

**LA PSICOPATOLOGIA FORENSE DI FRONTE AL  
PROBLEMA DEL BAMBINO VITTIMA DI INCIDENTE  
STRADALE**

*A. Francia\**, *J. Birkhoff\*\**

\* *Professore Associato di Criminologia e Difesa Sociale, Istituto di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Pavia, sede di Varese*

\*\* *Dotoranda di ricerca in Scienze Criminologiche e Psichiatrico Forensi, Istituto di Scienze Medico Forensi dell'Università di Torino*

---

**ESTRATTO da:**

*Archivio di Medicina Legale e delle Assicurazioni*

Vol. 17 - Fasc. 2 - 1995

---



Tipografia Viscontea - Pavia

## LA PSICOPATOLOGIA FORENSE DI FRONTE AL PROBLEMA DEL BAMBINO VITTIMA DI INCIDENTE STRADALE

A. Francia\*, J. Birkhoff\*\*

\* Professore Associato di Criminologia e Difesa Sociale, Istituto di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Pavia, sede di Varese

\*\* Dottoranda di ricerca in Scienze Criminologiche e Psichiatrico Forensi, Istituto di Scienze Medico Forensi dell'Università di Torino

La valutazione del danno alla salute rientra tra le applicazioni della psicopatologia forense. E tuttavia con essa raramente si cimentano gli esperti, da una parte per la consapevolezza dello scarso peso che la medicina legale infortunistica solitamente dà alle patologie psichiche come fattori di danno, dall'altra per la ben modesta considerazione che, nell'anacronistico riconoscimento di un dualismo psiche-soma e nel convincimento che la dimensione psichica debba restare al di fuori della sfera di indagine e di valutazione della « medicina », una certa cultura giuridica ed una certa magistratura dimostrano ancor oggi di avere (come indirettamente dimostrato dal fatto incontestabile che soltanto in altri ben precisi campi valutativi il giudice si serve dello psicopatologo forense).

In verità, in questi ultimi anni la medicina legale ha considerato con sempre maggior impegno temi di interesse psichiatrico al di fuori degli ambiti tradizionali della psicopatologia forense.

Il XII Congresso di Criminologia e Psichiatria Forense, tenutosi a Bari nel 1989, è stato dedicato all'approfondimento delle problematiche psichiatrico-forensi in ambito previdenziale ed assistenziale con relazioni di *Canepa, Bandini e coll., Portigliatti Barbos, Ponti, Luberto e De Fazio*, ed altri.

L'argomento del danno psichico dei soggetti in età evolutiva, invece, non ha ancora avuto il rilievo che meriterebbe, nonostante la letteratura riguardante le vittime di incidenti stradali in età pediatrica sia vasta.

E' larga opinione che il coinvolgimento di bambini in sinistri stradali sia frequente ed in continuo aumento.

Uno studio condotto a Trieste nel 1990 da *Marchi e coll.* fa notare come l'incidenza dei sinistri stradali in età pediatrica sia sotto-stimata per carenza di informazione e viziata dall'assenza di indicazioni circa la gravità delle lesioni. Nel nostro paese, inoltre, in questo ambito specifico, gli esiti a distanza non sono spesso oggetto di ricerca.

Gli AA. che si sono accostati alle problematiche connesse con il minore vittima d'incidente stradale tra i quali ricordiamo *Agran e coll.*, *Branger e coll.*, *Cushman e coll.*, *Pless e coll.*, *Strompedissel e coll.*, *Marchi e coll.*, *Rivara e coll.*, *Kibel e coll.*, sembrano trascurare il fatto che ogni trauma fisico è correlato con un trauma psichico e quest'ultimo è tanto più accentuato quanto più il soggetto coinvolto è piccolo.

*Basson e coll.*, in un recente lavoro sui disturbi comportamentali in bambini che hanno subito un incidente, affermano che gli effetti psicologici di un trauma di interesse non neurologico sono spesso misconosciuti ed ipotizzano che traumi fisici occorsi in età pediatrica, con o senza lesione cranica, possano esitare in turbe psichiche e comportamentali persistenti. Tali disturbi risultano, inoltre, indipendenti da condizioni demografiche e socioeconomiche e svincolati dalla gravità delle lesioni o dalla lunghezza della degenza ospedaliera.

*Kardinger* definisce *trauma psichico* qualunque evento repentino e violento che, superando la capacità di difesa del soggetto, « produce una reazione ansiosa acuta capace di organizzarsi in uno stato nevrotico duraturo ». Il vissuto di un incidente è tanto più traumatico quanto l'evento è imprevedibile, subito e massivo, ed invade la coscienza in una confrontazione personale senza possibilità di fuga. Il tentativo di neutralizzare gli effetti nocivi di un trauma psichico avviene attraverso la dislocazione di meccanismi di difesa che spesso falliscono il loro scopo, causando turbe durevoli nel funzionamento energetico dell'apparato psichico.

La nozione di « esperienza vissuta » rende l'intensità del trauma indipendente dall'importanza materiale dell'incidente e, in una certa misura, dall'esistenza di lesioni fisiche o, se presenti, della gravità di queste.

Da decenni ormai è patrimonio delle scienze dell'uomo l'inscindibilità della psiche e soma e la stessa arcinota sentenza della Corte Costituzionale in materia di danno alla salute lo ha recepito. Purtroppo, come si è detto, nella pratica giuridica e medico legale tale nozione è spesso disattesa per cui viene preso in considerazione il

danno fisico che è indubbiamente quello di più immediata obbiettivazione.

Nel caso del minore, un possibile danno psichico correlato ad un sinistro stradale può palesarsi spesso anche dopo un lungo periodo di latenza in quanto l'elemento traumatico « agisce come un vero corpo estraneo che continua a giocare un ruolo attivo, lungamente dopo la sua irruzione » (*Freud e Breuer*).

Ogni evento traumatizzante, sia esso di natura fisica o di natura esclusivamente psichica (si pensi al caso del bambino coinvolto in un incidente stradale in cui un genitore o un congiunto o qualunque persona sia deceduta o sia rimasta orribilmente mutilata) comporta sempre e comunque un turbamento transitorio o permanente dell'apparato psichico che deve ripristinare, nel più breve tempo possibile, le condizioni di equilibrio funzionale precedente l'evento che le ha turbate, ovvero disporre un nuovo adattamento.

Nel caso del minore, parallelamente all'accrescimento fisico, sono in atto i meccanismi di formazione dell'Io che, in occasione del trauma, deve mettere in campo le difese relative allo stadio di sviluppo cui è giunto, modificando la costellazione difensiva precedente spesso in modo irreversibile. In queste condizioni, si può facilmente comprendere come la psiche del bambino non sia quasi mai in grado di affrontare l'evento traumatico alla stregua di quello di un adulto.

La nosografia psichiatrica più recente, rappresentata dal DSM-III-R, considera le manifestazioni psichiatriche post-traumatiche in un'unica grande categoria, valida sia per gli adulti che per i bambini: *Il disturbo post-traumatico da stress*.

I *Criteri Diagnostici* per il disturbo post-traumatico da stress evidenziano come l'individuo che ha vissuto un evento al di fuori dell'esperienza umana consueta, quale può essere, appunto, un sinistro stradale che minaccia seriamente la vita o l'integrità fisica sua o di un congiunto, o il vedere un'altra persona che è stata o che sta per essere seriamente ferita od uccisa a causa di un incidente presenti una serie di sintomi che, alla luce di una interpretazione psicodinamica, sono il risultato dei tentativi di neutralizzazione del surplus di angoscia generato dal traumatismo subito.

L'evento traumatico viene costantemente rivissuto in almeno uno di questi modi:

- « 1) ricordi angoscianti dell'evento ed invasivi (nei bambini piccoli, giochi ripetitivi nei quali vengono espresse tematiche o aspetti del trauma);

- 2) ricorrenti sogni angoscianti dell'evento;
- 3) improvviso agire o sentire come se l'evento traumatico stesse di nuovo verificandosi (incluse sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi (flashback), tipo quelli che si manifestano al risveglio o quando si è intossicati da sostanze psicoattive);
- 4) intenso malessere psicologico all'esposizione ad eventi che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico, inclusi gli anniversari del trauma ».

Spesso dopo l'incidente si ha l'evitamento degli stimoli associati al trauma, o una attenuazione della reattività generale che non era presente prima del trauma.

Il soggetto si sforza di evitare pensieri o sensazioni associati al trauma; di evitare attività o situazioni che lo richiamino; oppure diviene incapace di ricordarsi un'aspetto importante del trauma stesso: la cosiddetta *amnesia psicogena*.

Spesso i soggetti colpiti non sono più in grado di svolgere attività significative per diminuito interesse. Nei bambini più piccoli si può avere la perdita di capacità recentemente acquisite, quali ad esempio pratiche igieniche o acquisizioni linguistiche. A volte, mostrano sentimenti di distacco o di estraneità.

Compaiono spesso difficoltà nell'inizio o nel mantenimento del sonno; irritabilità o scoppi di collera; difficoltà di concentrazione o ipervigilanza; esagerate risposte d'allarme.

I disturbi possono comparire subito dopo il trauma oppure dopo alcuni mesi.

Quanto più un bambino è piccolo tanto più egli tenderà ad usare la conversione somatica quale strumento di difesa, quale via di scarico al *surplus* di angoscia provocato dal trauma.

Le manifestazioni somatiche possono essere di vario tipo: dai sintomi di tipo doloroso quali cefalea e dolori addominali, ai disturbi funzionali quali enuresi, encopresi, comparsa di emorroidi ecc. Spesso possono comparire anche manifestazioni di interesse dermatologico. A questo proposito giova ricordare che la pelle è uno degli organi più spesso coinvolti nella rappresentazione degli stati d'animo.

*Delay* ha spiegato la comparsa delle somatizzazioni affermando che « l'emozione shock » (nel nostro caso l'incidente) è « biologicamente traumatizzante » e provoca delle manifestazioni che si « organizzano e si organicizzano »!

Se nell'adulto il disturbo post-traumatico da stress può essere causato, come si è detto, da un'esperienza traumatizzante di eccezionale gravità, nel caso del bambino, il criterio dell'« eccezionale gravità » deve essere inteso in modo relativo; un evento che per un adulto può sembrare banale, per un bambino può assumere i toni di una certa gravità. Se nell'adulto lo stress dovuto al sinistro può provocare dei disordini psichici che lasciano sequele durature di varia natura, a seconda della personalità « di base », nel bambino, essendo la personalità « di base » ancora in formazione, il trauma ne determinerà una riorganizzazione in senso psicopatologico.

Per valutare la gravità del danno subito dal bambino, è necessario, a nostro parere tenere conto di alcuni fattori.

Della *modalità del sinistro*: il bambino può ricordare le modalità del sinistro o averli del tutto rimossi. Comunque sia è necessario esplorare il livello di elaborazione profonda del sinistro stesso da parte del bambino. I ricordi potranno essere facilmente rievocati e rientrare in un vero e proprio disturbo post-traumatico da stress, ovvero potranno essere organizzati in simboliche situazioni d'evitamento che potrebbero preludere al formarsi di un disturbo permanente di personalità.

L'eventuale possibilità di elaborazione dell'evento dipende dall'*età*: più è piccolo e più il trauma sconvolge l'Io ancora in formazione; dall'*entità* e dal *tipo di trauma* subito: non sempre un danno fisico, anche lieve, viene percepito dal bambino come tale; dipende dal valore simbolico che il bambino dà, ad esempio, alla zona corporea colpita (e anche questo fattore è legato all'età).

Uno dei fattori più importanti di cui tenere conto è quello di una eventuale *ospedalizzazione* in conseguenza dell'incidente occorsogli. L'esperienza dell'ospedalizzazione può definirsi come « pericolo grave » per un bambino essendo tale concetto condiviso dalla maggior parte degli autori di estrazione psicoanalitica (*Bowlby, Robertson, Rosenbluth*, per citarne alcuni).

*Ferreri e coll.* affermano che il distacco dai genitori, dal clima affettivo della famiglia e dai giochi, la paura di quanto potrà accadere ed il dolore provocato dagli interventi sono i fattori che turbano l'emotività del piccolo paziente; inoltre, se la concezione del tempo non è ancora ben sviluppata, l'ospedalizzazione potrà apparirgli come un'esperienza negativa estremamente dilatata e dilatabile.

*Capelli*, in un lavoro del 1985, sostiene che il ricovero viene vissuto, specialmente dai bambini più piccoli, in modo traumatico.

Nella maggior parte dei casi nel bambino ospedalizzato avviene un processo che egli definisce di *frammentazione dell'unità-bambino*. Infatti, mentre da un lato il suo corpo chiede ed ottiene attenzione e cure dall'altra le sue esigenze psicologiche vengono spesso ignorate.

*Robertson*, fin dal 1968, aveva indicato due fondamentali pericoli connessi con la situazione di ricovero ospedaliero: il pericolo *traumatico* che può affliggere il bambino a tale punto « da lasciare in lui sentimenti di insicurezza e di ostilità nei confronti dell'ambiente » ed il pericolo *deprivativo* che può indurre un grave impoverimento della personalità.

Anche *Anna Freud* si è occupata in modo specifico del nesso esistente tra le angosce di separazione ed il ricovero ospedaliero. Ella ha sottolineato come anche piccoli traumi fisici siano spesso fonte di regressione che si manifesta con « enuresi... disturbi dell'alimentazione e del sonno » e afferma che « non c'è differenza tra le sofferenze causate dalla malattia in sé e le sofferenze che gli sono inflitte dal mondo esterno per curare la malattia. Incapace di capire, indifeso e passivo egli deve subire entrambi i tipi di esperienza. Non di rado sono le sofferenze del secondo tipo quelle che hanno maggiore significato affettivo nel determinare conseguenze posteriori o il danno psichico del bambino ».

Nel corso della malattia prodotta dal sinistro e in conseguenza di questa, cambia, infatti, l'atmosfera affettiva e le apprensioni dei genitori possono far cambiare le *direttive educative* e *l'ambiente che circonda il bambino*. Spesso un danno alla salute psichica, al di là dell'entità del danno somatico subito, viene accentuato, se non addirittura causato, dall'alterazione della relazione madre-bambino. La madre ha un ruolo determinante nella formazione dell'apparato psichico del suo bambino in quanto funge da fattore di contenimento delle sue angosce. La coppia simbiotica individuata dalla *Mahler*, funziona, come si è già detto, fino all'età di quattro-cinque anni, risolvendosi gradatamente. Un incidente subito dal bambino in questa fase non può non coinvolgere la madre stessa. Se ella non è in grado di contenere da sé le proprie angosce, tende a riversare sul bambino ora il *surplus* di ansia che la situazione genera ora il *surplus* di attenzione compensativo, mantenendo il bambino in un continuo stato di pre-allarme. Il trauma, agendo quindi su entrambi i membri della coppia simbiotica che funzionano all'unisono, altera in modo diretto la qualità di vita del bambino, contribuendo in modo sostanziale all'instaurarsi di una situazione morbosa (*Francia*).

Non si può terminare un lavoro, seppure largamente incompleto, sul danno alla salute psichica del bambino, senza fare cenno ad alcuni aspetti tecnici specifici.

Alla luce di quanto descritto fin'ora, appare chiaro come per una corretta valutazione del danno, la raccolta dei dati anamnestici vada fatta in modo estremamente rigoroso e completo, non trascurando di assumere, laddove sia possibile, notizie dalle persone che si occupano del bambino al di fuori della famiglia (insegnanti, istruttori sportivi, Baby-sitter ecc.) al fine di prendere in considerazione tutti gli aspetti della vita di relazione, senza trascurarne alcuno.

L'esame psichico del bambino va fatto in più sedute, evitando atteggiamenti di tipo « inquisitorio » in cui il piccolo « a domanda risponde ». Più il bambino è libero di esprimersi più dati potranno essere raccolti.

Di grande aiuto si rivelano, inoltre, i *reattivi mentali*, specie quelli che esplorano gli strati più profondi della psiche. L'« arsenale » testistico in possesso degli specialisti è così vasto che, nell'applicazione pratica, è buona norma scegliere quello che di volta in volta si ritiene possa essere più idoneo, in rapporto al tipo di patologia che si ipotizza, all'età e al livello culturale suo e della famiglia cui proviene.

Nel corso di questo lavoro si è cercato di illustrare come la psicopatologia forense possa dare un contributo costruttivo e originale alla comprensione dei fenomeni patologici fino ad oggi trascurati dalla pratica peritale.

Nel caso del bambino vittima d'incidente stradale, appare evidente come gli elementi in gioco per la valutazione dell'entità del danno siano molteplici e complessi e richiedano competenze specialistiche che spesso vanno al di là delle cognizioni in possesso della maggior parte dei professionisti che praticano la medicina legale infortunistica.

Alla luce di tali considerazioni, è auspicabile che nella valutazione del danno alla salute di un bambino vittima di incidente stradale si ricorra sempre più al supporto specialistico di una psicopatologia forense aperta alle problematiche della psicologia del profondo.

#### Bibliografia

- Agran P, Castillo D, Winn D (1990): Childhood motor vehicle occupant injuries. *AJDC*, Vol 144, June, 653-662.
- Bandini T, Dell'Osso G, Dell'Osso L (1989): Personalità premorbosa e sindromi psicopatologiche di origine traumatica. XII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense, Bari, p 435-445.



- Basson MD, Guinn JE, McElljgott J, Vitale R, Brown M, Fielding LP (1991): Behavioral disturbances in children after trauma. *J Trauma*, Oct, Vol 31 (10), 1363-6.
- Bowlby J, Robertson J, Rosenbluth D (1952): A two-year-old goes to hospital. *Psychoanal Study Child*, Vol 7, 82-94.
- Branger B, Prin D, Picherot G, Ayache P, Roger A (1990): Les traumatismes de l'enfant necessitant une hospitalisation: une enquête sur 394 cas. *Pediatric*, Vol 45 (1), 53-57.
- Capelli AC (1985): Scuola e ospedale: quali differenze? In: Atti del Convegno Scuola e Gioco in Ospedale, Pavia.
- Cushman R, Down J, MacMillan N, Waclawick H (1990): Bicycle-related injuries: a survey in a pediatric emergency department. *Canadian Medical Association J*, 143, Nr 2, 108-112.
- Delay J (1971): Prefazione all'opera di Henry de Motherlant: Un assassin est non maitre. Gallimard.
- Di Leo JH (1973): Children's drawings as diagnostic aids. Bruner Mezel Inc and Peterson Associatea. (Trad It: I disegni dei bambini come aiuto diagnostico. Giunti e Barbera, Firenze, 1981).
- DSM III R (1991): Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson.
- Ferreri V, Guarino M, Boscardini Ravioli E (1981): Bambini in ospedale. *Psicologia contemporanea*, 48-57.
- Francia A (1990): Importanza del rapporto madre-figlio nella valutazione del danno psichico del bambino leso. Giornate sul Danno alla Salute, Pisa 12-13 Maggio. Cedam, Padova.
- Freud A (1987): L'influsso della malattia fisica sulla vita psichica del bambino. In: *L'aiuto al bambino malato*. Boringhieri, Torino, 18-23.
- Freud S, Breuer J: Studi sull'isteria (1892-95). In: Freud S. *Opere*, Vol 1. Boringhieri, Torino.
- Guasco G, Gugliarda D, Bamalero G (1989): Disturbi somatici comportamentali in bambini ospedalizzati. *Ped. Med. Chir.*, 11: 687-698.
- Hansen TB, Pless S, Gravers M (1991): Head injuries among Children in the country of Ringkobing, an analysis of hospital data. *Ugeskr Laeger*, Oct 14, Vol 153 (42), 2944-6.
- Kardinger J (1989): Cit Canepa: Relazione introduttiva allo studio dei problemi psichiatrico forensi in ambito previdenziale ed assistenziale. XII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense, Bari, p 431-434.
- Kibel SM, Bass DH, Cywes S (1990): Five years experience of injured children. *S. Afr. Med. J.*, 78: 387-391.
- Kolleck B, Korporal J (1987): Unfaelle im Kindesalter. *Deutsche Krankenpflege Z*, 40, N 6, 378-384.
- Luberto S, De Fazio F (1989): *Invalidità pensionabile, invalidità civile e patologia mentale*. XII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense, Bari, p 469-485.
- Marchi AG, Messi G, Costantinides F, Loschi L, Porebski E (1990): Lesioni da traffico nel bambino a Trieste 1984-86. *Min. Pediatrica*, Vol 42, N 11, Nov, 465-472.

- Marchi AG, Messi G, Renier S, Casini P, Dusi A, Rudoj I, Smarelli A (1986): Studio Trieste degli incidenti pediatrici. *Min. Ped.*, 38, 301-309.
- Nakayama DK, Gardner MJ, Rogers DK (1990): Disability from bicycle-related injuries in children. *J. Trauma*, Nov, Vol 30 (11), 1390-4.
- Pless B, Verreault R, Arsenault L, Frappier JV, Stulginskas J: The epidemiology of road accidents in childhood. *American J. Public Health*, 77, N 33, 358-360.
- Ponti GL (1989): *Permanenza e quantificazione di postumi di rilievo psichiatrico: criteriologia valutativa*. XII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense, Bari, p 447-452.
- Portigliatti-Barbos M (1989): *Disturbo psichico e infortunistica lavorativa*. XII Convegno di Criminologia e Psichiatria Forense, Bari, p 453-467.
- Rivara FP, Bergman AB, Lo Gerfo JP, Wiess NS (1982): Epidemiology of childhood injuries. *American J. Dis. Child*, Vol 136, June, 502-506.
- Robertson J (1958): *Young children in hospital*. Tavistock publications. Ltd, London. (Trad It: *Bambini in ospedale*. Feltrinelli, Milano, 1980).
- Strompedissel I, Coebergh JW, Molenaar JC, Tibboel D (1990): Children and accidents, decreasing mortality, different care. *Ned-Tijdschr-Geneskd*, Sept 8, Vol 134 (36), 1741-5.

#### Riassunto

Gli autori affrontano, dal punto di vista della psicopatologia forense, le problematiche psichiche del bambino vittima di incidente stradale. Particolare attenzione viene prestata alle tematiche psicologiche relative all'ospedalizzazione, alle modificazioni dei rapporti familiari.

Gli autori auspicano una maggiore attenzione a tali problematiche in sede di valutazione del danno alla persona.

#### Summary

The authors discuss, from the point of view of forensic psychopathology, the psychic problems of a child victim of a road accident. A particular attention is paid on the psychological problems concerning hospitalisation and the modifications of the familiar relations.

The authors wish a greater attention to those problems during the estimation of impairment.

---

PAROLE CHIAVE: bambino - incidente stradale - danno psichico

KEY WORDS: child - road accident - psychologic damage

---