

SOCIETÀ E ISTITUZIONI

**PARERE
DEL COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA SULL'ETICITÀ
DELLA TERAPIA
ELETTROCONVULSIVANTE**

**THE NATIONAL COMMISSION
ON BIOETHICS: OPINION
ON THE ETHICS
OF ELECTROSHOCK THERAPY**

Comitato Nazionale per la Bioetica

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA**

PRESENTAZIONE

Nel febbraio 1995 veniva rivolto al CNB, da parte del Consigliere del Comune di Roma Athos De Luca (Capogruppo dei Verdi) un invito a formulare un parere in merito alla terapia elettroconvulsivante (ECT): in particolare ci veniva richiesto se ritenessimo opportuno auspicare una sospensione cautelativa della pratica di questa terapia. La richiesta era corredata da un voluminoso dossier, contenente materiale di documentazione di sicuro interesse.

Nella seduta plenaria del 17 febbraio 1995 il Comitato, seguendo una prassi consolidata da anni, dava mandato a uno dei propri gruppi di lavoro, quello dedicato allo studio dei problemi bioetici che nascono dal trattamento del malato psichiatrico, di istruire adeguatamente il tema.

Il gruppo, diretto dal Prof. Schiavone e composto dai Proff. Barberio Corsetti, Coghi, Gaddini De Benedetti, D'Agostino, Danesino, De Cecco, Mathieu, Pinkus, Romanini, ha svolto il proprio lavoro molto alacramente, alternando lo studio della cospicua letteratura scientifica in materia all'audizione di esperti particolarmente qualificati, quali i Proff. Kemali (Ordinario di Psichiatria all'Università di Napoli), Petiziol (Libero docente di Psichiatria all'Università «La Sapienza» di Roma e Presidente della Società Italiana di Psichiatria Sociale), Vella (Ordinario di Clinica Psichiatrica nell'Università di Roma «La Sapienza» e Presidente della Società Italiana di Psichiatria), che si sono generosamente posti a disposizione del Comitato (cosa di cui li ringraziamo vivamente). Altri esperti — ai quali va parimenti la nostra gratitudine — sono stati contattati per via epistolare e hanno fornito risposte scritte a specifici quesiti loro sottoposti.

Dopo numerosi incontri, tutti caratterizzati da grande e amichevole franchezza nello scambio delle idee, il gruppo di lavoro ha assolto al mandato ricevuto e ha redatto una bozza di parere — elaborata in particolare grazie ai decisivi apporti dei Proff. Schiavone e Gaddini De Benedetti — che è stata distribuita a tutti i membri del CNB e sottoposta a discussione nella seduta plenaria del 14 luglio 1995. Da questa seduta è emersa l'esigenza di mettere ancor meglio a punto l'ordine delle argomentazioni: il Prof. Pinkus si è accollato generosamente questo ulteriore onere redazionale

ed ha riscritto il testo del parere che è stato nuovamente distribuito agli inizi di settembre a tutti i membri del CNB. In tal modo è stato possibile riprendere il dibattito nella seduta plenaria del 22 settembre 1995, seduta ricca di vivaci e profondi interventi da parte di tutti i partecipanti e in particolare dei colleghi Barni, Cattorini, Piazza, Stammati. Si è così giunti all'approvazione unanime del parere che viene pubblicato in questo fascicolo e che viene sottoposto all'attenzione dei lettori.

Diversamente da altri documenti del CNB questo è particolarmente breve; ma non per questo meno meditato e approfondito dei precedenti. Si è deciso di offrire al lettore solo le valutazioni strettamente bioetiche della terapia elettroconvulsivante, senza farle accompagnare, come è stato fatto in altri documenti elaborati dal nostro Comitato, da illustrazioni di carattere strettamente tecnico-scientifico e da valutazioni sociologiche e giuridiche. La ragione di questa scelta dipende dal fatto che il gruppo di lavoro dedicato ai problemi bioetici del trattamento del malato psichiatrico non ha affatto con questo testo esaurito la propria attività: questo parere contiene alcune anticipazioni — peraltro tutte già rigorosamente vagliate — di tematiche bioetiche che verranno ulteriormente approfondite e che vedranno la luce in forma compiuta ed esauriente al più presto.

Il tema cui è dedicato questo Parere del CNB è particolarmente arduo e controverso e la formulazione stessa del parere — per chi la legga attentamente — ne rende pienamente ragione. In poche altre circostanze il CNB si è mosso con tanta circospezione e ha vagliato i singoli termini adoperati nel documento con tanto rigore. Il voto unanime che sorregge questo testo è indice anche della attenzione con cui esso è stato letto e soppesato da ciascun membro del Comitato. Chi scrive si augura che i lettori (anche coloro che eventualmente non saranno convinti dalle nostre argomentazioni) sappiano accogliere queste pagine con il rispetto con cui il CNB ha preso in considerazione le molteplici, complesse e spesso antinomiche prospettive che si dividono il campo in questa materia.

Roma, 22 settembre 1995

*Il Presidente
Francesco D'Agostino*

1. Investito del problema della opportunità di una sospensione cautelativa della terapia elettroconvulsivante (ECT) il CNB è giunto alle conclusioni che qui si riassumono brevemente.

Premesso che:

– il parere che viene dato va collocato nel contesto dell'insieme delle valutazioni etiche e delle considerazioni scientifiche che sono alla base delle riflessioni che il CNB intende proporre come contesto bioetico adeguato per lo sviluppo di una più globale visione bioetica dei problemi attinenti la psichiatria;

– esaminate attentamente le posizioni scientifiche nei riguardi della terapia elettroconvulsivante, e le argomentazioni espresse dalle più autorevoli fonti sia internazionali che nazionali;

– acquisito il parere di esponenti qualificati della psichiatria italiana, sia mediante audizione verbale che attraverso pareri scritti e dopo approfondita discussione svoltasi prima in gruppo di lavoro, poi in seduta plenaria;

– pur auspicando la prosecuzione della «ricerca di vie alternative» ad una terapia «storica» come la terapia elettroconvulsivante (cogliendo però anche le perplessità, espresse con analoga autorevolezza, sulla approssimatività ed i limiti sia dello stato attuale della psicofarmacologia che delle psicoterapie);

– nel contesto delle considerazioni che seguono e delle raccomandazioni che vuol offrire innanzitutto agli operatori psichiatrici, ai pazienti e alle loro famiglie, come pure all'intera collettività;

– il CNB, allo stato attuale, e richiamando la particolare rilevanza etica dei principi generali in materia di consenso informato, ritiene che non vi siano motivazioni bioetiche per porre in dubbio la liceità della terapia elettroconvulsivante nelle indicazioni documentate nella letteratura scientifica.

2. In una prospettiva strettamente bioetica i problemi riguardanti gli interventi terapeutici in psichiatria non riguardano primariamente la loro efficacia prettamente clinica — valutazione questa di esclusiva competenza tecnico-scientifica — bensì la loro relazione con la tutela della personalità del paziente e della sua dignità, come pure la valutazione attenta degli effetti che ne possono derivare, anche a distanza, tenendo conto delle possibili recidive e della qualità dei riflessi sulle persone che, a diverso titolo e con diverso ruolo, circondano il paziente.

Le conoscenze odierne sulle diverse forme della patologia mentale hanno compiuto notevoli progressi per quanto riguarda i diversi sottosistemi di cui potremmo considerare descrittivamente formato un modello di personalità e cioè quello biologico, quello socio-culturale e quello più propriamente psicologico. Quest'ultimo è quello che investe in modo più pregnante e diretto la riflessione bioetica e potrebbe essere focalizzato su due processi della personalità: la comunicazione e l'elaborazione dell'esperienza o vissuto.

Per quanto riguarda la comunicazione, non si tratta solo di un processo fondamentale per la personalità umana, ma è anche riconosciuto, sia pure con ottiche diverse, come il fattore determinante la valutazione dei diversi quadri psichiatrici.

Il vissuto, d'altronde, è quel substrato che esprime la singolarità psicobiologica dell'individuo, con la sua sofferenza talora talmente profonda da risultare incomunicabile a livello verbale e contenente altresì le risorse emotive che si tenta di attivare mediante le diverse strategie terapeutiche. In questa prospettiva si impongono alcune considerazioni in ordine al trattamento del paziente psichiatrico:

- la peculiarità di questo paziente rispetto al problema del consenso informato;
- il fatto che qualunque tipo di terapia psichiatrica entra a far parte, e deve quindi venire integrata, nella storia dell'individuo;
- il ruolo che viene attribuito ad alcuni fattori quale il tempo, il confronto e la tolleranza della sofferenza e la non sempre facile valutazione e comprensione dei sintomi e comunque delle modalità comunicative infraverbali del paziente.

È anche doveroso tener presente che, nonostante i progressi della psichiatria, permangono alcuni quadri clinici a tutt'oggi di difficile gestione, come pure le possibili e talora ricorrenti situazioni critiche che vanno sotto il nome di acuzie.

È rispetto a queste situazioni cliniche che si è concentrata l'attenzione e l'analisi del CNB.

Infatti se non può essere ignorato che la storia della psichiatria ha presentato nel suo lungo percorso elementi di abuso per applicazione di terapie in assenza di specifiche indicazioni cliniche e, purtroppo, in funzione di controllo o, ancor peggio, di punizione, è evidente che questi elementi hanno influenzato l'opinione pubblica generando sfiducia, rifiuti e pregiudizi ingiustificati.

Questa descrizione caratterizza senz'altro l'avversione di gran parte dell'opinione pubblica, come pure di parte degli psichiatri nei confronti della terapia elettroconvulsivante.

Mentre ribadisce la necessità inderogabile di un più accurato controllo etico di liceità sulle strategie e sull'uso dei mezzi terapeutici, finalizzato alla difesa dei diritti del malato mentale in quanto persona, e l'esigenza di programmi tempestivi per un'educazione sanitaria ed un'informazione più puntuale, che fornisca con chiarezza e rigore lo *status quaestionis* nell'ambito della ricerca scientifica più avanzata ed aggiornata, il CNB ritiene che il diritto fondamentale del malato alla tutela della vita, della salute e della sua piena dignità di persona umana, non può essere disgiunto da una corretta metodologia scientifica, esente da indebite suggestioni di natura ideologica.

In base a tutte queste considerazioni il CNB ha valutato il particolare trattamento elettroconvulsivante.

3. Vi è oggi in ambito psichiatrico, come verificato direttamente dal CNB nelle audizioni tenute e nei pareri scritti ricevuti, una diffusa convinzione che la psichiatria attualmente disponga di ben altri mezzi per alleviare la sofferenza mentale, al punto tale che la terapia elettroconvulsivante risulterebbe quasi desueta in Italia, almeno nelle strutture pubbliche sia universitarie che del Servizio Sanitario Nazionale.

Un particolare indirizzo scientifico di matrice psicomotricità esprime inoltre un parere nettamente contrario all'uso dell'ECT negandone il valore terapeutico in quanto il suo significato è episodico, *astorico*. Esso non sarebbe un processo di cui si possa ritenere memoria. Il fattore tempo, che è fondamentale nel funzionamento mentale dell'individuo, verrebbe ignorato. Vi sarebbe il rischio che l'individuo esca dall'ECT senza sapere come vi è arrivato e come ne è uscito. Potrebbe anche verificarsi che in questo tipo di trattamento si corra il pericolo, in più di un caso, di non cogliere un messaggio implicito del paziente che comunica la sua «volontà» di non guardarsi dentro, di non mettersi in causa, di non confrontarsi con sé stesso. Egli chiederebbe, o «accetterebbe», l'ECT come chiede l'incoscienza, il sonno, la morte, e cioè come fine di tutto.

Né va trascurato il fatto che, per alcuni psichiatri, il ricorrere all'ECT, magari disponendo di altri mezzi per alleviare la sofferenza mentale, potrebbe essere espressione dell'incapacità di tollerare la patologia, di accettare il sintomo del paziente. Essi scontrerebbero la tentazione di fare presto, di liberare il paziente dal sintomo, invece di continuare assieme con lui a cercare di capirne il senso e la natura e quindi di aiutare il paziente come persona (in cui si deve credere e di cui si deve avere rispetto) ad elaborare la sua crisi e a sopportare il faticoso processo di elaborazione della propria sofferenza, fidando in un sia pur doloroso recupero. Nei confronti di tutto ciò, cioè di un processo altamente umano, l'ECT verrebbe a porsi esattamente

come l'opposto del processo appena descritto. Esso combatterebbe la crisi, abbreviandola il più possibile ma non ne farebbe un uso positivo.

4. Non può essere però tralasciata la riflessione attenta sul fatto che vi è in psichiatria anche un orientamento, accreditato da un'adeguata letteratura critica e da *Consensus Conferences* internazionali, che, pur condividendo la stessa attenzione per la personalità e la dignità del paziente, dà una diversa valutazione del problema della comunicazione e del ruolo della sofferenza mentale in alcuni quadri clinici ben specificati, per i quali ritiene che l'ECT mantenga una sua validità strettamente terapeutica. In questo ambito l'ECT è proposto come trattamento elettivo ed adeguato per le seguenti indicazioni specifiche:

- depressione endogena grave;
- depressione delirante;
- alcuni gravi quadri maniacali;
- catatonìa acuta con esito infausto.

Emergono inoltre nella letteratura specialistica raccomandazioni dell'ECT quale terapia elettiva nei casi di:

- elevato rischio suicidale;
- gravissima sofferenza del paziente;
- evoluzione amenziale;
- impossibilità o rischio elevato dell'uso di psicofarmaci in caso di mancata risposta o di intolleranza o di controindicazioni mediche o nell'anziano o, infine, nei primi tre mesi di gravidanza.

Questo indirizzo scientifico che ha privilegiato le componenti cognitive della patologia mentale e più in generale gli aspetti legati alle basi biologiche del comportamento, per quanto concerne l'uso dell'ECT, oltre a ritenere che l'interruzione della situazione di crisi o comunque gravissima, rappresenti una scelta preferenziale proprio perchè consente di riaprire una possibilità di comunicazione esplicita con il paziente e valutando negativamente la persistenza di stati di sofferenza gravissima per il paziente stesso, impone una attenta considerazione dei limiti e dei benefici che rispondono all'ECT.

Innanzitutto è stato documentato come le controindicazioni di natura strettamente medica sono alquanto limitate, che i danni fisiologici sono moderati e circoscritti (disturbi alla memoria) e che anche questi danni nella maggior parte dei casi in cui la tecnica sia stata eseguita correttamente, vengono recuperati o per lo meno ridotti in modo da non incidere in modo gravoso sull'autonomia del paziente.

Per quanto riguarda il rischio di mortalità esso è quantitativamente identico a quello dell'anestesia e, se l'ECT viene eseguita in sede clinica idonea ed in modo corretto, presenta un rischio di mortalità decisamente basso (0,03-0,05%) e comunque si tratta di un problema comune ad ogni trattamento medico che richieda di essere effettuato in anestesia generale.

Gli studiosi di questo indirizzo fanno notare come anche altre qualificazioni attribuite all'ECT, come quella di essere una tecnica «invasiva», potrebbero essere allo stesso modo attribuite ad altre branche o trattamenti medici, per non parlare della chirurgia. Pertanto essi richiamano l'importanza di non limitarsi ad un'astratta distinzione tra invasività o meno di un trattamento psichiatrico ed in particolare dell'ECT, bensì di considerare la sua efficacia clinica rapportata, secondo il parametro costi/benefici, ai vantaggi conseguiti e ai rischi nonché agli effetti collaterali indesiderati.

In definitiva questo indirizzo scientifico ritiene che al momento attuale e limitatamente ai casi esplicitamente sopra indicati, l'ECT rappresenti un presidio terapeutico di provata efficacia, la cui rinuncia aumenterebbe il rischio del peggioramento clinico e della potenziale morte del paziente. Pertanto la qualità di questo trattamento viene motivata con l'obbligo primario ed ineludibile di salvare la vita del paziente e di tutelarne la salute, ciò che rappresenta il primo compito deontologico del medico nei confronti della dignità e dei diritti umani del paziente.

5. Quanto fin qui detto rende ragione della complessità e della delicatezza delle valutazioni fatte dal CNB nel formulare il proprio parere, nell'intento lucido di cogliere oggettivamente i dati offerti dalle diverse impostazioni scientifiche e al tempo stesso salvaguardando i valori bioetici.

In ordine a questa sua competenza specifica il CNB ribadisce l'invito ad un uso dell'ECT ispirato alla prudenza ad un'attenta considerazione caso per caso delle indicazioni di natura medica e della possibilità di alternative valide.

In conclusione il CNB ritiene suo dovere raccomandare che nelle strutture ove viene attuata la terapia elettroconvulsivante si conferisca al locale Comitato Etico il compito di seguire e valutare tale pratica per l'ambito di sua competenza. Il CNB pur consapevole delle grandi difficoltà concernenti l'acquisizione del consenso informato del paziente psichiatrico e di chi lo rappresenta, richiama ancora l'irrinunciabilità etica di porre in atto ogni sforzo per acquisire tale consenso. Inoltre, ben conoscendo la valenza antropologica e simbolica dell'ECT, come pure le situazioni di angoscia che esso evoca e suscita, raccomanda come doveroso un adeguato sostegno psicologico al paziente e alla sua famiglia.

PRESENTATION

In February 1995, Rome City Councillor Athos De Luca (also Group Leader of the Green Party) asked the National Commission on Bioethics (NCB) to formulate an opinion relative to the use of electroshock therapy (EST). The Commission was specifically asked if we believed it advisable to suspend, as a precautionary measure, the practice of this type of therapy. Together with this request, we received a voluminous dossier, which contained documentation of extraordinary interest.

During the plenary session of February 17, 1995, the Commission, following a practice molded over the years, assigned one of its work groups — that dedicated to the study of bioethical issues related to the treatment of psychiatric illnesses — to explore the question.

The group, directed by Prof. Schiavone and made up of Professors Barberio Corsetti, Coghi, Gaddini De Benedetti, D'Agostino, Danesino, De Cecco, Mathieu, Pinkus and Romanini and carried out the task with alacrity, combining its study of the extensive scientific literature with interviews of qualified experts in the field: Professors Kemali (Professor of Psychiatry at the University of Naples), Petiziol, (Visiting Professor of Psychiatry at «La Sapienza» University of Rome and President of the Italian Social Psychiatry Association), and Vella (Professor of Clinical Psychiatry at “La Sapienza” University of Rome and President of the Italian Psychiatry Association), who quite generously put themselves and their expertise at the disposal of the Commission (for which we gratefully thank them). Other experts, to whom we also extend our sincere thanks, were contacted by letter and provided us with written responses to the specific questions put to them.

After numerous meetings, all of which were characterized by a frank and friendly exchange of ideas, the work group completed the task assigned it, and drew up a draft of an opinion, written largely thanks to the contributions of Professors Schiavone and Gaddini De Benedetti, which was then distributed to all the members of the NCB, and put to discussion at the plenary session of July 14, 1995. The outcome of the discussions at this session indicated the need to revise the organization of the document;

Prof. Pirnkus generously took responsibility for rewriting the text of the opinion, which was then re-distributed to all NCB members at the beginning of September. It was thus possible to take up discussion once again at the plenary session of September 1995. This session was marked by lively, incisive intervention on the part of all the participants, and in particular our colleagues Piazza, Cattorini, Barni and Stammati. At the end of the debate, the members voted unanimously to publish the opinion in this pamphlet and thereby bring it to the attention of the readers.

Though this document, unlike others issued by the NCB, is rather short, its length in no way suggests that it is the fruit of less reflection or deliberation than previous opinions. The Commission decided to present to the reader only those evaluations of electroshock therapy that were strictly of a bioethical nature. Thus, we have not included, as we have in other documents issued by our Commission in the past, illustrations and discussion of a technical or scientific nature, or sociological or legal evaluations. This choice is driven by the fact that this document does not represent the culmination of the activities of the work group dedicated to bioethical issues in the treatment of psychiatric illnesses. In effect, this report presents, in advance, a discussion of several bioethical issues — all of which have already been rigorously examined — that will be investigated further and presented in a more exhaustive, more complete report in the near future.

The issue dealt with in this Opinion is one that is characterized by heated discussion and controversy, as confirmed by the formulation of the opinion itself, as will be obvious to those who read it carefully. The NCB has seldom dedicated itself with such circumspection, has rarely examined so thoroughly the individual points raised, as it has in the preparation of this document. The unanimous vote that supports this text reflects the attention that each of the members of the Commission dedicated to its review and evaluation. It is our hope that our readers (including those who will not agree with our arguments), will read these pages with the same respect with which the NCB took under review the many complex, and frequently antinomic points of view that divide the experts in this field.

Rome, September 22, 1995

*The President
Francesco D'Agostino*

1. Having been commissioned with the task of evaluating the advisability of suspending, as a precautionary measure, the practice of electroshock therapy (EST), the NCB formulated the conclusions that are briefly summarized in this document.

Considering that:

- this Opinion must be viewed as a whole with the ethical evaluations and scientific considerations that are the basis for the NCB proposal of an appropriate bioethical context for the development of a more global bioethical approach to the challenges presented in the field of psychiatry;

- the Commission has carefully analyzed the scientific positions relative to electroshock treatment, as well as the reasoning and opinions expressed by the most respected experts, Italian as well as foreign;

- the opinions of highly qualified practitioners of Italian psychiatry were solicited and heard, through both interviews and written opinions, and were then followed up by extensive discussion, first within the work group, and then in plenary session;

- the NCB encourages the search for alternatives to this “historic” treatment (while at the same time acknowledging the imprecise and limited nature, expressed by similarly qualified experts, of the current state of the sciences of psychopharmacology and psychotherapy);

- on the basis of the considerations that are outlined in this opinion, and the recommendations offered specifically to psychiatric practitioners and to patients and their families, and more generally to the entire community;

the NCB, as it currently stands, and recalling the particular ethical relevance of the general principles of informed consensus, holds that there are no bioethical motives for doubting the licit nature of the practice of electroshock treatment in the cases documented in the scientific literature.

2. From a strictly bioethical point of view, the problems regarding psychiatric treatment methods are not based principally on their efficacy from a purely clinical standpoint — an evaluation we leave to the technical-scientific experts — but rather on the way in which they relate to the safeguarding of the patient’s personality and dignity, as well as a careful evaluation of the effects that can result from such treatment, including

long-term effects, taking into account the possibilities of recidivation and the impact on the various people who deal with and have an affect on the patient.

Our current knowledge of the various forms of mental pathology has made considerable advances in terms of the identification and understanding of the different subsystems that make up a personality model: the biological, the socio-cultural and the psychological, in the literal sense of the word. The latter is the one that affects most directly and meaningfully the bioethical evaluation, and which can be analyzed in terms of two personality processes: communication and the processing of past experience.

Communication is not only a process that is fundamental to the human personality, but is also recognized, albeit from diverging viewpoints, as the determining factor in the evaluation of myriad psychiatric profiles.

The past, on the other hand, is that substrate which expresses the psycho-biological individuality of the person, with his suffering sometimes so profound as to be incommunicable on a verbal level, and which contains the emotional resources of the individual; it is the goal of the various treatment strategies to marshal these resources. Given this perspective, there are several elements to be considered in terms of treatment of the psychiatric patient:

- the singularity of this patient with respect to the issue of informed consensus;
- the fact that any type of psychiatric treatment becomes part of, and therefore must be integrated into, the history of the individual;
- the role that is played by several factors such as time, the propensity for internal confrontation and the threshold of tolerance for suffering, as well as the evaluation and understanding, not always easy, of the patient's symptoms and his methods of infraverbal communication.

We are also duty bound to keep in mind that, psychiatric progress notwithstanding, there are several clinical profiles that are still difficult to treat even today, just as there are possible and sometimes recurring clinical situations cloaked as erudition.

It is with respect to these clinical situations that the NCB has concentrated its attention and analysis.

We cannot ignore the fact that there have been elements, over the long history of psychiatry, who have utilized various types of therapy despite the absence of specific clinical indications, as well as, unfortunately, those who have applied them as an instrument of control, or even worse, punishment. It is evident that these abuses have influenced public opinion, generating mistrust, rejection and unjustified prejudices.

This, undoubtedly, is the underpinning for the aversion of a great part of the general public, as well as some psychiatrists, to electroshock treatment.

The NCB confirms the absolute necessity for a more careful ethical control of the legality of the strategies and utilization of treatment methods to ensure respect for the rights of the psychiatric patient as a person, as well as the need to quickly formulate plans for educating and providing updated information to the public that clearly and truthfully presents the status quaestionis of the most advanced and up-to-date scientific research. At the same time, however, the Commission believes that the fundamental right of the psychiatric patient to protection of his life, his health and his dignity as a human being cannot be separated from an application of legitimate scientific methodology, free from unjustifiable objections of an ideological nature.

The NCB's evaluation of electroshock treatment, in particular, has been based on all of these considerations.

3. There exists today, in psychiatric circles, as confirmed directly by the NCB during the hearings held and in the written opinions it received in the course of its evaluation, a widely held conviction that the current state of psychiatry offers so many other methods of alleviating mental suffering that electroshock therapy would seem to be quasi obsolete in Italy, at least within public health facilities, both on a University level and in the National Health Service.

There is one school of thought, in particular, of a psychodynamic orientation, whose opinion is strongly contrary to the application of EST; this school refutes the possibility that EST might have therapeutic value, on the basis that its impact is episodic, *non-historic*. It holds that the patient has no memory of the process. The time factor, which is fundamental to the mental functioning of the individual, is ignored. Thus, according to this line of thinking, there is the risk that the individual leaves the treatment not knowing how he got there or how he came out. There is also the risk, with this type of treatment, of failing to perceive an implicit message from a patient who is communicating his unwillingness to look within himself, to confront himself, to challenge himself. Such a patient might request, or "accept" EST in the same way he seeks unconsciousness, sleep, death — as an end to all.

Another tendency that cannot be ignored is that, for some psychiatrists, the application of EST, in place of other methods, to alleviate mental suffering is a sign of their incapability to deal with the pathology, to accept the symptoms of the patient. They succumb to the temptation to provide a quick fix, to free the patient from his suffering, rather than working together

with the patient to understand the sense and nature of that suffering, and thereby provide succour to the patient as a person (in whom we must believe, and for whom we must have respect), helping him work out his crises and come to grips with the exhausting process of dealing with his suffering, and encouraging him to put his trust in what might be a painful treatment and recovery period. Compared with such a process, which is a highly personal, human process, EST would appear to be the exact opposite. It would defeat the crisis, truncating it as much as possible without exploiting it to any positive effect.

4. Nonetheless, we cannot neglect a careful reflection on the fact that there is another school of thought within the psychiatric world, supported by extensive critical literature and by the international Consensus Conferences, that, while sharing the same concern for the personality and dignity of the patient, provides a different evaluation of the problem of communication and the role of mental suffering in certain, very specific clinical profiles, for which it holds that EST has a strictly therapeutic value. In this regard, EST is recommended as an appropriate elective treatment in the following specific cases:

- severe endogenous depression;
- delirious depression;
- certain severe maniacal profiles;
- acute catatonia with unfavorable exitus.

In addition, the specialized literature recommends EST as an elective treatment in cases of:

- high risk of suicide;
- very severe suffering on the part of the patient;
- progressive amentia;
- as well as in cases where the use of psychotrope drugs is impossible or poses elevated risk, such as in cases of lack of response, intolerance, medical contra-indications, advanced age, or, finally, in the first three months of pregnancy.

This school of scientific thought has emphasized the cognitive components of the mental pathology, and more generally, the aspects tied to biological basis of behavior, in its evaluation of the use of EST. It also holds that the interruption of the crisis situation is preferable for the very reason that it revives the possibility of explicit communication with the patient; and it views negatively the maintenance of the state of suffering in

very severe cases. Thus, this line of thought has taken into careful consideration both the limits and the advantages of electroshock treatment.

It has been documented that contra-indications of a strictly medical nature are quite limited, that the physiological damage is moderate and limited to disturbances relative to memory, and that even these effects are later reversed or at least reduced in such a way as not to seriously affect the autonomy of the patient.

Moreover, the risk of mortality is identical to that involved in the use of anesthesia, and, if EST is applied correctly and in a proper clinical environment, the risk of mortality is decidedly low (0.03-0.05 %). This is a problem, in any case, that is common to any medical treatment for which general anesthesia is required.

The proponents of this viewpoint also point out that some of the other criticisms of EST, such as the fact that it is an "invasive" technique, might also be applied to other branches of medicine or forms of medical treatment, first among which is surgery. They stress the importance of not using an abstract distinction between invasive and non-invasive as the basis for an evaluation of a psychiatric treatment, and in particular of EST. Rather, its clinical efficacy should be considered, in relation, based on cost/benefit analysis, to the advantages achieved and the risks and undesirable side effects implicit in its application.

This school of thought maintains that at the current moment, and in the limited cases specifically indicated above, EST represents a defensive treatment of proven efficacy. They further hold that abandonment of this form of treatment would increase both the risk of deteriorating clinical results as well as the risk of patient mortality. It follows, therefore, that use of this treatment is justified when it fulfills the principal and inescapable obligation on the part of the doctor to save the life and safeguard the health of the patient — a goal that represents the primary deontological task of the doctor with regards to the dignity and human rights of the patient.

5. The preceding discussion reveals the complex, exacting nature of the evaluations carried out by the NCB in formulating its opinion, with the conscious intention of objectively gathering the data presented by the various scientific schools of thought, and at the same time safeguarding the values of bioethics.

With regards to this specific responsibility, the NCB seconds the recommendation supported by those who hold that EST should be applied prudently, on the basis of a careful case-by-case analysis of the medical indications and the possibility of utilizing valid alternatives.

In conclusion, the NCB feels duty bound to recommend that the health facilities where electroshock treatment is performed should confer upon the local Ethics Committee the task of observing and evaluating the practice from an ethical standpoint. The NCB, while conscious of the great difficulties that exist in acquiring the informed consensus of the psychiatric patient and those who represent him, underlines once again the inviolable ethical obligation of the practitioner to do everything possible to acquire such consensus. Furthermore, the NCB strongly recommends, given the anthropological and symbolic images that the practice of electroshock therapy conjures up, as well as the anguish that it causes, that the patient and his family be provided with adequate psychological support.

MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Prof. Francesco D'Agostino
Presidente
Ordinario di Filosofia del Diritto

Prof. Adriano Bompiani
Presidente Onorario

Prof. Adriano Ossicini
Presidente Onorario

Prof. Angelo Fiori
Vice Presidente
Ordinario di Medicina legale

Prof. Evandro Agazzi
Ordinario di Filosofia della Scienza

Cons. Livia Barberio Corsetti
Consigliere di Stato

Prof. Mauro Barni
Ordinario di Medicina legale

Prof. Paolo Benciolini
Ordinario di Medicina legale

Prof. Vincenzo Cappelletti
Ordinario di Storia della Scienza

Prof. Paolo Cattorini
Associato di Bioetica

Prof. Giovanni Chieffi
Ordinario di Biologia generale

Prof.ssa Isabella Maria Coghi
Associato di Endocrinologia ginecologica

Prof. Vittorio Danesino
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologia

Prof. Giuseppe Dalla Torre
Ordinario di Diritto ecclesiastico

Prof. Luigi De Carli
Ordinario di Genetica

Prof. Luigi De Cecco
Ordinario di Clinica ginecologica

Prof. Pierpaolo Donati
Ordinario di Sociologia della Famiglia

Prof. Luigi Frati
Presidente del Consiglio Superiore di Sanità

Prof.ssa Renata Gaddini De Benedetti
Associato in Psicopatologia
dell'età evolutiva

Prof. Enrico Garaci
Presidente del Consiglio Nazionale
delle Ricerche

Prof. Aldo Isidori
Ordinario di Andrologia

Prof. Antonino Leocata
Primario Ospedaliero di Pediatria

Prof.ssa Adriana Loreti Beghè
Associato di Diritto internazionale

Prof. Corrado Manni
Ordinario di Anestesiologia
e Rianimazione

Prof. Vittorio Mathieu
Ordinario di Filosofia morale

Prof. Sergio Nordio
Ordinario di Pediatria

On. Prof. Giuseppe Palumbo
Ordinario di Clinica ostetrica
e ginecologica

Prof. Alberto Piazza
Ordinario di Genetica

Prof. Lucio Pinkus
Ordinario di Psicologia dinamica

On. Prof. Danilo Poggiolini
*Presidente della Federazione Nazionale
Ordini dei Medici*

Prof. Paolo Preziosi
Ordinario di Farmacologia

Prof. Pietro Rescigno
Ordinario di Diritto civile

Prof. Carlo Romanini
*Ordinario di Clinica ostetrica
e ginecologica*

Prof.ssa Giovanna Rossi Sciumè
Associato di Sociologia

Prof. Gaetano Salvatore
Ordinario di Patologia Generale

Prof. Michele Schiavone
Ordinario di Storia della Filosofia

Prof. Elio Sgreccia
Ordinario di Bioetica

Prof. Bruno Silvestrini
Ordinario di Farmacologia

Prof. Sergio Stammati
Ordinario di Diritto pubblico

Prof. Giulio Tarro
Virologo

Prof. Giuseppe Vicari
Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità

Prof. Everardo Zanella
Ordinario di Chirurgia generale

Sede del Comitato Nazionale per la Bioetica

Via dei Villini, 15 - 00161 Roma

Telefono: Presidente 44.04.279 - Segreteria 44.04.283 - Fax 44.04.282

Segreteria scientifica: Emira Aloe Spiriti, Giovanni Incorvati, Elena Mancini

Segreteria Tecnico-Amministrativa: Colomba Malerba (Coordinatore)

Luciano Verduchi (Assistente)

Anna Piermarini

Bruno Stramaccioni

Documenti pubblicati dal Comitato Nazionale per la Bioetica

- *Terapia genica*
- *Definizione e accertamento della morte nell'uomo*
- *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche*
- *Documento sulla sicurezza delle biotecnologie*
- *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali*
- *Donazione d'organo a fini di trapianto*
- *Comitati etici*
- *Informazione e consenso all'atto medico*
- *Diagnosi prenatali*
- *Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica (13 luglio '90-18 luglio '92)*
- *La legislazione straniera sulla procreazione assistita*
- *La sperimentazione dei farmaci*
- *Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi*
- *Trapianti di organi nell'infanzia*
- *Bioetica con l'infanzia*
- *Progetto Genoma Umano*
- *Parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita - Sintesi e conclusioni*
- *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*

Società e istituzioni

Direttore

Mirella Boncompagni

Coordinamento editoriale

Raffaella Maria Falco

Realizzazione grafica

Ufficio grafico dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato
presso il Dipartimento per l'informazione e l'editoria

Stampa e diffusione

Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato
Roma 1995

In copertina: Salvador Dalí
Figura tra le rocce, 1926
St. Petersburg (Florida)
Salvador Dalí Museum



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA
IL PRESIDENTE

Si comunica che il Comitato Nazionale per la Bioetica
è stato trasferito in Via Veneto, 56 - 00187 Roma

Tel. 48161490 - 48161491

Fax 48161493