

Le opinioni inconsistenti. Rileggendo “La campana di vetro” di Sylvia Plath

Valentina Martinelli¹, Maria Giovanna Ruberto²

¹Professore a contratto, insegnamento di Bioetica, Corso di Medicina in Lingua Inglese, Università degli studi di Pavia, Italia;

²Professore Associato di Bioetica, Università degli studi di Pavia, Italia

Riassunto. Il dibattito sulla scelta di morire è parte della cultura contemporanea. Il testo prende spunto da una rilettura de “La Campana di vetro”, romanzo di Sylvia Plath, per invitare a una riflessione sul ruolo della relazione tra medico e paziente e sull’importanza di una comunicazione adeguata, sostenuta da un ascolto attento e non giudicante. La discussione si apre al tema più ampio e attuale della scelta di morire. È fondamentale garantire il diritto al rispetto dell’autonomia della persona accanto a quello dell’accesso a cure adeguate.

Parole chiave: autonomia, depressione maggiore, suicidio

THE INCONSISTENT OPINIONS. RE-READING “THE BELL JAR”, BY SYLVIA PLATH

Abstract. The debate regarding the choice to die is part of contemporary culture. The text is inspired by a re-reading of “The Glass Bell”, a novel by Sylvia Plath, to promote a reflection on the role of the doctor-patient relationship and the importance of adequate communication, supported by careful and non-judgmental listening. The discussion opens to the broader and current issue of the choice to die. It is essential to guarantee the right to respect for the patient’s autonomy together with the access to adequate care.

Key words: autonomy, major depression, suicide

Introduzione

Ogni volta che si legge un libro si entra in un mondo sconosciuto, si visita in un certo modo la casa e la vita dell’autore. Ed allo stesso tempo ci si porta dietro la propria esperienza, la si incrocia con quella dei personaggi, si rilegge a volte la propria vita attraverso gli occhi dello scrittore. Il romanzo di Plath si presta a questo più di altri, regala strumenti di analisi e porta a riflettere sul significato della relazione medico-paziente raccontata da un paziente “speciale” (1). Non è sempre così, i medici non sono sempre come il Dottor Gordon, ma ricordarci ogni tanto che la sua descrizione potrebbe corrispondere alla realtà può essere utile.

La storia

Esther Greenwood ha diciannove anni. Proviene da una buona famiglia del New England. È una giovane donna brillante, ha qualche amico, un fidanzato (forse).

Non è una persona felice: la realtà non le piace, ciò che la circonda la opprime, tanto che l’idea e la tentata ideazione del suicidio diventano parte integrante della sua vita.

Esther ci viene raccontata come incapace di esprimere che cosa le stia succedendo, se non attraverso gesti di rifiuto concreti – non si lava, non esce di casa – che la famiglia sembra non considerare più di tanto.

Solo un tentativo reale e quasi condotto a termine di suicidio convince la madre a portarla da uno psichiatra.

L'incontro con questo medico è ben descritto nel Capitolo 11 del libro: «Doctor Gordon's waiting room was hushed and beige». Il colore sembra avere molto rilievo nella valutazione che Esther fa della situazione, la sua non è una semplice descrizione: «The walls were beige, and the carpets were beige, and the upholstered chairs and sofas were beige... At first I wondered why the room felt so safe. Then I realized it was because there were no windows ».

Esther sta male da tempo, si aspetta molto da questo incontro: «I hated him the minute I walked in through the door. I had imagined a kind ugly, intuitive man looking up and saying "ah!" in an encouraging way, as if he could see something I couldn't ». Lo psichiatra sembra non interagire con Esther e lei prende la sua decisione: «I thought I only need tell him what I wanted to and that I could control the picture he had of me by hiding this and revealing that, all the while he thought he was so smart».

Il colore neutro dell'ambiente diventa un elemento di destabilizzazione che si somma alla percezione grigia che la donna ha della sua vita. La miccia che fa scattare il rifiuto è l'innocente e probabilmente involontaria esibizione sulla scrivania della foto di famiglia, una famiglia felice, bella, che Esther percepisce come un insulto alla sua infelicità.

Per questo Esther esercita l'unica forma di potere che ha, quello della parola. Nega così al medico la possibilità di aiutarla, forse perché istintivamente capisce che comunque non sarebbe ascoltata "sul serio".

Il Dottor Gordon non sembra farsi troppi problemi, la donna è una paziente disturbata, probabilmente ha già in mente un suo iter terapeutico. Dopo due soli colloqui – ma Esther non parla mai davvero con lui, né lui con lei – le propone un ciclo di elettroshock. Esther accetta, perché immagina che sia questo che ci si aspetta da lei. Ma noi possiamo già capire che la terapia non funzionerà e che la situazione è compromessa dal punto di vista della comunicazione medico-paziente.

Ricercando gli elementi che portano la paziente a dare il proprio assenso, due sono gli aspetti che più colpiscono: la mancanza di interazione con il medico curante e la totale assenza di libertà di scelta.

Sono passati almeno quattordici giorni dall'inizio

delle sedute e tuttavia ad Esther non è stata data nessuna possibile interpretazione del suo disagio psicologico. È probabile che lo psichiatra non abbia queste risposte, ma si comporta come se le avesse: in questo modo trasmette cinismo e presunzione che non facilitano lo "stream of consciousness". La ragazza si barica ancora di più dietro le proprie difese: la mancata condivisione della sua sofferenza porta alla percezione del medico come un operatore freddo e distante, non degno della sua fiducia, a cui vengono comunicate informazioni selezionate e quindi fuorvianti. Nel gioco delle parti ciascuno diventa un perdente: Esther, che rimane chiusa nella sua sofferenza ed estraneità, ed il Dottor Gordon, che sembra incapace di capire e di farsi capire dalla sua paziente.

Lo psichiatra sembra ritenere superfluo informare preventivamente la ragazza dell'entità e della possibili varietà delle cure. Esther si ritrova il mattino della sua prima applicazione non solo a non conoscere altre eventuali alternative, più e meno traumatiche, ma a non sapere nemmeno il "come", il "cosa", il "perché", della terapia che il medico ha scelto per lei.

Capitolo XII

«Downstairs, in the hall, I had tried to ask him what the shock treatment would be like, but when I opened my mouth no words came out... ».

Alla fine della seduta Esther dice «I wondered what terrible thing it was that I have done».

Siamo ancora nel periodo in cui l'elettroshock si fa senza anestesia, è una pratica terribile per il paziente. La conseguenza della non informazione si aggiunge quindi al dolore del trattamento. Esther sembra essere convinta di essersi in qualche modo autoinflitta una punizione. Non tornerà più dal Dottor Gordon, lei non si percepisce malata come gli altri pazienti che ha visto nella sala di attesa della clinica. Ma di chi è la responsabilità? Il Dottor Gordon sembra giudicare la sua paziente come una persona la cui labilità psichica equivale alla incapacità di decodificare quanto le si dice, incapace di realizzare la dinamica della terapia.

È probabile che trattare con pazienti come Esther faccia insorgere nel medico il dubbio di che cosa, di quanto detto, passi e venga assorbito. Ci vorrebbe un

maggiore sforzo, forse un supporto ulteriore (umano o tecnico) rispetto a quello usato dal Dottor Gordon; non è nemmeno detto che questo tipo di percorso porti al traguardo, cioè che il paziente, nonostante la condizione di angoscia e disagio esistenziale, venga messo nelle condizioni di decidere in modo autonomo. Non stiamo giudicando il comportamento del medico per esercitare le nostre opzioni morali. L'elemento di base è però quel "messo nelle condizioni di...", cioè lo stabilire a priori che la persona che ci sta di fronte non avvertirà mai l'entità di quello che le sta succedendo. La conseguenza inevitabile è la demolizione radicale del concetto di autonomia, senza nemmeno sforzarsi di valutarne i limiti e le eccezioni. Chi ci assicura che la mancanza di risposta, al termine di una spiegazione, non sia dovuta solo a paura, disagio...? Chi ci dice che il paziente ci dica fino in fondo la sua verità? Siamo davvero interessati a conoscere la verità del paziente e a confrontarla con la nostra? E questa fatica riguarda esclusivamente il mondo dei "mentalmente sani"?

La realtà è che al di là della scrivania ci sono le braccia, i piedi, la bocca, il cervello di Esther, con tutto quanto recepiscono, in modo distorto e non; non c'è la sagoma passiva e abulica della "signorina Greenwood - paziente psichiatrica", differente da un secchio di sassi solo per le fattezze umane. Spesso, pur nel rispetto formale del principio di autonomia del paziente, ci arroghiamo il diritto di conoscere dubbi, necessità, inquietudini. O peggio, partiamo dall'idea che questi elementi non esistano nemmeno, esclusivamente perché lì di fronte c'è una persona "mentalmente disturbata": come curare un paziente senza paziente. Impedirsi, come medico, di scavalcare il paziente psichiatrico come fosse oggetto inanimato, senza occhi e senza voce, può aprire lo spiraglio alla discussione su quale tipo di autonomia debba essere applicata in queste situazioni.

Occorre certo molta cautela per parlare di autonomia in un caso come questo: in che modo lasciare a qualcuno la libertà di scegliere il proprio destino, quando la scelta può essere il suicidio? È difficile percepire la scelta di morire come una scelta reale. Ma in fondo, molti dilemmi etici riguardano proprio questo, sopravvivere con un di meno (una amputazione, una terapia particolarmente pesante), nessuna terapia uguale certezza di morte. E a volte il soggetto sceglie,

per motivazioni sue personali, di certo profondamente soppesate, di non devastare il proprio corpo e terminare così i propri giorni. Il dibattito ampio sulla scelta di morire è parte della cultura contemporanea (2,3). Di fronte alla malattia in fase terminale o alle patologie neurologiche degenerative, pur affermando un principio - la difesa della vita - ci rendiamo conto, diventiamo simpatetici con la scelta del paziente. Anche in questo caso, dunque, a fare da contrappeso è la morte. Ma due sono le differenze importanti: la contingenza e l'intenzionalità.

Esther non percepisce la morte come una alternativa drastica, anche se potrebbe condurre una vita normale, o meglio, biologicamente normale. Dunque, nel primo caso, se il soggetto proietta se stesso nell'immediato futuro, vede il suo corpo deturpato e la propria vita sconvolta; nel secondo, vede la propria realtà insopportabile e angosciante. Prospettiva, questa, non meno agghiacciante della precedente, per un soggetto psicologicamente sofferente o socialmente disagiato, a cui poco importa che il motivo del suo disagio non sia quantificabile in numero di interventi o dosi di farmaci. Probabilmente per le tante Esther Greenwood vale il ragionamento: "Piuttosto che ritornare in quella realtà...", che suona molto simile a "Piuttosto che accanirmi in quel modo sul mio corpo...", che gli altri malati, quelli intesi solitamente con la lettera maiuscola, potrebbero fare.

La scelta di un paziente psichiatrico può essere "intenzionale" e libera? In entrambi i casi la morte appare come scelta volontaria, cioè come atto cosciente del soggetto. Il problema è che questa scelta avviene a due livelli diversi: una persona gravemente malata nel corpo avrebbe mille motivi per stare al mondo, ma la malattia le impone un compromesso troppo gravoso da accettare, tanto che viene preferita "l'uscita di scena". Nel caso del paziente affetto da patologia psichiatrica che cerca il suicidio è l'intera "rappresentazione teatrale" a costituire un impedimento: egli non può dichiarare che, se non fosse per quello sfortunato avvenimento, desidererebbe vivere ancora, proprio perché un avvenimento non c'è, o, più precisamente, non ne esiste uno soppesabile, circoscrivibile, definito. Eppure il disagio, psicologico o sociale, permane. Dunque chi lo avverte non può essere congedato con un semplice "Ma gli altri stanno peggio...", perché per quella persona, per le sue

esperienze, per la sua mente, il peggio potrebbe essere continuare a vivere.

Perché dunque riusciamo a comprendere, e in un certo senso a giustificare, un gesto sofferto come scegliere la morte in caso di malattie gravi, magari accompagnandolo ad un sommesso “È stato meglio così...”? Perché definiamo come “atto insano” il suicidio, mentre, in realtà, anche questa è la risposta ad un avvenuto cambiamento? Può essere scelta drammatica, sconcertante, per noi incomprensibile o evitabile, ma di fatto scelta, che chiama in causa un soggetto nella sua totalità: non si tratta di un altro *noi* a cui attribuire la *nostra* visione del mondo o la *nostra* risposta al disagio.

In definitiva questa riflessione non conduce a una risposta precisa e univoca alla domanda “Quale autonomia applicare ai tentati suicidi”. Nessuna certezza, dunque, ma diversi tentativi di presa di coscienza: del

fatto che il disagio sociale o psichico non implicano una declassazione della persona; del fatto che quanto proviene da questi soggetti non è a priori inammissibile e irrazionale, solo perché chi si ritiene agiatamente al di qua di una “neuro-pathic-line” e forte di un sapere medico, non lo ritiene “normale” o “naturale”. Sylvia Plath ci ricorda tutto questo, con il suo romanzo e molto più con la sua vita (e con la sua morte).

Bibliografia

1. Plath S. The bell jar. Faber&Faber, London: 2005.
2. Grassi L, Folesani F, Marella M, et al. Debating Euthanasia and Physician-Assisted Death in People with Psychiatric Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2022; 24:325-335.
3. Kim SY, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73:362-8.