

CONSEGUENZE EMOTIVE E COGNITIVE DEGLI INCIDENTI STRADALI SULLE VITTIME E SULLE LORO FAMIGLIE

di Chiara Cimbro

1. DATI EPIDEMIOLOGICI E CONSEGUENZE DI UN INCIDENTE STRADALE GRAVE

Le statistiche inerenti gli incidenti stradali parlano chiaro: 18 decessi al giorno in seguito ad incidenti stradali nella sola Italia, con una percentuale dell'1,2 % su 550.000 morti complessivi (ossia per qualsiasi causa) all'anno su tutto il territorio nazionale.

6682 vite perse ogni anno a causa di incidenti stradali, nelle stime ufficiali, anche se si calcola che potrebbero arrivare fino a 8000 se si considerano anche i decessi che seguono nei 30 giorni successivi agli incidenti stessi.

Di quell' 1,2 %, un quarto ha meno di 23 anni e la metà ha meno di 41 anni.

Il 38 % appartiene alle cosiddette fasce deboli, ossia ai pedoni (33,6 %), ai ciclisti (16 %), ai ciclomotoristi (26,4 %, e si noti che per questa categoria non è previsto nessun tipo di esame di abilitazione) e ai motociclisti (24 %).

In totale in Italia si sono verificati nell'ultimo anno circa 235.000 incidenti, dei quali il 5,8 % sulle autostrade (con un tasso dell'11 % di mortalità, essendo in questo caso gli incidenti mediamente più gravi, e con un maggior numero di vittime); il 76,5 % sulle strade urbane (con un tasso di mortalità del 46,3 %); e il 17,7 % su strade extraurbane (con la percentuale di decessi del 42,7 %).

Da parte sua, il Gruppo Autostrade conta sulla propria rete circa 350 morti l'anno, gestendo in percentuale il 25 % di traffico e l'11 % di mortalità.

E' d'altro canto ormai condiviso che sulle statistiche riguardo agli incidenti influiscano tre fattori, pur in percentuale molto diversa:

- il fattore umano (al 91 %)
- il fattore strutturale
- il fattore ambientale

(questi ultimi in percentuali variabili che dipendono comunque dal tipo di condizioni contestuali, ma che sono significativamente minori di quella riconducibile al comportamento umano).

I comportamenti rischiosi, tuttavia, aumentano in maniera esponenziale con l'alcolemia, il rischio è maggiore quanto minore è l'età dei soggetti e quanto minore è la frequenza alla guida; l'alcool, ma soprattutto il suo abuso, resta la prima causa di incidenti mortali, mentre solo al terzo posto troviamo l'eccesso di velocità (al secondo il mancato utilizzo delle cinture di sicurezza).

Una delle cause maggiori di morte e lesioni conseguenti ad un incidente stradale, specie se grave, è il trauma cranico che, soprattutto in Italia, è al primo posto per danni cerebrali.

I traumi cranio-encefalici possono costituire, nei casi più gravi, gli indici più alti di mortalità, specie tra la popolazione giovanile ed adulta.

L'incidenza dei traumi cranici, causati da incidenti stradali, si aggira intorno ai 200-300 casi ogni 100.000 abitanti; in Italia, invece, le stime indicano circa 1.500 morti, 100.000 feriti e 30.000 invalidi permanenti ogni anno.

Sempre in Italia, secondo i dati Istat, il trauma cranico, conseguente ad incidente stradale, costituisce la prima causa di morte tra i quindici e i venticinque anni di età.

Tra le cause di TC ritroviamo: incidenti con veicoli nel 47 % , aggressioni nel 32 % , cadute accidentali nel 12 % e investimento di pedoni nel 9 %.

E' bene, tuttavia, specificare che nei soggetti di età inferiore ai venticinque anni gli incidenti con veicoli a motore risultano responsabili del 58 % di tutti i traumi.

Per quanto riguarda poi gli incidenti in auto o in moto, è stata riscontrata una maggiore incidenza tra i maschi (che nella maggior parte dei casi sono i guidatori), rispetto alle femmine (che sono risultate più frequentemente essere i passeggeri); inoltre l'età media si aggira intorno ai vent'otto anni, per entrambi i sessi.

A livello di orari, la maggior frequenza di incidenti stradali si verifica, solitamente, dalle ore 17,00 alle 19,00 ma si sta evidenziando, con gli anni, il progressivo estendersi della mortalità all'arco dell'intera giornata.

Per quanto riguarda la valutazione prognostica, un dato molto significativo è quello legato al tempo intercorso tra il trauma e i primi sei mesi; questo perché è stato riscontrato che una volta trascorsi sei mesi dall'incidente le condizioni tendono a stabilizzarsi.

Per convenzione, si ritiene, pertanto, che i risultati ottenuti a sei mesi dal trauma siano adeguatamente rappresentativi di quanto è lecito attendersi nella maggioranza dei casi.

Indicatori prognostici riconosciuti per convenzione internazionale come validi sono essenzialmente: il punteggio raggiunto alla Glasgow Coma Scale, nella fase immediatamente successiva all'evento traumatico; l'obiettività pupillare; la durata complessiva del coma post-traumatico; la durata dell'amnesia post-traumatica; l'età.

La *Glasgow Coma Scale (GCS)* è una scala di valutazione clinica che si applica nella fase acuta del trauma cranico e che prevede l'accertamento di risposte di ordine visivo, verbale e motorio.

In particolare, si considera:

- un trauma cranico "lieve" quando il punteggio è da 13 a 15 (dove il punteggio massimo della scala è 15);
- "moderato" quando è compreso tra 12 e 9 punti;
- "grave" quando il punteggio è inferiore o uguale a 8 punti;
- un punteggio inferiore a 4, infine, è solitamente associato ad una elevatissima mortalità.

Un secondo indice prognostico rilevante sono *le dimensioni e la reattività delle pupille*, perché sono indici strettamente connessi ad uno dei meccanismi più frequenti di erniazione cerebrale.

Terzo indice prognostico è la *durata dello stato di coma*; quanto più il coma è prolungato, infatti, tanto più gravi sono i postumi.

Il quarto indice considerato, invece, è la *durata dell'Amnesia Post-Traumatica (PTA)*, che viene considerato quello maggiormente correlato con il decorso a distanza; quanto più lunga è la PTA, tanto più gravi i deficit che vanno previsti successivamente.

La durata della PTA può venir calcolata a posteriori, dal momento in cui si è verificato il trauma cranico al momento in cui il paziente, ormai in contatto con l'ambiente, pur in presenza di residue difficoltà mestiche, dimostra di saper rievocare episodi verificatisi nelle 24 ore precedenti.

E' ormai stato accertato che le possibilità di riacquisizione funzionale dopo un incidente stradale grave sono correlate con l'età: quanto più, infatti, un soggetto è giovane, tanto migliore sarà la prognosi.

Per formulare, però, un più corretto giudizio prognostico, bisogna distinguere tre fasce d'età:

- *Tra 0 e 14 anni*: i bambini con esiti di trauma cranico, purtroppo, presentano sempre un ritardo evolutivo delle funzioni cognitive rispetto ai loro coetanei; inoltre, non presentano maggiori possibilità di riacquisizione cognitiva rispetto agli adulti.

Quanto più i bambini sono in giovane età, infatti, tanto meno soddisfacente sarà il processo evolutivo cognitivo.

- *Tra i 15 e i 50 anni*: in questo caso, invece, quanto più giovane è l'età del soggetto tanto migliore sarà la riacquisizione cognitiva; queste potenzialità diminuiscono, però, di decennio in decennio.

- *Superiore ai 50 anni*: oltre alla maggiore mortalità che si osserva in questa fascia d'età, si è riscontrato, tendenzialmente, anche un decorso post-traumatico nettamente più sfavorevole, persino per traumi modesti o addirittura lievi.

L'ultimo indice prognostico da tenere in seria considerazione si riferisce al *danno assonale diffuso* (DAI), che si manifesta con un'atrofia, solitamente abbastanza precoce, che insorge nell'area corrispondente alla sostanza bianca sottocorticale. Questa condizione rappresenta l'esito di traumi cranici particolarmente violenti, che hanno determinato lo "strappamento" degli assoni delle cellule neuronali. La conseguenza funzionale è che gli scambi interneuronali, all'interno di ciascun emisfero, tra la cortaccia e i nuclei della base, e tra le diverse strutture dei due emisferi, si riducono in misura più o meno grave, con conseguente proporzionale impoverimento qualitativo delle prestazioni, soprattutto cognitive, ma anche motorie.

E' chiaramente emerso, dunque, come più fattori contribuiscano a determinare la situazione post-traumatica, da un punto di vista prettamente clinico e strutturale.

E' di fondamentale importanza, pertanto, avere un preciso quadro della situazione diagnostica per poter, successivamente, essere in grado di fornire una prognosi circa il recupero del traumatizzato.

Ogni caso di trauma cranico va, perciò, considerato come “caso a sé”, proprio per il molteplice coinvolgimento di più cause e di variabili che sono strettamente legate alle caratteristiche sia fisiche, anagrafiche e costituzionali del paziente, che a quelle inerenti al tipo di incidente e di danno subito.

2. I DISTURBI COGNITIVI CHE CONSEGUONO AD UN INCIDENTE STRADALE

GRAVE

I deficit causati da lesioni frontali sono indubbiamente tra le conseguenze cognitive più frequenti in seguito ad un incidente stradale grave.

Tre, in particolare, sono le attività cognitive maggiormente danneggiate: l'attenzione, la memoria e il linguaggio.

I disturbi dell'attenzione sono variamente presenti, in tutte le fasi del decorso post-traumatico.

L'attenzione può essere definita come il sistema funzionale che consente di dirigere e focalizzare l'attività mentale secondo gli scopi che ci si è prefissati. Tale orientamento selettivo viene condotto tenendo conto delle informazioni ambientali (esterne ed interne al nostro corpo), delle loro caratteristiche qualitative, del loro significato, delle specifiche necessità e dell'importanza gerarchica che viene attribuita in base alle passate esperienze.

Pertanto, se c'è affaticamento mentale o sonnolenza o stato confusionale, le capacità attenzionali si riducono in misura più o meno rilevante.

Tali capacità, però, possono ridursi anche quando si è distratti da situazioni di disagio fisico (dolore) o psichico (stress, paura) o emotivo (ansia, depressione); oppure quando ci si trova in una condizione di deterioramento cognitivo che impedisce di valutare adeguatamente tutti gli aspetti di uno stimolo, la rilevanza di una situazione, le istruzioni ricevute o le esperienze passate.

Il trauma cranico, perciò, che generalmente danneggia numerose zone cerebrali, sia sottocorticali che corticali, produrrà disturbi attentivi nella maggior parte dei casi.

Tuttavia, si è notato che i soggetti che hanno subito un considerevole incidente stradale, conservano l'attenzione automatica, non solo in condizioni di normale vigilanza, ma spesso anche in stato di coma superficiale o vegetativo cronico o persistente (tali soggetti conservano, dunque, le reazioni primitive di orientamento, acustiche e visive, e i meccanismi di allerta, ad esempio in risposta al dolore o ad un rumore).

L'attenzione volontaria, invece, in queste persone è totalmente assente se vi è stato di coma, anche superficiale. Nei pazienti confusi tale tipo di attenzione è, al contrario, possibile, ma solo per attività molto semplici e per quei compiti da svolgere uno per volta.

I traumatizzati cranici hanno, però, specificatamente gravi difficoltà nell'attenzione selettiva (quella che consente ad un soggetto di dedicarsi esclusivamente ad una sola attività): si dimostrano, infatti, incapaci di controllare le interferenze provenienti dall'ambiente.

Essi presentano, solitamente, tre tipi di difficoltà: non riescono a controllare contemporaneamente più informazioni; non sanno stabilire corrette priorità tra le informazioni; non sono in grado di rispondere con prontezza e flessibilità ad eventuali cambiamenti nella situazione ambientale, ridistribuendo opportunamente le disponibilità attentive.

Per questo motivo tali pazienti appaiono, da un lato molto distratti (cioè non attenti alle informazioni che richiederebbero la loro attenzione) e dall'altro molto distraibili (cioè attratti in continuazione da stimoli interferenti che dovrebbero essere ignorati).

Essi, inoltre, presentano notevoli difficoltà a mantenere un adeguato livello attentivo per tempi sufficientemente lunghi.

Anche *la memoria* viene frequentemente coinvolta nel processo lesivo traumatico: globalmente (ma più spesso transitoriamente) nelle fasi acute; parzialmente (ma più spesso permanentemente) nelle fasi croniche.

I disturbi mnesici conseguenti ad un incidente stradale grave sono, dunque, di norma caratterizzati da una fase precoce e spesso transitoria di alterazione della memoria anterograda (quella che permette di memorizzare gli eventi successivi all'evento lesivo) e dell'orientamento spazio-temporale; e da disturbi mnesici residui che possono permanere anche dopo la risoluzione della fase precoce di amnesia.

L'effetto più diretto e immediato del trauma cranico è, sovente, la perdita di coscienza e tale fase di coma è di durata variabile.

Al cessare del coma, generalmente, si osserva uno stato confusionale: il paziente è disorientato nel tempo e nello spazio, è confabulante e non è in grado di apprendere nuove informazioni.

Risolti anche lo stato confusionale il paziente può presentare: amnesia anterograda, deficit della memoria retrograda (cioè difficoltà a rievocare informazioni apprese prima della lesione), disorientamento spazio-temporale, disturbi attentivi e agitazione psicomotoria.

Tipicamente vengono recuperati prima gli eventi più remoti poi, via via, quelli più recenti fino al momento del trauma che, nella maggioranza dei casi, non viene mai ricordato. Il periodo di tempo, immediatamente precedente ed immediatamente successivo al trauma, che non verrà più ricordato dal paziente, viene definito "lacuna mnesica".

Dopo la risoluzione dell'amnesia post-traumatica molti pazienti lamentano ancora disturbi di memoria residui. Il paziente, infatti, appare incapace di focalizzare l'attenzione in modo continuativo e risente in modo abnorme delle stimolazioni ambientali distraenti.

L'incapacità di selezionare ed utilizzare correttamente le strategie impedisce loro l'uso di procedure efficaci di apprendimento e rievocazione dei ricordi.

Questi pazienti, pertanto, possono sembrare incapaci di ricordare informazioni apprese prima o dopo il trauma.

I *disturbi del linguaggio* non sono sempre presenti nei traumatizzati cranici adulti, ma quando lo sono differiscono notevolmente dalle sindromi afasiche classiche; sono aspecifici, generici, soprattutto se associati a coma prolungato.

In quasi tutti i pazienti che si risvegliano da uno stato di coma, infatti, sono presenti le disartrie: disturbi nell'esecuzione periferica nell'articolazione del linguaggio.

Purtroppo se le disartrie sono ancora presenti dopo mesi dalla cessazione dello stato di coma, tendono a divenire irreversibili, anche se possono via via migliorare con il tempo.

Dopo il coma, spesso tuttavia, si può assistere ad uno stato di mutismo. Per mutismo post-traumatico si intende una condizione clinica in cui il soggetto, ormai capace di rapporto con l'ambiente dopo uno stato di coma generalmente di media gravità, si dimostra in grado di comprendere richieste e di svolgere compiti, ma non si esprime verbalmente.

Tale stato rappresenta, solitamente, una condizione transitoria, raramente, infatti, è irreversibile; sembra che la sua durata sia correlata a quella del coma. Nella quasi totalità dei casi descritti in letteratura la ripresa dell'espressione verbale si verifica entro sei mesi dal trauma.

Dopo la fase di mutismo post-traumatico si presentano spesso afasie post-traumatiche, le cui caratteristiche generali sono: una complessiva minor gravità rispetto alle altre afasie, una prevalente costante presenza di errori lessicali (anomie e parafasie semantiche soprattutto, ma anche neologismi) e una più rara comparsa di errori della sequenza fonologica e della morfologia.

I traumatizzati cranici adulti, spesso, riferiscono problemi persistenti nella comunicazione, anche quando vi è stato un recupero completo delle funzioni linguistiche. Questi soggetti, infatti, non sembrano cioè in grado di regolare il flusso del discorso tra parlante e ascoltatore: i loro disturbi nella comunicazione riguardano, specialmente, l'uso che fanno del linguaggio stesso, ovvero la pragmatica.

Le difficoltà che possono emergere nella produzione linguistica di queste persone si evidenziano come: lapsus, difficoltà di pronuncia, mancata produzione di parole o frasi volute o, viceversa, produzione di espressioni non desiderate.

3. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DELLA PERSONALITÀ DOPO UN INCIDENTE STRADALE GRAVE

A fianco dei disturbi di tipo cognitivo e motorio, in seguito ad un incidente stradale, ne emergono altri che, per la loro natura e importanza, colpiscono e spesso coinvolgono maggiormente l'individuo, ma anche i suoi familiari.

Sono quelli che vengono chiamati disturbi del comportamento e della personalità e che, come è facile intuire, modificano spesso, oltre che le caratteristiche individuali del paziente, anche i suoi rapporti con la famiglia e con le persone più strettamente legate a lui.

Se, infatti, è possibile recuperare alcuni dei deficit cognitivi e motori conseguenti ad un incidente stradale grave, non si può sempre dire lo stesso per quanto riguarda tali disturbi.

Il termine personalità può essere inteso in relazione alle caratteristiche dominanti e maggiormente evidenti di una persona.

Prigatano e Fordyce (1986) definiscono la *personalità* come: “pattern di risposte emozionali e motivazionali che si sviluppano durante il corso della vita di un organismo; esse sono altamente influenzate dalle prime esperienze di vita, sono modificabili, ma non vengono cambiate facilmente dai metodi comportamentali o di insegnamento. Tali pattern di risposta tendono a influenzare i processi cognitivi e ad esserne influenzati a loro volta. Nell'uomo, questi tipi di risposte emozionali e motivazionali sono in parte autoriconosciute, ma possono rimanere fuori dell'autoconsapevolezza dell'individuo (...). Infine, il modo in cui tali risposte si manifestano è altamente dipendente dalle condizioni ambientali e biologiche dell'organismo.”

Il termine personalità viene riferito alle peculiari modalità di comportamento (inclusi pensieri ed emozioni) che caratterizzano l'adattamento dell'individuo alle situazioni della vita.

Il comportamento, dunque, è il modo che ognuno ha di esprimere la propria personalità, di manifestare agli altri, e a se stesso, ciò che è e come è.

Definire quali sono i disturbi della personalità conseguenti ad un incidente stradale grave e a un trauma cranico non diventa un compito facile.

Spesso tali disturbi sono spiegati dai familiari e dagli amici con parole molto semplici e concise, ma chiare e inequivocabili: la persona non è più quella di prima, è cambiata, è come se fosse un altro individuo.

E' bene, però, parlare di disturbi della personalità facendo soprattutto riferimento a quei cambiamenti che emergono o che rimangono dopo che sono state superate le prime fasi immediatamente successive al trauma. Questo perché, nel periodo che segue immediatamente la ripresa di contatto con l'ambiente, l'individuo può presentare due ordini di comportamenti: uno stato confusionale con agitazione psicomotoria o uno stato di totale inerzia ed inibizione comportamentale. In entrambi i casi egli tende ad ignorare quanto avviene intorno a lui.

E' successivamente, solitamente durante la fase post-acuta del trauma, che iniziano a manifestarsi i primi disturbi del comportamento.

In particolare, il paziente può apparire inerte, apatico, depresso, privo di interessi e di motivazioni, incapace di prendere iniziative, facilmente affaticabile e distraibile, dipendente dall'ambiente e dal proprio nucleo familiare, affettivamente indifferente, scarsamente consapevole delle proprie difficoltà e dei propri cambiamenti rispetto al passato; al contrario, può apparire disinibito, irascibile, aggressivo, iperattivo senza precise finalità, inopportuno nei rapporti sociali, insofferente alle sollecitazioni ambientali e familiari, affettivamente regredito, ipocritico.

Si assiste, perciò, ad una opposta manifestazione dei disturbi comportamentali.

Ma è nella fase più tardiva del decorso post-traumatico che si manifestano con maggior chiarezza i disturbi.

L'incontro con la realtà familiare (una volta che la persona è stata dimessa ed è tornata a casa) ben presto fa emergere rilevanti problemi nelle dinamiche dei rapporti che, per le mutate condizioni cognitive e personali del paziente, non possono sempre essere ristabiliti come erano in epoca pre-traumatica.

Di conseguenza, il soggetto ben presto reagisce rifiutando di prendere iniziative e di accettare responsabilità, regredendo ad uno stato di dipendenza; oppure divenendo aggressivo e insofferente

ai mutamenti di ruolo, all'essere gestito in quasi tutte le attività extrafamiliari, nonché al venir progressivamente isolato socialmente, con conseguente ulteriore aggravamento dei rapporti interpersonali.

Rispetto ad altri tipi di disturbi (cognitivi, motori, etc.), quelli del comportamento possono cronicizzarsi, persistono cioè più a lungo nel tempo, così da rappresentare per i familiari l'aspetto più problematico della convivenza e la più importante limitazione ad una ripresa dei rapporti sociali.

Non è sempre facile far comprendere ai familiari che il danno fisico ha modificato lo stato biologico dell'individuo e che ciò, quindi, può comportare di conseguenza modificazioni emozionali e motivazionali temporanee o, nel peggiore dei casi, permanenti.

Il danno fisico, specie di tipo cerebrale, infatti, arreca sia effetti diretti che indiretti.

L'effetto diretto del danno cerebrale può provocare cambiamenti immediati e permanenti nel controllo e nell'espressione delle risposte affettive, gli effetti indiretti del danno cerebrale sulle reazioni emozionali e motivazionali, invece, possono essere molteplici: i pazienti che ripetutamente falliscono in una serie di compiti possono diventare depressi o ansiosi, le loro limitate abilità cognitive e motorie possono portarli all'isolamento sociale, diventando così irritabili e apatici proprio a causa dei cambiamenti psicosociali associati alla lesione cerebrale.

Nel trauma cranico, solitamente, si hanno danni relativamente statici, quindi i problemi affettivi che persistono per molti anni dopo il trauma possono riflettere una condizione neuropatologia statica di base; al contrario, i disturbi comportamentali che peggiorano nel tempo possono essere dovuti all'interazione tra i disturbi affettivi e le reazioni dei pazienti ai fattori ambientali.

Sintomi quali, per esempio, la perdita del sonno, l'irritabilità e la mancanza di spontaneità, mostrano solo un leggero cambiamento, invece, sintomi, quali la mancanza di interesse e di sensibilità al dolore, peggiorano a volte nettamente, con il trascorrere del tempo. Questi ultimi dati riflettono probabilmente una difficoltà di interazione, mentre i primi sono riconducibili a un deterioramento neurologico persistente.

I *disturbi dell'emotività* più frequentemente osservabili sono i seguenti: ottundimento affettivo (il paziente sembra insensibile anche di fronte ad avvenimenti ad alta carica emotiva; non piange e non ride con reale partecipazione); euforia (osservabile più frequentemente nel caso di parziale o totale mancanza di consapevolezza della malattia); diminuzione della competenza sociale (intesa come abilità di mediare e soddisfare le aspettative ambientali); diminuzione dell'impulso a concepire e a fare.

Tra i *disturbi motivazionali*, invece, i più frequentemente osservati sono: apatia (intesa come indifferenza agli avvenimenti dell'ambiente circostante); inerzia (il paziente sembra in una situazione di perenne attesa); impulsività (tendenza a fornire risposte non mediate da un'efficiente capacità di giudizio logico e di problem solving); iperattività; spossatezze ed affaticabilità, estrema distraibilità.

I *disturbi comportamentali*, nella maggior parte dei casi, sono la risultante dei deficit precedentemente elencati, variamente combinati tra loro.

Nei casi più gravi rendono il paziente socialmente inadeguato, generando conflitti in ambito familiare, spesso irrisolvibili.

I disturbi più frequentemente lamentati sono: la perseverazione su un dato compito o argomento; l'aggressività, sia verbale che fisica; l'incapacità di inibire le risposte e la conseguente produzione di comportamenti inadeguati al contesto; atteggiamenti regressivi; la dissociazione tra quanto viene affermato e quanto viene eseguito realmente; richieste inadeguate o inaccettabili; l'inosservanza delle regole sociali; turbe della sfera sessuale.

Ci sono, inoltre, disturbi comportamentali strettamente dovuti, o conseguenti, a sindromi amnesiche post-traumatiche. A breve distanza di tempo dalla lesione, infatti, possono associarsi alle amnesie, turbe comportamentali, quali: confabulazioni, aggressività, irritabilità, demotivazione, inerzia, apatia, irrequietezza, impulsività, disinibizione, logorrea, bulimia, euforia e disturbi della sfera sessuale.

Successivamente si aggiungono disturbi che possono essere interpretati, in tutto o in parte, come secondari alla amnesia globale: anosognosia, perseverazioni, idee persecutorie, comportamenti ossessivi, trascuratezza della propria persona.

Ad un'ulteriore distanza di tempo dalla lesione, e via via che aumenta il grado di consapevolezza delle difficoltà, i sintomi assumono una maggiore connotazione psico-emotiva.

Sono così osservabili comportamenti di tipo regressivo, depressione del tono dell'umore, ansia, comportamenti manipolativi, rifiuto di mettere in pratica ogni tipo di suggerimento.

Nei casi di trauma cranico nei quali sono coinvolte persone adulte, si presentano altri tipi di *disturbi* e cioè quelli *inerenti la sessualità e il rapporto di coppia*.

Turbe comportamentali quali disinibizione, inadeguatezza sociale ed esibizionismo possono associarsi ad un interesse ossessivo per il materiale pornografico e per ogni argomento che faccia riferimento, più o meno esplicitamente, al sesso.

Di contro, tuttavia, possono manifestarsi comportamenti opposti ai precedenti, quali: iposessualità, diminuzione della libido e disinteresse per il partner e per l'attività sessuale in sé.

Queste condizioni portano necessariamente in molti casi alla disgregazione delle relazioni affettive già durante il primo anno dall'incidente stradale.

E' interessante notare, però, che le alterazioni del rapporto di coppia non sembrano correlarsi con le disabilità neurosomatiche quanto, invece, con la "destrutturazione" della personalità del paziente.

Pare, dunque, che il partner sia maggiormente turbato e infastidito dalla nuova personalità del paziente e dalle sue nuove esigenze e richieste, piuttosto che dai deficit di tipo fisiologico che ostacolano lo svolgimento di una normale attività sessuale.

La personalità dei familiari e il tipo di richieste ambientali, inoltre, possono influenzare marcatamente le reazioni emotive dell'individuo.

E' evidente che un atteggiamento poco tollerante e molto esigente da parte dei familiari può aumentare lo stress del soggetto, facilitando l'insorgenza di sintomi quali irascibilità, tendenza all'isolamento, reazioni aggressive.

4. RIPERCUSSIONI EMOTIVE SUL SISTEMA FAMILIARE

Due, in realtà, sono le vittime di un incidente stradale grave: il traumatizzato e la sua famiglia.

Le conseguenze sulla famiglia, però, tendono ad essere di natura diversa a seconda delle successive fasi del decorso post-traumatico.

Nella fase di “crisi”, che caratterizza il primo periodo dall’evento traumatico (le condizioni cliniche del paziente non si sono ancora stabilizzate), vi è una vera e propria condizione di shock, che si manifesta in varie forme emotive, comportamentali e psicosomatiche.

I familiari, infatti, possono manifestare comportamenti non autocritici o irrazionali, quali il rifiuto di allontanarsi dal reparto, l’interruzione totale delle attenzioni verso le necessità degli altri familiari, negligenza nella cura del proprio aspetto fisico e rifiuto del cibo.

Tali manifestazioni hanno, prevedibilmente, anche aspetti di deterioramento somatico e trofico, quali: dimagrimento, ipotensione, disturbi del ritmo cardiaco, insonnia ed altre alterazioni degli indici fisiologici.

Superata questa prima fase acuta (in termini clinici per il paziente, ma anche in termini psicoemotivi per i suoi familiari), si entra nella fase post-acuta, che ha il suo svolgimento nel reparto di riabilitazione.

Da questo momento sui familiari, che nella maggior parte dei casi sono i genitori o i coniugi, graverà un duplice onere: un onere oggettivo, derivante dai compiti dell’assistenza (compiti che, anche sotto l’aspetto della fatica propriamente fisica e della rinuncia ad ogni spazio di tempo per la realizzazione di una propria vita, impegnano sovente fino allo stremo), e un onere soggettivo, che comporta dinamiche interiori e meccanismi di difesa messi in atto, diversi per ogni persona.

A questo scopo, è estremamente significativa l’espressione proposta da Muir e Haffey (1984) di “*morte parziale*”, per descrivere lo stato in cui viene considerato a trovarsi il paziente traumatizzato dai suoi familiari. Tale espressione starebbe ad indicare la perdita permanente, ma tuttavia parziale,

di abilità, funzioni e caratteristiche, subite dalla personalità del paziente: perdita che provocherebbe nei familiari incertezze e disorganizzazioni, tipiche del normale processo di lutto.

La famiglia, infatti, non sa per che cosa essere in lutto e non c'è un "oggetto della perdita", visto che la persona è ancora in vita.

Se l'elaborazione di questa specie di lutto diventa impossibile o troppo dolorosa per i familiari, possono prevalere in loro sentimenti di negazione e rifiuto della realtà, oppure possono emergere forti sensi di colpa, per altro ingiustificati.

Nelle dinamiche familiari che vengono così a crearsi ci possono essere effetti considerati aspecifici (quali la depressione, l'ansia, i disturbi psicosomatici) o problemi più specifici (come i disaccordi di coppia).

Nei riguardi del paziente, invece, frequenti sono gli atteggiamenti iperprotettivi, ma, d'altra parte, pure frequenti sono anche gli atteggiamenti di carattere ostile nei confronti del personale ospedaliero curante.

Con la dimissione dalle strutture di riabilitazione e il rientro in famiglia del paziente, si avvia la fase cronica degli esiti ed è proprio durante questa fase che possono persistere, o insorgere a distanza di tempo, i conflitti all'interno del nucleo familiare.

E', infatti, nel momento in cui il paziente rientra in famiglia che i familiari devono trasformarsi in infermieri, assistenti sociali, terapisti, psicoterapeuti, rappresentanti legali e, contemporaneamente, continuare ad essere genitori, coniugi o fratelli del paziente.

Da una ricerca fatta da Mazzucchi nel 1994 è, per esempio, emerso che nel 50 % dei casi la famiglia è stata costretta a rinunciare ad ogni tipo di attività sociale e culturale; nel 25 % circa dei casi il familiare che più di altri sopportava l'onere di accudire il paziente ha dovuto rinunciare a qualsiasi attività lavorativa e non ha più potuto permettersi una vacanza, neanche di pochi giorni.

Anche dopo alcuni anni dall'incidente emergono, inoltre, nei familiari, gravi stati di sofferenza psicologica, come la depressione del tono dell'umore (in ben il 51 % dei casi considerati), sensi di colpa (nel 35 % dei casi) e sentimenti persecutori (nel 28 %).

E' emerso, inoltre, che l'onere maggiore quasi sempre grava sulle donne della famiglia, siano esse nel ruolo di mogli, madri o sorelle dei pazienti. Spesso, infatti, sono proprio queste figure familiari a doversi assumere i compiti di assistenza e supporto, sia per i pazienti sia per gli altri membri della famiglia (per esempio se ci sono figli piccoli).

E' perciò assai frequente che siano le donne a dover modificare il loro stile di vita, a rinunciare ad un lavoro remunerativo, a limitare i contatti sociali; oltre che dover assumersi nuove responsabilità, che, in epoca premorbosa, erano condivise o delegate ad altri.

Come è facile intuire anche la relazione di coppia, in molti casi, può subire un vero e proprio stravolgimento.

Il coniuge, infatti, si trova sovente a vivere con un "estraneo", perché tale è effettivamente divenuto il traumatizzato, venendo a mancare la personalità che lo caratterizzava prima dell'incidente.

In particolare, le necessità affettive del partner sono frustrate, in quanto il paziente ha perso, sovente, la capacità di una relazione emotivamente valida ed empatica.

Le relazioni sessuali non possono essere spesso adeguatamente soddisfatte, anche perché, tra gli esiti del danno cerebrale, sono frequentemente presenti turbe comportamentali, che rendono non tollerabili le richieste del paziente; all'opposto, in alcuni casi invece, il traumatizzato dimostra il quasi totale disinteressamento e la mancanza di libido.

Infine, occorre considerare anche le ripercussioni sugli eventuali fratelli, che possono tendere a competere con il paziente per riconquistare le attenzioni dei familiari, oppure possono assumersi responsabilità che non competono alla loro età e al loro ruolo.

Il risultato è, spesso, quello di uno scadimento del rendimento scolastico, una tendenza all'isolamento sociale e turbe del comportamento, quali il rifiuto del cibo, l'iperattività, l'aggressività, etc.

E' evidente, dunque, come risulti necessario offrire un sostegno ai familiari, ad iniziare dal periodo di ricovero del paziente, presso le strutture di riabilitazione, attraverso, per esempio, incontri periodici, da parte di operatori specializzati, con i familiari.

Questo al fine di fornire adeguate risposte informative circa il trauma stesso ed i possibili esiti, le condizioni del paziente e le aspettative a medio termine, i progressi ottenuti, le difficoltà ancora irrisolte e le scelte che si intendono operare nelle ulteriori fasi del programma riabilitativo.

E' necessario che i familiari siano preparati ad affrontare i problemi comportamentali dei pazienti e ad interagire con loro, in modo da facilitare il raggiungimento degli obiettivi del programma riabilitativo e vivere il più serenamente possibile i rapporti all'interno del nucleo familiare.

A tal fine vengono organizzati incontri didattici periodici, a frequenza solitamente settimanale, tra operatori, pazienti e familiari.

Generalmente, inoltre, si tengono anche colloqui di sostegno per singole famiglie o per gruppi di famiglie, a frequenza quindicinale, condotti da uno psicologo.

Ma anche dopo la dimissione del paziente dalle strutture di riabilitazione il sostegno ai familiari può continuare, attraverso sessioni di terapia familiare, finalizzate a promuovere le abilità operative del traumatizzato, per la piena reintegrazione familiare, scolastica o lavorativa e sociale; con lo scopo, inoltre, di attivare o sviluppare meccanismi di accettazione e adattamento nei membri del nucleo familiare.

Infine, l'opportunità di partecipare a gruppi di "sostegno reciproco" (cioè a gruppi tenuti da soggetti che hanno già vissuto esperienze analoghe) si è da tempo rivelata particolarmente efficace nei diversi ambiti del disagio familiare.

In Italia, inoltre, ormai sono sorte, in molte città, vere e proprie associazioni di familiari, nate, il più delle volte, dall'iniziativa di chi ha vissuto in prima persona (come paziente, ma soprattutto come familiare) la drammatica esperienza di un incidente stradale grave; alle quali le famiglie in difficoltà possono rivolgersi per avere ascolto, consigli e il supporto da parte di chi ha già vissuto la stessa situazione e conosce pertanto cosa si prova in tali condizioni.

5. IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEI DISTURBI EMOTIVO-COMPORTAMENTALI

I problemi affettivi ed emozionali derivati da un incidente stradale grave sono quelli che, rispetto ad altri, possono rendere insopportabile una relazione. Questo perché le alterazioni affettive ed emozionali dei pazienti peggiorano direttamente la qualità della vita familiare, essendo fonte di stress e rendendo molto difficoltoso il ritorno alla vita sociale e relazionale.

I problemi che i parenti di tali pazienti riferiscono come maggiormente interferenti nel recupero della vita familiare riguardano soprattutto: l'autoconsapevolezza e le capacità di risposte adeguate alla situazione; la capacità di apprendere e la memoria; i cambiamenti emozionali (specialmente l'ansia e la depressione); i cambiamenti veri e propri di personalità (tra i quali: aggressività, paranoia, dipendenza, impulsività, mancanza di controllo).

La depressione, i cambiamenti dei ruoli familiari, delle aspettative e del modo di vedere la vita, delle problematiche interne e delle relazioni familiari, sono tutti eventi usuali che si manifestano dopo che un membro della famiglia ha subito un trauma di questo tipo.

Due, in particolare, sono le manifestazioni che, con maggiore frequenza, accompagnano la fase cronica dei pazienti, che vanno trattate e ostacolate: la depressione e, nei casi più gravi, la tendenza al suicidio.

Esiste, infatti, la possibilità che compaiano *episodi depressivi* ed è stato accertato che questi correlano con una ridotta integrazione sociale. Generalmente tali episodi depressivi sono preceduti da un costante stato di apatia, durante il quale il paziente dimostra una totale mancanza di allegria o di desiderio.

Dagli studi clinici di Jorge e Robinson (1993) è emerso, inoltre, che la durata media delle depressioni classificate come non ansiose è di circa un mese e mezzo, di sette mesi e mezzo, invece, per quelle di tipo ansioso e, ancora, di un mese e mezzo per i disturbi di ansia generalizzata.

Tra i diversi approcci al trattamento dei disturbi affettivi post-traumatici, secondo i due autori, ce ne sono due in particolare che sono meglio adatti a curare i disturbi caratterizzati da episodi depressivi: quello farmacologico e quello psicologico.

Attualmente, la migliore opzione di trattamento psicofarmacologico per i pazienti che presentano depressione è l'uso di antidepressivi non inibitori della monoamminossidasi (detti, appunto, non IMAO). Inoltre, a volte, è prevista la somministrazione di litio e carbamazepina (sempre, però, in combinazione con gli antidepressivi).

Oggi è, tuttavia, ormai riconosciuto che la terapia farmacologia non si può effettuare isolatamente, bensì deve essere parte di un sistema complesso e integrato di intervento.

Ecco dunque la necessità di introdurre un approccio di tipo psicologico che implichi il trattamento simultaneo dei deficit cognitivi e di quelli affettivo-emozionali.

Gli aspetti principali che riguardano questo tipo di trattamento sono:

- offrire sempre speranza al paziente;
- offrire affetto in modo esplicito, specialmente da parte dei familiari;
- potenziare l'autostima del paziente;
- seguire quello che per il paziente è affettivamente rilevante;
- far partecipare il paziente a terapie di gruppo, discussioni o attività collettive;
- organizzare, parallelamente, anche sedute di terapia individuale;
- realizzare terapie indirizzate all'adattamento alla realtà nella quale vive il paziente;
- coinvolgere sempre il più possibile la famiglia nel trattamento;
- cercare di individuare il punto forte del paziente e rinforzarlo a partire da quello;
- lavorare sull'espressione delle emozioni, in modo che siano adeguate e non socialmente inabilitanti.

Nei casi più gravi, però, occorre tener conto della possibilità che i pazienti traumatizzati manifestino delle *tendenze suicidarie*.

In generale la pratica clinica evidenzia che i soggetti che pensano o tentano il suicidio, dopo un danno cerebrale, esito di un incidente stradale grave, sono quelli che hanno recuperato la capacità di rendersi conto dei loro deficit.

Ciò significa, paradossalmente, che man mano che i pazienti migliorano cognitivamente possono diventare progressivamente soggetti sempre più a rischio di suicidio.

Secondo Scarone e Gambini (1990), un trattamento a livello psicologico di tali tendenze suicide deve, perciò, tener conto di diversi importanti aspetti:

- la gradualità del trattamento cognitivo è indispensabile, in quanto, l'aspetto cognitivo e quello affettivo devono essere trattati contemporaneamente;
- il trattamento deve essere personalizzato, questo perché ogni soggetto ha le proprie caratteristiche personali e lesionali;
- la terapia di gruppo, invece, permette al paziente di confrontarsi con altre realtà e anche di uscire dall'isolamento con spazi e tempi a lui adeguati;
- la consulenza familiare è anch'essa indispensabile per coinvolgere i parenti nella riabilitazione;
- il recupero delle attività della vita quotidiana, infine, deve essere centrato sugli aspetti di socializzazione e adattamento all'ambiente.

Il trattamento riabilitativo dei traumatizzati non ha, come è ovvio, esiti uguali per tutti.

La sua efficacia, infatti, può variare da semplici progressi nell'adattamento alla vita quotidiana familiare, a compiuti reinserimenti nella vita sociale e lavorativa del paziente.

E' stato però accertato, in tutti i casi, che il recupero è maggiore e più rapido quanto più precoce è l'intervento.

Le ricerche più rigorose, infatti, sembrano dimostrare che sono più efficaci i programmi riabilitativi articolati in più di cinque ore quotidiane, rispetto ai programmi che prevedono tempi minori.

In particolare, il recupero cognitivo è maggiore e più rapido nei pazienti sottoposti a programmi riabilitativi intensi.

L'efficacia del trattamento, poi, si dimostra direttamente correlata con il fatto che i programmi riabilitativi vengono creati specificatamente in base ai deficit e alle esigenze che ogni singolo paziente presenta.

Il trattamento riabilitativo deve, com'è immaginabile, riguardare l'intera persona, globalmente considerata, e non i suoi singoli aspetti.

Ecco, dunque, che il trattamento dei disturbi emotivo-comportamentali deve essere affiancato al recupero di altre attività della vita quotidiana certo non meno importanti, come, ad esempio, riguadagnare la propria autonomia nell'alimentazione, nel vestirsi, nella cura dell'igiene personale, nell'eseguire alcune attività domestiche, per arrivare sino alla gestione del proprio tempo e denaro.

Il fine ultimo, naturalmente, coinciderebbe con la piena ripresa dei rapporti familiari e del reinserimento in ambito sociale e lavorativo.