

LA “MALPRACTICE” IN PSICOTERAPIA

N. Lalli, N. Giacchetti, 1999

© 1999 N. Lalli, N. Giacchetti, Liguori Editore

Presente in: N. Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, 2^a, Liguori Editore, Napoli 1999.

Ultima revisione: 30 maggio 2007

Dopo aver esaminato I vari problemi etici e deontologici attinenti alla psichiatria e alla psicoterapia, mi sembra utile ritornare a descrivere altri possibili rischi connessi con questa complessa e delicata attività terapeutica, riferendomi ad alcune situazioni che costituiscono una vera e propria “malpractice”. Termine che letteralmente significa “cattiva pratica”.

Nel riportare alcuni casi ove la giurisdizione soprattutto americana si è espressa in maniera non equivoca, ritengo utile proporre al lettore italiano, alcune situazioni limite che potrebbero presentarsi nell’ambito dell’esercizio di questa professione. Sono fermamente convinto che quanto prescritto dal Codice Civile e Penale e soprattutto dal Codice Deontologico, non sempre copre l’intero arco delle possibili infrazioni e che pertanto dovrebbe essere compito degli Ordini Professionali, proporre un codice deontologico ancora più specifico per questa specifica attività.

1. Un caso esemplare

Riteniamo utile presentare il caso seguente e le polemiche suscitate, al fine di proporre alcune considerazioni sulla “malpractice” in Psicoterapia. Specialmente in questo momento che vede sia un'aspra polemica da parte dei sostenitori di una psichiatria ad indirizzo biologico contro la Psicoterapia, sia una crescente tendenza a ricorrere in tribunale da parte dei pazienti che si ritengono lesi da uno scorretto comportamento del terapeuta, sia una deviazione della psicoterapia che da strumento trasformativo rischia sempre più di diventare strumento di controllo sociale.

Nel gennaio del 1979 il dr. Osheroff venne ricoverato a Chestnut Lodge con la diagnosi di “*disturbo narcisistico dipersonalità*”. Trattato per circa sette mesi con una psicoterapia analitica individuale, il paziente mostrò un progressivo peggioramento dello stato psico-fisico. Nonostante ciò si proseguì con questo tipo di terapia, fin quando la famiglia decise di trasferire il dr. Osheroff presso la Silver Hill Foundation dove fu ammesso con la diagnosi di “*psicosi a carattere depressivo*”. Trattato con fenotiazine ed antidepressivi triciclici il paziente mostrò un “drammatico” miglioramento, tanto da essere dimesso dopo circa tre mesi con la diagnosi di “*psicosi maniaco-depressiva tipo depresso*”. Appena dimesso il dr. Osheroff intraprese una causa contro Chestnut Lodge. Ci fu un arbitrato, e, dopo una lunga lotta tra i periti questo si risolse a favore del dr. Osheroff. Le due parti in causa rifiutarono tuttavia la decisione dell'arbitrato (la parte lesa non era d'accordo circa l'entità dei risarcimenti) e si appellarono. Il processo si sarebbe dovuto tenere nell'ottobre del 1987, ma le due parti

raggiunsero un accordo prima di quella data e non fu mai formulata alcuna sentenza definitiva. Nonostante questo caso non costituisca quindi un precedente, solleva comunque una serie di interrogativi circa i problemi che nascono quando un paziente ricorre in tribunale per dirimere questioni relative ad una presunta "malpractice" in psicoterapia.

G.L. Klerman e A.A. Stone sono due psichiatri che si sono confrontati su questo caso con posizioni diverse e che offrono pertanto degli spunti di riflessione estremamente attuali riguardo la psicoterapia.

1.1 La posizione di G.L. Klerman

Nel suo articolo dal titolo molto seduttivo "Il diritto del paziente psichiatrico ad un trattamento efficace", Klerman a proposito del caso Osheroff sostiene due accuse: che vi fu negligenza da parte di Chestnut Lodge a proseguire nel trattamento esclusivamente psicoterapeutico, nonostante l'evidente peggioramento delle condizioni del paziente, e che vi fu errore circa il tipo di diagnosi. Secondo Klerman la diagnosi di *disturbo narcisistico di personalità*, formulata al dr. Osheroff, non rientrava tra quelle presenti nel DSM-II allora in vigore, mentre egli concorda con la diagnosi formulata alla Silver Hill Foundation di *depressione maggiore con tratti psicotici*. Il diverso tipo di diagnosi formulata rispecchia, secondo l'autore, gli indirizzi teorici degli istituti a cui il paziente si rivolse: Chestnut Lodge con una impostazione prevalentemente psicodinamica, dava maggiore attenzione all'asse II del DSM-II, mentre la Silver Hill Foundation ad indirizzo prevalentemente biologico, dava maggiore attenzione all'asse I dei DSM-II.

Klerman sostiene che la psichiatria è la branca della medicina dove esiste il minore accordo riguardo agli standard di cura e che tale confusione determina il ricorso di pazienti al tribunale al fine di ottenere risarcimenti per eventuali danni subiti. Una tale situazione è molto pericolosa; pertanto egli auspica un accordo tra professionisti circa l'adozione di standard di diagnosi e di cura che siano derivati dalle conoscenze scientifiche del momento. Per quanto riguarda la diagnosi, secondo l'autore, il DSM-III-R dovrebbe costituire il modello di riferimento e qualora ci si allontani da esso bisognerebbe spiegarne il motivo ed esplicitare il modello diagnostico a cui si fa riferimento. I trattamenti utilizzati dovrebbero essere solo quelli per i quali esistono prove di efficacia concrete. Tali prove, sempre secondo Klerman, sono fornite principalmente dai trial clinici scientificamente controllati, come avviene ad esempio per gli psicofarmaci per i quali esiste negli Stati Uniti uno specifico organismo, la Food and Drug Administration, che ha lo scopo di valutare la validità di tali prove, prima di immettere un nuovo prodotto sul mercato. L'autore lamenta la mancanza di tutto ciò nell'utilizzazione di trattamenti psicoterapeutici e psicanalitici... "Ognuno può fare affermazioni riguardanti il valore di una psicoterapia senza alcuna prova della sua efficacia". Egli mette anche in dubbio il principio della "minoranza degna di rispetto". Afferma Klerman: "Fino a poco tempo fa questa dottrina sosteneva che se una minoranza degna di rispetto di professionisti qualificati mantenevano uno standard di cura, questa era una difesa adeguata contro una malpractice. Io propongo che questa posizione non sia più valida, se esistono prove che sostengono l'efficacia di un particolare trattamento e se vi è un accordo tra i professionisti che questo è il trattamento più adeguato in una data condizione. Inoltre tale minoranza degna di rispetto ha il dovere di informare il paziente dei traumi alternativi". Klerman sostiene infatti che deve essere comunicata la diagnosi al paziente nel modo più

completo e possibilmente secondo i canoni dei DSM-III-R. Il paziente deve anche essere informato dell'eventuale esistenza di trattamenti diversi da quello proposto, e nel caso in cui questo rientrasse tra quelli della minoranza degna di rispetto, ciò dovrebbe essere esplicitamente comunicato. Chiaramente il medico deve evitare qualsiasi tipo di affermazione che potrebbe influenzare la decisione del soggetto, inoltre deve essere pronto a cambiare terapia e a chiedere la consulenza di un altro collega qualora il paziente non mostri in tempi ragionevoli un miglioramento.

Fin qui Klerman.

1.2 La posizione di A.A. Stone

Rispondendo all'articolo di G.L. Klerman, A.A. Stone, dichiara di condividere in linea di massima la necessità di rivedere la terapia prescritta ed eventualmente di chiedere una consulenza, nel caso di un peggioramento del paziente, ma ridescrivendo il caso Osheroff e portando ulteriori elementi biografici del paziente, entra in polemica con alcune delle posizioni espresse da Klerman. Nel descrivere la vita di Osheroff¹, l'autore sottolinea come il paziente, sposato all'epoca del ricovero per la terza volta, con tre figli di cui due dalla seconda moglie ed uno dalla terza, avesse dimostrato una certa instabilità nelle sue relazioni interpersonali e come già precedentemente al ricovero diverse volte si fosse rivolto ad uno psichiatra ed avesse fatto ricorso ad un trattamento farmacologico e psicoterapico senza però trarne giovamento. Sulla base di una revisione dettagliata della biografia del paziente l'autore ritiene che la diagnosi di *disturbo narcisistico di personalità* era corretta e che il paziente in realtà sviluppò un transfert negativo nei confronti del terapeuta e dell'istituzione. Pertanto il trasferimento da Silver Hill ed il susseguente trattamento farmacologico, avevano costituito una vittoria del paziente "... egli era fuggito, narcisisticamente trionfando, da Chestnut Lodge e dal suo terapeuta. Il suo transfert negativo era stato vendicato".

Inoltre Stone sottolinea che, all'epoca del ricovero, non era considerato così importante uniformarsi agli standard diagnostici proposti dal DSM-II, come è poi avvenuto con il DSM-III, e come Klerman si auspica che avvenga in misura sempre maggiore per il futuro.

L'autore sostiene che le raccomandazioni formulate da Klerman nel suo articolo, nonostante vengano espresse come consigli per coloro che operano nell'ambito della salute mentale, sono estremamente pericolose perchè potrebbero essere sfruttate in tribunale contro coloro che utilizzano dei trattamenti come quello psicoterapeutico, che mancano di prove concrete di efficacia simili ai trial farmacologici che secondo l'autore dovrebbero costituire il modello metodologico di confronto.

Inoltre Stone ritiene che "il lettore potrebbe pensare che non è negligente l'uso esclusivo di tali trattamenti secondo il punto di vista di Klerman, se i pazienti sono stati adeguatamente informati circa i trattamenti alternativi più efficaci e sia stato detto loro che il trattamento proposto non ha una efficacia scientificamente provata". Infatti in questo modo il consenso informato anzichè divenire uno strumento per rafforzare l'alleanza terapeutica e rendere consapevole il paziente del tipo di terapia che è stata

¹ Ancora una volta si evidenzia come la omissione dei dati biografici del paziente è finalizzata a dimostrare la propria tesi. Correttamente Stone, invece, riporta i dati significativi della vita del paziente, con particolari che gettano una luce nuova sul caso.

proposta, diventa uno strumento per sollevare il medico da eventuali responsabilità. Inoltre "... il consenso informato è un procedimento, non una recitazione in un unico tempo di una formula senza alcuna connessione con la situazione attuale. Il DSM-III-R può o non può essere utile in questa impresa ed inoltre non deve essere imposto a tutti i pazienti come una regola che pone il medico in uno stretto ruolo ideologico pseudoscientifico". Stone prosegue sostenendo che il DSM-III-R può essere uno strumento per una maggiore facilità di comunicazione tra gli psichiatri e che "i criteri proposti da Klerman suggeriscono un'enfasi sul controllo dei suoi colleghi piuttosto che promuovere una relazione terapeutica".

Se fosse accettato come valido il principio per cui un trattamento può essere ritenuto efficace solo se esistono prove concrete, è chiaro che la posizione *della minoranza degna di rispetto* non è ulteriormente sostenibile e l'approccio psicofarmacologico rimane l'unico proponibile. Stone sottolinea che in realtà anche la terapia farmacologica subisce costantemente delle modificazioni derivanti dalla ricerca e dall'esperienza

Egli sottolinea che, ad esempio, l'uso massivo di neurolettici (neurolettizzazione) in uso nei tempi precedenti oggi sarebbe sicuramente ritenuto antiterapeutico e dannoso. Stabilire quindi dei rigidi standard di terapia anche in questo campo potrebbe essere estremamente pericoloso.

"Klerman ha scelto di attaccare la psichiatria tradizionale nel contesto di una disputa legale ed in un modo che può avere delle conseguenze che egli non capisce. La legge è uno strumento brusco; può essere usata per abbattere l'opposizione, ma non si può pensare che la legge tracci il sentiero del progresso scientifico nella psichiatria clinica".

Sottolineiamo questa posizione di Stone perchè molto sinteticamente evidenzia uno dei pericoli maggiori: se gli ordini professionali dei medici e degli psicologi non proporranno un codice di comportamento valido per tutti, questo sarà delineato nelle aule dei tribunali con grave danno sia per i pazienti, che in tali sedi potranno agire il *transfert* negativo, sia per i terapeuti, che per timore di possibili azioni legali cercheranno di attenersi al minimo indispensabile, con grave danno per la ricerca in genere.

1.3 Alcune considerazioni

Il caso riportato e le polemiche suscitate impongono delle riflessioni circa la necessità di delineare in maniera corretta gli standard medi di cura, che cos'è il consenso informato e quali sono i criteri per valutare l'efficacia di una psicoterapia. La mancanza di una chiara definizione può favorire, infatti, il ricorso ai tribunali. Ma in tali sedi si confrontano posizioni di scuole psichiatriche diverse, che per il luogo stesso dello scontro, rischiano delle radicalizzazioni, mentre eventuali *transfert* negativi possono essere ampiamente gestiti dal paziente.

Ritornando al caso citato, crediamo utile porre alcune domande e cercare di dare una risposta:

- 1) la diagnosi di Chestnut Lodge, come emerge dai dati raccolti dal dr. Stone, è esatta?
- 2) La prassi è stata corretta?

Per dare una risposta esauriente non ci si può riferire solo alla diagnosi iniziale, ma bisogna tener conto della complessiva evoluzione clinica.

Nonostante l'evoluzione del caso, la diagnosi posta dai clinici di Chestnut Lodge sembra essere molto più vicina alla realtà psicodinamica del paziente, della semplice diagnosi di depressione maggiore.

Per quanto riguarda la prassi, secondo noi l'errore dei clinici di Chestnut Lodge è di non aver tenuto conto dell'evoluzione della malattia: è infatti in base a ciò che la terapia deve essere modificata. In questo caso il peggioramento delle condizioni cliniche è stato notevole, e nonostante questo, nulla si è fatto per correggere questa situazione. Si potrebbe obiettare che in una terapia analitica è prevista l'emergenza di una reazione terapeutica negativa e che questa deve essere elaborata nel contesto terapeutico. Ma anche accettando questa considerazione, riteniamo che l'errore dei terapeuti di Chestnut Lodge sia consistito nel non valutare correttamente l'entità del peggioramento e le valenze negative del paziente, ma anche di non aver valutato la continua richiesta dei familiari che chiedevano un cambio di terapia e che doveva essere letto come preludio ad una eventuale azione legale di risarcimento.

Comunque da un punto di vista strettamente psicodinamico riteniamo che non è stato valutato adeguatamente il transfert negativo. E' ipotizzabile che l'evoluzione finale del caso era quella desiderata dal paziente: vi è stato infatti un trionfo del transfert negativo. Il "drammatico" miglioramento solleva infatti molte perplessità soprattutto per la rapidità che indica che il paziente è apparentemente guarito solo perchè ha raggiunto il suo scopo. E' chiaro inoltre che nel momento in cui il transfert negativo viene portato in tribunale, si può solo gestire, ma non interpretare nè risolvere.

2 "Malpractice" in psicoterapia

In linea di massima si può essere d'accordo con Klerman che un trattamento psicoterapeutico debba basarsi su: sicurezza - efficacia - appropriatezza.

Escludendo i casi che rientrano in una condizione di truffa o dolo, che non possono essere considerati come l'espressione di *minoranze degne di rispetto* e per i quali il ricorso ai tribunali è legittimo, ci soffermeremo su quei casi ove può sorgere il problema di una "malpractice".

Ma come è possibile stabilire se vi è stata veramente una cattiva condotta in psicoterapia?

T. B. Karasu sostiene che le responsabilità specifiche, che in una relazione psicoterapeutica possono configurare una situazione di malpractice, sono:

- 1) scorretta gestione del transfert
- 2) violazione del segreto professionale
- 3) non prevenzione di atti auto e/o eterolesivi
- 4) prassi inadeguata o scorretta

Prendiamo rapidamente in esame questi punti

2.1 Gestione del transfert

Uno dei principali motivi di chiamata in causa dello psicoterapeuta è la eventualità di rapporti sessuali con il paziente. Questa negli USA, negli anni 1976-1986, è risultata come prima causa di azione legale nei confronti di psicologi e psicoterapeuti (H.R. Conte, T.B. Karasu).

Da statistiche, comunque relativamente attendibili data la delicatezza della situazione, risulterebbe che la media di rapporti sessuali all'interno di una relazione psicoterapeutica è di circa 6,5% dei casi totali. Media che è sovrapponibile a quella delle relazioni sessuali medico-paziente che avvengono nell'ambito di tutte le varie modalità di terapia medica. Questo dato sembra sfatare la credenza che i rapporti sessuali siano molto più frequenti in ambito psicoterapeutico. Piuttosto è da ritenere che la dinamica della relazione terapeutica (fiducia, potere del medico, passività del paziente, ecc.) possono favorire questa situazione.

Comunque Karasu sostiene che "a causa della posizione coercitiva del terapeuta nei confronti del paziente, tutti i casi in cui è stato dimostrato che il terapeuta ha avuto dei rapporti sessuali con il paziente si sono risolti in un verdetto contro il terapeuta e le giurie tendono a dichiarare *prima facie* o prova presunta di negligenza generale, non solo un rapporto sessuale terapeuta-paziente, ma anche lo sfruttamento trasferenziale in genere". E' indicativa a tale proposito la sentenza formulata nel 1968 a proposito del caso della Sig.ra. Zipkin contro il dr. Freeman. «In questo caso uno psichiatra fu citato in giudizio da una paziente perchè egli aveva mal gestito il transfert della paziente. Questa era originariamente entrata in trattamento con il dr. Freeman per dei sintomi psicosomatici, che erano scomparsi. Successivamente lei fu d'accordo a proseguire un piano di trattamento piuttosto bizzarro. Il trattamento includeva incontri con il dr. Freeman in riunioni sociali, gare di pattinaggio, viaggiare con lui all'estero e nel fare degli investimenti nei suoi affari avventati. Questa donna frequentò anche una "terapia di gruppo": feste in piscina nei quali alcuni partecipanti, compreso il dr. Freeman, erano nudi. Come risultato di questo "trattamento", lei chiese il divorzio dal marito, abbandonò i suoi amici e gli incarichi nella società, e se ne andò con il dr. Freeman. Alla fine gli fece causa.

Nonostante il dr. Freeman affermasse il contrario, il giudice che scrisse l'opinione della maggioranza della Missouri Supreme Court affermò:

“Una volta che il dr. Freeman iniziò a maltrattare il fenomeno del transfert ... fu inevitabile che il problema andasse avanti ... il danno sarebbe stato fatto a Mrs. Zipkin anche se il viaggio all'estero fosse stato svolto con cura, la nuotata fatta con i vestiti indossati e se ci fosse stato un bacio anziché un rapporto sessuale».

Ciò che è importante di questa decisione è che la corte riconobbe ed affermò il dovere da parte del terapeuta di gestire correttamente e professionalmente il transfert, e che l'eventuale rapporto erotico è solo una delle manifestazioni di "malpractice". Quindi la condanna è collegata alla mancata correttezza professionale e non tanto allo specifico dei rapporti sessuali avvenuti.

Il caso di Roy contro Hartogs è un altro caso significativo di cattiva condotta per avvenuti rapporti sessuali tra il terapeuta ed il paziente. E' importante notare che la corte in questo caso paragonò la relazione tra paziente e terapeuta a quella tra tutore e minore, e che pertanto non è sufficiente il consenso del paziente, perchè il tutore non possa affermare che un minore è in grado di essere consenziente. La difesa basata sul

fatto che vi era stato il consenso del paziente fu in tal modo respinta perché il transfert del paziente ed il generale coinvolgimento nel corso della terapia preclude un consenso volontario. In breve: "Un paziente non può acconsentire ad una forma di trattamento inaccettabile professionalmente".

Ci sono comunque alcune idee circa l'eticità o meno di una relazione sessuale con il paziente che vanno esaminate.

La prima, probabilmente risulta dall'ambigua dizione che è proibito avere rapporti "durante la terapia", fa sì che tale condotta venga ritenuta accettabile se si verifica al di fuori di una seduta terapeutica. La seconda è se il coinvolgimento sessuale al termine della terapia sia da considerarsi illegale. Nessuno stato americano ha un regolamento che specifichi un limite di tempo in cui terminata la terapia, la relazione sociale/sessuale può iniziare. La California ha recentemente emanato una legge (SB 1406) che dice, in sostanza, che vi è motivo di processo contro uno psicoterapeuta se questi intrattiene rapporti sessuali entro due anni dal termine della terapia. Questa legge ha il merito di definire chiaramente un termine, ma nella sua precisione sottovaluta alcuni fattori. A due anni dal termine della terapia, una relazione sessuale, tra un ex paziente e uno psicoterapeuta non può considerarsi sempre e necessariamente illegale. Invece la questione da sottolineare, nel determinare se si è verificata cattiva condotta, non è se le azioni hanno avuto luogo "durante" o "al di fuori" delle sedute terapeutiche o del tempo intercorso tra fine del trattamento e relazione sessuale, ma piuttosto la misura in cui tali relazioni sono uno sfruttamento della relazione terapeutica. "In ogni caso la maggior parte degli esperti sostengono che il medico sarà su un piano più sicuro dal punto di vista etico e legale se egli aderirà al motto *una volta paziente, per sempre paziente* (Conte H.R.9 Karasu T,B.).

Questa posizione è largamente condivisa da quasi tutti gli autori che si sono occupati dell'argomento.

Da parte nostra, mentre concordiamo pienamente con la posizione degli autori circa la non liceità di rapporti sessuali durante il processo terapeutico, perché inevitabilmente si sfutterebbe (consenso o no del paziente) il transfert, dissentiamo nettamente però con la posizione riguardante l'eventualità di un rapporto tra paziente e analista (sarebbe meglio dire ex paziente e ex analista) una volta terminata la terapia.

Perché i casi sono due: o esiste ancora una situazione di transfert ed allora il vero problema è che il trattamento non è mai stato portato a termine.

Oppure bisogna teorizzare che il paziente non guarisce mai. Ma se un paziente rimane sempre paziente

2.2 Violazione di segreto professionale e prevenzione di atti auto e/o eterolesivi

Il segreto professionale è uno degli obblighi fondamentali del medico e dello psicoterapeuta in particolare.

Questi per le peculiari modalità che contraddistinguono la sua relazione con il paziente, viene a conoscenza di una enorme quantità di notizie molto intime che ha il dovere di non rendere note. Costituisce infatti esempio evidente di "malpractice", con conseguenze anche penali, il divulgare senza "giusta causa"² tali informazioni. Infatti

² Art. 662 c.p. (Rivelazione di segreto professionale) stabilisce: chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o della propria arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero

bisogna tener presente che eventuali notizie carpite, più o meno in buona fede, allo psicoterapeuta possono essere utilizzate contro il paziente in cause di divorzio o di separazione.

Un problema particolare si pone quando un paziente rivela al terapeuta nel corso del trattamento, delle intenzioni dichiaratamente ostili contro terze persone. Tali intenzioni, infatti, potrebbero trasformarsi in comportamenti eterolesivi e il terapeuta potrebbe essere citato in giudizio per non aver preso le misure idonee a impedire l'atto.

Allo stesso modo, I familiari di un paziente che commetta o tenti un suicidio, possono citare in giudizio lo psichiatra, in quanto, se fossero stati al corrente del potenziale rischio del paziente, avrebbero potuto cercare di ostacolarne l'operato. Questo è ancora più valido nel caso che lo psichiatra si renda conto che il paziente in terapia ha serie intenzioni di compiere azioni contro la vita di terzi. Esempificativa è la sentenza formulata nel 1974 dalla Corte Suprema della California che, a proposito del caso Tarasoff³, stabilì il "duty to warn", cioè il dovere da parte del terapeuta, di avvertire la vittima potenziale o la polizia delle minacce espresse da un paziente in terapia. Questa sentenza sollevò un grande clamore, anche perchè gli psichiatri che avevano in cura lo studente resosi poi responsabile dell'omicidio, avevano cercato di verificare le reali intenzioni del paziente rivolgendosi per una ulteriore valutazione anche alla "campus police", che dopo aver interrogato il ragazzo, escluse un serio pericolo. La Suprema Corte della California riesaminò comunque il caso e la seconda sentenza stabilì più genericamente il "dovere di proteggere piuttosto che di avvertire, la vittima predestinata". Nel 1985, infine, fu emanata la prima legge di stato in California che riguardava specificamente il dovere del terapeuta "to warn and protect third parties": secondo questa legge lo psicoterapeuta è responsabile solo se il suo paziente esprime delle minacce serie di violenza fisica contro una vittima chiaramente identificabile. Questa legge prevede inoltre che il dovere di avvertire e proteggere è assolto se il terapeuta compie dei tentativi ragionevoli di comunicare le minacce alla vittima o alle autorità competenti.

Ma a questo proposito molte sono le problematiche che si sollevano. Infatti fino a che punto uno psichiatra può essere realmente in grado di prevedere dei comportamenti auto e/o eterolesivi? Di quali strumenti egli dispone per prevenire che essi si verifichino? Deve inoltre il medico, nell'incertezza, intervenire ad ogni costo? Lo psicoterapeuta si trova spesso nella condizione di ascoltare delle minacce più o meno generiche da parte del paziente nei confronti di altre persone o di se stesso. Questo è facilitato anche da quel tipo di rapporto medico paziente che si viene ad instaurare nel corso di una psicoterapia, per cui un soggetto si sente più libero di esternare dei sentimenti ostili senza timore di essere giudicato. La verbalizzazione di questi sentimenti da parte del paziente inoltre, in molti casi può rappresentare un momento terapeutico importante. Quindi la posizione dello psicoterapeuta è molto delicata perchè da una parte potrebbe essere accusato di negligenza per essersi limitato esclusivamente ad interpretare le minacce, dall'altra la denuncia potrebbe costituire un acting out del terapeuta contro il paziente. Quindi l'obbligo del terapeuta è di valutare attentamente se queste minacce sono collegabili alla situazione della terapia (transfert, maggiore

lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire seicentomila a un milione. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

³ Tatiana Tarasoff fu uccisa da uno studente indiano, Prosenjit Poddar, già in terapia farmacologica e psicoterapica presso la clinica psichiatrica dell'Università di Berkley, perché aveva ripetutamente rifiutato le profferte amorose di costui.

possibilità espressiva, ecc.) oppure sono reali minacce. In questo caso lo psicoterapeuta non può nascondersi dietro la sua "neutralità"; ne tanto meno interrompere la terapia per evitare ulteriori problemi perchè in questo caso si incorrerebbe nel reato di abbandono di incapace⁴. E' evidente che in questo caso come anche in quello della minaccia di suicidio, si evidenzia la capacità e la responsabilità del terapeuta.

Gli strumenti che il terapeuta può utilizzare nel caso si renda conto che le minacce siano reali intenzioni, per cercare di evitare la realizzazione sono:

- 1) avvertire le persone espressamente indicate dal paziente (anche se in tal caso rischia sia la violazione di segreto professionale, sia di mettere in crisi la relazione terapeutica con il paziente).
- 2) somministrare momentaneamente una terapia più incisiva, come quella farmacologica.
- 3) il ricovero obbligato. *Extrema ratio* che però presenta numerosi problemi nel senso che tale posizione contrasterebbe con lo spirito della legge 180, privilegiando un atteggiamento custodialistico piuttosto che terapeutico perché tornerebbe a far riferimento al vecchio concetto di pericolosità come elemento determinante una simile alternativa.

Si deve inoltre considerare che anche una persona ritenuta "normale" da un punto di vista psichico, può esternare dei propositi etero c/o autolesivi nella consapevolezza che ciò rimarrà soltanto una espressione verbale, e senza che per questo siano intrapresi dei provvedimenti nei suoi confronti.

2.3 Prassi inadeguata o scorretta.

Una volta formulata una corretta diagnosi è possibile stabilire in base al caso specifico quale sia il trattamento più adeguato. Con questo intendiamo dire che esiste certamente una correlazione tra tipo di diagnosi e terapia, ma che quest'ultima va differenziata di volta in volta in base alle particolari condizioni cliniche del soggetto.

Ad esempio come scrive Montalto "Nell'ambito degli stati nevrotici il trattamento psicanalitico sarebbe controindicato nella fase acuta di una nevrosi di angoscia, dato che il paziente potrebbe non sopportare alcune delle tecniche abituali; una certa riserva è anche segnalata negli stati ansiosi subacuti, quando si presume che essi costituiscono i prodromi di una crisi melanconica, o di schizofrenia. Un'altra riserva può essere espressa nei confronti delle nevrosi di carattere, quando non esistono veri segni di sofferenza psichica. Si tratta in questi casi di pazienti apparentemente inseriti sotto il profilo sociale, i quali presentano meccanismi di difesa integrati nella struttura del carattere e sui quali pertanto si deve evitare di lavorare imprudentemente, sconvolgendo un equilibrio in qualche modo raggiunto".

Proprio per l'estrema complessità nello stabilire degli standard di cura oggettivamente valutabili data la complessità della relazione terapeutica, potrebbe essere utile che ogni

⁴ Art. 591 c.p. (Abbandono di persone minori o incapaci): Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo per vecchiaia o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. (...)

terapeuta operante nell'ambito di questo settore tenesse, come suggerisce Montalto "... una scheda biopsichica, nella quale dovrebbero essere annotati i dati più importanti relativi all'esame psichico effettuato prima dell'intervento terapeutico, i conseguenti tratti diagnostici nonché, gli elementi più essenziali della particolare metodica applicata. In tal. modo il medico stesso potrebbe cautelarsi da eventuali azioni legali che un paziente non soddisfatto dal tipo di cura ricevuta potrebbe intraprendere.

Una corretta diagnosi infatti non esime da una eventuale colpa, se a questa diagnosi non segue una prassi e un trattamento che sia corrispondente e scientificamente dimostrato essere utile o il più utile per quella particolare forma morbosa.

Comunque nell'ambito di un trattamento psicoterapico il terapeuta dovrà inoltre rispettare alcuni principi basilari che Furrow⁵ così descrive:

- 1) mantenere un atteggiamento neutrale ed essere in grado di gestire il transfert del paziente con una continua interpretazione;
- 2) consultare un collega qualora si presentino delle gravi difficoltà nel portare avanti la terapia;
- 3) non abbandonare improvvisamente senza valido motivo un paziente, ma garantire a quest'ultimo un tempo sufficiente per trovare un altro terapeuta;
- 4) terminare un trattamento quando si dimostri inefficace o dannoso.

E' inoltre importante sottolineare che poiché la psicoterapia non è un trattamento effettuato in condizioni di emergenza, si può avere tutto il tempo necessario per decidere se e quale terapia sia la più indicata per quel paziente.

2.4 Altri problemi per lo psicoterapeuta.

Un problema particolarmente delicato si pone per lo psichiatra e lo psicoterapeuta in particolare, quando gli viene richiesto un parere circa le condizioni psichiche di un soggetto che egli ha avuto o ha tuttora in terapia. In Italia il codice deontologico e la legge sulla Privacy, tende a proteggere sia il terapeuta che il paziente, cosa che non succede in altri paesi come negli U.S.A. Infatti in numerose situazioni dalla richiesta di lavoro al concorso a cariche pubbliche, può essere chiesto al candidato se è in trattamento psichiatrico.

Ovviamente il soggetto può rifiutarsi di rispondere⁶, ma ovviamente il rifiuto viene letto non solo come conferma che il soggetto è in trattamento psichiatrico o psicoterapeutico, ma anche come segno di gravità. Pertanto in genere il candidato si sottomette a questa regola, e nel caso in cui è in trattamento psicoterapeutico, questo obbliga lo psicoterapeuta a rilasciare una certificazione sullo stato mentale del paziente.

⁵ Cit. in *Malpractice in Psychotherapy: An Overview*, di Conte R.H., Karasu B.T., in *Am. J. of Psychotherapy*, vol XLIV, N 1, January, 1990, pag. 235.

6

Bisogna tener presente la cultura americana ove mentire è un fatto grave: per questo ad una richiesta si deve rispondere con un rifiuto o rispondere. E' presumibile che l'italiano medio, in trattamento psichiatrico, potrebbe semplicemente rispondere negando il fatto.

E' evidente che questa prassi è un chiaro ritorno al parto: lo psichiatra come tutore dell'ordine pubblico e gestore del controllo sociale.

Ciò comporta una serie di implicazioni che J.O. Noll così schematicamente riassume:

- 1) gli psicoterapeuti si troveranno nella forbice di dover rendere pubblico un segreto professionale e nel rischio di essere citati in tribunale dal paziente stesso per violazione di segreto professionale;
- 2) questa spada di Damocle può ovviamente inquinare il rapporto terapeutico;
- 3) i terapeuti che si sentono in obbligo nel seguire il principio del consenso totale ed informato potranno dissuadere pazienti dal richiedere il loro aiuto;
- 4) meno persone ricorreranno alla psicoterapia a causa della paura che le cose dette in terapia possono essere utilizzate contro di loro;
- 5) infine, vi è il rischio che la psicoterapia diventi sempre meno un luogo privato, ove il paziente può liberamente proporsi.

Negli U.S.A., paese democratico e liberale, il controllo sociale sembra, senza grandi clamori, aver raggiunto, e quindi inquinato, il rapporto psicoterapico.

3 Conclusioni

Siamo ben consapevoli che le situazioni sopradescritte non possono coprire l'arco molto più ampio e variegato dei casi di "malpractice" in psicoterapia.

Qualsiasi psicoterapeuta, con una valida preparazione ed in buona fede, ha avuto modo di poter osservare vari casi ove lo psicoterapeuta, per inesperienza, incapacità o per altri motivi ha creato situazioni iatrogene più o meno gravi, più o meno reversibili.

Ma prendere in considerazione tutte le cause e le modalità di "malpractice" in psicoterapia vorrebbe dire riaprire il problema della teoria, della prassi e soprattutto della formazione della psicoterapeuta.

In questo lavoro abbiamo voluto solo sottolineare alcune situazioni di "malpractice": le "bucce di banana" sulle quali lo psicoterapeuta può scivolare, anche se in buona fede.

Bibliografia

Avolio G., Liffredo F., Iodio M.: *Problemi di responsabilità professionale in ambito di psicoterapia.* in Minerva Medico Legale, vol. 109, N. 1, gennaio-marzo 1989, pag. 33-35.

Committee on Confidentiality (a cura di) *"Guidelines on Confidentiality"* in American Journal of Psychiatry, Vol. 144, N. 11, November 1987, pag. 1522-1526.

Conte H.R., Karasu T.B.: *"Malpractice in Psychotherapy: An Overview"* in American Journal of Psychotherapy, vol. XLIV, N. 1, January 1990, pag. 232-245.

- De Fazio F.:** *“La responsabilità professionale della psichiatra”* in Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. CXL, N. 6, 1987, pag. 1218-1234.
- Fiandaca G.:** *“Caso Verdiglione: il «transfert» psicoanalitico come impostura?”* in Il Foro Italiano 1987, Parte II-3, pag 30-37.
- Fiandaca G.:** *Problemi e limiti della responsabilità professionale della psichiatra* in Il Foro Italiano, 1988, Parte II, pag. 107-118.
- Gerin C., Antoniotti F., Merli S.:** *Medicina legale e delle assicurazioni.* Società Editrice Universo, Roma 1991.
- Goldstein R.J.:** *When doctors divulge: is there a "threat from within" to psychiatric confidentiality?"* in Journal of Forensic Sciences, Vol. 34, N. 2, March 1989, pag. 433-437.
- Greco O., Catanesi R.:** *La responsabilità professionale della psichiatra.* Piccin, Padova, 1990.
- Klerman G.L.:** *The Psychiatry Patient's Right to Effective Treatment: Implication of Osheroff v. Chestnut Lodge* in American Journal of Psychiatry, vol.147, N.4, April 1990, pag.409-418.
- Lalli N., Giacchetti N.:** *Collaborazione e resistenza nella relazione terapeutica.* Attualità in Psicologia, anno IX, n. 2-3, Aprile-Settembre 1994, pag. 35-42.
- Manacorda A.:** *Filosofia della cura. Filosofia dell'impresa.* in Il Foro Italiano, Parte II, 1987, pag. 37-41.
- Manacorda A.:** *Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente.* in Il Foro Italiano, Parte II, 1988, pag. 118-123.
- Mill M., Sullivan G., Eth S.:** *Protecting Third Parties: A Decade After Tarasoff* in American Journal of Psychiatry, vol. 144, N. 1, January 1987, pag.68-74.
- Montalto B.:** *Primi lineamenti della responsabilità professionale degli psicoterapeuti ad indirizzo psicoanalitico.* in Riv. It. Med. Leg., VI, 1984, pag. 1050-1069.
- Noll J.O.:** *The Psychotherapist and Informed Consent.* in American Journal of Psychiatry, vol. 133, N.12, December 1976, pag.1451-1453.
- Sala R.:** *Autonomia e consenso informato.* Modelli di rapporto tra medico e malato mentale. in Medicina e Morale, Anno XLIV, Gennaio-Febbraio 1994.
- Scapati F., Greco O, Catanesi R.:** *Note in tema di responsabilità professionale nell'ambito psicoterapico.* in Medicina e Morale, anno XXXVH, novembre-dicembre 1987, pag.951-966.
- Stone A.A.:** *Law, Science, and Psychiatric Malpractice: A Response to Klerman's Indictment of psychoanalytic Psychiatry.* in American Journal of Psychiatry vol. 147, N.4, April 1990, pag. 419-427.
- Strashurger L.H., Jorgenson L., Randies R.:** *Criminalization of Psychotherapist-Patient Sex.* in American Journal of Psychiatry vol. 148, N. 7, July 1991, pag.859-863.
- van Praag H.M.:** *Reconquest of the Subjective. Against the Waning of psychiatric Diagnosing.* in British Journal of Psychiatry, 160, 1992, pag. 266-271.
- Weil F.:** *The Right of the Mental Patient to Be Medically Informed.* in Medicine and Law, vol. 12, N. 6/7/8, 1993, pag. 681-686.