

# In trincea, al servizio psichiatrico

Breve viaggio attraverso il Pronto soccorso psichiatrico, i reparti psichiatrici, i Centri di salute mentale. Una psichiatra di nuova specializzazione ci accompagna. Incontriamo malati mentali che a volte sembrano più sani dei "baroni" che li curano e veniamo a sapere delle nuove tendenze della psichiatria, per le quali un malato è giusto un sistema di recettori chimici, di neurotrasmettitori

di Domitilla Di Thiene

fotografie di Pier Paolo Cito

## Gennaio, due settimane in SPDC

L'SPDC è il reparto psichiatrico, quello delle corsie con i pazienti ricoverati, che funziona anche da pronto soccorso psichiatrico.

Il Policlinico ha l'SPDC fuori dal suo perimetro, dall'altra parte della strada, in mezzo a edifici che appartengono all'università, senza però comunicare con l'interno della città universitaria. Al Sant'Andrea, secondo polo universitario della Sapienza, lo ritroviamo al terzo piano interrato, -3 sugli ascensori, l'ultimo, accanto alla camera mortuaria. Al Santo Spirito, ospedale meraviglioso e antico, il primo costruito a Roma, l'edificio adibito al reparto psichiatrico è l'unico separato dal complesso, un enorme parallelepipedo arancione sul lungotevere, guardando l'entrata dell'ospedale sulla destra. Se devi riconoscere gli SPDC (Servizio psichiatrico diagnosi e cura) in un ospedale è facile: guarda se ci sono le sbarre alle finestre.

La mia prima mattina esco presto, in moto anche se piove, in macchina o con i mezzi pubblici ci metterei almeno il doppio. Mi tornano in mente le informazioni che ho preso su questo ospedale. Fanno diagnosi di Disturbo Bipolare in percentuale doppia rispetto all'altro SPDC della zona. Vuol dire: o che c'è qualche elemento nell'aria o nell'acqua tale da modificare le patologie nello stesso tessuto urbano a qualche chilometro di distanza, oppure che dove sto andando hanno delle ragioni per ritenere la diagnosi di bipolarità più plausibile

di altre. In realtà è una tendenza più diffusa, che sta emergendo in questi ultimi anni. Ci sono sempre state le mode nelle diagnosi, basta pensare all'isteria di altri tempi. Ora tocca al bipolarismo. È una tendenza che ha dei benefici: la diagnosi di Disturbo Bipolare, rispetto a quella di Schizofrenia è meno stigmatizzante, i pazienti sono persone che rispondono meglio ai farmaci e che hanno buone possibilità di guarigione. Ma il punto non è la diminuzione di diagnosi di Schizofrenia; il punto è che cosa significa invece un aumento di Disturbi dell'Umore, di cui il Disturbo Bipolare fa parte. Tra la vecchia e la nuova edizione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), la controversa "bibbia" che classifica con criteri statistici i disturbi mentali, c'è stata una modifica apparentemente innocua alla denominazione di queste patologie: si è passati da Disturbi dell'Affettività a Disturbi dell'Umore. Se l'affettività è di difficile definizione, il termine *umore* riconduce immediatamente a Ippocrate, a una visione naturalistica della medicina, al fluido (*l'umor latino*) le cui differenze, quantitative e non qualitative, influenzano l'organismo. E questo è in linea con l'approccio organico, che risolve la malattia in deficit di trasmettitori neurochimici che solo un farmaco può ribilanciare. Questa corrente di pensiero, che oggi viene definita neokraepeliniana (Kraepelin è stato un grande psichiatra dei primi del Novecento, a cui si deve molto della nosografia psichiatrica attualmente in auge) corrisponde forse a una progressiva ten-

denza a patologizzare le reazioni emotive. La bipolarità porta con sé un principio di ciclicità, il passaggio da una condizione di depressione a una di euforia, di inversione di polarità del tono dell'umore, senza cause apparenti. Ed è proprio questa assenza di causa (tranne ovviamente le onnipresenti cause genetiche) che alle volte può spaventare.

Quando arrivo al reparto la porta è chiusa e fuori campeggia un cartello con gli orari di visita per i pazienti. Suono il citofono e la porta si apre:

"È chiuso!" mi dice un infermiere, "non sa leggere?", m'indica il cartello.

"Sono un medico, psichiatra, sostituisco il dottor \*\*\*"

"Entra allora, sei in ritardo".

"Sì, lo so, grazie. Dove trovo gli altri?"

"In sala riunione".

"Se mi dice anche dov'è".

"In fondo al corridoio a destra".

Busso, entro. Ci sono dieci persone che mi fissano. Questo è curioso: se si fa tutto in tempo, ci si laurea e ci si specializza entro i trent'anni. Perché poi non si trova uno psichiatra strutturato che abbia meno di 50 anni?

"Sostituisco il dottor \*\*\*".

"Fresca di specializzazione", mi dice il primario.

"Già".

"E le cose fondamentali non le sai".

"Beh, le fondamentali spero di sì", rispondo, spero sia una battuta.

"Non te ne sei accorta allora", dice fingendo di ridere. Si volta verso gli altri: "Ha fatto già un errore madornale e non se ne è accorta", continua. Poi fa un gesto improvviso, che mi prende di sorpresa. Mi strappa dalle mani il casco e fa per darmelo in testa. Per i riflessi incondizionati mi rannicchio verso di lui ad attutire il colpo.

"Lo capisci che questa è un'arma?", dice a due centimetri dalla mia faccia.

"Lo capisci o no? Arrivate tutti qua pieni di nozioni psicanalitiche e non capite che qui siamo in trincea e che non si porta un'arma al nemico".

Questo è matto. Pensa di fingere di fare il matto invece lo è sul serio. Mi guardo intorno e gli altri hanno le facce più annoiate che altro, nessuno sguardo di comprensione. "Mi spiace", provo a rispondere.

"A te spiace, ma a noi poteva costare la vita", dice, con l'assenso degli altri. "Ora vai a lasciarlo dagli infermieri e quando torni cominciamo a parlare di pazienti".

Guardo la stanza e noto le gambe delle sedie. Acuminate e di ferro. I vetri alle finestre non mi sembrano proprio infrangibili. Persino la penna in mano a quel medico che tenta di leggere di nascosto il giornale vicino alla finestra assume un che di





minaccioso. E poi per tutti i numerosi pazienti psichiatrici HIV positivi o con l'epatite C, basterebbe uno sputo. Forse si potrebbero imbavagliare. O forse ci vorrebbero le camere imbottite. Peccato che abbiano proibite qualche anno fa. Peccato che i pazienti che si aggirano per i corridoi siano talmente pieni di farmaci che faticerebbero ad avere reazioni così vivaci.

Il primario è un appartenente dichiarato alla corrente neokraepeliniana. Per lui il paziente è un ricettacolo di neurotrasmettitori, ricettori e mediatori, di cui occorre ripristinare il funzionamento. Un flipper chimico, come mi dice a mezza voce un assistente sociale di passaggio.

Al contrario degli altri non ha affatto perso entusiasmo, anzi. È realmente interessato ai casi clinici, coinvolto. Forse anche eccessivamente coinvolto. Si sente investito di una missione. La diretta conseguenza è l'oggettivazione completa del portatore di patologia che ha davanti. (Il grande psichiatra Emil Kraepelin, per dimostrare che nei pazienti schizofrenici non c'era più volizione, li pungeva con uno spillone sulla lingua. Il fatto che il paziente tirasse fuori la lingua di nuovo al suo comando valeva per lui come prova scientifica).

Mi capita di passare delle visite insieme. Facciamo insieme la cartella di dimissione di G., donna di 28 anni, anche piuttosto carina, che ha avuto un brutto episodio delirante.

Dottor\*\*\*: Che giorno è oggi?

Risposta corretta della paziente (io probabilmente avrei sbagliato di un giorno).

Dottor\*\*\*: Vada da 100 a ritroso levando 7 numeri fino al 50.

Risposta corretta della paziente.

[Questo test, molto lungo, viene ripetuto a inizio e fine giornata per tutti i pazienti].

Interruzione della paziente: Sa dottor\*\*\* lei mi sta simpatico, sono contenta di essere finita in questo ospedale.

Dottor\*\*\* (con tono aggressivo): Cosa c'entra questo?

Paziente (mi guarda preoccupata, cercando aiuto): Volevo dire che mi sono trovata bene, qui, che lei...

Dottor\*\*\* (interrompendola): Che cosa vuol dire che le sto simpatico? Io faccio il mio lavoro, lei il suo. Le sta simpatico il benzinaio che le riempie il serbatoio?

Mi volto a guardare il primario, è spinto all'indietro, sulla sedia, le mani sul bordo della scrivania come se ci si aggrappasse. Questo piccolo uomo invecchiato e incartapeporito, il cui labbro imperlato di sudore è ora a pochi centimetri da me, che si vanta di aver visto più di ventimila pazienti nella sua carriera, che auspica il ritorno della psichiatria insieme alla neurologia com'era trent'anni fa, che paragona il lavoro del psichiatra a quello del poliziotto ("la prima dote in una visita è la capacità di interrogare e scovare il sintomo"), ha solo paura; una paura netta, visibile. Non c'entrano transfert, controtransfert o altre finenze relazionali, qui il problema sta prima. È bloccato in qualsiasi scambio emozionale con il paziente. E non sembra una scelta.

La paziente che fino a tre giorni fa delirava sostenendo di provenire da Aldebaran, e di sentirsi perciò estranea a tutti, forse ha solo voglia di tornare sul suo confortevole pianeta.





Paziente (tono remissivo): Mi scusi, non volevo offenderla.

Dottor\*\*\* (con tono sicuro): Lei non mi offende affatto, non ha questa capacità. (Pausa) Adesso le dico tre parole, CANE, CASA, PISTOLA, cerchi di ricordarsele che tra qualche minuto gliel richiederò.

Altre domande dello stesso tenore. Usciamo dalla stanza.

“Mi sembra ancora eccitata, sull'euforico”, dice.

“A me non pare”.

“Sì, credo proprio lo sia, hai visto come cercava l'invischiamento?”

“Non credo, se ti riferisci a quando diceva che le stai simpatico...”

“Doveva uscire domani, ma invece rimandiamo e alziamo un po' il normotimizzante”

Comunque: lei paziente, giovane e donna. Io: sostituta, giovane e donna. Entrambe: nessun potere contrattuale.

### Un mese dopo

Primo giorno di sostituzione al CSM, che sta anche per Centro di Salute Mentale. Stavolta solo una settimana. Un posto di mare, vicino Roma. Sono ambulatori psichiatrici. Mi accoglie la solita infermiera, che ha fretta di andarsene perché finisce il turno e mi aspetta sulla porta.

“Dunque, dottore', lei ha il turno dalle 14 alle 20. Queste sono le cartelle dei controlli”, mi consegna una pila di cartelle di vari colori. “Qui mi firma l'impegnativa sulla privacy. Può mettersi dove vuole perché tanto è sola”.

“Come sola?”

“No, dottore', che ha capito?” mi risponde l'infermiera – a forza di stare in un reparto psichiatrico è più veloce di me a cogliere reazioni emotive – “Adesso arriva la mia collega”.

“Sì, l'infermiera, ma come medici?”

“No, come medico il pomeriggio è sola, siamo in sotto-organico, non gliel'avevano detto?”

“No. Scusi, ma se c'è un'urgenza dal pronto soccorso?”

“Se c'è l'urgenza ci va, prende la macchina di servizio e va a \*\*\*”.

“E i pazienti? I controlli che devo fare?”

“Li sposta, gli dice di richiamare. Tutto a posto dottore'? Posso andare?”

Vado in una stanza e inizio a leggere le cartelle. Tanto per avere un'idea quando arriveranno i pazienti.

Mi fermo alla seconda. Sono cartelle di lunga data, alcune iniziano negli anni Ottanta, confuse, mille scritture diverse, rintraccio molte firme di persone che conosco, evidentemente passate da qui nelle mie stesse condizioni. Mi limiterò a guardare l'ultima pagina, quella con le terapie attuali, una volta che è arrivato il paziente. Con la faccia davanti è più facile.

Il primo è uno psicotico cronico ben controllato, vuole solo la puntura del farmaco Depot: la fa ogni mese. Ci penso io, visto che dell'infermiera non c'è ancora traccia. Il secondo è quello sulla cui cartella mi sono arenata: disturbo di personalità con annesso disturbo dell'umore. Entra nella stanza e comincia a parlare a raffica, gli scalo gli antidepressivi e cerco di arginarlo, forse dovrei ricoverarlo, forse no, ma dalla cartella leggo che è uscito da un ricovero in una clinica privata con ciclo di terapia elettroconvulsivante (leggi elettroshock) annesso, da neanche una settimana. Allora decido di no, in

fondo non mi sembra violento. Il terzo vuole iniziare una psicoterapia, prende a parlarmi di una certa Pamela, non sembra neanche disturbato che non ci sia il suo medico, gli dico che non sono in grado, non conoscendolo, che dovrebbe proseguire quando torna il titolare.

“Dottorressa, qui i medici cambiano in continuazione”.

“Mi spiace molto, ma come sa la psicoterapia prevede un rapporto tra lo psicoterapeuta e il paziente”

“Sì, ma vede, io non ho i soldi per farla in privato, e sto male, ne ho bisogno”.

“Mi spiace, ma le ripeto...”

“Un suo collega, uno che è stato qui per un po', l'anno scorso, mi ha spiegato la teoria di un filosofo francese, di cui non ricordo il nome...”

“E allora?”

“Mi scusi se sbaglio, io ho la terza media, ma questa teoria mi ha convinto. In sostanza era che la storia, la mia storia, io devo raccontarla soprattutto a me stesso, identità narrativa mi pare la chiamo”.

“...”

“Dottorressa?”

“Dunque, mi stava parlando di questa Pamela...”

“Dottore', c'è un'urgenza”.

Alla fine della quarta visita si materializza l'infermiera. Ho ancora cinque controlli e sono già eshausta. “Per fortuna”.

“Come dice?”

Prendiamo la macchina, una vecchia Uno scassata, e inizia a dirmi quello che sa. “Non si è capito bene, dice che vuole appiccare fuoco alla casa, alcool dappertutto”.

Quando siamo lì, troviamo già l'autoambulanza e due macchine della polizia.

“Ecco, ecco è arrivata la neuro”.

Iniziano a parlare con l'infermiera che è in divisa e avrà una cinquantina d'anni. “Sono io lo psichiatra”, intervengo. Mi guardano perplessi.

“È al primo piano, lo stanno tenendo fermo i colleghi”. Salgo. “Buongiorno”, provo a dire. Sembrare sereni è il primo obiettivo. Si voltano a guardarmi. Quello che dovrebbe essere il paziente è tenuto fermo da tre persone. Quello che dovrebbe essere un barelliere perde sangue da un labbro. “Buongiorno”, ripeto, rivolta al paziente. Non capisce, è rumeno e completamente fatto.

“Ah”, dico. “E ha un occhio nero”, aggiungo. Mi guardo intorno, c'è un casino spaventoso e puzza di alcool denaturato.

“Voleva appiccare il fuoco lo stronzo”.

“E per quale motivo?”

“Dottore', ma che vuole che ne sappiamo? Ci hanno chiamato i vicini che stava facendo il pandemonio, urlava e fracassava tutto, e quando siamo arrivati ci ha assaliti e poi ha sparso la bottiglia d'alcool, per fortuna non gli si è acceso l'accendino”.

“Ah”, ripeto di nuovo.

Mi riavvicino al paziente, mi fissa dall'occhio pesto. “Sai l'italiano, mi puoi capire?”. Tento anche un “Inglisc? doiù anderstendmi?”, mi vergogno un po'. Tutto quello che ottengo è un urlo e un tentativo di divincolarsi. “Sembra arrabbiato”, dico con il tono più innocente possibile al poliziotto. Mi guarda sospettoso. “Sì dottore', non vorrei farle fretta, la fa 'sta richiesta di TSO?”

Il TSO è il ricovero coatto, il Trattamento Sanitario Obbligatorio. Deve farne richiesta un medico e poi

occorre che sia confermato da uno psichiatra solitamente del pronto soccorso, convalidato dal sindaco etc etc. In base al TSO il paziente può essere preso di forza, sedato e portato al ricovero. Dura una settimana, poi il paziente è libero, a meno che non sussistano indicazioni per riconfermarlo.

Alternanza di noia e paura, di solito è questo che si prova davanti ai pazienti gravi. Invece qui mi trovo tra rabbia e impotenza. Credo che il problema non sia il paziente. “Dottore', allora? Non possiamo mica sta' qua tutta 'a giornata”. Il problema non è gestire il paziente, ma tutte le altre figure che finiscono di pendere dalle mie labbra. Quello che sta insistendo di più è il tizio col labbro rotto.

Faccio l'ultimo tentativo: “Ma nessuno lo conosce? Nessuno sa qualcosa di lui?”, mi volto verso l'infermiera. “È già stato al CSM?”

“Mai visto prima”.

Va bene, non posso fare nulla. Accettare l'impotenza fa parte del mestiere.

“Ok, faccio domanda di Trattamento Sanitario Obbligatorio. Mi date i moduli per favore e trasferite il paziente al pronto soccorso?”

All'inizio è così. Me lo ripetono tutti. ■



#### Nota

Tutte le foto sono state scattate nella primavera 1995 nel residuo manicomiali di Latiano, in provincia di Brindisi. Il centro, parte dell'ex ospedale psichiatrico di Lecce, raccoglieva i “malati di mente” dell'hinterland brindisino. A seguito della legge 180 del '78 (legge Basaglia) il centro, che ha operato per oltre un ventennio, ha perso le sue connotazioni di residuo manicomiali ed è stato gradualmente convertito in casa famiglia.