

LO PSICHIATRA E L'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA. AREE PROBLEMATICHE E RACCOMANDAZIONI

a cura del gruppo di lavoro della Società Italia di Psichiatria su "salute mentale della donna e interruzione di gravidanza"¹

Uno degli aspetti di particolare complessità dell'agire psichiatrico riguarda il ruolo dello psichiatra nelle procedure inerenti l'interruzione di gravidanza, una tematica che, a sua volta, rinvia a tutta una serie di specifici problemi gravati da serie implicazioni etico-deontologiche e medicolegali (vedi, ad esempio, la valutazione della capacità di dare il consenso ai trattamenti in situazioni gravi o di fin di vita) in cui lo psichiatra viene chiamato ad esprimere la sua valutazione come consulente.

Background: la legge 22 Maggio 1978 n.194

Il quadro normativo che fa da cornice di riferimento è costituito dalla Legge 22 Maggio 1978 n.194, meglio nota come legge sulla interruzione di gravidanza, della quale è bene ricordare le principali previsioni normative in riferimento alle specifiche questioni di cui andiamo trattando. Come è ben noto, la Legge 194 - oggetto tuttora di non sopite polemiche di ogni tipo - ha introdotto il principio secondo il quale ogni donna ha il diritto di chiedere liberamente l'interruzione della gravidanza entro i 90 giorni dal suo inizio, qualora si ravvisino determinate circostanze. Infatti, l'art.4 della Legge cita: *"per la interruzione volontaria di gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un **serio pericolo per la sua salute fisica o psichica**, in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico..."*. In effetti, benché si faccia riferimento ad una precisa condizione di ordine sanitario (il "serio pericolo per la sua salute fisica o psichica"), di fatto - come si evince dal successivo art.5 - la Legge non affida al medico (che di norma è un medico del consultorio o lo stesso medico di fiducia) un ruolo specificamente "prescrittivo", nella misura in cui il suo ruolo è quello di *"esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta...le possibili soluzioni dei problemi, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari, sia durante la gravidanza che dopo il parto"*. Esperita questa fase di informazione e sostegno, qualora la donna interessata mantenesse la sua volontà di procedere comunque alla interruzione di gravidanza, il medico dovrà soltanto

¹ Il gruppo di lavoro è costituito da Bernardo Carpinello, Diana De Ronchi, Carla Martino e Claudio Mencacci

adempiere ai suoi compiti di certificazione: "se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico...di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'art.4, rilascia copia di un **documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni la donna può presentarsi per ottenere la interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato...**presso una delle strutture autorizzate". Peraltro, anche l'attesa di sette giorni può essere saltata. Infatti, "quando il medico...riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'interruzione, rilascia immediatamente alla donna una certificazione attestante l'urgenza". Dunque, la legge entro i primi 90 giorni attribuisce al medico un ruolo certificativo che, ben inteso, riguarda sostanzialmente l'esistenza di uno stato di gravidanza e l'esistenza di una volontà espressa della donna di interromperla. La Legge dunque, nella sostanza, lascia alla donna la libertà e la responsabilità della scelta.

Diverso si configura il ruolo del medico dopo il novantesimo giorno di gravidanza. All'art.6, infatti, viene previsto che "L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che **determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna**". Al successivo art.7 viene specificato che "i processi patologici che configurano i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero che deve praticare l'intervento, che ne certifica l'esistenza. **Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti**". In questo caso dunque, l'interruzione di gravidanza, pur rimanendo volontaria nel senso della necessità di un libero e consapevole consenso della donna, rimane vincolata ad una valutazione preliminare della sussistenza di quelle condizioni cliniche che la Legge richiede siano la "conditio sine qua non" in base alla quale si può procedere alla cosiddetta Interruzione Terapeutica di Gravidanza. All'interno di questo processo si colloca non infrequentemente ² il ruolo dello psichiatra, generalmente chiamato quale consulente dai colleghi delle strutture ostetrico-ginecologiche al fine di valutare se sussistano le condizioni di "grave pericolo per la salute psichica" della donna e, conseguentemente, se si configuri la necessità di una interruzione dello stato di gravidanza quale atto con valore "terapeutico" al fine di salvaguardare la salute mentale stessa della donna. In sostanza, il ruolo dello psichiatra è tutt'altro che marginale all'interno della procedura prevista dalla Legge, nella misura in cui ad esso viene attribuito un duplice e fondamentale ruolo: diagnostico-certificativo (diagnosticare e certificare una condizione di "grave pericolo" per la salute psichica della donna); terapeutico-prescrittivo (indicare la necessità di procedere alla interruzione dello stato gravidico al fine di garantire la preservazione dello stato di salute mentale).

² In uno studio riguardante le consulenze psichiatriche effettuate per un'ospedale generale universitario nell'arco di 5 anni, Carpinello et al (2002) riportavano che la Interruzione Volontaria di Gravidanza costituiva l'8.6% delle richieste di consulenza per quanto riguarda le ricoverate di genere femminile

Una situazione particolare riguarda **l'interruzione terapeutica di gravidanza nella donna interdetta per infermità di mente**, prevista dall'articolo 13 della legge. In detto articolo si esplicita che *"la richiesta, di cui agli articoli 4 e 6, può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna....."*

Viene quindi stabilito che non esiste alcuna presunzione di incapacità nell'inferma di mente ma che una donna, anche interdetta, può essere in grado di decidere in modo valido in merito all'interruzione di gravidanza³.

Anche l'esperienza clinica conferma che non esiste un rapporto univoco e costante tra malattia mentale e incapacità di intendere e volere. Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare - entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta - una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa, nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti - se lo ritiene opportuno - gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

In questi casi deve essere espressa la valutazione psichiatrica o, almeno, una diagnosi della malattia della donna, ma non è richiesto espressamente un parere specialistico.

Resta senza previsione legislativa l'ipotesi della donna **in condizione di incapacità naturale di mente, ma non interdetta**. Gli incapaci naturali (art 428 C.C.) sono quindi soggetti che si trovano per qualsiasi causa, anche transitoria, in condizioni di incapacità di intendere e volere: gli atti da loro compiuti possono essere annullati. Non essendo valida la volontà della donna sotto il profilo giuridico, non è possibile dar seguito alle procedure previste nel primo e nel secondo trimestre, pena l'incorrere nel caso di delitto di aborto su persona non consenziente. La consulenza psichiatrica, in questo caso, ha quindi l'obiettivo di un accertamento sulle condizioni mentali al fine di richiederne eventualmente l'interdizione con una procedura di massima urgenza.

Tenuto conto di quanto la Legge prevede è dunque della massima importanza che lo psichiatra, chiamato quale consulente, proceda nel suo compito, la cui delicatezza appare "ictu oculi" evidente, avendo innanzitutto consapevolezza della notevole complessità dei problemi correlati alla interruzione di gravidanza. Alcune questioni sono a questo riguardo fondamentali: la prima concerne l'impatto sulla salute mentale dell'aborto, sia spontaneo che indotto; la seconda riguarda l'eventualità esattamente opposta, ovvero l'impatto sulla salute mentale della donna della mancata interruzione di gravidanza.

³ Pretura di Bari - tutele -22 gennaio 1980.

L'interruzione di gravidanza quale fattore di rischio per la salute mentale della donna

La letteratura, pur consistente dal punto di vista quantitativo, che riguarda le conseguenze dell'aborto sulla salute mentale della donna, appare limitata da notevoli problemi metodologici che toccano, a seconda dello studio, una scarsa consistenza delle casistiche, la mancata differenziazione delle casistiche in funzione del tipo di interruzione di gravidanza (spontanea, indotta), l'eterogeneità dei metodi di valutazione dell'impatto dell'evento sullo stato mentale, la frequente carenza di utilizzo di metodi di valutazione standardizzati, la carenza di adeguati dati anamnestici riguardanti le donne esaminate, la carenza di adeguati gruppi di controllo, l'eterogeneità e generalmente ridotta durata del follow up, etc. Pur tenendo conto di queste carenze, appare possibile enucleare alcune evidenze significative. Innanzitutto, la letteratura sembra dimostrare come l'interruzione di gravidanza sia certamente correlata, sebbene con frequenza estremamente variabile da caso a caso, a manifestazioni di sofferenza soggettiva, generalmente costituite da reazioni di lutto o da manifestazioni ansiose e/o depressive minori, autolimitantesi nel tempo (Iles, 1989; Rosenfeld, 1992; Bianchi-DeMicheli, 2007; Romans-Clarkson, 1989; Shadmi et al, 2002).

Il rischio di conseguenze psicopatologiche gravi dopo un aborto, specialmente se indotto, appare estremamente ridotto: il rischio di psicosi risulta pari al 3 per mille (Zolese & Balcic, 1992), considerevolmente più basso (Brewer et al, 1977) o pressoché uguale (David et al, 1981) a quello delle "psicosi puerperali", sebbene altri studi riportino tassi maggiori rispetto a queste ultime, ma comunque molto bassi (Jansson et al, 1965).

Le reazioni da lutto sembrano rappresentare la forma più comune di sofferenza psichica conseguente ad un aborto, soprattutto se spontaneo; esso assume verosimilmente le stesse forme, durata e fasi di altre forme di lutto conseguente a perdite significative (Brier, 2008). Le reazioni da lutto vengono spesso confuse ed etichettate come sindromi depressive, benché gli studi basati su accurate valutazioni dimostrino che esse sono sicuramente più frequenti rispetto alle vere e proprie sindromi depressive e abbiano una loro peculiarità fenomenica rispetto alla depressione; in ogni caso, è possibile che un fattore di confondimento sia costituito dalla coesistenza di una reazione da lutto e di una vera e propria sindrome depressiva, eventualità verosimilmente non rara, visto che la sua incidenza è stata stimata pari al 20% dei casi di donne che avevano di recente sperimentato un aborto spontaneo (Beutel et al, 1995).

Il rischio di sofferenza psichica sembra generalmente più elevato nel caso dell'aborto spontaneo (Friedman & Gath, 1989; Lapelle, 1991; Frost & Condon, 1996; Lee & Slade, 1996; Klier et al, 2002; Geller et al, 2004; Brier, 2004; Lok & Neugebauer, 2007; Brier, 2008), eventualità associata in diversi studi caso-controllo ad un vero e proprio incrementato rischio psicopatologico, specificamente di Depressione Maggiore (RR=2.5) (Neugebauer et al, 1997), di depressione minore (RR= 5.2) (Klier et al, 2000), di disturbo ossessivo-compulsivo (RR=8.0) e di Panico (RR=3.6) (Geller et al, 2001). Meno problematica sembra essere, in generale, l'interruzione volontaria di gravidanza, la quale sembra associarsi nella maggioranza dei casi ad una

attenuazione delle condizioni di disagio emotivo pre-esistenti all'interruzione di gravidanza stessa (Greer et al, 1976; Payne et al, 1976; Romans-Clarkson, 1990, Teichman et al, 1993; Rosenfeld, 1992, Schleiss et al, 1997; Bradhaw & Slade, 2003; Bianchi-DeMicheli, 2007). In ogni caso, anche l'interruzione volontaria di gravidanza non è necessariamente esente da significative conseguenze in termini di salute mentale. Infatti, una revisione relativamente recente sulle conseguenze fisiche e psichiche dell'aborto indotto (Thorp et al, 2003) riguardante gli studi pubblicati aventi una casistica sufficiente (almeno 100 casi) e un follow sufficientemente prolungato (almeno 60 giorni), ha segnalato come l'induzione di un aborto sia associata ad un rischio significativamente più elevato di manifestazioni depressive (anche associate a comportamenti autolesivi), oltreché ad una serie di conseguenze somatiche (aumentato rischio di parto prematuro, probabile aumento del rischio di cancro della mammella). Inoltre, un recente studio comparativo sulle conseguenze psichiche dell'aborto indotto e spontaneo in una coorte di donne valutate periodicamente per ben cinque anni - il più lungo studio di follow up sino ad oggi pubblicato (Broen et al, 2004, 2005, 2006) - dimostra che, mentre il decorso di alcune reazioni di distress psicologico (evitamento di pensieri intrusivi inerenti l'evento, sentimenti di colpa, vergogna etc..) era differenziato in funzione del tempo nei due gruppi di donne, i punteggi dell'ansia alla scala HAD risultavano nel breve termine (10 giorni e sei mesi dopo la interruzione di gravidanza) significativamente più elevati della norma, sia nelle donne che avevano abortito spontaneamente, che nelle donne che avevano effettuato l'interruzione volontaria di gravidanza, ma permanevano a valori elevati, patologici, per tutta la durata del follow up solo nelle donne che avevano abortito volontariamente.

Per quanto concerne l'individuazione delle donne che sono esposte ad un maggior rischio di sofferenza psichica, indipendentemente dal livello di quest'ultima, la letteratura indica una serie di fattori rilevanti quali: la presenza di una precedente psicopatologia, uno scarso supporto sociale, una storia di precedenti aborti spontanei o indotti, tratti patologici di personalità (neuroticismo); per quanto concerne specificamente l'interruzione volontaria di gravidanza, vanno considerati quali specifici fattori di rischio, oltre quelli indicati, la presenza di anomalie o malattie fetali di natura genetica e non genetica quale causa della richiesta di interruzione, l'epoca gestazionale avanzata (aborto al secondo trimestre di gravidanza), gli atteggiamenti negativi verso l'interruzione di gravidanza dipendenti da fattori socioculturali e religiosi, il vissuto di "coercizione esterna" nella decisione di abortire, l'ambivalenza rispetto alla decisione (Gibbons, 1984; Iles, 1989; Rosenfeld, 1992; Bianchi-DeMicheli, 2007; Romans-Clarkson, 1989; Shadmi et al, 2002). In sintesi, sebbene l'aborto spontaneo appaia legato a maggiori rischi per la salute mentale della donna, soprattutto in termini di disturbi della sfera affettiva (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia), anche l'interruzione di gravidanza indotta può essere associata a significative conseguenze negative per la salute mentale, soprattutto quando si tratti di interruzioni che vengano

effettuate per cause malformative o malattie genetiche e/o in epoca gestazionale avanzata, condizioni che spesso coincidono⁴.

La mancata interruzione di gravidanza quale fattore di rischio per la salute mentale della donna

Sebbene significativamente meno consistente, esiste tuttavia una letteratura riguardante l'inusuale argomento delle possibili conseguenze negative di una mancata interruzione di gravidanza. Tale letteratura risente di limiti metodologici ancor più di quella concernente gli effetti dell'aborto, non solo in rapporto alla ridotta numerosità degli studi ma anche per quanto riguarda i parametri di esito considerati sul piano della salute mentale delle donne interessate; alcuni studi, peraltro, riguardano le conseguenze del mancato aborto sulla prole più che quelle sulla salute mentale della donna. Le indicazioni emergenti da questa letteratura sono inevitabilmente ancora meno univoche rispetto a quelle concernenti l'aborto.

Alcuni autori tendono ad accreditare l'ipotesi secondo la quale esisterebbero delle significative conseguenze sulla salute fisica e mentale delle donne che non avevano potuto abortire e sui rispettivi figli; altri sostengono esattamente il contrario. Uno studio ha riportato che il 24% di 249 donne alle quali era stato rifiutato l'aborto (richiesto nel 41% per motivi psichiatrici) presentava significativi segni di disagio psichico a 18 mesi di distanza, con un rischio di complicanze psicopatologiche, prevalentemente di natura affettiva, 4 volte superiore a quello di donne che avevano potuto abortire; nel 31% dei casi si riteneva che queste madri non garantivano un clima emotivo favorevole ai loro figli (Hook, 1963); uno studio riguardante 120 figli nati da madri cui era stato rifiutato l'aborto seguiti in follow up per 21 anni e paragonati ad un gruppo di controllo omogeneo, dimostrava che fra i figli nati da gravidanze sostanzialmente "non volute" erano più frequenti comportamenti antisociali e criminosi, era più elevato il ricorso ai servizi assistenziali ed alle consultazioni psichiatriche e più frequente la collocazione dei bambini "non voluti" in case famiglia; inoltre, nelle famiglie di questi bambini era più frequente la nascita di un altro figlio derivante da relazioni avute da uno dei genitori fuori dal matrimonio (Forssman & Thuwe, 1966). Un altro studio riguardante 220 bambini "non voluti" e un numero pari di controlli, faceva emergere che i primi mostravano maggiori comportamenti di difesa in situazioni frustranti o stressanti ((Dytrych et al, 1975). Sulla base di simili dati, Watter (1980) - nella sua revisione dell'argomento - ha espresso l'opinione che i dati derivanti dagli studi esistenti suffragavano l'ipotesi che la negazione di un aborto potrebbe comportare rilevanti conseguenze psicosociali. Al contrario, in un articolo di revisione sull'argomento, Del Campo (1984) riportava che l'incidenza di complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio in donne cui era stato negato l'aborto non risultava significativamente aumentata e che i dati esistenti a favore di significativi danni sulle madri o sulla prole derivanti dal

⁴ La presenza di malformazioni e malattie genetiche costituiscono causa frequentissima di richiesta di interruzione di gravidanza; a causa di limiti metodologici tuttora presenti, la possibilità di effettuare diagnosi precoci (prima dei 90 giorni) affidabili è tuttora molto limitata, per cui la maggior parte delle diagnosi di sicurezza indispensabili per la richiesta di interruzione di gravidanza viene effettuata nel corso del secondo trimestre, come dimostra uno studio di Carpiello (2000) che riporta come le interruzioni "terapeutiche" di gravidanza avvengano mediamente alla 17ma settimana gestazionale, mentre le interruzioni volontarie ordinarie avvengono mediamente alla nona

negato aborto risultavano inconsistenti. Similmente, in una revisione della letteratura riguardante il "concepimento indesiderato", Pohlman (1967) era giunto a conclusioni analoghe, sostenendo la mancanza di dati scientifici che suffragassero l'idea che gravidanze indesiderate e portate a termine potessero associarsi a effetti indesiderati.

Alcuni dati riguardanti in maniera specifica le possibili conseguenze psicopatologiche dell'aborto e del mancato aborto derivano da un amplissimo studio prospettico britannico relativo ad una coorte di oltre 13.000 donne che avevano avuto una gravidanza indesiderata, la cui morbilità psichiatrica era stata valutata dopo il termine dello stato gravidico, in funzione del suo esito (continuazione o interruzione della gravidanza). I tassi di morbilità psichiatrica non risultarono significativamente differenti nelle donne che avevano interrotto la gravidanza (63.5 casi/anni-donna) rispetto alle donne che non l'avevano interrotta (63.1/100 anni-donna); le donne che avevano precedenti psicopatologici erano risultate più a rischio di psicopatologia, indipendentemente dall'esito della gravidanza; le donne che avevano un'anamnesi positiva di psicosi mostravano un rischio minore di sviluppare un disturbo psicotico in caso di interruzione di gravidanza (4.9 casi/100 anni-donna) che in caso di nascita di un bambino a termine di gravidanza (11.8/100 anni-donna), sebbene i tassi di ricovero ospedaliero fossero poi del tutto sovrapponibili; nelle donne senza antecedenti psicopatologici, gli atti di autolesionismo, che nell'89% dei casi era stato effettuato mediante ingestione di farmaci, risultarono più frequenti fra le donne che avevano fatto ricorso all'aborto (RR=1.7), ma ancora più frequenti nel sottogruppo di donne alle quali non era stato concesso di ricorrere all'aborto (RR=2.9).

Sintesi delle evidenze e raccomandazioni per lo psichiatra

E' ampiamente riconosciuto il fatto che, in epoca antecedente alla legalizzazione dell'aborto - avvenuta via via nel tempo in gran parte dei paesi occidentali - si sia ridotto il ricorso "improprio" alla psichiatria per giustificare la richiesta di una interruzione di gravidanza, un tempo estremamente frequente (Stotland, 2003): il ruolo dello psichiatra rimane comunque fondamentale, per lo meno in Italia, per quanto concerne l'interruzione cosiddetta "terapeutica" di gravidanza.

La letteratura dimostra che l'aborto spontaneo sembra maggiormente gravido di possibili conseguenze negative sulla salute mentale della donna mentre l'interruzione volontaria di gravidanza sembra, invece, generalmente correlata a un miglioramento delle condizioni di sofferenza emotiva in cui la donna viene a trovarsi in caso di gravidanza indesiderata. Ciò nondimeno, si deve tenere conto del fatto che la letteratura pone in evidenza la presenza di condizioni di maggior rischio per la salute mentale della donna in caso di interruzione volontaria della gravidanza quando siano presenti alcuni fattori (presenza di gravi malformazioni o di malattie genetiche, frequente ambivalenza della richiesta, effettuazione dell'interruzione nel corso del secondo trimestre) tipicamente presenti nell'evenienza cosiddetto aborto a scopo terapeutico. Quest'ultimo, dunque, non necessariamente potrebbe essere sempre e comunque associato all'auspicato miglioramento delle condizioni psichiche della donna a seguito della interruzione della gravidanza non desiderata. D'altra

parte, la stessa letteratura sembra indicare che il rischio per la salute mentale sia costituito, sia nel caso della interruzione di gravidanza spontanea che indotta, da disturbi della sfera emotivo-affettiva (disturbi d'ansia, depressivi) ed eccezionalmente da disturbi gravi dello spettro psicotico. Analogamente, la letteratura piuttosto scarsa esistente sulle possibili conseguenze del "mancato aborto" (ovvero di un eventuale prosecuzione di una gravidanza non voluta) sulla salute mentale della donna non sembra far emergere un rischio particolarmente significativo di disturbi mentali - e di disturbi severi in particolare - sebbene non vadano trascurati i dati relativi ad un significativo aumento del rischio di gesti anticonservativi in donne che avevano dovuto proseguire la gravidanza in assenza di un consenso all'aborto e i dati, sparsi ma non del tutto irrilevanti, sulle possibili conseguenze sulla prole di una gravidanza indesiderata. D'altra parte, la consistente letteratura sull'impatto negativo, anche a lungo termine, sulla salute fisica e mentale delle madri derivante dal doversi far carico di un figlio affetto da gravi malformazioni o malattie genetiche con rilevante disabilità, indipendentemente dal fatto che il figlio fosse voluto o meno (Carpiniello et al, 1995; Pariante et al, 1997; Rai et al, 2005; Rona et al, 1998; Lavoro & Soares, 2006; Skari et al, 2006; Kackson et al, 2003) deve costituire significativo elemento di riflessione per lo psichiatra chiamato alla consulenza ai fini della interruzione di gravidanza.

La Legge 194, come ricordato in premessa, richiede di valutare il "grave rischio per la salute mentale" della donna senza dare ulteriori specificazioni sul significato e sull'estensione da dare a tale proposizione. In assenza di elementi di riferimento, ogni psichiatra è chiamato a svolgere il suo ruolo secondo il tradizionale principio medico dell'agire secondo "scienza e coscienza", consapevole in questo caso delle insufficienti e non dirimenti fonti di conoscenza derivanti dalla "scienza". In ogni caso, l'insieme delle evidenze sino ad oggi disponibili permette di fornire alcune raccomandazioni:

- 1) Lo psichiatra chiamato alla consulenza in caso di aborto a scopo terapeutico *deve tener conto, caso per caso, dei rischi per la salute mentale sia in caso di prosecuzione che di interruzione della gravidanza, senza altresì prescindere dalla volontà espressa dalla donna;*
- 2) egli deve tener conto, conformemente ai dettami della Legge, del fatto che la valutazione dei "gravi rischi per la salute mentale" deve essere effettuata in relazione *non solo alla eventualità di ciò che potrebbe accadere in caso di prosecuzione della gravidanza, ma anche al momento parto e con la maternità;*
- 3) tenendo conto di quanto indicato nel punto precedente, essendo nel concetto di "rischio" implicita una valutazione prospettica, è evidente che per la richiesta di interruzione terapeutica di gravidanza non deve essere necessariamente presente uno stato di sofferenza mentale in atto, poiché ciò che si richiede è *una adeguata valutazione individualizzata dei rischi di compromissione grave dello stato di salute mentale della donna nel breve e medio termine (durante la prosecuzione della gravidanza e in corso di parto) e nel più lungo termine (dopo l'avvenuta maternità); in*

altri termini, essendo una valutazione probabilistica, lo psichiatra dovrà innanzitutto valutare se e in qual misura sia verosimilmente ipotizzabile una significativa compromissione dello stato di salute mentale;

- 4) *il concetto di "rischio per salute mentale" fa riferimento a un concetto (la salute mentale) di per sé complesso e di non univoca accezione; nel caso in ispecie, non sembra opportuno nel caso specifico che nel concetto di rischio lo psichiatra si limiti a considerare le conseguenze in termini meramente psicopatologici; appare infatti consigliabile estendere la valutazione alle conseguenze sulla qualità di vita e sul funzionamento relazionale e sociale della donna, inclusa la capacità di gestire in modo adeguato il ruolo materno;*
- 5) *conformemente al punto precedente, la valutazione del livello di "gravità" del rischio per la salute mentale deve conseguentemente tenere conto non solo della gravità sintomatologica dei disturbi mentali che eventualmente potrebbero venire a determinarsi, ma anche della loro natura ed eventuale durata nel tempo, incluso il rischio di cronicità, così come la gravità delle eventuali conseguenze sulla qualità di vita e sulle capacità funzionali della donna;*
- 6) *in ogni caso, appare consigliabile considerare la presenza di un significativo rischio di disturbi psicotici o di disturbi dell'umore di tipo uni o bipolare alla stregua di rischio grave, così come va considerata tale l'eventualità di atti anticonservativi;*
- 7) *la valutazione del rischio per la salute mentale deve fondarsi su una accurata valutazione dei possibili "fattori di rischio" posti in luce in letteratura, con particolare riferimento alla familiarità per disturbi mentali, ai precedenti psicopatologici, alla personalità premorbosa (con particolare riferimento a disturbi di personalità o a evidenti tratti patologici, seppur non configuranti un pieno disturbo di personalità), alle condizioni psicosociali in atto, al tipo e natura dei supporti sociali, al livello e tipo di sofferenza psichica eventualmente già in atto al momento della valutazione, alla eventuale comorbilità con patologie somatiche gravi della donna, alla natura e gravità delle patologie del feto.*

Riferimenti bibliografici

Appelbaum PS (1992), Psychiatrists and access to abortion, *Hosp Comm Psych*, 43:967-8

Beutel M, Deckart R, von Rad M et al (1995), Grief and Depression after miscarriage: their separation, antecedents and course, *Psychosom Med*, 57:517-26

Bianchi-Demicheli F (2007), Psychiatric and psychological consequences of abortion, *Rev Med Suisse*, 3:401-2

Bradshaw Z, Slade P (2003), The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature, *Clin Psychol Rev*, 23:929-58

Brewer C (1977), Incidence of post abortion psychosis. A prospective study, *Brit Med J*, 1:476-477

Brier N (2004), Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice, *Birth*, 31:138-42

Brier N (2008), Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature, *J Women's Health*, 17:451-64

Broen AN, Moum T, Bodtker AS et al (2004), Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2 year follow up study, *J Psychosom Med*, 66:265-71

Broen AN, Moum T, Bodtker AS et al (2005), The course of mental health after miscarriage and induced abortion. A longitudinal five-year follow-up study, *BMC Med*, 3:18

Broen AN, Moum T, Bodtker AS et al (2006), Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination. A longitudinal five year follow-up study, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85:317-23

Carpiniello B et al (1995) Psychiatric morbidity and family burden among parents of disabled children, *Psychiatric Serv*, 46:940-2

Carpiniello B (2000), Nuove frontiere dell'etica in psichiatria: lo psichiatra, la diagnosi prenatale e l'interruzione "terapeutica" di gravidanza, *Società Italiana di Psichiatria, Bollettino Scientifico e di Informazione*, n.3/1999-n.1/2000, pp.38-40

Carpiniello B, Seruis ML, Murgia S, Carta MG (2002), La consulenza psichiatrica in un ospedale generale universitario. Uno studio su cinque anni di attività, *Clin Ter*, 152: 85-91

- David HP, Rasmussen G, Holst E (1981), *Fam Plann Perspect*, 13: 88-92
- De Ferrari F., Altamura A.C. "Medicina legale in psichiatria", Mediserve 2002
- Del Campo C (1984), Abortion denied: outcome of mothers and babies, *Can Med Ass J*, 130:361-6
- Fornari U, *Trattato di psichiatria Forense – terza edizione – UTET 2004*
- Forsman H, Thuwe I (1966), One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused, *Acta Psych Scand*, 42: 71-88
- Frost M, Condon JT (1996), The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of literature, *Aust NZ J Psychiatry*, 30:54-62
- Geller PA, Klier CM, Neugebauer R (2001), Anxiety disorders following miscarriage, *J Clin Psych*, 62:432-8
- Geller PA, Kerns D, Klier CM (2004), Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions, *J Psychosom Res*, 56:35-45
- Gibbons M (1984), Psychiatric sequelae of induced abortion, *J Roy Coll Gen Pract*, 34:146-50
- Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, et al (1995), Termination of pregnancy and psychiatric morbidity, *Brit J Psych*, 167:343-8
- Greer HS, Lal S, Lewis SC et al (1976), Psychosocial consequences of therapeutic abortion King's termination study. III, *Brit J Psych*, 128:74-9
- Hook K (1963), Refused abortion, *Acta Psych Scand*, 39 suppl 168
- Iles S (1989) The loss of early pregnancy, *Baill Clin Obstet Gynaecol*, 3:769-90
- Jackson AC, Tsantefski M, Goodman H et al (2003), The psychosocial impact on families of low-incidence, complex conditions in children: the case of craniopharyngioma, *Soc Work Health Care*, 38:81-107
- Jansson B (1964), Mental disorder after abortion, *Acta Psych Scand*, 41:87-110
- Klier CM, Geller PA, Neugebauer R (2000), Minor depressive disorder in the context of miscarriage, *J Aff Dis*, 59:13-21
- Klier CM; Geller PA, Ritsher JB (2002), Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review, *Arch Women Ment Health*, 5:129-49

Lee C, Slade P (1996), Miscarriage as a traumatic event: a review of literature and new implications for intervention, *J Psychosom Res*, 40:235-44

Lok IH, Neugebauer R (2007), Psychological morbidity following miscarriage, *Best Pract Res Clin Obstetr Gynaecol*, 21:229-47

Neugebauer R, Kline J, Shrout P et al (1997), Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage, *JAMA*, 277:383-8

Payne EC, Kravitz AR, Notman MT et al (1976), Outcome following therapeutic abortion, *Arch Gen Psych*, 33:725-33

Pariante C, Carpiniello B, Orrù MG et al (1997), Caregiving stress alters peripheral blood immune parameters. The role of age and severity of stress, *Psychother Psychosom*, 66:199-207

Pohlman E (1967), Unwanted conception: research on undesirable consequences, *Eugen Q*, 14:143-54

Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P et al (2005), The health and well being of caregivers of children with cerebral palsy, *Pediatrics*, 115:626-36

Romans-Clarkson SE (1989), Psychological sequelae of induced abortion, *Aust NZ J Psychiatry*, 23:555-65

Rona RJ, Smeeton NC, Beech R et al (1998), Anxiety and depression in mothers related to severe malformation of the heart of the child and foetus, *Acta Paediatr*, 87:201-5

Rosenfeld JA (1992), Emotional responses to therapeutic abortion, *Am Fam Physician*, 46:665-6

Rosso R, "La consulenza psichiatrica nei giudizi sulla capacità di decidere" – In: Jourdan S, Fornari U "La responsabilità del medico in psichiatria", Centro scientifico editore 1997

Schleiss L, Mygind KA, Borr RV et al (1997), Psychological consequences of induced abortion, *Ugeskr Laeger*, 159:3603-6

Shadmi N, Bloch M, Heroni D (2002), The psychological long-term sequelae of abortion, *Harefuah*, 141:898-901

Skari H, Malt UF, Bjornland K et al (2006), Prenatal diagnosis of congenital malformations and parental psychological distress. A prospective longitudinal cohort study, *Prenat Diagn*, 26:1001-9

Stotland NL (2003), Abortion and psychiatric practice, *J Psychiatr Pract*, 9:139-49

Teichman Y, Shenhar S, Segal S (1993), Emotional distress in Israeli women before and after abortion, *Am J Orthopsychiatry*, 63:277-88

Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E (2003), Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence, *Obst Gynecol Surv*, 58:67-79

Zolse G, Blacker CV (1992), The psychological complications of therapeutic abortion, *Brit J Psych*, 160:742-9

Watter WW (1980), Mental health consequences of abortion and refused abortion, *Can J Psych*, 25:68-73