

**Zeitschrift:** Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** - (2005)

**Heft:** 3: Psychologische Aspekte = Aspects psychologiques = Aspetti psicologici

**Artikel:** Und wie steht es mit der Palliation in der Psychiatrie? = Quelle place pour les soins palliatifs en psychiatrie? (Résumé) = E a che punto siamo con la palliazione in psichiatria? (Riassunto)

**Autor:** Minder, Jacqueline

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091901>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

siamo di avere fatto abbastanza?» o in generale del ruolo della comunicazione. Anche il coinvolgimento dei familiari o la gestione della (incombente) interruzione della terapia possono essere argomento di discussione con medici e personale curante. A parte le discussioni di casi già citate, promoviamo in questo contesto regolari aggiornamenti su temi diversi, per es. sul modo di gestire un colloquio medico. Questo anche per migliorare la capacità dei curanti di identificare e gestire malati molto impegnativi.

#### «Sostegno dell'interfaccia»

Con il termine di «sostegno dell'interfaccia» intendo la riflessione sul proprio e sull'altrui lavoro. Nel nostro lavoro di psichiatra e psicoterapista di relazione, lo reputo un particolare privilegio rispetto all'attività medica nel contesto tradizionale.

Ovviamente, io concepisco questa riflessione non nel senso di un controllo di qualità dell'attività dei colleghi, bensì come un atto volto a comprendere le motivazioni dell'agire di altri operatori per poter essere di aiuto in situazioni problematiche ricorrenti come quelle citate in precedenza. A tale scopo è necessaria una «visione alternativa parziale» di collaboratori di relazione.

#### Una dissociazione? Considerazioni conclusive

Un punto critico del lavoro di relazione è certamente la possibilità di favorire la dissociazione fra corpo e anima che invece proprio vorremmo eliminare: se esiste un servizio di relazione, si potrebbe pensare di «rifilargli» tutti i problemi psichici. Il nostro lavoro con medici e personale curante rende appunto possibile, accanto al trattamento dei pazienti, anche un sostegno al team e la sua possibilità di auto-aiuto nella gestione di malati affetti da problemi psichici.

Quindi, ne potrebbe forse conseguire che noi, quali «servizio di relazione perfetto», dovremmo auto-escluderci per motivi di razionalizzazione? Ciò non avverrà per diverse ragioni: da un lato i malati gravi necessiteranno sempre del sostegno di uno specialista e d'altro canto il nostro impegno di lavoro con il personale curante e con i medici sarà durevole e condizionato dal cambiamento delle persone e da altri fattori.

Inoltre, la visione alternativa e la riflessione a sostegno del team sono possibili solo in un ruolo come quello dell'operatore di relazione.

Als Gerontopsychiaterin bin ich immer wieder in der Situation, älteren psychisch kranken Menschen nicht mehr kurativ helfen zu können, sondern stattdessen eine angemessene Palliation anzubieten.

Dr. Jacqueline Minder

## Und wie steht es mit der Palliation in der Psychiatrie?



Dr. Jacqueline Minder

#### Was verstehen wir unter Palliation in der Psychiatrie?

Auf den ersten Blick scheint die Antwort ganz einfach. Allgemein gesprochen sind wir uns wohl einig, dass es in der Palliation immer um die Verbesserung der Lebensqualität und um Leidensminderung geht, wo keine eigentliche Heilung mehr möglich ist. Das ist in der Psychiatrie nicht anders. Vielleicht sind wir in der Psychiatrie aber häufiger mit Situationen konfrontiert, in denen wir uns fragen müssen, worum es in der aktuellen Situation, mit diesem einzigartigen individuellen Menschen gerade geht.

Was bedeutet für ihn jetzt gerade Leiden: seine körperlichen, seelischen oder sozialen Einbußen? Seine Schmerzen? Welche Art Schmerzen erlebt er überhaupt? Sind sie körperlich entstanden? Sind sie nachvollziehbar? Sind sie

entsprechend mit Schmerzmitteln behandelbar oder erlebt er diese Schmerzen aufgrund seiner Psychose, fühlt sich bestrahlt und erlebt dies schmerzhaft? Wie wollen wir Symptome, Leiden, Schmerzen objektivieren? Ist Leiden nicht eher grundsätzlich etwas Subjektives und Relatives?

Und weiter: welches Leiden ist massgeblich? Natürlich zunächst einmal das der Betroffenen. Doch dann sicher auch jenes der Angehörigen. Diese können manchmal mehr leiden als die Betroffenen selbst. Oder auch etwas provokativ gefragt: wie massgeblich ist manchmal auch das Leiden der Helfer oder gar das Leiden der Gesellschaft? In der Psychiatrie wird alles sehr relativ. Wer ist gesund? Wer ist krank? Wer leidet und wer entscheidet, wer leidet und woran?

In den Konzepten steht oft, wo immer möglich, sollte der Patient mitentscheiden. Aber was ist, wenn der Psychiater entscheidet, dass der Patient urteilsunfähig ist, dass er gar nicht entscheiden kann? Vielleicht kommen wir hier auf den entscheidenden Punkt zum Thema Palliation in der Psychiatrie. Als take home message habe ich mich jedenfalls entschieden, Ihnen Folgendes mit auf den Weg zu geben: das Ziel der Palliation ist immer das gleiche, der Weg zum Ziel aber verlangt in der Psychiatrie eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Denken, Fühlen, Erleben des Patienten, das völlig fremdartig sein kann. Vielleicht

## Quelle place pour les soins palliatifs en

ist tatsächlich dies das Besondere an der Palliation in der Psychiatrie.

### Wer leidet woran?

Ich möchte nun gern praktischer werden und darstellen, was mir in meinen bisherigen Berufsjahren an Unterschieden zwischen der Palliation in der Somatik und in der Psychiatrie konkret aufgefallen ist. In der Somatik habe ich es so erlebt, dass psychisches Leiden in der Regel eine Reaktion auf somatisches Leiden war. In der Psychiatrie hingegen habe ich es in der Regel mit primär psychiatrischen Erkrankungen zu tun, zu denen sich zusätzlich somatische Erkrankungen gesellen können.

In der Somatik sind mir überwiegend Menschen begegnet, die ihren Leidensdruck klar äussern konnten, einen Leidensdruck, der für mich als Helfer und auch für das Umfeld nachvollziehbar war. Vor allem litt das Umfeld am gleichen Thema mit: anteilnehmend an Karzinomschmerzen z.B. Es litt mit dem Patienten mit, wenn es um Abschied nehmen, um Trauerarbeit ging oder wenn das Sterben bevorstand.

In der Psychiatrie hingegen wird der Leidensdruck nur vielleicht geäussert. Vielleicht ist er aber auch nur spürbar. Vielleicht wird er sogar subjektiv vehement verneint, obwohl er von aussen deutlich spürbar ist. Oder der Leidensdruck wird geäussert, aber völlig unrealistisch erklärt. Nicht selten erlebe ich in der Psychiatrie die Situation, dass im Umfeld ein massiver Leidensdruck, aber mit einem völlig anderen Thema besteht. Vielleicht leidet z.B. der Maniker ein wenig darunter, dass ihm seine Frau, seine Familie oder das sonstige Umfeld Grenzen setzt. In seiner gehobenen Stimmung findet er dies aber nicht allzu tragisch. Das Umfeld hingegen, Familie, Kinder, leiden sehr unter dem exzessiven Lebensstil des manisch Kranken. Dem Kranken ist die Welt zu eng, dem Umfeld ist sie zu weit.

### Was ist der «wirkliche» Wille des Patienten?

In der Regel hatte ich es in der Somatik mit Menschen zu tun, die uneingeschränkt urteils- und entscheidungsfähig waren. Ich nehme hier den dementen Patienten einmal aus. Das hiess, dass der geäusserte Wille des Erkrankten ganz klar zu respektieren war. In der Psychiatrie habe ich es immer wieder mit Menschen zu tun, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in ihrer Urteils- und Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind. Dennoch ist der Wille, den sie äussern, grundsätzlich auch zu respektieren.

Entsprechend dieser Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit können in der Somatik Absprachen im gegenseitigen Einvernehmen getroffen werden, und diese Absprachen basieren auf einem weitgehend gemeinsamen Weltbild und Krankheitsverständnis. In der Psychiatrie hingegen können Absprachen vielleicht nur eingeschränkt im gegenseitigen Einvernehmen getroffen werden. Diese Absprachen müssen das häufig völlig fremde Weltbild und Krankheitsmodell des psychisch Kranken integrieren. Im Extremfall kann es auch notwendig werden, dass einseitige Entschei-

dungen vom Helfersystem getroffen werden müssen, die sich am mutmasslichen und nicht am aktuell geäusserten Willen des Betroffenen orientieren.

### Zum Beispiel Frau X

Frau X war eine 75-jährige Patientin, die seit Jahrzehnten an einer chronisch paranoiden Schizophrenie litt. Sie hatte diese bislang gut im Lebensalltag integriert, so dass sie nie Kontakt mit der Psychiatrie hatte. Im Winter 2002 wurden ihre Kompensationsmechanismen dann allerdings brüchig, sie stellte zu Hause die Heizung ab, weil sie sich von dieser bestrahlt fühlte und ihre Bauchschmerzen damit erklärte. Sie kauerte völlig verängstigt in ihrer Wohnung und war nicht mehr in der Lage, sich angemessen zu ernähren. Sie wurde in der Folge unterkühlt und mangelernährt von ihrer Tochter aufgefunden und vom zugezogenen Hausarzt in schwer verwahrlostem Zustand per fürsorglichen Freiheitsentzug auf unsere gerontopsychiatrische Akutstation eingewiesen.

Aus Angst, vergiftet zu werden, verweigerte sie in der Klinik vorerst jegliche Untersuchung und jegliche Medikation. Nach einiger Zeit konnte sie dann soweit Vertrauen aufbauen, dass sie zu essen und zu trinken begann. Sie begann sich auch wieder zu pflegen und liess dabei sogar Hilfe des Pflegepersonals zu. Dennoch verlor sie weiter an Gewicht und äusserte Bauchschmerzen.

Damit stand das Helferteam vor dem Problem: die Patientin äusserte einen Leidensdruck, den sie mit einem psychotischen Krankheitsmodell erklärte. Es bestand eindeutig eine chronische psychische Erkrankung, welche die Urteilsfähigkeit einschränkte und eine freiwillige angemessene Behandlung nicht zulies. Hinzu kam, dass diese psychiatrische Erkrankung nicht im eigentlichen Sinne heilbar ist, weil bei einer solch lang dauernden Psychose die Medikation nicht mit 100%-iger Sicherheit hilft. Neuroleptika beseitigen üblicherweise die aktuell vorhandenen Symptome der Psychose. Die jahrzehntelange psychotische Lebenserfahrung aber ist in den Erfahrungsschatz dieser Menschen integriert. Diese innere Wahrheit ist mit Medikamenten nicht zu beseitigen.

In der Klinik bestand der lebensbedrohliche Zustand nicht mehr akut, so dass rechtlich keine Grundlage mehr für eine Behandlung gegen den Willen der Patientin bestand. Doch die Patientin verlor fortlaufend Gewicht und klagte über Bauchschmerzen. Eigentlich wären weitere somatische Abklärungen angezeigt gewesen. Wenn man nun Palliation als Verbesserung der Lebensqualität, als Symptomkontrolle und Leidensminderung versteht, gleichzeitig aber den Anspruch hat, den geäusserten Willen der Patientin zu respektieren, so ergibt sich daraus ein ethisches Dilemma. Den Leidensdruck zu beheben, heisst aus medizinischer Sicht ganz klar, Neuroleptika zu verabreichen, um dann weiter somatisch abklären zu können. Dies widerspricht aber andererseits völlig dem geäusserten Willen der Patientin. Zwei hohe Werte stehen einander konträr gegenüber: das ethische Dilemma.

### Die ethische Entscheidungsfindung

In solchen Fällen arbeiten wir bei uns mit dem Instrument der KEK, der «klinisch ethischen Konferenz». Jeder am Prozess Beteiligte hat das Recht, eine klinisch ethische Konferenz einzuberufen, wenn er dies für notwendig hält. Alle massgeblich am Prozess Beteiligten gehören bei dieser Konferenz dazu. Das sind nach Möglichkeit der Patient/die Patientin, eventuell Angehörige, das stationäre interdisziplinäre Behandlungsteam sowie allenfalls involvierte ambulante Helfer.

Das Ziel dieser Konferenz ist es, eine Form der Palliation zu finden, die für alle Beteiligten tragbar ist. Aus möglichst vielen Informationen der Betroffenen, aber auch ihrer Angehörigen oder langjährigen Begleiter wird der mutmassliche Wille der prämorbidem Persönlichkeit zu eruieren versucht. Dieser fliesst dann als der massgebliche Wille in die Entscheidung ein.

In klinisch ethischen Konferenz zu Frau X. wurde klar:

1. die Patientin wollte sicher nicht sterben;
2. sie litt und wollte von uns Hilfe;
3. ihr Krankheitsmodell liess aber nicht die Art von Hilfe zu, die wir für sinnvoll hielten: sie wollte nämlich sicher keine Medikamente und auch sonst keine medizinische Abklärung und Behandlung;
4. Im Rahmen dieser Abklärung stellte sich heraus, dass dies nicht erst seit der Dekompensation so war. Nach Aussage der Tochter hatte die Patientin diese Haltung gegenüber der Schulmedizin bereits ein Leben lang gezeigt;
5. die Patientin wollte nicht in eine geeignete Wohnform, sondern wieder nach Hause entlassen werden.

Aus diesen Feststellungen heraus wurden folgende Ziele der Palliation vereinbart:

1. die Patientin soweit möglich vor dem frühzeitigen Tod bewahren;
2. ihr eine angemessene Hilfe bieten, die ihre Vorstellungen mit berücksichtigt, was
3. auch heisst, ihren Willen so lange möglich zu respektieren und
4. sie wenn möglich später mit entsprechenden Hilfen nach Hause entlassen.

Als Massnahmen wurde entsprechend vereinbart, weiter am Beziehungsaufbau und an der Motivation zu einer weiteren Abklärung der Bauchschmerzen zu arbeiten sowie eine gute Ernährung und sonstige Pflege zu gewährleisten. Entsprechend dem ersten Ziel wurde aber auch vereinbart, bei eintretender Lebensgefahr notfalls auch zu Zwangsmassnahmen zu greifen. Als Mass für eintretende Lebensgefahr setzten wir eine objektiv feststellbare akute Verschlechterung oder das Unterschreiten eines kritischen Body-Mass-Indexes fest.

Im weiteren Verlauf konnte eine immer bessere Beziehung aufgebaut werden, was schliesslich dazu führte, dass die Patientin bereit war, Medikamente einzunehmen und weitere Abklärungen zu akzeptieren. Dabei wurde ein fortgeschrittenes Pankreaskarzinom gefunden. Einer Operation stimmte die Patientin nicht mehr zu, wohl aber einer Schmerzmedikation und einer Verlegung in eine geeignete Pflegeeinrichtung zur weiteren Palliation.

Das Ergebnis dieser Palliation ist wohl ähnlich, wie es das im somatischen Bereich wäre, der Weg zur Entscheidung allerdings ist von der Auseinandersetzung mit dem ungewöhnlichen Erleben der Patientin und dem Aufbau einer Beziehung geprägt, die es erst ermöglichte, die Patientin zunächst zu einem ersten Schritt der Palliation zu gewinnen: der Einnahme eines Neuroleptikums, unter dem sie dann ein klares Urteil über die weiteren Schritte fällen konnte.

### Korrespondenz:

Dr. med. Jacqueline Minder  
leitende Ärztin Gerontopsychiatrie  
integrierte Psychiatrie Winterthur  
Klinik Schlosstal  
Wieshofstrasse 102  
8408 Winterthur  
Tel. 0041 (0)52 224 35 22  
Fax 0041 (0)52 224 35 02  
jacqueline.minder@ipwin.ch

Dr Jacqueline Minder

## Quelle place pour les soins palliatifs en psychiatrie?

(Résumé)

### Différences entre médecine somatique et psychiatrie

Dans l'ensemble, nous sommes tous d'accord sur le fait que les soins palliatifs ont pour objectifs l'apaisement des souffrances et l'amélioration de la qualité de vie. Ce sont les mêmes objectifs que ceux que nous avons en psychiatrie, mais en psychiatrie il se pose d'autres questions, comme: quelle est, pour un patient donné, la signification de sa souffrance actuelle: est-ce le retentissement physique, psychique ou social qui est au premier plan? est-ce la douleur? la douleur est-elle déterminée par des facteurs somatiques? Quelle est la souffrance qui doit nous occuper le plus? à l'évidence, celle du patient lui-même, mais celle de son entourage entre aussi en ligne de compte, car les proches souffrent parfois davantage que le malade et surtout sur des plans différents.

En médecine somatique, j'ai été principalement confrontée à des personnes qui étaient capables d'exprimer clairement leur souffrance et de la rendre intelligible aussi bien pour moi en tant que soignante que pour leurs proches. En psychiatrie, au contraire, la souffrance n'est que rarement exprimée: parfois elle n'est que perceptible, parfois, bien qu'elle soit évidente pour l'observateur, elle est énergiquement niée. Parfois encore, la souffrance est exprimée, mais expliquée de manière totalement irrationnelle.

En médecine somatique, en règle générale, j'avais à faire à des personnes qui disposaient de leurs pleines et entières capacités de jugement et de décision, avec pour conséquence que leur volonté, une fois exprimée, devait être respectée sans limites. En psychiatrie, je suis régulièrement amenée à prendre en charge des personnes qui sont atteintes dans leurs capacités de jugement et de décision; les volontés qu'elles expriment n'en doivent pas moins être fondamentalement respectées. En psychiatrie, il n'existe qu'une possibilité restreinte d'établir un contrat avec le patient au terme d'accords réciproques; à l'extrême, il peut arriver que le système soignant soit amené à prendre des décisions sur la base de la volonté supposée du malade, et non de la volonté qu'il exprime hic et nunc.

### L'exemple de Mme X.

Mme X. était une patiente de 75 ans atteinte depuis des décennies d'une schizophrénie paranoïde chronique. Durant l'hiver 2002, elle coupa son chauffage à la maison, parce qu'elle avait l'impression que le chauffage l'irradiait et que cette irradiation était la cause des douleurs abdominales qu'elle ressentait. Elle resta ainsi recroquevillée chez elle, en proie à l'angoisse, incapable de s'alimenter correctement, jusqu'à ce que sa fille la retrouve en hypothermie et dans un état de malnutrition et qu'elle soit hospitalisée dans notre service de psychogériatrie.

Craignant qu'on ne l'empoisonne, elle commença par refuser tout examen et tout traitement médicamenteux, mais continua à perdre du poids et à se plaindre de douleurs abdominales. L'équipe des soignants était donc confrontée au problème posé par une patiente exprimant une souffrance à laquelle elle apportait une explication psychotique. Mme X. continua à refuser les investigations somatiques nécessaires.

Nous utilisons dans de telles situations un outil intitulé KEK (klinisch ethische Konferenz, colloque clinico-éthique).

En appliquant cet outil à la situation de Mme X., nous sommes parvenus aux conclusions suivantes:

1. la patiente ne souhaitait en aucun cas mourir;
2. elle souffrait et demandait notre aide;
3. l'explication qu'elle donnait à sa maladie ne l'autorisait pas à accepter les interventions que nous tenions pour nécessaires;
4. au cours de nos discussions, il apparut également que le problème n'était pas lié à la décompensation actuelle, mais que, selon sa fille, la patiente avait présenté toute sa vie une attitude hostile envers la médecine traditionnelle;
5. la patiente ne souhaitait pas être transférée dans un lieu de vie adapté, mais rentrer chez elle.

Sur la base de ces différents éléments, nous avons établi les objectifs palliatifs suivants:

1. prévenir dans la mesure du possible le décès de la patiente;
2. lui offrir une aide adaptée, c'est-à-dire qui prenne en compte ses représentations de sa maladie, ce qui signifiait également
3. respecter sa volonté aussi longtemps que possible et
4. la laisser rentrer dès que possible à la maison avec le soutien nécessaire.

Par la suite, la relation thérapeutique n'a pas cessé de s'améliorer, ce qui a permis que la patiente accepte de prendre des médicaments et de se soumettre à des examens complémentaires. Ces examens mirent en évidence un cancer de l'utérus en phase avancée. Mme X. ne souhaita pas être opérée, mais accepta d'être transférée dans un établissement adapté pour la suite de la prise en charge palliative.

Dr. Jacqueline Minder

## E a che punto siamo con la palliazione in psichiatria?

(Riassunto)

### Differenze fra medicina somatica e psichiatria

Vi è certamente accordo unanime sul principio secondo cui la palliazione riguarda sempre il miglioramento della qualità della vita e la riduzione della sofferenza; non è diverso in psichiatria. In psichiatria si pongono tuttavia ulteriori interrogativi: che significato hanno precisamente per il paziente la sofferenza, le perdite fisiche, spirituali e sociali che ne conseguono, i dolori? Questi ultimi sono di origine fisica o sono legati al vissuto psicotico? Quale sofferenza è determinante? Sicuramente, in primo luogo, quella della persona toccata direttamente, ma di rimando anche quella dei familiari: la loro sofferenza può essere talvolta maggiore e soprattutto possono soffrire per cose diverse.

Nella medicina somatica si è prevalentemente confrontati con persone in grado di esprimere chiaramente il carico della sofferenza; un carico quindi rilevabile da me in quanto curante come pure dall'ambiente circostante. In psichiatria, per contro, il carico della sofferenza non viene necessariamente verbalizzato: potrebbe essere anche solo percettibile, forse addirittura decisamente negato, anche se chiaramente percepito dall'esterno. Oppure il carico della sofferenza viene manifestato, ma gli viene data una spiegazione assolutamente irrealistica.

Nella medicina somatica di regola ho avuto a che fare con persone in grado senza riserve di formulare giudizi e prendere decisioni. Ciò significava che la volontà espressa dal malato poteva essere rispettata molto chiaramente. In psichiatria ho invece continuamente a che fare con persone limitate nelle loro capacità di giudizio e di decisione. Tuttavia la volontà che esse esprimono va fondamentalmente rispettata. In psichiatria è possibile solo parzialmente trovare accordi consensuali. In casi estremi può addirittura essere necessario che, da parte del sistema curante, vengano prese decisioni riconducibili alla volontà presunta piuttosto che a quella manifestata sul momento.

### L'esempio della signora X

La signora X era una paziente 75enne, affetta da anni da schizofrenia paranoide.

Nell'inverno 2002 aveva spento il riscaldamento al proprio domicilio, poiché riteneva di subire irradiazioni da quest'ultimo e attribuiva a ciò i suoi dolori addominali. Si era rannicchiata nel suo appartamento, completamente impaurita e non più in grado di nutrirsi convenientemente. Era stata successivamente rinvenuta dalla figlia, in stato di ipotermia e denutrizione, e in seguito ricoverata presso il nostro reparto di gerontopsichiatria acuta.

Per paura di essere avvelenata aveva rifiutato in un primo tempo qualsiasi indagine medica e qualsiasi farmaco. Aveva continuato a perdere peso e lamentava dolori addominali. Il team curante si era trovato di fronte a questo

problema: la paziente esprimeva il carico di una sofferenza che trovava spiegazione in un modello di malattia di natura psicotica. In realtà altri accertamenti somatici sarebbero stati indicati ma da lei rifiutati.

In tali casi da noi si opera con lo strumento della CEC (Conferenza etica clinica).

Nel caso della signora X era chiaro che:

1. la paziente sicuramente non voleva morire;
2. soffriva e voleva aiuto da noi;
3. il suo modello di malattia non tollerava la modalità di aiuto che noi ritenevamo più opportuno proporre;
4. nell'ambito di questa indagine era emerso che le cose stavano in questo modo non solo dopo lo scompenso: da dichiarazioni della figlia si era appreso che la paziente aveva avuto in tutta la sua vita un atteggiamento di non accettazione nei confronti della medicina scolastica;
5. la paziente non voleva essere trasferita in un luogo adeguato al suo stato bensì voleva rientrare a domicilio.

In base a queste constatazioni furono concordati i seguenti obiettivi per la palliazione:

1. fare il necessario, al più presto, per preservare la paziente da una morte prematura;
2. offrirle un aiuto adeguato e compatibile con le sue idee e i suoi intendimenti, il che
3. presuppone di rispettare al meglio la sua volontà e di
4. organizzare, se possibile e con adeguati supporti, il suo rientro a domicilio.

Le misure corrispondenti furono messe in atto. Nel decorso che seguì fu possibile instaurare una relazione che andava viepiù migliorando, tanto da portare la paziente ad accettare di assumere farmaci e di sottoporsi a ulteriori accertamenti. Nel contempo venne diagnosticato un carcinoma del pancreas in fase avanzata. Un intervento chirurgico non incontrò l'approvazione della paziente, ma essa accettò una terapia del dolore e il trasferimento in una struttura in grado di offrire ulteriori cure palliative.