



Diego De Leo

Il lutto traumatico

Con la collaborazione di
Cristina Anile, Stefania Donna, Giulia Marinato,
Laura Tassara, Andrea Viecelli Giannotti
e Josephine Zammarrelli

100 domande

 hogrefe

100 domande

Collana diretta da Daniele Berto

Il lutto traumatico

Diego De Leo

Con la collaborazione di

Cristina Anile, Stefania Donna, Giulia Marinato, Laura Tassara,
Andrea Viecelli Giannotti e Josephine Zammarrelli

100 domande




Il lutto traumatico

Diego De Leo

ISBN: 978-88-98542-86-4

Come utilizzare questo libro

Nelle pagine che seguono troverete le seguenti icone:

	glossario	rinvia a un termine o a un contenuto spiegato nel glossario alla fine del volume; la parola o l'espressione cui la voce si riferisce è ombreggiata nel testo, o riportata sotto l'icona
	freccia	suggerisce di leggere la risposta alla domanda con quel numero per avere una visione più completa dell'argomento
	link	suggerisce la consultazione del sito web indicato

© 2023, Hogrefe Editore, Firenze
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze
www.hogrefe.it

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino
Redazione: Alessandra Galeotti
Impaginazione e copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Presentazione

Il lutto fa parte delle esperienze “naturali” ed inevitabili che una persona vive nel corso della propria vita.

Il termine lutto (derivato dal latino *lugere*, “piangere”) designa a un tempo la situazione di chi ha perduto una persona amata ed il lento e doloroso processo di accettazione e interiorizzazione di una perdita. Il dolore da lutto è una reazione individuale complessa legata alla separazione/perdita dell’oggetto d’amore percepita e vissuta come irrecuperabile. La separazione/perdita per eccellenza è rappresentata dalla morte.

Il termine “lutto traumatico” unisce in sé due concetti, quello del lutto e quello della morte traumatica e descrive il dolore per la perdita di una persona cara per cause improvvise, inaspettate e violente. Contrariamente a una morte per malattia, le morti improvvise dovute ad incidenti stradali o sul lavoro, a suicidio, ad omicidio o a una catastrofe naturale, porgono le persone che sono rimaste al mondo (i *survivors*) in una condizione in cui fanno fatica a dare un senso alla perdita.

Questo libro offre un contributo concreto e pratico per orientarsi su un tema difficile da gestire, dando al professionista, e non solo, i necessari chiarimenti in termini di diagnosi, di sostegno e di rete su cui fare affidamento.

Dai concetti fondamentali sul lutto e il lutto traumatico, De Leo introduce e chiarisce il nuovo quadro di “lutto prolungato” (DSM-5-TR), esaminandone i criteri diagnostici e orientando il professionista nella diagnosi differenziale.

Nell’esaminare alcune tipologie di lutto traumatico (da suicidio, da omicidio, da incidente stradale, da catastrofe) e il loro riflesso sul sistema psicologico individuale e familiare dei *survivors*, la parte centrale del libro è dedicata all’assistenza, agli strumenti di aiuto e di auto-mutuo-aiuto (AMA), nonché all’importanza della creazione di una rete di sostegno sociale.

La parte finale del libro presenta l’attività della De Leo Fund Onlus, uno dei servizi professionali più specifici ma allo stesso tempo umani, mirati al sostegno delle persone che vivono un lutto traumatico. Ciò sia attraverso ascolto diretto che attraverso live chat ed helpline, creando una presenza professionale immediata. Strumenti questi che, sul piano pratico, favoriscono lo sviluppo di risorse personali dei *survivors* per far fronte alla crisi.

Un libro che rispecchia in pieno gli obiettivi della collana offrendo una visione chiara del lutto traumatico e un attualissimo indirizzo diagnostico e d’intervento.

Daniele Berto

L'autore

Diego De Leo

Professore emerito di Psichiatria alla Griffith University, Brisbane, QLD, è stato Presidente della International Association for Suicide Prevention (IASP) e *Past-President* della International Academy for Suicide Research (IASR), della quale è cofondatore e per la quale ha dato vita agli *Archives of Suicide Research*. Nel 2003 ha ideato la Giornata mondiale per la prevenzione del suicidio (10 settembre). Presidente di De Leo Fund Onlus di Padova e Direttore del Centro sloveno per la ricerca sul suicidio presso la Univerza na Primorskem/Università del Litorale, Capodistria, è Presidente eletto dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria (AIP) e promotore della Giornata nazionale contro la solitudine. Nel corso della sua carriera ha pubblicato più di 40 volumi e più di 500 articoli peer-reviewed.

Hanno collaborato

Cristina Anile

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-costruttivista. Dal 2013 al 2022 è stata responsabile dei servizi assistenziali di De Leo Fund.

Stefania Donna

Master in Psicologia dell'invecchiamento e della longevità, ha collaborato all'interno di De Leo Fund ad attività di ricerca sul lutto traumatico.

Giulia Marinato

Psicologa, è membro del Consiglio Direttivo di De Leo Fund in qualità di responsabile dei servizi assistenziali. È referente del Gruppo di auto-mutuo-aiuto per sopravvissuti al suicidio.

Laura Tassara

Psicologa e psicoterapeuta costruttivista, è membro del Consiglio Direttivo di De Leo Fund e responsabile della formazione interna.

Andrea Viecelli Giannotti

Specializzata in Psicologia delle emergenze sanitarie, in De Leo Fund è membro del Consiglio Direttivo, responsabile dell'area progetti e formazione esterna e fa parte del team di ricerca nell'ambito del lutto traumatico.

Josephine Zammarrelli

Co-direttrice della rivista online *Cultura Emotiva*, è membro del Consiglio Direttivo di De Leo Fund in qualità di responsabile eventi e conferenze e del team di ricerca sul lutto traumatico.

INDICE

PARTE I

Lutto traumatico: concetti fondamentali e criteri diagnostici

1. Lutto: quali teorie di riferimento?	1
2. Quando si parla di lutto normale?	4
3. Quando si parla di lutto patologico?	8
4. Su cosa verte la diagnosi differenziale nel lutto prolungato?	12
5. Cos'è il lutto traumatico?	15
6. Lutto da incidente (stradale, sul lavoro, ecc.): quali fattori coinvolge?	17
7. Quali sono le variabili distintive di un lutto per omicidio?	19
8. Quali sono le peculiarità di una perdita per suicidio?	22
9. Catastrofi, naturali o causate dall'uomo: quali implicazioni per il processo del lutto?	24

PARTE II

Sopravvivere alla perdita di un proprio caro

10. Chi sono i <i>survivors</i> ?	26
11. Quali fattori facilitano il processo del lutto?	28
12. Quali fattori ostacolano il processo del lutto?	31
13. Quali possono essere le reazioni immediate a un lutto traumatico?	35
14. Quali vissuti possono essere esperiti a seguito di un lutto traumatico?	37
15. Quali sono i vissuti e le esperienze più comuni dei sopravvissuti al suicidio?	41
16. Ci sono dei sogni comuni nel processo della perdita?	46
17. In che modo i sogni sono importanti nel processo di lutto? Che ruolo possono avere?	48
18. Come vengono vissute le festività nel lutto traumatico?	49
19. In che modo le persone costruiscono luoghi simbolici che rappresentano il defunto?	51
20. Quali sono i luoghi simbolici più comuni?	52
21. Quali sono le reazioni nel lutto complicato?	54
22. In cosa consistono i processi di ricostruzione nel lutto traumatico?	56

PARTE III

Lutto traumatico e relazioni familiari

23. Quali possono essere i maggiori cambiamenti cui può andare incontro un nucleo familiare in seguito a un lutto?	61
24. Vi può essere una modalità più funzionale per vivere un lutto all'interno di un nucleo familiare?	62
25. È giusto parlare della morte di un familiare a un bambino? Da che età può essere utile farlo?	64

26. Ci sono modalità più consone per comunicare la morte di una persona cara a un bambino? Quando è necessario farlo?	66
27. Come può trasformarsi il rapporto tra genitori e figlio quando quest'ultimo sopravvive al suicidio di un fratello?	68
28. Cosa vuol dire per un figlio perdere un genitore per suicidio?	69
29. Cosa vuol dire per un genitore perdere un figlio per suicidio?	71
30. Quali possono essere le reazioni più comuni nei bambini a seguito di un lutto?	73
31. Quali possono essere le reazioni più comuni negli adolescenti a seguito di un lutto?	75
32. La presenza di un lutto nell'infanzia o nel periodo adolescenziale può essere un fattore di rischio per l'insorgenza di psicopatologie a lungo termine?	77
33. Possono esserci delle modalità relazionali che facilitino nei ragazzi l'elaborazione dei vissuti di perdita?	78

PARTE IV

Assistenza e strumenti di aiuto

34. Come organizzare la <i>postvention</i> e il sostegno ai sopravvissuti?	80
35. Sono disponibili delle linee guida per la gestione della crisi subito dopo la morte?	81
36. Come si aiuta una persona che vive un lutto complicato?	83
37. Quando è necessario un aiuto specializzato?	84
38. In che modo lo psicologo può accompagnare una persona adulta nel processo di lutto?	84
39. Quali strumenti utilizzare in caso di lutto complicato?	85
40. Ci sono dei metodi terapeutici efficaci per la gestione del lutto complicato nella variante post-traumatica?	85
41. Quali sono i metodi utilizzabili per la gestione del lutto complicato nella variante abbreviata o "rinviata"?	86
42. Cosa sono i gruppi AMA? Che obiettivi ha un gruppo AMA?	87
43. Come si crea un gruppo AMA, chi vi può accedere e chi può condurlo?	89
44. Che ruolo riveste il facilitatore all'interno di un gruppo?	92
45. Può essere raccomandabile creare un gruppo AMA che sia specifico per sopravvissuti al suicidio?	94
46. Quali difficoltà possono incontrarsi nella gestione di un gruppo AMA per lutti traumatici?	96
47. I gruppi di supporto sono utili per i bambini che sopravvivono ad un suicidio?	98
48. Qual è l'efficacia degli interventi di assistenza al lutto?	98
49. Quali sono le reazioni più comuni in un terapeuta che vive il suicidio di un paziente?	100
50. Quali fattori influiscono sulle reazioni di un terapeuta al suicidio di un paziente?	101

51. Quali sono le strategie di coping che il terapeuta può utilizzare per fronteggiare il suicidio di un paziente?	103
52. Come aiutare i professionisti dopo il suicidio di un paziente?	104

PARTE V

La rete e il sostegno sociale

53. Cosa si intende per sostegno sociale?	106
54. Quali forme di sostegno sociale esistono? E che ruolo possono avere?	107
55. Quali sono gli effetti (positivi e negativi) del supporto sociale?	108
56. In che modo la rete sociale può diventare un fattore facilitante nel processo di elaborazione del lutto?	109
57. Dopo un evento luttuoso, come gestiscono la propria rete sociale le persone?	111
58. Come cambiano i rapporti con gli altri a seguito di un lutto?	112
59. Quando può essere definita efficace una rete di sostegno?	113
60. In che modo i rituali, le abitudini, le cerimonie commemorative possono considerarsi forme di sostegno sociale?	114
61. Come sostenere un proprio caro? Quali forme di comunicazione esistono?	115
62. "Ricevere consigli": come può essere vissuto dalla persona in lutto?	116
63. In che modo le persone possono trovare sostegno sociale nel proprio posto di lavoro?	117
64. Quando le persone possono rientrare al lavoro?	117
65. Il contesto lavorativo può essere di aiuto?	118
66. Quali forme di supporto sociale possono essere di aiuto per i giovani in lutto?	118
67. Perché la scuola può essere importante?	119
68. Perché può essere utile la presenza di un professionista competente nelle reazioni da lutto quando una scuola vive la perdita di un proprio allievo?	120
69. Che cosa può fare il gruppo dei pari?	122
70. Che cosa chiedono i giovani alla rete?	123

PARTE VI

Il supporto online: helpline e live chat

71. Il supporto online può essere, per chi sta affrontando un lutto traumatico, una valida alternativa rispetto ad un sostegno tradizionale?	125
72. Quali caratteristiche assume un supporto online?	126
73. Cos'è il servizio di live chat?	127
74. Quali sono le tematiche che emergono con più frequenza all'interno di un servizio di live chat?	129
75. Qual è il ruolo dei servizi di helpline nel lutto traumatico?	131
76. Quale tipologia di supporto viene offerta ai chiamanti in lutto?	134
77. Chi sono gli <i>helpers</i> ?	135

78. Chi si rivolge al servizio di helpline per affrontare il lutto?	137
79. Con quale frequenza le persone richiedono aiuto ad una helpline dopo un lutto?	139
80. Quali richieste di aiuto rivolgono alle helpline i chiamanti in lutto?	140
81. Quali vissuti riferiscono i chiamanti in lutto agli operatori delle helpline?	141
82. In che modo sono efficaci le helpline per il sostegno al lutto?	142
83. Quali sono le helpline per il supporto al lutto traumatico?	144
84. Come si articola il counseling nei servizi di helpline?	148
85. Quali sono le fasi e le tecniche di counseling telefonico per il lutto traumatico?	150
86. In cosa consiste la formazione degli <i>helpers</i> ?	155
87. Perché fare il volontario di una <i>helpline</i> ?	157
88. Quali sono le conseguenze del volontariato sull' <i>helper</i> ?	159

PARTE VII

Lutto traumatico: mass media, comunicazione e notifica di morte

89. Di cosa si occupa la De Leo Fund Onlus?	161
90. In che modo la De Leo Fund ha contribuito a promuovere una maggiore sensibilizzazione sul fenomeno del lutto traumatico?	163
91. Quale può essere il ruolo dei media nell'elaborazione del lutto traumatico?	165
92. Quali sono gli strumenti utili a sensibilizzare la popolazione sul tema del suicidio?	166
93. Esistono delle linee guida rivolte ai media per comunicare in modo adeguato il fenomeno del suicidio?	168
94. In cosa consiste la comunicazione di morte inaspettata e violenta?	170
95. Quali sono le principali reazioni del notificante?	171
96. Quali sono i vissuti di chi riceve una comunicazione di morte traumatica?	173
97. Quali sono i principali protocolli e linee guida per una corretta comunicazione di morte?	173
98. Perché è importante una maggiore sensibilizzazione sul tema della comunicazione della morte?	175
99. Quali sono le difficoltà e i limiti della ricerca sul lutto traumatico?	176
100. Cosa tratta la Carta dei diritti dei sopravvissuti al suicidio?	177
Bibliografia	179
Sitografia	207
Glossario	209

PARTE I

Lutto traumatico: concetti fondamentali e criteri diagnostici

1. Lutto: quali teorie di riferimento?

La perdita di una persona cara si configura come un'esperienza dolorosa e profondamente soggettiva che coinvolge non solo il gruppo familiare ma anche tutte le persone affettivamente legate al deceduto.

Il processo del lutto è stato oggetto di analisi da una molteplicità di prospettive teoriche e interpretative che hanno percorso la storia del pensiero psicologico e filosofico. Dobbiamo a Sigmund Freud la concettualizzazione del lutto come esperienza universale e costante nella vita delle persone che si presenta ogni qualvolta si perda un proprio caro. In *Lutto e melanconia* (1917), Freud descrive il lutto come un processo caratterizzato dal lento disinvestimento affettivo dell'energia libidica dall'oggetto del proprio amore. A poco a poco, tale energia viene rivolta verso il proprio Io e favorisce, una volta concluso il lavoro del lutto, un nuovo possibile investimento.

Sigmund Freud

La risoluzione del lutto secondo Freud è dunque un lavoro emotivo che richiede molte energie spese nel continuare a ricordare la persona perduta, fino a quando la sua mancanza non sarà più così dolorosa e intollerabile. A quel punto il proprio caro con le sue caratteristiche e i suoi modi di fare potrà entrare a far parte del mondo interiore della persona. L'intento trasformativo del lutto si declina nella capacità di poter modulare l'affetto per la persona cara in presenza in amore vissuto in sua assenza.

Melanie Klein Continuando nella trattazione di matrice psicoanalitica, Melanie Klein (1940) asserisce come il lutto possa portare la persona che lo vive a regredire alle prime fasi dello sviluppo col rischio di un crollo del proprio mondo interno. Nel lutto ci si trova a poter rivivere sentimenti antichi, appartenuti alle prime fasi della vita psichica durante le quali vi è stata una separazione da parte di persone significative. La possibilità di fronteggiare la perdita diviene possibile attraverso un processo di ricostruzione del proprio mondo interno.

John Bowlby Nell'ambito della psicologia del lutto è importante ricordare il contributo dello psicoanalista John Bowlby (1980), autore della teoria dell'attaccamento, che accosta il lutto all'esperienza di separazione del bambino dalla sua figura di riferimento e definisce il lutto come "una gamma molto ampia di processi psicologici consci ed inconsci instaurati dalla perdita di una persona amata, a prescindere dal risultato finale di tali processi". Delinea l'esperienza di perdita secondo quattro fasi di elaborazione del lutto: stordimento, ricerca e struggimento per la persona perduta, disorganizzazione e disperazione e, infine, riorganizzazione.

Secondo l'autore, a seguito della perdita, la persona vivrebbe un'intensa disperazione caratterizzata da confusione, stordimento e protesta a causa del rifiuto della morte della persona cara. Ne seguirebbe una fase di desiderio, di ricerca del proprio caro, il pensare che possa tornare da un momento all'altro, rendendo difficile l'accettazione della sua scomparsa. La fase di disorganizzazione e disperazione coincide con il rendersi pienamente conto di quanto accaduto e di come la propria vita cambierà profondamente; spesso i comportamenti e le abitudini precedenti non risultano più adeguati e la persona si trova a dover investire risorse ed energie nel tentativo di indirizzarsi verso una nuova riorganizzazione della propria vita.

Bowlby sottolinea che per affrontare le conseguenze di una perdita la persona deve mettere in atto un lungo lavoro elaborativo, caratterizzato da processi psichici e interpersonali.

L'approccio sistemico-familiare

Secondo l'approccio sistemico-familiare, la perdita di un proprio caro si delinea all'interno del sistema familiare di cui faceva parte, in quanto le reazioni individuali sono comprensibili alla luce del sistema familiare in cui sono esperite. Autori

come Bowen (1979) hanno messo in luce le implicazioni di una perdita sul sistema familiare, sottolineando come a seguito di un lutto i membri di una famiglia possano sperimentare un'ondata di shock emozionale che può propagarsi a livello intergenerazionale e influenzare il benessere psicologico delle generazioni seguenti, anche quando quest'ultime siano inconsapevoli dell'evento luttuoso.

All'interno della cornice teorica sistemica va ricordato il contributo di Bert Hellinger (2003) e la sua concezione delle costellazioni familiari. Secondo questa prospettiva, la nostra vita attuale porterebbe con sé aspetti intergenerazionali, spesso non verbali e inconsci, che possono avere un'influenza sul nostro presente: vissuti emotivi con origini antiche, nei nostri antenati e predecessori. Secondo questa prospettiva ognuno di noi è portatore di una simile struttura arcaica che condiziona il comportamento e lascia delle impronte nelle generazioni future. Nel mappare la funzionalità di questi regolatori sistemici, Boszormenyi-Nagy e Spark (1973) hanno riconosciuto che la strutturazione delle relazioni all'interno delle famiglie è un meccanismo estremamente complesso ed essenzialmente sconosciuto ai suoi membri.

Secondo la cornice cognitivo-comportamentale, le risposte a un lutto risultano essere connesse alle credenze cognitive dell'individuo: uno stesso evento può generare risposte emotive e comportamentali differenti a seconda del senso attribuitogli. Taylor (1983) e Mancini e Capo (2003) definiscono il lutto come un processo di cambiamento cognitivo che si attiva a seguito di una perdita. La gravità dell'evento è soggettiva e legata alla misura in cui la perdita compromette la realizzazione di scopi personali o identitari. Conseguentemente, il processo di accettazione della perdita richiede un cambiamento di credenze della persona, dei suoi scopi di vita e della propria visione di sé che può essere facilitato od ostacolato da diversi fattori interni o esterni all'individuo.

A partire da un'ottica costruttivista, invece, non vi sono eventi traumatici di per sé, ma è il modo di costruirli e significarli soggettivamente a renderli tali e ad avere certe implicazioni nell'esperienza di vita della persona (Cionini e Mantovani, 2016).

Similmente a quanto illustrato dal filosofo e neuroscienziato Francisco Varela (1992), la persona a seguito di un lutto, so-

**L'approccio
cognitivo-
comportamentale**

**L'approccio
costruttivista**

 12

prattutto improvviso, si trova a sperimentare un *breakdown* macroscopico, nel quale il mondo vissuto che era abituata ad abitare incorre in una rottura: in seguito all'esperienza traumatica, la vita quotidiana di un tempo diviene una farragginosa sequenza di eventi privi di senso, di pratiche da svolgere per sopravvivere ma di cui si è perso il significato. Il quotidiano diviene così pensato, appreso nuovamente.

Quello che si verifica può essere descritto come una frattura esistenziale, che segna una rottura tra il "prima" e il "dopo", nel quale le coordinate subiscono un deragliamento e la persona si trova a sperimentare un attacco alla propria identità, al proprio ruolo nucleare, ciò che Kelly (1955) descriverebbe come *colpa*, ovvero un dislocamento del sé dal ruolo nucleare che ci si è dati.

Le domande che sorgono dopo eventi così impattanti possono essere minacciose per il sistema della persona e mettere in discussione il suo ruolo all'interno del mondo, come ad esempio: "Chi sono io? Che senso può avere ora la mia vita?"

Cionini e Mantovani (2016) hanno quindi sottolineato come sia importante per la persona tratteggiare una narrazione di sé che possa comprendere l'esperienza di perdita, evidenziando come i processi di costruzione di significato svolgano un ruolo cardine nell'adattamento alla perdita.

2. Quando si parla di lutto normale?

La perdita di un proprio caro è un'esperienza comune nella vita delle persone e si delinea come un evento drammatico, doloroso che mette in pausa il fluire esistenziale e può compromettere il benessere psicofisico e modificare l'assetto relazionale delle persone coinvolte (Carmassi et al., 2016). Il lutto, nonostante si configuri come un processo doloroso e graduale, è considerato come un evento fisiologico che non necessita di per sé di un intervento specialistico.

Le reazioni alla perdita di un proprio caro possono comportare vissuti di tristezza, rassegnazione, pianto, disinteresse verso le attività che abitualmente si era impegnati a svolgere. Vi possono essere delle alterazioni anche nel ritmo sonno-veglia, difficoltà di concentrazione, modifica delle abitudini alimentari, stanchezza e un possibile ritiro dalla vita sociale.

**Un evento
fisiologico**

Nella mente della persona in lutto possono ricorrere immagini, ricordi della persona cara che talvolta la accompagnano sia nella veglia che durante il sonno. Nonostante questi aspetti possano essere vissuti con grande fatica e sofferenza dalla persona che rimane, sono considerati come risposte fisiologiche e prevedibili a fronte della separazione affettiva.

Le reazioni alla perdita possono variare in base al tipo di legame che vi era con il defunto, il tipo di morte che ha portato alla separazione, le possibilità di sostegno che la persona può ricevere dalla sua rete familiare e/o amicale, le caratteristiche personali e l'assetto socioeconomico dell'individuo (Shear e Smith-Caroff, 2002).

Le risposte alla perdita di una persona amata tendono solitamente ad attenuarsi nel corso del tempo, a divenire più sopportabili e gestibili, consentendo alla persona che rimane d'intraprendere un percorso di adattamento e cambiamento a fronte dell'evento subito, nello sforzo di tracciare un nuovo equilibrio nella propria vita (De Leo et al., 2011).

Nel trattare il tema del lutto e per comprenderlo maggiormente è importante mettere in luce alcune distinzioni terminologiche. In questo frangente la lingua inglese diviene un nostro alleato importante. Il termine *bereavement* va a delineare l'esperienza di perdita, alla quale segue il lutto (*grief*) che comprende i vissuti emotivi, cognitivi e comportamentali ad esso associati, mentre il processo psicologico di elaborazione e riorganizzazione a seguito della perdita si definisce *mourning* (cordoglio), all'interno del quale rientrano anche rituali sociali e culturali che accompagnano il processo del lutto (Zisook e Shear, 2009). Il lutto si configura come un processo, un lavoro attivo e di ricerca di strategie utili per fronteggiarlo.

La descrizione fenomenica del lutto ha interessato autori come Bowlby (1980), il quale ha delineato quattro fasi distinte e consecutive del lutto: protesta, nostalgia, disperazione e riorganizzazione. Tuttavia il lutto, nell'esperienza fenomenica di chi lo vive, non assume mai una forma statica, ma oscillatoria e ricorsiva, nella quale alcuni vissuti possono tornare ad acutizzarsi e destabilizzare la persona che li vive, indipendentemente dal tempo trascorso dalla perdita. Questo aspetto risulta evidente nei periodi in cui ricorrono festività o anniversari. Uno dei primi modelli che ha evidenziato un assetto più

***Bereavement, grief
e mourning***

**Elizabeth
Kübler-Ross**

dinamico e flessibile del processo di lutto è stato quello messo a punto da Elizabeth Kübler-Ross (1969).

L'autrice descrisse infatti un modello a cinque fasi per comprendere le dinamiche psicologiche più frequenti vissute dalle persone cui è stata diagnosticata una malattia terminale, modello che solo in seguito è stato impiegato anche per comprendere i processi coinvolti nell'elaborazione del lutto. Le fasi delineate non seguono necessariamente un ordine cronologico, ma possono alternarsi e presentarsi più di una volta nel corso del tempo.



Nella prima fase, Kübler-Ross parla di **negazione**, ovvero l'intensa difficoltà da parte della persona a rendersi conto di quanto accaduto, l'impossibilità di credere che l'evento si sia realmente verificato. La fase della **rabbia**, invece, si caratterizza per la comparsa d'intense emozioni, come la rabbia e la paura, nella quale le persone faticano a fare i conti con la domanda: "Perché è accaduto proprio a me?"; questo può essere un passaggio critico ma anche importante, durante il quale la persona può scegliere di chiedere aiuto nel fronteggiare l'esperienza di perdita o perdere fiducia verso il proprio futuro e ritirarsi in se stessa.

Nella terza fase, denominata **contrattazione o patteggiamento**, la persona cerca di comprendere cosa le è possibile fare per riprendere in mano la propria vita, in quale direzione o intento poter investire energie e risorse per fronteggiare la situazione problematica.

La quarta fase, definita come quella della **depressione**, si presenta nel momento in cui la persona inizia a prendere consapevolezza della perdita subita o, nei casi di malattia terminale, del progredire o peggiorare di quest'ultima. La persona può vivere un forte senso di sconfitta e di resa verso un destino che sente di non poter cambiare. Infine, nella fase dell'**accettazione**, la persona diviene pienamente consapevole di quanto accaduto e cerca di accettare la propria condizione anche se possono permanere vissuti di rabbia e profonda sofferenza.

Altri autori si sono indirizzati verso un'analisi delle **strategie di coping** messe in gioco nel lutto, ponendo interesse sul come la persona in lutto possa da una parte essere coinvolta nell'af-

frontare la perdita, mentre dall'altra cercare di evitare tutto ciò che potrebbe ricordare quanto accaduto. Questo è stato messo in evidenza da Stroebe e Schut (1999) nel loro modello duale, nel quale configurano il processo del lutto come un'oscillazione tra sentimenti e pensieri orientati alla perdita della persona cara e il tentativo di ricostruzione di una nuova possibile vita a seguito dell'evento (si veda fig.1).

Il modello duale

Nella direzione dell'**orientamento alla perdita**, la persona ripensa al proprio caro, al legame che la univa al deceduto, e può sperimentare molte emozioni diverse, dal desiderio di riavere la vita di prima e il dolore per l'assenza fisica, ma anche sensazioni di sollievo, come nel pensare che la sofferenza del proprio caro sia ora finita. Secondo questi autori, in un primo momento l'orientamento alla perdita è l'assetto predominante nel lutto, mentre col passare del tempo possono entrare in gioco anche altre emozioni e sentimenti.

La direzione di **ritorno alla vita** si concentra su ciò che deve essere affrontato dalla persona che rimane (ad es., solitudine sociale) e come poterlo affrontare (ad es., evitando la solitudine) e non sul risultato di questi sforzi (ad es., reinserimento sociale). Infatti, secondo questa teorizzazione, quando una

FIG. 1

Modello del processo duale nel lutto

(adattato da Stroebe e Schut, 1999)



persona cara muore, non solo c'è dolore per la persona deceduta, ma chi rimane deve affrontare cambiamenti sostanziali che sono conseguenze secondarie della perdita. In molti lutti, queste ulteriori fonti di stress aumentano considerevolmente il peso della perdita e causano ulteriore ansia e turbamento. Includono la gestione dei compiti che il defunto aveva intrapreso, occuparsi di accordi per la riorganizzazione della vita senza la persona amata (ad es., potrebbe essere necessario vendere la propria casa) e la costruzione di una nuova identità da “coniuge” a “vedova” o da “genitore” a “genitore di un figlio deceduto” (è interessante notare che non c'è una sola parola nella nostra società per questo cambiamento d'identità). Anche in questo caso molte reazioni emotive possono essere implicate nell'affrontare questi compiti di restauro, dal sollievo e dall'orgoglio per aver imparato una nuova abilità, all'ansia e alla paura di non riuscire ad affrontare il quotidiano e le sue incombenze.

3. Quando si parla di lutto patologico?

Il lutto complicato



21, 36

La ricerca ha messo in luce come il lutto non evolva sempre in una sua risoluzione nell'arco temporale di 6-12 mesi a seguito della perdita, ma perduri per più tempo mantenendo spesso simili le sue manifestazioni acute che divengono in tal modo profondamente invalidanti nell'esperienza di vita del sopravvissuto, andando a configurare il lutto complicato (Shear, Ghesquiere e Glickman, 2013).

Nell'ultimo ventennio molti studi si sono interessati alla distinzione tra i processi normali e “fisiologici” del lutto e quelli “patologici”, con l'intento di individuare le caratteristiche distintive del lutto non risolto.

Molti studiosi si pongono a favore dell'esistenza del lutto complicato come quadro diagnostico autonomo e distinto sia dalla depressione maggiore che dal disturbo da stress post-traumatico (Dell'Oso, Carmassi e Shear, 2013; Shear et al., 2011). Nell'ultima edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022) è stato inserito il *disturbo da lutto prolungato*, nella seconda sezione, nei disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti.



Le reazioni acute legate al disturbo comprendono sentimenti di tristezza, nostalgia, mancanza della persona cara e il perdurare del desiderio di riavere il proprio caro accanto a sé. La persona in questa condizione non mette in gioco strategie alternative per far fronte alla perdita e non prova a ricostruirsi un nuovo ruolo e obiettivi personali e/o familiari. Chi rimane non si mostra interessato a queste possibilità e le sue prospettive future si ripiegano nelle trame della sofferenza pervasiva e persistente. La persona tende a focalizzarsi su pensieri ricorsivi, rimuginazioni, ricerca delle possibili cause o responsabilità connesse all'accaduto. Permangono sentimenti intensi di incredulità, profonda tristezza, **senso di colpa**, **rabbia**, vissuti di amarezza e profonda nostalgia: l'evento si configura come una ferita aperta (Carmassi et al., 2016).

Il DSM-5-TR ha introdotto la diagnosi di disturbo da lutto prolungato esplicitando i relativi criteri diagnostici (si veda tab. 1). Il disturbo da lutto prolungato è diagnosticato solo se sono trascorsi almeno 12 mesi (6 mesi nei bambini) dal momento della morte di qualcuno con cui l'individuo aveva una relazione significativa (criterio A).

La condizione comporta lo sviluppo di una risposta al dolore persistente caratterizzata da intenso desiderio/nostalgia della persona deceduta (spesso con marcato dolore e pianto frequente) o preoccupazioni, pensieri o ricordi connessi al defunto; sebbene nei bambini e negli adolescenti questa preoccupazione tenda a concentrarsi maggiormente sulle circostanze della morte. L'intenso desiderio o la preoccupazione sono presenti quasi tutti i giorni in misura clinicamente significativa e quasi ogni giorno almeno nell'ultimo mese (criterio B). Inoltre, dopo la perdita, almeno tre sintomi aggiuntivi si sono presentati quasi tutti i giorni in misura clinicamente significativa e si sono verificati quasi ogni giorno almeno nell'ultimo mese. Questi sintomi includono: compromissione dell'identità a seguito della perdita (ad es., sentirsi come se una parte di sé fosse morta) (criterio C1); un marcato senso d'incredulità in merito alla morte (criterio C2); evitamento di ciò che può ricordare che la persona è morta (criterio C3); intenso dolore emotivo (ad es., rabbia, amarezza, senso di colpa) a seguito della morte (criterio C4); difficoltà a reintegrarsi nelle relazioni e attività personali dopo la morte (ad es., problemi a relazionarsi con gli amici, perseguire interessi o pianificare il futuro)



14, 15

DSM-5-TR

TAB. 1 Criteri diagnostici DSM-5-TR per il disturbo da lutto prolungato

A.	La morte, almeno 12 mesi prima, di una persona che era vicina all'individuo (per i bambini e adolescenti, almeno 6 mesi prima).
B.	Dalla morte, lo sviluppo di una persistente risposta al lutto caratterizzata da uno o entrambi i seguenti sintomi, che sono stati presenti la maggior parte dei giorni in misura clinicamente significativa. Inoltre, il sintomo (o i sintomi) si è verificato quasi ogni giorno almeno nell'ultimo mese: <ol style="list-style-type: none"> 1. Intensa nostalgia/desiderio del defunto. 2. Preoccupazioni per i pensieri o i ricordi della persona deceduta (nei bambini e negli adolescenti, la preoccupazione può concentrarsi sulle circostanze di morte).
C.	Dal momento della morte, almeno tre dei seguenti sintomi sono stati presenti la maggior parte dei giorni in misura clinicamente significativa. Inoltre, i sintomi si sono verificati quasi ogni giorno almeno nell'ultimo mese: <ol style="list-style-type: none"> 1. Disgregazione dell'identità (per es., sensazione che una parte di se stessi sia morta) dalla morte. 2. Marcato senso di incredulità per la morte. 3. Evitamento dei ricordi sul fatto che la persona sia morta (in bambini e adolescenti può essere caratterizzato da sforzi per evitare i ricordi). 4. Intenso dolore emotivo (rabbia, amarezza, tristezza) legato alla morte. 5. Difficoltà di reinserimento nelle proprie relazioni e attività dopo la morte (per es., problemi di coinvolgimento con gli amici, perseguire i propri interessi o pianificare il futuro). 6. Insensibilità emotiva (assenza o marcata riduzione dell'esperienza emotiva) a seguito della morte. 7. Sentire che la vita è priva di significato come risultato della morte. 8. Intensa solitudine come risultato della morte.
D.	Il disturbo provoca angoscia clinicamente significativa o compromissione nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree.
E.	La durata e la gravità della reazione al lutto superano chiaramente le norme sociali, culturali o religiose previste per la cultura e il contesto di appartenenza.

F.	I sintomi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, come il disturbo depressivo maggiore o il disturbo da stress post-traumatico e non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o un'altra condizione medica
-----------	---

Da: *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2023, pp. 386-387 (per gentile concessione dell'Editore).

(criterio C5); intorpidimento emotivo (assenza o marcata riduzione dell'esperienza emotiva) a seguito della morte (criterio C6); sensazione che la vita sia priva di significato a causa della morte (criterio C7) o intensa solitudine conseguente la morte (criterio C8).

I sintomi da disturbo da lutto prolungato devono comportare un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti nell'individuo in lutto (criterio D). La natura, la durata e la gravità della reazione alla perdita devono chiaramente superare le norme sociali, culturali o religiose previste per il contesto di riferimento dell'individuo (criterio E). I sintomi, inoltre, non devono essere meglio spiegati da un altro disturbo mentale, come il disturbo depressivo maggiore o il disturbo da stress post-traumatico, e non devono essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (ad es., farmaci, alcol) o un'altra condizione medica (criterio F).



La prevalenza del disturbo da lutto prolungato nel DSM-5-TR è ad oggi sconosciuta, ma si ipotizza che le popolazioni con elevata esposizione ad eventi traumatici possano avere tassi di prevalenza superiori del disturbo.

All'interno del nuovo manuale diagnostico (American Psychiatric Association, 2022) è stato inserito un riquadro per porre in evidenza quella che potrebbe essere la correlazione tra disturbo da lutto prolungato, pensiero suicidario e comportamento suicidario. Gli individui con sintomi tipici del disturbo da lutto prolungato risultano essere maggiormente a rischio di sperimentare ideazione suicidaria. Tuttavia, il manuale non chiarisce se l'ideazione suicidaria associata al disturbo comporti una maggiore incidenza del comportamento suicidario. Infine, coloro che sviluppano questo disturbo a seguito di una

Cosa resta da definire

perdita violenta e improvvisa (ad es., omicidio, suicidio, incidente) hanno maggiori probabilità di sperimentare un'ideazione suicidaria rispetto a coloro che hanno subito una perdita di altra natura. Allo stesso modo, le persone che vivono la morte di un bambino, hanno maggiori probabilità di sviluppare sintomi da lutto prolungato associati a ideazione suicidaria.

4. Su cosa verte la diagnosi differenziale nel lutto prolungato?

Diversi studi sono stati condotti nel tentativo di delineare un'autonomia nosografica del lutto complicato, differenziandolo da altre patologie psichiatriche, in particolar modo dai disturbi depressivi e dal disturbo da stress post-traumatico.

Il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) evidenzia come il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente (distimia) e il **lutto prolungato** condividano sintomi come tristezza, crisi di pianto e pensieri suicidari; tuttavia, i primi due si differenziano dal lutto prolungato in quanto in quest'ultimo la persona indirizza la sua sofferenza sul tema della perdita. Il disturbo depressivo maggiore può anche essere preceduto dalla morte di una persona cara, con o senza comorbilità con il disturbo da lutto prolungato.

Inoltre, gli individui che esperiscono un lutto a seguito di una morte traumatica possono sviluppare sia un disturbo da stress post-traumatico (PTSD) sia il disturbo da lutto prolungato. Entrambe le condizioni possono implicare pensieri intrusivi ed evitamento; tuttavia, nel PTSD essi si indirizzano all'evento traumatico, mentre nel secondo si concentrano su aspetti connessi alla relazione con la persona deceduta, includendo memorie positive del proprio caro e sofferenza per la separazione.

Infine, sia il PTSD sia il disturbo da lutto prolungato possono condividere aspetti di evitamento connessi all'evento doloroso; tuttavia, il primo si indirizza verso i fattori interni ed esterni correlati all'esperienza traumatica, mentre nel secondo si riscontrano anche preoccupazioni per la perdita e il desiderio struggente del deceduto che non si riscontrano nel PTSD. Inoltre, i ricordi nel disturbo da stress post-traumatico tendono ad essere più percettivi; l'individuo riferisce che il ricordo sembra



PTSD vs disturbo da lutto prolungato



che si stia verificando nel "qui e ora", cosa che tende a non presentarsi nel disturbo da lutto prolungato.

Il DSM-5-TR introduce nella diagnosi differenziale anche i disturbi psicotici, specificando come possano presentarsi a seguito della perdita, sensazioni transitorie connesse alla percezione della presenza del defunto. Quest'ultime sono comuni a livello interculturale nel lutto non patologico e possono avere una valenza rassicurante per chi rimane. Per ricevere una diagnosi di disturbo psicotico, le persone con disturbo da lutto prolungato devono anche sperimentare altri sintomi come deliri, pensiero disorganizzato o sintomi negativi.

Il manuale diagnostico riporta come i più comuni disturbi in comorbidità con il disturbo da lutto prolungato siano il disturbo depressivo maggiore, il PTSD e il disturbo da uso di sostanze.

A differenza delle precedenti edizioni, il DSM-5 e il DSM-5-TR propongono un cambiamento importante in merito ai criteri diagnostici per la depressione maggiore, ovvero l'eliminazione del criterio E, cioè la *Bereavement Exclusion*, presente per la diagnosi nel DSM-IV-TR, che riportava la necessità che, in caso di lutto, fossero trascorsi almeno due mesi dall'evento (American Psychiatric Association, 2000). L'eliminazione di questo criterio ha rappresentato una delle decisioni più dibattute e delicate del DSM-5 che ha delineato la distinzione tra depressione maggiore e reazione fisiologica e/o patologica del lutto, sostenendo l'idea che il primo possa esordire anche nei giorni subito seguenti la perdita (Carmassi et al., 2016).

Nell'undicesima edizione della *Classificazione internazionale delle malattie* (ICD-11), sarà invece incluso il disturbo da lutto prolungato (Prolonged Grief Disorder, PGD), con nuovi criteri sintomatologici. Nella proposta, i disturbi specificamente associati allo stress sono stati un argomento di grande interesse per ricercatori e clinici. Cercheremo qui di concentrarci sulla categoria del PGD, che è un nuovo arrivato nelle classificazioni di **psicopatologia**.

Il PGD è caratterizzato da sintomi specifici come desiderio e preoccupazione per il deceduto, disagio emotivo e significativa compromissione funzionale che persistono oltre 6 mesi dopo la perdita della persona cara. Fino a poco tempo fa, ricercatori e clinici hanno utilizzato diversi criteri diagnostici e

I disturbi psicotici

La depressione maggiore



ICD-11: il disturbo da lutto prolungato



diverse misure di valutazione per il lutto patologico, poiché i precedenti criteri diagnostici per il PGD non erano stati stabiliti e riconosciuti.

La struttura dei nuovi criteri evidenzia i seguenti sintomi fondamentali: desiderio persistente per il defunto o una preoccupazione durevole per il proprio caro morto, intenso dolore emotivo e significativa compromissione psicosociale, per un minimo di 6 mesi, oltre le norme socioculturali previste (si veda tab. 2).

TAB. 2 ICD-11: criteri per il disturbo da lutto prolungato

<p>A. Almeno uno dei seguenti:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. desiderio persistente e pervasivo per il defunto; 2. una preoccupazione persistente e pervasiva per il defunto.
<p>B. Esempi di intenso dolore emotivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnato da intenso dolore emotivo (ad es., tristezza, colpa, rabbia, negazione, biasimo). • Difficoltà ad accettare la morte. • Sentire di aver perso una parte di sé. • Incapacità di provare un umore positivo. • Intorpidimento emotivo. • Difficoltà a impegnarsi in attività sociali o di altro tipo.
<p>C. Criterio del tempo e della perdita di valore</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Persistenza della condizione per un periodo di tempo superiore ai 6 mesi a seguito della perdita, un tempo considerato oltre le norme sociali, culturali o religiose previste per la cultura e il contesto di riferimento dell'individuo. • Le reazioni al lutto che si sono protratte per periodi più lunghi, ma che rientrano in un periodo normativo di lutto considerato il contesto culturale e religioso della persona, sono viste come normali risposte di lutto e non vengono assegnate a una diagnosi. • Il disturbo provoca una compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti.

Poiché le nuove definizioni dei disturbi dell'ICD-11 si basano su un approccio tipologico, non vi è alcun requisito rigoroso per il numero di sintomi necessari per soddisfare la soglia diagnostica, il che si tradurrà anche in una maggiore sensibilità nell'identificazione del caso da parte del professionista. Ciò comporterà per i clinici flessibilità e responsabilità nell'uso del proprio giudizio, che è una delle raccomandazioni chiave per i professionisti sanitari (Evans et al., 2013).

Un altro esempio di particolare considerazione per il giudizio clinico è il criterio di “significativo danno funzionale”, in quanto consente un giudizio clinico sulla natura e l'entità della compromissione nel quale i professionisti possono considerare casi in cui il funzionamento della persona viene mantenuto solo attraverso un significativo sforzo aggiuntivo.

Da notare che la richiesta di un aumento dell'attenzione per le matrici culturali è stata accolta nei nuovi criteri ICD-11, in particolare con riferimento alla durata, cioè un periodo superiore ai 6 mesi, superiore alle attese norme sociali, culturali o religiose del contesto culturale dell'individuo.

L'obiettivo finale della valutazione diagnostica dell'ICD-11 è identificare coloro che necessitano di supporto per fornire il miglior trattamento disponibile. Il PGD può essere considerato come una diagnosi comune nell'ambito della salute mentale in precedenza presente sotto etichette diverse, come disturbi depressivi o somatoformi (distress fisico) (Maercker, Neimeyer e Simiola, 2016). In tal senso, il riconoscimento globale della diagnosi di PGD è nato con l'intento di migliorarne l'individuazione per consentirne un trattamento appropriato (Killikelly e Maercker, 2017).

Il criterio di “significativo danno funzionale”

5. Cos'è il lutto traumatico?

La letteratura definisce lutto traumatico quel tipo di morte che avviene per cause improvvise, esterne e violente. Rientrano in questa categoria situazioni come, per esempio, una morte per incidente stradale o sul lavoro, suicidio, omicidio, catastrofe naturale, ecc.

In questo tipo di scenario di perdita non vi è stata la possibilità da parte di chi rimane di poter anticipare la morte del proprio



**La perdita
è improvvisa
e inaspettata**

caro, lasciando la persona impossibilitata ad avere degli strumenti per poter affrontare l'evento e configurando in tal senso un lutto traumatico (Stroebe, Schut e Finkenauer, 2001).

La letteratura sul lutto ha identificato una serie di caratteristiche dell'evento della morte che potrebbero contribuire a reazioni traumatiche. Una variabile spesso citata come fattore di rischio per l'elaborazione della perdita è il fatto che essa sia avvenuta in modo improvviso e inaspettato (Sanders, 1993).

Già in passato la ricerca ha esaminato le conseguenze a lungo termine di una morte improvvisa e violenta, come, ad esempio, per incidente stradale. Lehman, Wortman e Williams (1987), in uno dei primi studi sul tema, hanno indagato l'adattamento a lungo termine alla perdita del coniuge o di un figlio a causa di un incidente automobilistico. Da quattro a sette anni dopo l'incidente, i coniugi in lutto, rispetto ai controlli abbinati, avevano un maggior numero di sintomi connessi alla depressione e altri sintomi psichiatrici; mostravano un funzionamento sociale inferiore, un benessere psicologico ridotto e maggiori preoccupazioni rispetto al futuro. Questi primi risultati sul tema suggerivano già come una perdita improvvisa possa portare a difficoltà adattamenti psicologici, sia nell'immediato sia a lungo termine.

**La morte
per suicidio**

In merito alla morte per suicidio è stato osservato, ad esempio, che le persone sperimentano comunemente pensieri intrusivi e reazioni di evitamento, in particolare quando la morte coinvolge un parente stretto o un amico (van der Wal, 1990).

Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski e Thompson (1992) hanno confrontato il lutto a seguito di un suicidio a quello per morte naturale, notando come inizialmente i due gruppi in lutto mostrassero livelli simili di dolore, depressione e angoscia generale; tuttavia, col trascorrere del tempo il gruppo con morte naturale sperimentava l'attenuazione dei sintomi prima del gruppo relativo alla morte per suicidio.

Inoltre, è più probabile che i familiari di una persona deceduta per morte improvvisa e traumatica sviluppino un lutto complicato o presentino problemi di salute mentale come depressione maggiore, problemi di dipendenza connessi all'uso di sostanze e ideazione suicidaria (Dyregrov, Nordanger e Dyregrov, 2003; Zinzow et al., 2009).

Le perdite traumatiche comportano uno stress maggiore ri-



8, 15



spetto alle morti avvenute per cause naturali o anticipabili; presentano una maggiore difficoltà nei processi di elaborazione del lutto e più frequentemente depressione maggiore e sintomi associati al disturbo da stress post-traumatico (Kristensen, Weisæth e Trond, 2012). Questi tipi di lutto richiedono spesso un aiuto qualificato che possa facilitare e sostenere le persone nell'affrontare la perdita, ricercare strategie adattive e permettere, attraverso il lavoro clinico, di dare un significato all'evento che possa ricomporre la frattura identitaria di chi si trova a viverli.



6. Lutto da incidente (stradale, sul lavoro, ecc.): quali fattori coinvolge?

Nel 2020, a livello nazionale, l'Istat ha registrato una diminuzione significativa di incidenti, feriti e morti sulle strade. Connessi alle restrizioni dovute alla pandemia da COVID-19, gli incidenti con lesioni a persone sono stati 90.821, pari a -29,5% rispetto all'anno precedente. Le persone ferite sono state 123.061, con un calo del 32%, mentre le vittime sono state 1788, quindi una diminuzione del 26,3% rispetto al 2019 (Istat, 2021).

Le morti sulle strade

L'Istat, tuttavia, sottolinea come questo miglioramento sia stato particolarmente significativo nei periodi di confinamento della popolazione e che quindi non possa essere connesso a un cambiamento di condotta come la messa in atto di comportamenti virtuosi o al miglioramento della sicurezza stradale. In tal senso gli incidenti permangono una delle cause più significative di morte, anche rispetto ad altri tipi di incidenti, come quelli sul lavoro, che invece hanno registrato un aumento nel 2021.

Secondo i dati INAIL nazionali, nel 2019 si sono registrati 1089 casi di morte sul lavoro, aumentati del 16,6 % nell'anno 2020 (1270 casi). Nel periodo da gennaio ad aprile 2021 è stato evidenziato un aumento del 9,3% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con un totale di 306 casi¹.

Le morti sul lavoro

¹ www.vegaengineering.com/wp-content/uploads/2021/06/Statistiche-Infortunati-sul-lavoro-Lavoro-Osservatorio-Sicurezza-Vega-Engineernig-30-04-21.pdf (consultato il 28/2/2023).

Ogni decesso ha un impatto su almeno altre venti persone

A livello regionale, i dati hanno messo in luce una maggior incidenza di infortuni mortali sul lavoro in Molise (66,2%), con a seguire Abruzzo (28,7%), Valle d'Aosta (18,5%), Campania (16,1%), Basilicata (16%) e Puglia (15,6%). Sul piano nazionale, si evidenzia una maggiore incidenza di casi di morte sul lavoro nel Sud Italia (29,1%) e nel Nord-Ovest (25,2%) rispetto al resto d'Italia (Istat, 2021).

È stato stimato che, in media, ogni decesso ha un impatto su almeno altre venti persone (Dyregrov, Nordanger e Dyregrov, 2003), soprattutto quando il defunto aveva più famiglie. Questi eventi colpiscono, a parte la tragedia immediata della morte del lavoratore, la famiglia della vittima, gli amici e i colleghi di lavoro, cambiando per sempre la loro vita (Quinlan et al., 2015). La natura improvvisa e inaspettata degli incidenti mortali sul lavoro può lasciare i membri della famiglia con un forte bisogno di sapere come e perché il lavoratore è morto. Tuttavia poche ricerche sistematiche hanno esaminato i bisogni e gli interessi delle famiglie coinvolte in questo processo e il fenomeno risulta ancora poco approfondito in letteratura. Inoltre, poco si sa sulle risposte normative a seguito di un evento traumatico sul posto di lavoro e di come queste soddisfino i bisogni delle famiglie sopravvissute.

Le conseguenze sulla salute mentale e il benessere

Per quanto riguarda le conseguenze sulla salute mentale e sul benessere, uno studio basato su un disegno trasversale (Matthews, Quinlan e Bohle, 2019) ha messo in luce le principali correlazioni tra la morte sul lavoro e le conseguenze psicopatologiche sui familiari della vittima. In particolare, sono stati evidenziati i tassi e le principali correlazioni tra la morte traumatica sul lavoro e le conseguenze psicopatologiche più comuni: disturbo da stress post-traumatico (PTSD), disturbo depressivo maggiore (MDD) e disturbo da lutto prolungato (PGD) nei membri della famiglia. Considerando una distanza temporale media di 6,4 anni ($DS = 5,78$) dalla morte, il 61% dei partecipanti aveva un probabile PTSD, il 44% un probabile MDD e il 43% un probabile PGD.

Inoltre, è stata evidenziata una correlazione negativa tra il tempo intercorso dalla morte e il rischio di sviluppare uno di questi disturbi, diversamente da quanto accade alle persone più vicine al defunto e con una storia di salute mentale di vulnerabilità pregressa.

Per quanto riguarda questi tipi di morte, la ricerca sottolinea



l'importanza di ricevere un supporto sociale soddisfacente, che possa diventare strumento per le famiglie sopravvissute per aiutarle a districarsi dalle conseguenze dolorose della morte. Risulta inoltre fondamentale per le famiglie delle vittime ricevere in maniera adeguata le informazioni sulle dinamiche legate alla morte. Comunicazioni chiare e soddisfacenti sono state associate a un rischio ridotto di probabile PTSD, MDD e PGD (Matthews, Quinlan e Bohle, 2019).

Nonostante alcuni recenti miglioramenti, i risultati indicano che vi sono numerose carenze nel soddisfare i bisogni delle famiglie in materia di informazione, coinvolgimento e garanzia di giustizia (Matthews, Fitzpatrick, Bohle e Quinlan, 2014). È necessaria una ricerca sistematica che esamini completamente le esigenze delle famiglie e identifichi i protocolli organizzativi post-morte per far progredire la gestione delle risposte istituzionali dopo la morte sul posto di lavoro e quindi migliorare l'outcome per i familiari (Matthews, Bohle, Quinlan e Rawlings-Way, 2012).

In aggiunta a questi fattori, le morti per incidenti portano con sé anche le difficoltà connesse alle indagini svolte in merito all'accadimento e l'impatto della stampa e dei media: questi aspetti possono diventare particolarmente forieri di sofferenza in quanto difficilmente governabili dalle famiglie delle vittime.



23

7. Quali sono le variabili distintive di un lutto per omicidio?

Il lutto dopo una morte traumatica può differire dagli altri tipi di lutto e far sentire i sopravvissuti ancora più isolati di altre persone in lutto (Sveen e Walby, 2008). Le perdite traumatiche, come quelle che si verificano a seguito di omicidio, suicidio o uso di droghe illecite, sono morti particolari che possono far sentire coloro che rimangono giudicati, insicuri o stigmatizzati (Guy e Holloway, 2007). Le persone in lutto per omicidio possono sentirsi emarginate, bollate ed etichettate come "famiglie sfortunate", alle quali il destino ha girato le spalle (Armour, 2007). La persona assassinata può essere associata allo stile di vita dei suoi aggressori, si possono formulare domande sulla sua condotta, sul perché si trovasse in quel luogo,

**L'emarginazione
di chi rimane**

perché quelle persone volessero ucciderla, che motivi vi erano dietro, arrivando in alcuni frangenti a chiedersi se quella stessa persona non fosse responsabile della sua stessa morte a causa del suo comportamento.



Testimonianza

So che tutti si chiederanno cosa ci facesse mio figlio lì di notte, che tipo di amicizie avesse e in che tipo di guai si fosse cacciato, ma la verità non è questa, lui non aveva colpe.

Nei casi di un figlio come vittima di omicidio, le famiglie si possono sentire pesantemente giudicate, più o meno implicitamente accusate di non essere state famiglie con buoni genitori, di non aver visto o capito quello che stava accadendo, di aver fallito nel compito primario di prendersi cura del proprio figlio (Riches, 1998). Questi stessi pensieri possono essere visuti dai genitori stessi in forma di autorimprovero.



14, 15



Testimonianza

Mio figlio è morto; non c'è altro da dire, ho fallito come genitore, non sono riuscito a proteggerlo.

Chi è in lutto per una morte traumatica vive un'ampia gamma di emozioni e può avere difficoltà nel relazionarsi con altri parenti o amici. Le persone, compresi i membri della famiglia, possono essere particolarmente riluttanti a parlare di questi tipi di morti (Rudestam, 1992), creando un muro di silenzio ed esclusione che può sfociare in forme di isolamento.



Testimonianza

Nessuno vuole parlare di questo, lo vedo dai loro visi, dagli occhi bassi e discreti, è rimasto solo il silenzio.

Tutto ciò può rendere difficile per chi rimane trovare altre persone con cui poter condividere i propri sentimenti e pensieri (Wertheimer, 2001). Amici, parenti e conoscenti possono anche non riconoscere che la morte è avvenuta, forse perché si

sentono minacciati emotivamente evitando il tema della morte come un vero e proprio tabù (Chapple, Ziebland e Hawton, 2015).

In aggiunta a ciò, coloro che perdono un proprio caro per omicidio vengono coinvolti nelle indagini, interrogati, entrano a far parte della macchina giudiziaria all'interno della quale tutti possono essere potenziali sospetti e divenire oggetto dell'attenzione dei media (Gintner, 2001). Entra in gioco la ricerca del colpevole, che può durare diverso tempo e non avere sempre un esito positivo, lasciando così nella famiglia un profondo senso di ingiustizia e rabbia. Alcune persone possono avere il desiderio di farsi giustizia da sole, ricercare da sole il colpevole, svolgere indagini in parallelo, diffidare dei professionisti incaricati o cercare altri per svolgere ulteriori indagini private.

Nella macchina giudiziaria



Testimonianza

Lo so che non hanno mai cercato il colpevole, a loro non importa se mio figlio è morto ammazzato.

Questi aspetti incidono grandemente sul benessere della persona e vanno a configurarsi come ulteriori variabili stressanti che possono aggravare la sofferenza e comportare anche importanti spese economiche. Vi sono evidenze sul fatto che le persone che perdono cari per omicidio possono sperimentare con più probabilità un lutto complicato e un disturbo da stress post-traumatico rispetto a chi ha vissuto perdite per suicidio o incidenti (Currier, Holland, Coleman e Neimeyer, 2008).

Inoltre, il coinvolgimento della polizia comporta che i familiari abbiano un rapporto meno diretto con l'evento e meno possibilità decisionali, come quella di poter vedere il corpo o il luogo dell'accadimento o entrare in possesso delle cose appartenute al proprio caro. Spesso le indagini possono richiedere lo svolgimento dell'autopsia e il mettere sotto sigillo l'area in cui si sospetta sia avvenuto l'omicidio. Questo comporta l'impossibilità di accedere a quei luoghi e al corpo, interferendo con il processo del lutto. In questo modo diviene ancora più difficile prendere atto dell'accadimento e il senso d'irrealtà e d'incredulità può farsi più intenso (De Leo et al., 2020).



La polizia



8. Quali sono le peculiarità di una perdita per suicidio?

→ 15,
27-29

Il tabù della morte

Il suicidio è un evento tragico che ha un impatto devastante e di larga portata su chi sopravvive alla morte di un proprio caro. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 700.000 persone muoiono ogni anno per suicidio (WHO, 2021). In una recente metanalisi che stima la prevalenza delle persone esposte al suicidio, Andriessen et al. (2017) hanno calcolato che il 4,3% della popolazione è stato esposto a tale fenomeno durante l'ultimo anno e il 22% nel corso della vita. Un elemento distintivo che caratterizza le morti per suicidio rispetto alle altre perdite traumatiche è lo stigma e il silenzio che avvolge il fenomeno. Alcuni ricercatori si sono interessati ad approfondire il tabù legato al parlare della morte nella nostra società, che diviene ancora più forte quando la morte si configura come una scelta volontaria (Chapple, Ziebland e Hawton, 2015). Chiaramente l'atteggiamento nei confronti della morte cambia grandemente a seconda della cultura e religione di riferimento di ogni paese (Garces-Foley, 2006) e da come viene percepito socialmente quel tipo di morte, se come un evento "pubblico" o "privato" (Mills, 2000 [1959]).

→ 9

Il primo caso riguarda, ad esempio, **eventi catastrofici**, terroristici, incidenti causati dall'uomo o dalla natura, in cui la morte assume da subito una dimensione pubblica, una situazione, quindi, che supera i confini privati della singola famiglia e diviene un evento sociale. In tali frangenti, spesso le famiglie coinvolte nella tragedia sentono di essere incoraggiate a parlare della loro storia e sono legittimate ad esprimere la loro sofferenza; in tali casi è probabile che le famiglie ricevano maggior aiuto e supporto. I lutti "collettivi" o dovuti a "disgrazie" influiscono molto sulle possibilità di esprimere pubblicamente e apertamente il proprio lutto, ricevendo sostegno, comprensione e vicinanza. Invece, chi perde i propri cari per suicidio vive spesso un profondo senso di colpa e talvolta di vergogna; sente di essere soggetto al giudizio sociale e questo ostacola o preclude del tutto la possibilità di raccontare la propria esperienza.

→ 15

Lo stigma

Lo stigma che avvolge il suicidio e i sopravvissuti è un problema sociale e culturale che ha delle profonde implicazioni

sul “dopo”. Il termine “stigma” delinea un segno di disgrazia (Goffman, 1963) che può essere più o meno visibile allo sguardo esterno e genera in coloro che se ne sentono oggetto un senso di vergogna, colpa, incomprensione, ingiustizia, che può avere ripercussioni importanti sul processo del lutto.

Considerando questo aspetto, risulta chiaro come può essere difficile per i sopravvissuti ricercare aiuto e ricevere risposta adeguata alle proprie esigenze; possono temere di essere giudicati, colpevolizzati o persino accusati per quanto accaduto. Facilmente si sentono allontanati dagli amici, o non compresi, e spesso finiscono per ricercare l'isolamento.

I gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) possono essere una risorsa utile e preziosa, in quanto forniscono la possibilità di creare uno scambio, una condivisione partecipe tra persone che hanno vissuto la stessa modalità di perdita, rompendo così il muro del silenzio. Avere la possibilità di raccontare e ripercorrere quanto vissuto permette di poter parlare della propria esperienza, darvi una forma. Quando le persone sentono che le condizioni necessarie per farlo non sono presenti e non hanno quindi la possibilità di esprimere il proprio dolore, possono con maggior probabilità sperimentare un lutto irrisolto (Schut, Stroebe, Van den Bout, e Terheggen, 2001).

Le reazioni della società al suicidio suggeriscono che questo tabù persiste tutt'oggi. La stigmatizzazione di coloro che muoiono per suicidio e dei loro familiari sembra essere legata alle sanzioni storiche religiose, legali e sociali contro il suicidio, nonostante la sua recente depenalizzazione (Cvinar, 2005).

Sebbene qualsiasi morte improvvisa possa essere percepita come scioccante per la sua natura inaspettata, il suicidio è stato a lungo ritenuto il più stigmatizzante dei lutti. Nella società contemporanea si pensa che questo stigma derivi principalmente dalla disapprovazione sociale, dalle espressioni di biasimo e vergogna e dal disagio sociale (Chapple, Ziebland e Hawton, 2015; Cvinar, 2005). La letteratura ha confermato che la morte per suicidio è la più stigmatizzante delle perdite traumatiche e coloro che la vivono possono con maggiori probabilità tentare il suicidio, avere un rendimento lavorativo peggiore, minor supporto da parte di parenti, amici, conoscenti e colleghi e sperimentare maggiori ritardi e difficoltà nell'accesso a servizi di aiuto e supporto (Pitman, Osborn, Rantell e King, 2016).



42-47



12

**Il più
stigmatizzante
dei lutti**



34-40

Fornire un aiuto professionale alle persone in lutto per suicidio è uno degli obiettivi principali, a livello internazionale, per la prevenzione al suicidio. I sopravvissuti infatti sono il gruppo più esposto a questo rischio – assieme alla possibilità di sviluppare depressione e disturbi psichiatrici – rispetto a coloro che vivono altri tipi di perdite (Pitman, Osborn, King e Erlangsen, 2014).

9. Catastrofi, naturali o causate dall'uomo: quali implicazioni per il processo del lutto?

Definizione di disastro

La morte a causa di catastrofi naturali o causate dall'uomo rientra in un'area di studio delicata e complessa. Un disastro è definito come qualsiasi evento che causa danno, perturbazione ecologica, perdita di vite umane o deterioramento della salute e dei servizi sanitari su vasta scala, sufficiente per giustificare una risposta straordinaria al di fuori dell'area della comunità interessata (WHO, 2002). Come suggerisce la definizione stessa, questa categoria di eventi porta con sé un impatto su larga scala che richiede differenti livelli d'intervento in base ai differenti tipi di esigenze e problematiche e – in genere – al numero, spesso elevato, di persone coinvolte.

I disastri sono generalmente classificati in due tipi principali: naturali e causati dall'uomo. I disastri naturali sono eventi ambientali come terremoti, inondazioni, incendi, tsunami, tempeste tropicali, tempeste di ghiaccio ed eruzioni vulcaniche. I disastri dovuti ad azioni umane, negligenza, errore o che comportano il fallimento di un sistema sono chiamati disastri causati dall'uomo (WHO, 2002).

Il lutto successivo a una catastrofe colpisce la salute psicofisica di chi rimane con un esordio precoce della sintomatologia che può essere pertanto prontamente identificata. In tal senso diviene importante pensare ad interventi svolti tempestivamente a seguito dell'accadimento, in modo da intervenire nelle prime fasi attraverso un piano emergenziale (Norris, Friedman e Watson, 2002).

Se è un figlio a morire

Se il disastro naturale o causato dall'uomo provoca la perdita di un figlio, le conseguenze sulla salute fisica e mentale dei genitori appaiono particolarmente severe (Xu, Herrman,

Tsutsumi e Fisher, 2013). Se poi il soggetto coinvolto nel disastro era l'unico figlio della famiglia, vi è un rischio di sviluppare problemi psicologici ancora maggiore. Le madri sembrano essere più vulnerabili ai problemi di salute mentale rispetto ai padri. I potenziali fattori protettivi per la salute mentale dei genitori in lutto includerebbero la tempestività degli interventi psicologici, il fruire di un adeguato supporto sociale e poter vedere i corpi dei propri figli rimasti vittime del disastro. Inoltre, la possibilità di avere successivamente altri figli risulterebbe un ulteriore fattore protettivo (Xu, Herrman, Tsutsumi e Fisher, 2013).