

# Il danno permanente nella psicosi traumatica

di Germano Bellussi

Disturbi psichiatrici anche di rilievo, ed al di fuori della fattispecie data dalla nevrosi psicogena da scopo, risultano essere presenti, anche se non frequenti, nella casistica medico-legale attenta ai sinistri ed alle loro conseguenze.

Il fatto psichiatricamente significativo:

1) o si esaurisce nei limiti di una sindrome rapportabile allo stato emotivo conseguente il sinistro, ed in questo caso si risolve con il decorrere del tempo senza lasciare reliquati;

2) o si innesta stabilmente in un terreno caratterizzato da una personalità già disturbata.

Quando si verifichi la seconda ipotesi, che ovviamente sola ora a noi interessa stante l'argomento prescelto per questo intervento, è necessario attuare una ulteriore distinzione a seconda che si dia

1) un passaggio da uno stato di attualità di disturbi del pensiero e del comportamento ad altro caratterizzato da una modificazione in senso peggiorativo

2) un passaggio da uno stato di potenzialità di disturbi del pensiero e del comportamento ad altro caratterizzato dalla attualità degli stessi.

La seconda ipotesi, che è poi la più frequente e significativa e che concretizza la così detta psicosi traumatica, può, a sua volta, articolarsi in due diversi momenti che è bene tenere separati. La delatentizzazione

1) può interrompere una condizione di potenzialità di disturbi

2) può interrompere una condizione di remissione, successiva ad una o più fasi acute già precedentemente presentatesi.

Questo può essere il quadro complessivo in cui si colloca il fenomeno della psicosi traumatica.

Al medico legale, di fronte ad una ipotesi di psicosi traumatica, vengono poste alcune domande, tenuto conto del fatto che giurisprudenza teorica e pratica si trovano concordi nel ritenere che il soggetto responsabile del sinistro debba rispondere soltanto per quella parte di invalidità che consegua al suo comportamento.

Il medico-legale deve quindi:

- 1) dare una descrizione del quadro sintomatico come emergente;
- 2) delineare lo stato anteriore, colto quale complesso delle condizioni preesistenti che possono avere avuto influenza sulle conseguenze di un trauma successivamente verificatosi;
- 3) distinguere nell'ambito del complesso delle condizioni preesistenti quelle caratterizzate da potenzialità o attualità di disturbo;
- 4) identificare episodi, qualora verificatisi, di spontanea delatentizzazione con descrizione circostanziata delle fasi di remissione;
- 5) cogliere i momenti di omogeneità tra trauma recente e traumi remoti, in prospettiva di valutazione della potenzialità di incidenza delatentizzante dell'evento prossimo.

Tutto questo al fine di essere in grado di precisare:

- 1) se trattasi di delatentizzazione di un disturbo preesistente;
- 2) quale fosse la probabilità di verifica di una delatentizzazione spontanea;
- 3) quale sia l'eventuale reliquato conseguente il complesso dei traumi remoti e recente;
- 4) quale quota di partecipazione alla formazione del reliquato possa ricadere nell'ambito della responsabilità per la condotta dello autore del fatto scatenante recente.

Si rileverà come nei fenomeni di aggravamento fisico il problema sia sopra tutto determinato dalla sovrapposizione di diverse permanenti. Trauma successivo attinente lo stesso organo; trauma successivo attinente organo diverso; trauma ricadente in soggetto con condizioni degradate per cause non traumatiche; trauma determinante condizioni che possono favorire o accentuare nell'avvenire la insorgenza

o lo sviluppo di episodi che con il trauma non hanno diretto rapporto, comportanti invalidità permanente.

Nelle psicosi traumatiche invece il vero problema è di diversa natura. Trattasi infatti di cogliere le probabilità che il fattore scatenante recente abbia interrotto una situazione di pausa che avrebbe potuto o meno prolungarsi indefinitamente.

Vi sono, a nostro modo di vedere, alcuni criteri che possono essere utilmente seguiti. Li indichiamo in estrema sintesi, riprendendo un discorso già altre volte svolto:

1) se vi siano stati precedenti episodi ed il trauma recente si sia, per così dire, inserito in una zona di intervallo, allora il fatto recente ha avuta la sola funzione di anticipare una crisi che si sarebbe presumibilmente comunque verificata;

2) se manchino invece episodi precedenti costituiscono elementi che aumentano le probabilità che delatentizzazione spontanea vi sarebbe stata, la giovane età e la non omogeneità psicologica tra gli elementi caratterizzanti i diversi traumi.

La percentualizzazione delle probabilità di delatentizzazione spontanea richiede una diagnosi estremamente personalizzata e sconta margini di errore assai elevati. Ci pare indicativamente di poter proporre una articolazione percentualistica che va dalla quasi certezza, ove il fatto traumatico si collochi non oltre il 20° anno di età ed il 50% ove il 35° anno di età risulti essere stato superato.

Tali indicazioni risentono delle emergenze epidemiologiche in fatto di psicosi che collocano le più frequenti e gravi nell'ambito delle demenze precoci.

Può esservi incertezza nella individuazione della psicosi traumatica ove si dia stacco temporale tra trauma ed emergenza di disturbo. Altrove abbiamo avuto modo di dire che, a nostro giudizio, oltre il limite di 9 mesi non è consentito parlare di psicosi traumatica, e come entro questo limite possano essere utilmente usati a fini diagnostici i criteri temporale e di esclusione, opportunamente raccordati.

Quanto meno accentuato il distacco temporale, quanto meno facilmente proponibile una diversa eziologia, tanto più facilmente il complesso dei sintomi può rientrare nella ipotesi di psicosi traumatica.

Fatta la diagnosi di cui si è detto spetta al medico legale percentualizzare il reliquato in relazione alla gravità del quadro nosografico.

Ai fini che ci siamo proposti va sottolineato come ogni psicosi

comporti un certo grado di destrutturazione della personalità, con compromissione del raccordo tra le funzioni primarie. La necessaria brevità di questo intervento ci induce a non scendere ad un particolareggiato esame delle diverse psicosi, ed a formulare invece una tesi generale.

La costellazione di sintomi che, nel caso delle psicosi, si presenta all'attenzione del medico legale, è quasi sempre vasta, variegata, di notevole gravità. Emergono manifestazioni allucinatorie e deliranti che colpiscono per il loro clamore e che lo psicoterapeuta interpreta come materiale per la diagnosi, e lo psichiatra si preoccupa di contenere e controllare a mezzo dei farmaci. Più che su queste teatrali manifestazioni allucinatorie e deliranti, che sono poi quelle più agevolmente risolvibili, è opportuno porre attenzione ad altri dati. Ci riferiamo specificatamente alla anaffettività, alla percettualizzazione, allo appiattimento alla dimensione del presente, al paralogismo. Quando siano rinvenibili almeno due di questi quattro elementi la valutazione non potrà che essere di invalidità permanente al totale.

In caso diverso la valutazione dovrà tenere conto, stanti i noti limiti di efficacia delle terapie oggi praticabili, dei sintomi più che delle loro cause, e per quanto concerne i sintomi dei livelli di più elevata gravità raggiunti nelle fasi non acute del male.

Di norma la capacità lavorativa specifica risulterà compromessa, salvo il non infrequente fenomeno dato dalla utilizzazione del sintomo ai fini di lavoro, come si verifica a volte nelle attività di natura artistica, nel qual caso dovrà essere data una valutazione estremamente personalizzata ed attenta anche allo sviluppo del processo di destrutturazione della personalità.