

DANNO BIOLOGICO PSICHICO: RIFLESSIONI PSICOLOGICHE E MEDICO-LEGALI

Paolo Capri* Enrico Mei **

Riassunto

La reazione psichica al trauma fisico o psichico rimanda ad innumerevoli esigenze definitorie ed ha sempre suscitato attento interesse in ambito psichiatrico e psicologico; da alcuni anni la medicina legale, soprattutto in virtù della riconosciuta risarcibilità del danno alla integrità psico-fisica (danno biologico) è più frequentemente chiamata a qualificare nosograficamente disturbi psichici e causalmente correlarli a fatti giuridicamente rilevanti. Viene qui di seguito illustrato e discusso un caso peritale.

* Psicologo e psicoterapeuta . Direttore Centro Studi Psicologia Applicata, Istituto di Formazione e Ricerca Scientifica CEIPA.

** Medico legale, criminologo clinico e psichiatra forense. Soci ordinario Centro Studi Psicologia Applicata, Istituto di Formazione e Ricerca Scientifica CEIPA.

Dirigente medico di 1 livello , Ist. Naz. Ass. Inf. Lav.

Il termine trauma è stato definito *"lesione anatomica e/o funzionale dell'organismo determinata dall'azione di determinati agenti, detti traumatici, capaci di modificare in maniera più o meno grave l'integrità fisica e/o l'omeostasi"* . In realtà, sono state riconosciute come derivanti da eventi traumatici anche risposte bioumorali complesse, di natura neuroendocrina di gravità a volte tale da innescare processi morbosi, configuranti malattie post-traumatiche, legate ad una alterata reattività dell'organismo. Si segnala brevemente che già Freud e Bleuler indicarono in traumi *"eventi in grado di provocare una eccitazione psichica tale da superare la capacità del soggetto di sostenerla o elaborarla"* ; da un punto di vista psicoanalitico causerebbero angoscia, dalla cui rimozione deriverebbero invariabilmente sintomi nevrotici.

Il recente, rinnovato interesse in ambito medico-legale, psicologico e giuridico dello studio dei traumi psichici, deriva certamente dall'aumentata incidenza o visibilità del fenomeno; infatti, per quanto la letteratura psichiatrica e medico-legale (tra gli altri Ciampolini, De Morsier, Freud) sin dai primi del novecento abbia consegnato studi e teorie sulle conseguenze psichiche dei traumi, in relazione a catastrofi ferroviarie, infortuni sul lavoro, guerra, ecc., di recente la sinistrosità stradale ha dilagato straordinariamente il fenomeno, che ha assunto pregnanti connotazioni soprattutto relativamente a tematiche risarcitorie o indennitarie. Senza entrare nei meriti di aspetti rivendicativi, consci o inconsci che il sanitario è chiamato a dirimere in fase sia diagnostica sia valutativa, si riporta un singolare caso da noi osservato e studiato, in cui le conseguenze post-traumatiche di eventi dolorosi fisici e psichici hanno configurato un quadro nosografico rilevante. Bruno e coll. (1991) distinguono, tra gli eventi responsabili di traumi fisici "significativi" in senso psichiatrico, anche le seguenti categorie:

- eventi traumatici da incidenti nella vita quotidiana;
- eventi traumatici da incidenti nell'ambito di trattamenti chirurgici e sanitari.

Il caso di cui ci occupiamo riguarda un soggetto di 16 anni che, precipitato

accidentalmente da un muretto alto m. 1.5 circa, riportò lesioni fisiche; all'evento seguì un protratto periodo di cure, durante il quale dovette subire cinque interventi chirurgici all'arto superiore destro ed una lunghissima riabilitazione.

I trattamenti cruenti sarebbero derivati da complicanze inusuali se confrontate col tradizionale decorso di una frattura biossea di avambraccio, tanto che si è altresì innescato, a distanza, accanto alla richiesta di indennizzo, un procedimento legale volto a rivelare eventuali profili di responsabilità professionale dei sanitari che operarono l'infortunato.

Il sig. F. B. è stato sottoposto ad esame psichiatrico e psicologico; si è provveduto ad effettuare colloqui clinici ed un esame psicodiagnostico con somministrazione di una batteria di reattivi mentali, allo scopo di valutare le condizioni psichiche, comporre un profilo di personalità ed effettuare eventualmente una diagnosi clinica.

ESAME PSICHICO

Anamnesi

F. B. è nato il 15.03.1982 a Roma; dall'anamnesi emerge che i genitori sono viventi, il padre ha 43 anni, è impiegato, la madre ha 45 anni ed è casalinga. Secondogenito, ha una sorella maggiore, di 19 anni. Frequenta attualmente il 3° anno di un istituto tecnico. Riferisce di essere sempre stato promosso. E' fidanzato da circa sei mesi.

Ha un buon rapporto con i genitori, con i quali vive; meno sereno il confronto con la sorella maggiore.

Riferisce diversi hobbies, uscire con gli amici, giocare al calcio e con il computer.

Nel periodo immediatamente successivo all'infortunio rimase insonne per circa un mese, cui si associò un intenso stato d'ansia, a suo dire legato alla viva preoccupazione per la natura e la gravità delle lesioni ed il loro decorso complicato .

Attualmente sono ancora presenti facile irritabilità ed irrequietezza, con marcata impulsività ed opposività, disturbi del ritmo sonno-veglia con risvegli improvvisi notturni,

alterazione dell'attenzione e della concentrazione con facile distraibilità; deficit della memoria di fissazione o vuoti di memoria, disinteresse affettivo, preoccupazione del proprio stato di salute.

Ritiene inoltre di avere subito una ingiustizia relativamente al sinistro ed alle gravi conseguenze patite, per quanto non sappia individuare con razionalità o coerenza logica un responsabile; peraltro, il rendimento scolastico è notevolmente peggiorato e, nella fattispecie, è legato non tanto alla incapacità di rimanere concentrato o attento, quanto ad un improvviso e perseverante disinteresse; riferisce con rammarico di avere dovuto smettere di giocare al calcio.

Esame neurologico

Stazione eretta mantenuta normalmente su due piedi e su uno solo. Deambulazione senza caratteri patologici. In Romberg non oscilla né cade. Arti superiori: R.O.T. elicetabili, simmetrici. Arti inferiori: forza e tono nella norma. R.O.T. elicetabili, simmetrici. Prove di Barrè e Mingazzini negative. Babinsky negativo.

Colloqui clinici

Il paziente accede ai colloqui in maniera formalmente corretta. In assenza di deficit delle funzioni corticali superiori, si apprezzano tratti di ansia ed insicurezza molto marcati.

L'area affettiva risente delle problematiche riguardanti la spiccata preoccupazione per il proprio corpo. Ad una apparente personalità con capacità introspettive si contrappongono significative istanze extratensive che limitano una visione oggettiva della realtà, a causa di pesanti interferenze emotive. Il tono dell'umore appare orientato in senso maniacale; emergono rilevanti tratti di ipocondria.

Esame psicodiagnostico

Al fine di analizzare le varie aree psichiche, è stata somministrata una batteria di

Test psicologici così composta:

- *Bender Visual Motor Gestalt Test;*
- *Disegno della Figura Umana di K. Machover;*
- *Rorschach;*
- *MMPI- 2.*

I test sono stati preceduti ed intercalati da colloqui chiarificatori al fine di consentirne lo svolgimento nel miglior modo possibile .

Il soggetto durante le prove è apparso collaborativo e disponibile, non ha mai cercato di alterare in senso peggiorativo la propria produttività in chiave di simulazione di malattia mentale; sono infatti risultati assenti gli indici relativi a ciò riportati dalla letteratura specializzata (Bohm, 1951; Capri, 1989).

Dall'analisi dei protocolli dei Test somministrati non emergono alterazioni di natura cerebrale, né deficit della fluidità del pensiero (Bender, Rorschach). Ciò che emerge all'evidenza è un'ideazione non sempre lucida e precisa nell'elaborazione concettuale, con tendenze alla confabulazione e alla contaminazione, tendenze comunque non ancora inficanti l'aderenza alla realtà, che appare al momento adeguata e congrua (Rorschach).

La produzione ideativa risulta sufficientemente espressa, mentre non sempre rapide appaiono le associazioni percettive, caratterizzate da scarsa condivisione del pensiero comune e spiccata originalità non supportata, però, da lucidità e obiettività nel formulare critiche e giudizi, che appaiono peraltro marcatamente rappresentati nell'organizzazione mentale del soggetto (Rorschach).

Si evidenzia, inoltre, un pensiero ricco, elastico e flessibile, soprattutto per ciò che concerne l'estensione degli interessi, che risultano vari e numerosi dal punto di vista quantitativo; l'approccio alla risoluzione di problematiche della vita quotidiana appare non rigido e differenziato, ma non sempre logico-consequenziale, con possibili difficoltà nel conservare e portare avanti un'ipotesi precostituita (Rorschach).

Emergono, infatti, all'interno di una ideazione caratterizzata da praticità cognitiva, sufficientemente teorica-astratta ed analitico-sintetica, tratti di inibizione cognitiva che limitano le capacità espressive del soggetto, soprattutto in situazioni di coinvolgimento emotivo in cui la sfera razionale non sembra più riuscire a contenere i relevantissimi tratti di ansia e insicurezza, presenti in misura marcatamente significativa nei protocolli (Rorschach, DFU).

Tale insicurezza tende a limitare anche le ambizioni dell'Io, che risultano ridotte rispetto i proprie potenziali e le proprie rilevanti capacità (Rorschach).

L'area affettiva sembra la sfera maggiormente colpita dalle problematiche di natura psicologica inerenti l'insicurezza e la massiccia ansia relativa la propria salute ed il proprio corpo (Rorschach, MMPI).

Infatti, si osserva una marcata labilità, con egocentrismo di natura immaturativa, in cui la necessità di emergere si scontra con paure incontrollate ed ansie, canalizzate sulla salute e sulla diffidenza e sospettosità verso l'esterno, con gravi conseguenti difficoltà nei rapporti di relazione e nelle relazioni oggettuali (Rorschach, MMPI, DFU).

Il tono dell'umore appare fortemente alterato in senso maniacale, con incapacità di gestione e controllo degli impulsi, tratti di superficialità ed incapacità di progettare, programmare ed anticipare azioni e situazioni (MMPI). La rapidità ed intensità delle azioni e delle reazioni sembra la conseguenza del disturbo d'ansia, nel senso di necessità di "non trattenere" le emozioni, di espellerle dal Sé, di allontanarle dalle proprie elaborazioni per non esserne travolto (MMPI, Rorschach).

L'Io presenta estrema sensibilità nei vissuti con l'altro, che di conseguenza viene percepito attivando le difese; infatti, non emerge una percezione matura e completa dell'immagine dell'altro, che viene svilito e ridotto nel suo ruolo identificativo (Rorschach).

La personalità risulta al momento caratterizzata da apparenti capacità introspettive, a discapito dell'estroversione; in realtà, la struttura sottostante dell'Io appare marcatamente extratensiva, con ridottissime capacità di elaborazione interiore. Inoltre, le attuali ed

apparenti attitudini all'introspezione non sembrano realmente tali, in quanto i vissuti interiori mostrano marcata incapacità di una vera elaborazione intrapsichica, come se il soggetto "volesse" acquisire tali caratteristiche, ma a causa della reale struttura dell'Io - extratensiva - e dell'ansia, insicurezza, sospettosità, diffidenza e preoccupazioni per la propria salute, l'osservazione all'interno del proprio mondo e del proprio Sé fosse in realtà scarsamente approfondita ed alterata (Rorschach, MMPI).

La natura marcatamente estroversiva dell'Io non sembra consentire al soggetto di maturare ed elaborare le varie problematiche che possono insorgere o che sono insorte durante lo sviluppo della personalità, al punto che l'Io tenta una inversione di rotta attraverso la ricerca di un mondo interiore elaborativo, con conseguenze in parte negative a causa della focalizzazione su aspetti di ipocondria, ansia ed insicurezza, con conseguente fuga negli aspetti maniacali del tono dell'umore (Rorschach, MMPI).

L'identificazione sessuale presenta ambivalenze, con evidente ricerca d'identità associata a difficoltà di percepire l'immagine maschile come virile, forte, autonoma e indipendente; viene vissuta, invece, in modo tendenzialmente sottomessa a quella femminile, che appare dominante, virile, forte, invadente (DFU).

In conclusione, dall'analisi dei protocolli esaminati emerge il quadro di un soggetto che presenta capacità cognitive valide e adeguate, anche se non sempre sostenute da lucidità ideativa soprattutto in seguito alle interferenze emotive, che causano una tendenza alla contaminazione ideativa ed alla confabulazione, con inibizioni soprattutto legate alla creatività del pensiero. Le problematiche appaiono poi marcatamente disturbanti nell'area affettiva e nell'insieme della personalità, in quanto si è osservata una ansia generalizzata, legata a tratti rilevanti di insicurezza, di ipocondria, egocentrismo, sospettosità, diffidenza verso l'esterno ed ipersensibilità, con esplosività e difficoltà di contenere gli impulsi della sfera istintuale. Il tono dell'umore appare marcatamente orientato in senso maniacale, come fuga inconscia dalle problematiche, come rimozione e allontanamento da vissuti interiori certamente negativi che condizionano la vita di relazione del soggetto.

Diagnosi clinica

Sulla base di quanto finora evidenziato, è stata posta diagnosi di *Disturbo d'Ansia e di Disturbo dell'Umore* orientato in senso maniacale, con numerose manifestazioni psicopatologiche associate - ipocondria, tratti persecutori, esplosività, insicurezza - ; disturbo probabilmente slatentizzato da eventi esterni traumatici nel processo evolutivo del minore. Si è altresì consigliata una psicoterapia di tipo individuale per consentire all'Io di recuperare gli aspetti maturativi della crescita e dell'evoluzione.

CONCLUSIONI

Il trauma psichico nel caso in oggetto è individuabile non soltanto nell'emozione violenta, non gestita dalla personalità del soggetto e causata dall'evento originario rappresentato dalla frattura biossea di avambraccio, quanto piuttosto nel penoso iter terapeutico e riabilitativo che è seguito.

In realtà sono individuabili più traumi fisici associati a traumi psichici, con cui si correlano aspetti psichiatrici: dal punto di vista medico legale il nesso di causalità appare sufficientemente configurato, in relazione alla continuità fenomenologica di iterativi eventi traumatici, nodalmente collegati all'infortunio di cui hanno inevitabilmente rafforzato, fino ad ingigantire o sconvolgere, la valenza stressante. Nel caso di specie la citata esperienza esistenziale è stata "*capace di interagire in qualche modo con il significato della vita di quel soggetto, ovvero con la sua personalità, e quindi di modificarla*" (Bruno e coll., 1991).

In realtà, ulteriore aspetto da non trascurare è il riferito, perdurante sentimento negativo di "ingiustizia subita", correlabile in qualche misura anche alla presunta responsabilità colposa dei sanitari che curarono il soggetto, cui si è associata, peraltro, la permanente, obbligata modificazione di attività esistenziali (costretto, tra l'altro, a non poter più giocare al calcio, sport in cui si cimentava con buoni risultati).

Aspetto peculiare è l'inquadramento psicobiologico del soggetto, di minore età, in pieno percorso maturativo, e perciò sicuramente meno tollerante di un individuo adulto e maturo riguardo eventi traumatici, relativamente al confronto con eventuali risvolti biosociali.

La risposta, per quanto inadeguata perché eccessiva e dismetrica rispetto allo stimolo, appare comprensibile nelle sue caratteristiche rispetto all'evento scatenante; lo studio psicodiagnostico della personalità del soggetto ha ulteriormente chiarito quanto emerso dai colloqui, rendendo ragione, in tema di nesso di causa ed in ambito di responsabilità civile, della necessità di dover comunque considerare una visione "circolare" dei problemi per poter giustificare il rapporto concausale fra un disturbo psichico nosograficamente classificato e il fatto traumatico.

Bibliografia

Antonioti F.: Recenti orientamenti sul danno alla salute. *Zacchia* 61, 277, 1984.

Bohm E. (1951): *Manuale di psicodiagnostica di Rorschach*. Giunti, Firenze, 1969.

Bruno F., Dodet M., Ferranti P.: *Aspetti psichiatrici dei traumi fisici*. In "Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense", a cura di F. Ferracuti, Giuffrè, Milano, 1991.

Butcher J.N., Williams C.L. (1992): *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI - 2 e del MMPI -A*, Giunti, O. S., Firenze, 1996.

Calcagni C., Mei E.: *Danno morale, danno biologico psichico: aspetti giurisprudenziali e medico-legali*. *Difesa Sociale*, 153, 4, 1998.

Calcagni C., Mei E.: *La valutazione del danno psichico in responsabilità civile: riflessioni in tema di metodologia diagnostica*. *Difesa Sociale*, 2, 157, 1998.

Capri P.: *Le prove psicodiagnostiche negli accertamenti peritali medico-legali e psichiatrico-forensi ed in particolare il Test di Rorschach*, *Attualità in Psicologia*, vol. 4, n° 1, E.U.R., Roma, 1989.

Ciampolini A.: *Il trauma nella etiopatogenesi delle malattie*. Ed. Luigi Pozzi, Roma,

1932.

De Morsier H.: Les encephalopathies traumatiques. Arch. Suisse del Neur. et Phsyh., 162, 50, 1943.

Denes G., Pizzamiglio L.: Manuale di Neuropsicologia. Zanichelli, Bologna 1990.
DSM IV. Criteri diagnostici. Masson, Milano, 1996.

Enciclopedia Medica Italiana: USES, Firenze, 1988.

Ferracuti F.: Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense. Giuffrè, Milano, 1991.

Fornari U.: Trattato di Psichiatria forense. UTET, Torino, 1997.

Freud S.: Einleitung zu Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Internationale Psychoanalytischer Verlag. Leipzig, Wien, 1919.

Freud S.: Jenseit des Lustprinzip. Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Leipzig, Wien und Zurich, 1920.

Gerin C., Antoniotti F., Merli S.: Medicina Legale e delle Assicurazioni. SEU, Roma, 1991.

Machover K. (1951): Il disegno della figura umana. O. S., Firenze 1980.

Rorschach H.: Psychodiagnostik. Bircher, Bern, 1921.