato che mentre oggetto specifico e solido fondamento della medicina moderna (cioè della medicina somatica) è stato il *corpo anatomico*, inerte e indifeso di fronte alle indagini diagnostiche e cliniche del medico, fino appunto alla pratica limite della dissezione anatomica, oggetto specifico della medicina psichiatrica è invece il corpo vivente e recalcitrante, il corpo *dialogante*, possibile oggetto di svariate forme di pratiche anche coercitive.

⁵ Così Marc Jeannerod, *La nature de l'esprit*, Odile Jacob, Paris 2002.

ve. Nell'anatomia patologica la medicina somatica classica trova la *prova* della correttezza della diagnosi e della *verità* della malattia; non così la psichiatria, che si mette in attesa del momento in cui la malattia mette in *crisi* il paziente, o addirittura opera per *produrla*, perché solo attraverso una pubblica *epifania* della malattia è possibile descriverne le manifestazioni, *nominarla* e infine giustificare l'intervento terapeutico, anche il più invasivo. La *crisi* non è *prova di verità*, bensì *prova di realtà* della patologia psichiatrica e costituisce il fondamento empirico di questo sapere ⁽⁶⁾.

9. Siamo così giunti a un punto nodale della nostra riflessione. Una psichiatria non riduzionistica può pure assumere, e con vantaggi rilevanti, molti dei paradigmi bioetici della medicina somatica. Il suo problema bioetico centrale non è però quello della medicina somatica. Questa, come si è detto, tematizza il *soma* (e, in prospettiva più ampia, il *bios*) nella loro oggettività standardizzabile e questo ben spiega il continuo allargamento di orizzonte della bioetica, per dir così, "classica", che è passata progressivamente ad assumere come suo oggetto di interesse tutte le dimensioni del mondo della vita, quella zoologica, quella vegetale, quella ambientale, fino al punto da negare alcuna forma di primato alla bioetica specificamente *umana*. Invece, la psichiatria, che non riconosce alcun primato al *bios* e non esita a ritenere illegittimo ogni tentativo di meccanico riduzionismo dello psichico al biologico, vedrà nella realtà della *psiche* una dimensione alternativa a quella del *soma*, una dimensione che, a differenza di quella somatica, non solo non è riducibile ad alcuna forma di standardizzazione, ma vive di una sua *anarchica singolarità*. La psichiatria biologica può pure ritenere che la malattia mentale nasca da un indebolimento dell'io e della sua (pretesa) identità somatica; la psichiatria non biologica vedrà sempre, accanto a mille possibili forme (standardizzabili) di indebolimento somatico, altre mille possibili, ma non standardizzabili, forme di *irrigidimento dell'io*, capaci di atrofizzare la vita del soggetto e di farlo precipitare prima nel disagio, poi nella sofferenza psichica e infine in forme di totale smarrimento personale e sociale. E' suggestiva l'intuizione di Lacan ⁽⁷⁾, quando sostiene che la *vera* malattia mentale si scatena quando il soggetto giunge a *credersi un io* (il che altro non significa, in buona sostanza, che credersi *Dio*) e ad elaborare l'illusione di una *partenogenesi di se stesso*, un'illusione narcisistica di onnipotenza, di possibile rinuncia o rimozione o negazione della figura del Padre, secondo dinamiche che si stanno rivelando assolutamente tipiche del nostro tempo.
10. Una bioetica pensabile esplicitamente per la psichiatria non biologica si troverà quindi di fronte a una drastica decisione preliminare: dovrà infatti rinunciare alla pretesa di proporsi come una *bioetica normativa*, riconducibile ad un'etica capace di orientare la prassi a partire da un sistema normativo standardizzato e cercare di proporre se stessa come una *bioetica inventiva*, capace di individuare il bene partendo dai casi singoli e non da paradigmi astratti e formali. Il che comporta la pesante rinuncia, da parte della bioetica "classica" all'utilizzazione di forme argomentative consolidate dal lavoro di anni e la coraggiosa assunzione di nuove forme di pensiero. Adottando questo paradigma, la bioetica psichiatrica deve pertanto a porsi (nella prospettiva che stiamo analizzando) come ricerca inesausta di *forme di bene* assolutamente *inedite*: deve rinunciare alla speranza (o all'illusione) di riportare la psiche del paziente su di un piano di normalità statistica e deve piuttosto operare per far conquistare al paziente quella normalità esistenziale, per-

⁶ Cfr. M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France*, tr.it., Milano, Feltrinelli, 2004, pp. 229-230.

⁷ Cfr. il *Discorso sulla casualità psichica*, tr.it. in J. Lacan, *Scritti*, vol. I, Torino, Einaudi, 1974, p. 165.

sonale e assolutamente individuale, che è esclusivamente sua. Un impegno pesante, un vasto programma, di cui è difficile ipotizzare future elaborazioni, possibili successi o anche altrettanto possibili (e più che probabili) fallimenti.