

CAPITOLO SECONDO

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI

B) ETICA

DISTURBI PSICHIATRICI E RESPONSABILITÀ MORALE

PSYCHIATRIC DISORDERS AND MORAL RESPONSIBILITY

Giuseppe Bersani

*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica,
Università "La Sapienza", Roma*

DISTURBI PSICHIATRICI E RESPONSABILITÀ MORALE

Riassunto

Il tema della responsabilità morale del paziente psichiatrico è spesso trascurato nel rapporto con lo psichiatra o lo psicoterapeuta, che non si ritengono interessati o competenti sull'argomento, o comunque temono di influenzare in senso negativo l'autonomia decisionale del paziente. Tuttavia la problematica morale è spesso un elemento centrale di alcune forme di psicopatologia, come nella depressione o nel disturbo ossessivo-compulsivo od, anche se in forma più distorta, nei disturbi psicotici. Molto spesso si applica al giudizio sulla responsabilità morale obiettiva del paziente psichiatrico lo stesso criterio applicato in psichiatria forense, cioè l'esclusione della responsabilità per alterazione grave della capacità di comprendere e di decidere liberamente: ma, applicata ai disturbi mentali, questa regola potrebbe essere più correttamente considerata valida in rapporto alla capacità di decidere, piuttosto che di comprendere. Infatti, un'alterazione anche grave di tale capacità non elimina automaticamente la possibilità di scegliere tra diversi comportamenti, né la responsabilità legata alle scelte effettuate: è il caso del paziente depresso o di quello delirante; nell'ossessivo la capacità di comprendere è conservata ma è profondamente alterata la possibilità di una libera scelta delle proprie condotte. Come riflessione conclusiva, si propone il tema di una conservazione della responsabilità morale del paziente psichiatrico per le sue azioni, purché sia conservata la capacità di comprensione.

Parole chiave: *disturbi mentali gravi, problematiche etiche, responsabilità morale, libertà di scelta*

Abstract

The issue about moral responsibility of psychiatric patients is often neglected within their relationship with psychiatrists and psychotherapeutics, that do not regard themselves as interested or qualified in this field, or, in any case, are afraid to exert a negative influence on patients' autonomy to decide. Moral problems are, nevertheless, a central feature in some forms of psychopathology, such as in depression or in obsessive-compulsive disorder or, even if in a more complex degree, in psychotic disorders. The same criterion of judgement used in forensic psychiatry for the most severe patients, that is the exclusion of responsibility due to inability to understand or to decide, is often extended to the objective moral responsibility of psychiatric patients; in mental disorders, such a rule could be more correctly applied to the ability to decide better than to that to understand. In fact, an alteration of the latter, even when very severe, does not exclude for itself the possibility of choosing between different behaviours, nor the moral responsibility for such choices: this is the case of depressed or delusional patients; in obsessive patients, the ability to understand is preserved, but the possibility of a free choice of their conducts is disrupted. As a conclusive remark, the issue of a preservation of psychiatric patient's responsibility for his/her actions is proposed in those cases in which his/her freedom of moral choice can be considered preserved.

Key words: *severe mental disorders, ethical issues, moral responsibility, freedom of choice*

*A uno diede cinque talenti, a un altro due,
a un altro uno, a ciascuno secondo la sua
capacità, ...*

(Matteo, 25, 15)

1. La dimensione morale nel malato psichico

Nella realtà prevalente del rapporto dello psichiatra con il paziente affetto da un disturbo psichico, l'interesse per la sfera "morale" del vissuto e della condotta di questo riveste nella maggioranza delle occasioni un ruolo assolutamente secondario. Esistono naturalmente una serie di motivazioni che possono essere messe in relazione a tale ricorrente situazione. Tra queste vi è certamente quella che lo psichiatra non si ritiene, e nella maggioranza dei casi non è, "competente" in questioni che riguardino le scelte od i principi etici dei pazienti. L'attenzione del terapeuta è rivolta alla conoscenza obiettiva del malato, qualunque sia l'ottica scientifica o culturale in cui il medico si riconosca, ed alle possibilità di intervento genericamente terapeutico in grado di modificarne la sintomatologia, la capacità relazionale o l'adattamento sociale. L'approccio diagnostico e la finalità terapeutica, indipendentemente da qualunque tipo di visione clinica, psicodinamica o sociale dell'origine e della natura di un disturbo mentale, costituiscono le categorie al cui interno si realizza, ma anche spesso si esaurisce, il rapporto del medico con la persona che gli richiede di essere "curata"; nella grande maggioranza dei casi, d'altro lato, proprio da questa richiesta è esclusa quella esplicita di un aiuto per difficoltà di ordine morale, per affrontare le quali sono altre le figure riconosciute come più specificamente competenti, quali ad esempio, ma non soltanto, quelle operanti in ambito religioso. Tuttavia, lo sviluppo vastissimo che nella cultura occidentale degli ultimi decenni hanno realizzato tutte le conoscenze scientifiche attinenti al campo della "psicologia" e le applicazioni, anche se non sempre corrette, di queste alle problematiche ordinarie della vita personale, familiare, sociale, istituzionale, etc., hanno di fatto condotto ad una sorta di sovrapposizione di competenze per quanto riguarda tematiche di natura etica e ad un conseguente ridimensionamento delle aree problematiche avvertite di competenza esclusiva di un'etica in qualche modo fondata sui principi della religione. Questo ha nella realtà portato al potenziale allargamento del campo dei destinatari di una richiesta di aiuto per problematiche morali, rivolta, spesso implicitamente, anche al terapeuta della psiche, sia psicologo che

psichiatra. Per una serie di motivi che non possono essere affrontati in questa sede, ha rappresentato un fenomeno di assoluta prevalenza quello di una non risposta in tal senso da parte di queste figure professionali. L'assunto che la risposta ad un quesito morale rivolto da un paziente possa in qualche modo costituirne un influenzamento, attraverso l'identificazione con i principi etici del terapeuta, ed indurne quindi un'evoluzione non maturativa del processo di crescita personale, è largamente condiviso, in particolare da psichiatri o psicologi di formazione psicodinamica. Anche tra psichiatri più strettamente clinici o comunque operanti con malati mentali gravi, quali i pazienti psicotici, è comune l'atteggiamento di neutralità davanti a problematiche riguardanti il sentimento etico dei malati, per lo più implicitamente teorizzata come un contributo al recupero di valori e scelte individuali da parte di un soggetto in trattamento per patologie comportanti la disgregazione profonda del sentimento di identità. È d'altro lato da osservare come a fianco di tali, od analoghe, impostazioni teoriche su cui si fonda, in linea generale, la non risposta ai quesiti morali del paziente con disturbi psichici, esista anche, in misura naturalmente molto variabile a livello individuale, un atteggiamento di ridotta attenzione al valore intrinseco della problematica etica, non di rado considerata, più o meno esplicitamente, come un epifenomeno soggettivo di dinamiche tra componenti costitutive della personalità o elementi della storia individuale, comprensibili nel loro significato psicologico ma prive di riferimento in termini di un loro valore assoluto. Su una posizione di "relativismo etico" di tale tipo, in una qualche misura condivisa dalla maggioranza degli psichiatri, e sul conseguente atteggiamento di "incertezza" rispetto alla capacità di riconoscere e fornire indicazioni di ordine morale, hanno probabilmente svolto un ruolo decisivo l'influenza che i paradigmi psicoanalitici hanno esercitato, in modo più o meno esplicito, su tutto l'ambito culturale e scientifico del mondo occidentale e, più in generale, il contemporaneo arretramento del campo di spiegazione della realtà legato alla cultura religiosa rispetto ad una visione di natura genericamente "razionale".

2. La responsabilità

Tutto questo ha comportato un approfondimento minore della dimensione etica rispetto ad altri aspetti della psicopatologia. Il problema si realizza su versanti speculari. Da un lato, come già osservato, quello della disattenzione o dell'evitamento di impegno davanti a problematiche etiche più meno esplicitamente poste dal paziente al terapeuta, inglobate

in un generico valore sintomatico o di significato psicologico personale. Dall'altro, la minore, o nulla, rilevanza attribuita all'area spesso realmente più problematica del sentimento morale, sia nel soggetto sano che in quello malato, cioè quella della "responsabilità" che, in un'estensione di concetto arbitrariamente mutuata dal campo psichiatrico forense, viene spesso *a priori* considerata come "esclusa" nel paziente psichiatrico, spesso in contrasto anche drammatico con quanto soggettivamente avvertito dalla persona malata.

La non coincidenza tra il "sentimento di responsabilità", inteso come l'avvertire il peso delle conseguenze pratiche e morali del proprio operato e del proprio pensiero, e la "responsabilità obiettiva", quale attribuzione di significato causale o di valore morale ad atti od omissioni, è naturalmente ben evidente nella vita psichica del soggetto sano, ma assume una connotazione spesso ben più marcata nel vissuto psicologico del malato psichico. È inevitabile che il contesto culturale, etico, religioso in cui si realizza il vissuto della "responsabilità" influenzi in grado determinante il giudizio su di questa; ma è anche di peculiare, anche se spesso sottovalutato, interesse il tentativo di valutare quanto, su un terreno strettamente etico, possa essere soggetto ad un giudizio di responsabilità morale nel pensiero o nella condotta del malato mentale. Il fondamento di una tale considerazione risiede nel riconoscimento del valore individuale della "persona" del malato e nella ricerca di quello spazio più o meno esteso di "libertà" lasciato dall'invasione del processo patologico. È solo in un tale spazio, infatti, che può realizzarsi la condizione di "scelta", sulla cui libertà si fonda appunto ogni richiamo di responsabilità individuale.

Se tale riflessione può essere considerata valida in senso generale, nella persona non malata come in quella in cui un'eventuale problematica psicopatologica non alteri in modo sostanziale la capacità di giudicare la realtà dell'esistenza e dei rapporti con gli altri individui, essa assume un significato emblematico nel caso di quei soggetti in cui un disturbo mentale interferisca in grado più o meno rilevante con tale capacità di giudizio. Nel caso del paziente psicotico, ad esempio, la responsabilità morale di una condotta potrebbe essere considerata esclusa o conservata solo in rapporto a quei parametri che nella consapevolezza del malato ne descrivono il vissuto soggettivo, anche se svincolato dalla realtà oggettiva. Si tratta quindi di una riflessione difficile, inconsueta nella pratica del rapporto con la persona malata, che può nella sua sintesi essere ricondotta alla risposta ad un quesito che tenga conto del rapporto tra una realtà psicopatologica individuale e la dimensione etica nel cui ambito questa si realizza: se ed in che misura possa una persona affetta da un

disturbo mentale grave essere considerata responsabile moralmente dei propri atti, intesi nella accezione più vasta, sia in senso quindi fattuale che mentale, anche se direttamente connessi al vissuto od alla distorsione di realtà propri del processo patologico. In altri termini, anche in presenza di alterazioni gravi del giudizio sul significato stesso della realtà, come nel delirio, o di distorsioni abnormi del sentimento di responsabilità, come ad esempio nella depressione, libertà e coerenza di scelta potrebbero non esimere da un giudizio morale il malato che conservi una almeno parziale autonomia di decisione nelle proprie azioni e nel proprio atteggiamento verso le altre persone.

Una serie schematica di esempi può meglio avvicinare alla complessità della problematica ed al suo variabile manifestarsi in campi diversi della psicopatologia.

2.1 La responsabilità della persona affetta da depressione

Una delle caratteristiche psicopatologiche strutturali della depressione, almeno nelle forme di reale gravità clinica, è certamente l'aumento abnorme della valenza negativa nel giudizio circa le proprie azioni passate ed i comportamenti presenti, con un vissuto emotivo quindi di intensa accentuazione del sentimento della propria responsabilità. L'ipertrofia del sentimento di responsabilità, univocamente indirizzato verso la polarità della colpa, costituisce in molti quadri clinici di depressione uno degli elementi su cui si costituisce in modo più profondo la discordanza tra il giudizio soggettivo del malato e quello obiettivante dell'osservatore, sia medico che non. Il paziente depresso estende il campo delle conseguenze del proprio comportamento, fino al delirio, e nello stesso tempo intensifica in modo estremo il vissuto di autocolpevolizzazione, così che il sentimento della relativa responsabilità ne risulta costantemente ingigantito. La sofferenza per tale sentimento è spesso esternata dal malato, ma la richiesta di aiuto "morale", spesso rivolta a figure diverse da quelle dello psichiatra o dello psicologo, è spesso intrinsecamente invalidata dal sentimento della ineludibilità delle conseguenze negative del proprio agire.

Ma, da un opposto punto di vista, quale spazio rimane per la reale responsabilità morale della persona depressa? Indipendentemente dalla realtà o meno delle proprie attribuzioni di responsabilità, fino a quale punto si può ritenere che la flessione patologica dell'umore possa ridurre od escludere la responsabilità etica di un'azione? È evidente che una risposta non può essere univocamente formulata, ma che si può solo fare riferimento alle infinite singolarità dei momenti della vita dei pazienti.

Alcune situazioni estreme possono rivestire un valore emblematico. Il suicidio è un atto che nella morale tradizionale conduce alla condanna di chi sottrae alla volontà divina la decisione di porre fine alla vita, arrogandosi così un diritto non concesso alla natura umana in quanto tale. Ma è comparabile la responsabilità di chi, seppure possa esistere, compie tale gesto in assoluta ed obiettiva consapevolezza e libertà di decisione e di chi, al contrario, lo commette sulla base di visioni e sentimenti distorti dalla patologia della propria depressione? Il suicidio autopunitivo di chi vive il delirio di colpe imperdonabili o quello disperato di chi ha perso qualunque capacità di prospettarsi in una per quanto ristretta dimensione di vita futura sembrerebbero contenere al loro stesso interno quel fattore di “incapacità di intendere” che, estrapolato dalla visione psichiatrica forense, comporterebbe l’automatico richiamo ad un’ intrinseca istanza assolutoria. Ed analoghe considerazioni potrebbero essere proposte per condotte che possono essere incluse in un generico “spettro” di azioni suicidarie, da quella drammatica del suicidio protettivo allargato, a quella costellazione di condotte parasuicidarie che spesso accompagnano nel tempo la vita del soggetto depresso. Ma la distorsione della comprensione, il delirio, è sufficiente ad esimere dalle responsabilità della scelta? La persona che avverte su di sé la responsabilità della morte dei familiari, della rovina di una comunità, dello scoppio di una guerra, è per questo esentata dal dovere di condurre comunque in avanti la propria esistenza? Una visione morale comune, non propria soltanto della religione cristiana, non concede alla sofferenza, e tanto meno alla sofferenza per le proprie colpe, un tale potere di esenzione; l’uomo sofferente non perde per questo la propria libertà di scelta e non perde quindi la responsabilità delle proprie scelte. Molti pazienti depressi esprimono lucidamente tale sofferta consapevolezza, quando affermano il proprio desiderio di morte, ma nello stesso tempo soggiacciono al divieto morale di procurarsela (“...mi ucciderei, ma non posso...”). Ma la malattia psichica, la depressione, non è solo distorsione della visione della realtà; la patologia dei sentimenti comporta la possibilità di un cedimento nella capacità di tollerare la realtà, anche nel caso questa non venga travisata nel suo significato e nei suoi eventi, che può anche almeno in parte prescindere dalla “volontà”. Certamente non tutti i malati depressi che commettono suicidio sono deliranti: può essere sufficiente il sentimento della melanconia per sottrarre alla vita la propria stessa spinta a proteggersi ed a perpetuarsi. È quindi forse nello spazio che delimita questo rapporto tra il vedere ed il sentire patologici che si realizza e si dissolve la dimensione della responsabilità. Se possiamo con convinzione affermare che sussiste responsabilità finché sussiste libertà di scelta, è

forse in questo spazio che si può cercare una risposta al quesito della responsabilità morale nella condotta dell'individuo malato.

2.2 La responsabilità della persona con disturbo ossessivo

Anche in un numero importante di pazienti ossessivi esiste una condizione di ipertrofia del sentimento di responsabilità, anche se è vero che in altri, secondo un criterio che non appare fondato sulla gravità del disturbo, si può al contrario osservare di frequente una condizione opposta, quasi di "atrofia" di tale sentimento. Anche la persona ossessiva vive la dimensione della "conseguenza" del proprio agire e la conseguenza morale rappresenta certamente una di quelle che più spesso e più profondamente incidono nel suo pensiero. Esiste una differenza fondamentale tra le modalità del vivere la crescita soggettiva del senso di responsabilità del soggetto ossessivo rispetto al soggetto depresso. Il depresso "sa" di avere sbagliato ed il suo essere responsabile è commisurato all'entità dell'errore commesso. L'ossessivo "teme" di avere sbagliato e non è in grado di dirimere il dubbio relativo alla possibilità dell'errore passato, così come "teme" di sbagliare e non è in grado di trovare dei riferimenti che lo rassicurino sulla giustezza della propria condotta. Il dubbio è più profondo quando proprio il tema morale ne costituisce il contenuto; il caso dei pazienti con "confessioni ripetute" all'infinito, nel dubbio inestinguibile di non aver interamente descritto i propri peccati e quindi di averne ogni volta commesso uno nuovo, quello della confessione non sincera, è altamente significativo, anche se forse oggi meno frequente di quanto non sia stato nel passato.

Sul piano di una responsabilità morale da attribuire alle condotte sintomatiche di una persona ossessiva, sembrerebbe più semplice, che nel depresso, individuare un riferimento ed un limite obiettivi per il giudizio, cioè la perdita, o la conservazione, della libertà di scelta. È una facile considerazione psicopatologica l'osservare quanto poco sia libera la scelta del malato ossessivo davanti alla "coazione" e quanto sia a volte profonda la sua angoscia davanti all'impossibilità di resistervi. Eppure, nonostante la semplicità apparente dell'assioma che stabilisce l'equivalenza tra compulsione, perdita di libertà di scelta ed assenza di responsabilità morale, la realtà dei singoli malati e dei loro singoli momenti di conflitto è naturalmente estremamente più complessa. In altri termini, possiamo valutare su di un piano etico l'intensità della resistenza di una persona a soggiacere all'esecuzione compulsiva, più o meno ripetuta, di atti non condivisi moralmente o a lasciare spazio nella propria mente ad idee, pensieri, parole, immagini che non si vorrebbe che entrassero nel campo

stesso della coscienza? La diversità delle forze in conflitto, l'idea e l'impulso ossessivi moralmente non condivisi da una parte, il tentativo di non assecondarli dall'altra, è ampia ed eterogenea quanto il numero stesso dei malati. La suora descritta da Tobino, rinchiusa da decenni in ospedale psichiatrico, da anni mutacica per resistere alla compulsione a bestemmiare, rappresenta nella sua difesa di libertà di scelta davanti alla coazione, e nel valore etico di questa, un esempio di chiarezza difficilmente eguagliabile.

Ma quale è il criterio che definisce quale spinta ossessiva verso azioni moralmente non condivise può essere respinta e quale no? Qual è la responsabilità nel resistere o nel non resistere? O nel resistere o nel non resistere non alla coazione, ma all'impulso? Anche in questo caso, il ricorso al momento individuale sembra rappresentare l'unica via per arrivare ad un giudizio sulla conservazione della libertà di scelta, ancora indice principale, se non questa volta unico, della capacità del malato, o della sua incapacità, di contrastare l'invasione della psicopatologia.

2.3 La responsabilità della persona delirante

La "realtà parallela" del delirante, che vive in un significato personale non condiviso quelle stesse situazioni obiettive a cui la collettività delle persone attribuisce un diverso e comune significato, costituisce il terreno in cui forse appare più stridente il contrasto tra valore soggettivo ed oggettivo della responsabilità.

Nel più emblematico dei temi deliranti, quello persecutorio, l'individuo, che si sente al centro dell'ostilità e dell'odio da parte della comunità delle persone, reagisce con coerenza all'aggressione, secondo gli schemi dei più atavici "programmi" di risposta alla minaccia: può fuggire, può difendersi, può attaccare; nello stesso tempo, egli prova delle emozioni, di paura, di rabbia, di incredulità, di disperazione, di desiderio di vendetta: può non capire le ragioni del nemico o può tentare di intuirne o comprenderne le motivazioni, può giudicare giusta od ingiusta la persecuzione subita. In altri termini, la gamma delle sue reazioni è spesso in tutto sovrapponibile a quella dell'individuo sano che viva un'analogha situazione di minaccia; unica differenza è la realtà della minaccia stessa, vera nel caso del soggetto non malato, fondata su di un'interpretazione distorta e soggettiva dei dati dell'esperienza nel caso di quello malato. Che valore attribuire allora, sul piano della responsabilità morale, ai comportamenti della persona delirante che riconoscano la loro motivazione nella risposta all'azione dei persecutori? Davanti ad una reazione di odio, di aggressività, di desiderio e tentativo di ricambiare il male subito, si possono applicare alla persona

malata dei criteri di giudizio diversi da quelli utilizzabili per le persone non malate? Od è il denominatore comune dell'esperienza del sano e del malato, il sentirsi odiato ed attaccato, un elemento obiettivo condiviso che accomuna sia le modalità che anche la componente morale della risposta e della responsabilità?

In termini vicini a quelli della morale cristiana, ad esempio, quale è la responsabilità, o la colpa, del delirante che si sente perseguitato e non perdona il proprio persecutore, ma anzi ne ricerca a sua volta il male? La risposta a tali quesiti da parte di psichiatri o psicologi, adattati per lo più ad una visione poco attenta delle problematiche etiche dei pazienti, tanto più se non apertamente esplicitate, sembrerebbe seguire, quando formulata, i criteri già ricordati della prassi forense. La distorsione del giudizio di realtà, l'incapacità di intendere, è condizione che inficia la punibilità delle condotte, anche se tali da essere condannate nella persona sana. In un esempio estremo, l'aggressione, o perfino l'uccisione, del persecutore da parte del delirante, assolte nella prassi giudiziaria, potrebbero, in una visione superficiale della problematica, essere considerate a loro volta eticamente non condannabili se compiute sulla base di un pensiero delirante. Ma è davvero "non imputabile", o non punibile, in termini etici od anche più specificamente religiosi, chi, anche se a causa dell'essere psichicamente malato, non sembra rispettare i dettami della morale, naturale o religiosa che sia? È difficile riconoscere una differenza sostanziale tra la responsabilità morale, la colpa, dell'uomo o della donna che aggredisce, od uccide, il coniuge infedele, e quella dell'uxoricida che commette il suo gesto sulla base della distorsione di realtà vissuta nel delirio di gelosia. Davanti ad una situazione comune, il sapersi tradito, indipendentemente dal riscontro o meno nella realtà di tale convinzione, sembra essere comune anche la facoltà individuale di scegliere tra una risposta di condanna e di vendetta ed una di comprensione e di tolleranza.

Questo chiama in causa, come già osservato per la depressione, la dimensione meno apparente della psicopatologia del malato psicotico, cioè non soltanto quello che egli pensa e dice, ma anche quello che egli sente. Non sembra essere tanto la tipologia delle risposte emotive a differenziare in molti casi il sano dal malato delirante; paura, rabbia, aggressività, odio, rassegnazione, sono essenzialmente le stesse, nella loro natura, in entrambi. Ma è la loro intensità che spesso differenzia il vissuto emotivo del malato mentale, o meglio ancora lo spazio residuo, più o meno ampio o ristretto, ma talvolta quasi inesistente, lasciato alla capacità del controllo delle emozioni e del comportamento da queste stimolato. È un'esperienza comune di chi entra in relazione con le persone affette da

psicosi il constatare la frequenza con cui la sfera emotiva prende il sopravvento su quella razionale, obiettiva o delirante che questa possa essere nel suo giudizio sulla realtà. Questo è vero nel paranoico, le cui solo apparenti freddezza e lucidità mascherano spesso un vissuto emotivo di insospettabile violenza; è vero nello schizofrenico, in cui la disorganizzazione di funzioni intellettuali ed affettive rende spesso esiguo, od inesistente, il margine residuo di valutazione etica o di controllo delle proprie scelte.

Ed è appunto questo il punto su cui ancora considerare il limite della responsabilità morale: la capacità di scegliere tra una condotta ed un'altra, tra l'una e l'altra modalità di rapporto interpersonale. Come già ricordato, non può esistere responsabilità senza libertà di scelta. Nella persona psicotica, in cui il delirio altera in modo definitivo la possibilità di giudicare la natura della realtà e dei rapporti, non sembra essere tuttavia questo che altera in modo corrispondente la capacità di scegliere liberamente le proprie azioni. Sembra essere invece l'alterazione, per qualità, intensità e coerenza, della sfera delle emozioni e dei sentimenti, terreno intermedio tra la dimensione della ragione, realistica o delirante, e quella delle azioni. È su questo crinale che sembra più verosimilmente correre il confine della responsabilità morale individuale.

3. Malattia mentale e libertà di scelta morale

Il campo sconfinato della psicopatologia potrebbe fornire un numero grandissimo di esempi analoghi a quelli citati, ma quanto già ricordato è comunque sufficiente per alcune brevi riflessioni.

Un dubbio centrale emerge nella considerazione delle tipologie cliniche discusse e della responsabilità morale da attribuire agli atti delle persone da esse affette; è quello della possibilità che la semplice alterazione patologica della capacità di giudicare la realtà non possa essere di per sé sufficiente, in un numero di persone, ad escludere l'attribuzione delle conseguenze etiche del loro operato. Ma emerge anche come la patologia della sfera emotiva possa essere ancora più densa di conseguenze nella determinazione di quella perdita di libertà di scelta senza la quale non sembra essere ipotizzabile alcuna possibilità di responsabilità etica.

È questo il punto, in realtà di difficile definizione, su cui concludere questa riflessione. La responsabilità morale non è *a priori* esclusa nel malato mentale. Essa è condizionata, ed il suo peso è, forse, commisurato al grado di conservazione della capacità di scegliere liberamente; su di questa pesano le patologie del pensiero, delle emozioni, dei sentimenti,

dell'intelletto. Riconoscere all'individuo malato la sua responsabilità, più o meno conservata o deteriorata, non deve essere inteso come un volerlo caricare di un ulteriore fardello, aggiunto a quello già pesante della malattia e della sofferenza. Sul piano psicologico, oltre che umano, esso può assumere il significato di riconoscimento del valore individuale della propria persona e delle proprie scelte, conservato, almeno in parte, nonostante l'opera distruttiva della malattia mentale.

E sono le diversità di questa opera distruttiva che forse distinguono in una gradualità infinita le singole responsabilità delle singole persone malate, secondo una linea di continuità con il grado di responsabilità morale delle persone non affette da malattia. Un certezza, se di certezza si può parlare in tema di etica, sembra essere questa: che un'azione, un desiderio, un pensiero, un errore, non possano essere giudicati nelle loro implicazioni morali se non sempre considerati in rapporto alla singolarità della persona che li vive. Su questa singolarità influiscono l'infinita complessità della storia della vita, la salute e la malattia, e, nell'ambito di questa, la capacità conservata od alterata della mente di decidere liberamente delle proprie scelte. Si tratta di una capacità che ogni persona si trova a possedere diversa in ogni momento della vita, alcuni sempre forte e solida, altri debole, incostante, "malata", ma sul cui possesso nessun uomo può in alcun modo esercitare a sua volta alcuna scelta od alcun potere decisionale. Il conseguente richiamo all'invito evangelico a non giudicare si adatta bene con il ricordo della parabola dei talenti citata all'inizio di questa riflessione. Non è in un rapporto assoluto con la singola azione che si può pensare un giudizio di natura morale, ma nel rapporto che esiste tra le diverse possibilità ("i talenti dati in custodia"), che ogni persona possiede di effettuare scelte di natura etica e la realizzazione ("il frutto dei talenti") di tali possibilità. Si può forse vedere nella malattia mentale non un fattore di annullamento della sfera della responsabilità morale, ma un fattore di minore disponibilità di quei talenti della ricerca del cui frutto il malato mentale conserva ancora il dovere e, soprattutto, il diritto.