



Università degli Studi di Genova
Genoa University



Scuola di
Scienze sociali
School of Social Sciences

DISFor Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA IN PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITÀ

Tra ferita e rinascita:
il lutto traumatico nella dimensione individuale e collettiva

Relatore: Prof. ssa Anna Zunino

Correlatore: Prof. Fabrizio Bracco

Candidato: Giulia Micai

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

“Che le lacrime diventino perle”

Meringolo P., Chiodini M., Nardone G.

INDICE

Introduzione	5
1. Il lutto: definizioni, principali teorie e classificazioni	7
1.1 <i>La definizione del lutto e le sue declinazioni</i>	7
1.2 <i>Le principali teorie</i>	8
1.3 <i>Il processo del lutto e le sue manifestazioni</i>	15
1.4 <i>Lutto normale e lutto patologico</i>	16
1.5 <i>Variabili che influiscono sul processo del lutto</i>	19
1.6 <i>Le diverse forme del lutto</i>	23
1.7 <i>Il disturbo da lutto prolungato (Prolonged Grief Disorder, PGD)</i>	25
1.8 <i>Il disturbo da lutto prolungato nell'ICD-11 (Classificazione Internazionale delle Malattie)</i>	29
1.9 <i>DSM e ICD: uno sguardo d'insieme sul Disturbo da Lutto Prolungato</i>	31
1.10 <i>Come riconoscere un lutto patologico: le scale di valutazione e le interviste cliniche</i>	32
2. Lutto traumatico: dimensione individuale	36
2.1 <i>Lutto traumatico: definizione e principali teorie</i>	36
2.2 <i>Reazioni a una morte traumatica</i>	39
2.3 <i>Fattori che influenzano il lutto traumatico</i>	41
2.3.1 <i>Fattori di rischio per il lutto traumatico</i>	42
2.3.2 <i>Altri fattori che aggravano l'impatto del lutto</i>	43
2.3.2.1 <i>Notifica di morte/ Breaking bad news</i>	43
2.3.4 <i>Principali protocolli di notifica di morte</i>	52
2.3.5 <i>Visita alla salma o riconoscimento del corpo</i>	53
2.4 <i>Lutto traumatico: suicidio, omicidio e incidente stradale</i>	55
2.4.1 <i>Suicidio</i>	55
2.4.2 <i>Omicidio</i>	63
2.4.3 <i>Incidenti stradali</i>	70
3. Lutto traumatico: dimensione collettiva	73
3.1 <i>Il trauma a livello collettivo: definizione di disastro, catastrofe ed emergenza</i>	73
3.1.1 <i>Dalla catastrofe alla mente: la prospettiva psicologica sull'evento critico</i>	77
3.2 <i>Rispondere all'imprevisto: il ruolo della Psicologia dell'Emergenza</i>	78
3.2.1 <i>Accenni storici: nascita e sviluppo della disciplina</i>	79
3.3 <i>Scenari di emergenza: la classificazione dei disastri</i>	83
3.4 <i>Evoluzione temporale dell'emergenza</i>	84
3.5 <i>La stratificazione del trauma: criteri di classificazione delle vittime</i>	86
3.6 <i>I vissuti dell'impatto: lo spettro delle reazioni umane alla catastrofe</i>	88

3.6.1 Variabili che influiscono sulle reazioni	92
3.7 Le sfide del lutto nell'emergenza: la fenomenologia della perdita multipla e ambigua	94
3.7.1 Quando la perdita si moltiplica: i lutti multipli	94
3.7.2 Il lutto senza confini: la perdita ambigua	96
3.8 L'emergenza invisibile: la pandemia da COVID-19 nello scenario dei disastri collettivi	108
3.9 Dare forma al dolore: l'importanza dei rituali funebri nei contesti di emergenza	112
4. Interventi di prevenzione, sostegno e supporto al lutto traumatico	116
4.1 Definizione e livelli di prevenzione	116
4.2: Death Education: una risorsa per la prevenzione del lutto	117
4.3 Interventi di crisi e sostegno nel lutto traumatico	122
4.4 Dalla condivisione alla rielaborazione: sostegno sociale, auto mutuo-aiuto e EMDR	128
4.4.1 Sostegno sociale formale, informale e online	128
4.4.2 I gruppi di auto-mutuo aiuto (GAMA)	133
4.4.3 La terapia EMDR per il lutto traumatico	136
4.5 Riscoprire significato dopo la perdita: la crescita post-traumatica	142
Conclusioni	145
Appendice	147

Introduzione

“The mourner who plants a seedling in memory of the deceased acknowledges the loss, and waters and nourishes the sapling. Later, he or she sits in the shade of the tree” (Romanoff & Terenzio, 1998). Come suggerisce questa evocativa metafora, il lutto non è soltanto l'esperienza passiva di un'assenza, ma un delicato e faticoso processo attivo di cura e trasformazione del dolore. Questa riflessione rispecchia il significato che ho cercato di dare al mio elaborato, che tratta il tema del lutto in una sua declinazione particolare, quella traumatica. Il “lutto traumatico” si riferisce alle perdite che avvengono in modo improvviso, violento e inaspettato, nelle quali il processo fisiologico del lutto si intreccia con i sintomi tipici del trauma. Il presente lavoro di tesi si propone di esplorare la complessa fenomenologia del lutto, muovendosi lungo un continuum che va dalla dimensione individuale fino alla cornice collettiva e sociale, offrendo una visione d'insieme integrata che possa non solo aiutare a comprendere la sofferenza di chi resta, ma anche valorizzare gli strumenti di prevenzione, le reti psicosociali e i protocolli clinici che permettono di trasformare il trauma in un'opportunità di rinascita, evoluzione e crescita, sia per il singolo sia per la collettività. Ho voluto approfondire questa delicata tematica a seguito di un vissuto personale di perdita significativa, riportato in un breve scritto in appendice. L'elaborato si articola in quattro capitoli principali. Il primo capitolo offre una panoramica sul concetto di lutto e di cordoglio e vengono passate in rassegna le principali prospettive teoriche che hanno segnato la storia della psicologia (da Sigmund Freud a John Bowlby, fino a Elisabeth Kübler-Ross e ai modelli più recenti come il *dual process model*). Viene inoltre tracciata la linea di demarcazione tra lutto normale e patologico, approfondendo i criteri diagnostici del Disturbo da Lutto Prolungato (PGD) inseriti nel DSM-5-TR e nell'ICD-11, per poi concludere con i principali strumenti clinici e le scale di valutazione utilizzati per riconoscere la patologia. Il secondo capitolo si focalizza sulla specificità del lutto traumatico a livello del singolo individuo. Dopo aver definito il concetto di trauma e l'impatto della perdita sulla violazione del "mondo degli assunti", vengono esaminate le reazioni emotive, cognitive e comportamentali immediate e a lungo termine. Un'attenzione particolare è dedicata ai fattori che aggravano l'impatto del lutto, tra cui il delicato momento della notifica di morte (*breaking bad news*), l'analisi dei relativi protocolli d'intervento e l'impatto psicologico legato alla visita alla salma o al riconoscimento del corpo. L'analisi individuale si focalizza infine sulla disamina clinica di tre specifici scenari di morte violenta e improvvisa: il suicidio, l'omicidio e l'incidente

stradale. Il terzo capitolo amplia l'orizzonte verso la dimensione sociale ed emergenziale. Viene analizzato il trauma a livello comunitario, introducendo i concetti di disastro, catastrofe ed emergenza, e descrivendo il ruolo cruciale della Psicologia dell'Emergenza. In questa sezione vengono approfondite le sfide legate alla fenomenologia delle perdite multiple e della "perdita ambigua" (come nel caso dei corpi dispersi), esaminando scenari storici e recenti come la pandemia da COVID-19. Infine, viene rimarcata l'importanza fondamentale dei rituali funebri come strumenti comunitari per dare forma e contenimento al dolore. L'ultimo capitolo è dedicato alle strategie operative, cliniche e psicosociali di intervento, rileggendo il supporto al lutto attraverso la lente della scienza della prevenzione. Come risorsa preventiva, viene approfondito il ruolo della *Death Education*. L'analisi si estende poi alle pratiche concrete di sostegno psicologico durante le crisi in atto, evidenziando l'importanza cruciale delle reti di sostegno sociale e dei gruppi di auto-mutuo aiuto come spazi di condivisione e risignificazione del dolore tra pari. Viene inoltre preso in considerazione l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), essendo l'approccio terapeutico d'elezione per l'elaborazione del trauma profondo. L'elaborato si conclude con la disamina della crescita post-traumatica, evidenziando come il doloroso processo di elaborazione possa guidare l'individuo oltre la resilienza, verso una profonda ristrutturazione cognitiva ed esistenziale capace di generare nuove risorse personali, spirituali e relazionali.

1. Il lutto: definizioni, principali teorie e classificazioni

1.1 La definizione del lutto e le sue declinazioni

La perdita di una persona cara è uno degli eventi più dolorosi da affrontare che segna un prima e un dopo nella nostra esistenza (Fernandez, 2015). Il lutto comporta una serie di processi cognitivi, emozionali e sociali che fanno parte della natura umana. L'uomo, al di là di ogni singola cultura ed epoca, di fronte all'irreversibilità della morte ha da sempre cercato di dare a essa un senso, e si è prodigato tramite rituali sociali e cerimonie funebri a commemorare il defunto, aiutando le persone ad affrontare e condividere la sofferenza (Onofri & La Rosa, 2015). Nell'enciclopedia Treccani, all'interno del Dizionario di Medicina (2010), il lutto viene definito come “Travaglio psicologico che segue alla perdita di una persona amata e che, dopo un congruo periodo di tempo, giunge progressivamente al superamento del dolore psichico, al riconoscimento dell'evento e all'adattamento alla sua scomparsa”. Nel “Dizionario di Psicologia” di Umberto Galimberti (1997) il lutto è descritto come “lo stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo, che ha fatto parte integrante dell'esistenza” (p.607). In quest'ultima definizione possiamo notare come il lutto e i suoi processi di elaborazione possano riferirsi non esclusivamente a una persona per noi significativa, ma anche a una situazione dolorosa come la fine di una relazione, l'abbandono definitivo di un luogo o un cambiamento interiore nell'immagine di sé (Testoni, 2015). Nella lingua inglese, ad esempio, non vi è un'unica parola per riferirsi al concetto del lutto, ma si possono utilizzare, a seconda del contesto, tre diverse espressioni: il termine *bereavement* si riferisce al vissuto della perdita nel vero senso della parola, al distacco dalla persona che è venuta a mancare; il termine *grief* indica le reazioni ed emozioni legate alla perdita, ma anche ad altre esperienze dolorose. Infine, si utilizza il termine *mourning* per definire il processo del lutto nel suo complesso, incluse le strategie per affrontarlo e integrarlo nella propria esistenza, compresi i rituali sociali ad esso collegati (Solomon, 2022). Un ulteriore approfondimento va dedicato ai termini “lutto” e “cordoglio”, che nella lingua italiana sono spesso utilizzati come sinonimi, ma in realtà hanno una sottile differenza. La parola “lutto” deriva dal latino *lugere* (piangere) e fa riferimento alle manifestazioni che la persona mette in atto per comunicare agli altri il suo dolore, come ad esempio il

pianto e le espressioni verbali e non verbali del dolore. Sono comprese anche le cerimonie funebri, i rituali tipici della cultura di appartenenza e tutti quei comportamenti che collocano la persona in lutto in una situazione di protezione e di temporanea esclusione dai doveri e compiti quotidiani. Il lutto, quindi, ha una funzione protettiva per chi soffre, perché gli permette di prendersi del tempo per elaborare, accettare la nuova condizione e crearsi un nuovo equilibrio. Il termine “*cordoglio*” ha sempre origine dal latino, e precisamente da *cor dolore*, *cor dolium* (dolore del cuore). Si riferisce principalmente alle emozioni e ai pensieri interiori della persona, che quindi può decidere se condividerli con gli altri o se viverli più intimamente. È importante capire il significato e l'importanza di questi concetti, perché entrambi rappresentano tutti quei sentimenti, pensieri, reazioni e comportamenti che accadono quando si perde una persona cara: conoscerli può aiutare a comprendere le difficoltà che ci possono essere e che possono andare ad inficiare l'elaborazione del lutto (Colusso, 2012).

1.2 Le principali teorie

Dobbiamo a Sigmund Freud, padre della psicoanalisi, il merito di aver studiato e posto l'attenzione per primo sulle dinamiche legate alla fenomenologia del lutto, aprendo la strada ad altri numerosi studi e teorie. L'autore individua nel processo di elaborazione del lutto tre fasi distinte (1917):

- Diniego
- Accettazione
- Distacco.

Nella fase iniziale, nominata appunto del *diniego*, la persona colpita dall'evento rifiuta e nega quanto accaduto. Con il passare del tempo, il soggetto entra nella fase dell'*accettazione*, dove ammette la perdita, per poi giungere allo stadio finale del *distacco*, dove l'individuo si separa dall'oggetto perduto reinvestendo affettivamente su altri oggetti. In “Lutto e melanconia” (1917), Freud prova a spiegare la differenza tra una risoluzione del lutto che possiamo definire normale, fisiologica, e la malinconia, una forma di sofferenza caratterizzata da una deriva patologica che avviene appunto quando qualcosa nel “lavoro del lutto” non funziona correttamente (Testoni, 2015). L'autore chiarisce che

il lavoro svolto dal lutto è quello di accogliere l'esperienza luttuosa per riuscire con il tempo e con fatica a distaccare la libido dall'oggetto perduto e reinvestirla poi su un nuovo oggetto: “Comunque, una volta portato a termine il lavoro del lutto, l'Io ridiventa in effetti libero e disinibito” (Freud, 1917, pag. 104). Il lutto viene considerato quindi come un qualcosa di inevitabile che causa dolore, ma che, dopo un po' di tempo, trova una sua risoluzione. Nella melanconia, invece, anche se per certi aspetti ci possono essere similitudini con il lutto, la persona soffre ma non sa di preciso che cosa gli provochi questo dolore, ed è pervasa da un generale senso di inferiorità e svilimento: “Il melanconico ci presenta un'altra caratteristica che manca nel lutto: uno straordinario avvilito del sentimento del sé, un enorme impoverimento dell'Io. Nel lutto il mondo si è impoverito e svuotato, nella melanconia impoverito e svuotato è l'Io stesso.” (Freud, 1917, pag. 105). Per conoscere una prima descrizione dei “sintomi” tipici del lutto è importante citare il lavoro dello psichiatra Erich Lindemann (1944). Nel 1942, in un locale notturno di Boston, scoppiò un incendio che causò la morte di circa cinquecento persone e il ferimento di molte altre, alcune anche con ustioni gravi. Una volta ricoverati in ospedale, i sopravvissuti furono seguiti proprio da Lindemann e dai suoi collaboratori, che offrirono una prima assistenza psicologica. In questo modo il medico ebbe l'opportunità di confrontarsi con persone vittime di una tragedia di significativa entità e grazie a questo poté delineare le caratteristiche del *cordoglio acuto normale*: disturbi somatici di vario tipo, preoccupazioni riguardanti l'immagine del defunto, sensi di colpa nei confronti della persona scomparsa o delle circostanze della morte, reazioni ostili, perdita della capacità funzionale preesistente e tendenza ad assumere comportamenti tipici del defunto. Le sue ricerche lo portarono a identificare tre fasi distinte del lutto (Onofri, La Rosa & Dantonio, 2015):

1. Shock e incredulità;
2. Cordoglio acuto;
3. Risoluzione del processo di cordoglio.

Un altro autore che ha dato un fondamentale contributo al tema del lutto è lo psichiatra John Bowlby, noto per aver sviluppato negli anni '60 del XX secolo la Teoria dell'attaccamento sullo sviluppo dei legami affettivi: rifacendosi all'etologia e alla psicologia cognitivista, lo studioso afferma che gli esseri umani sono predisposti fin da bambini a ricercare figure primarie che possano offrire loro vicinanza, protezione, accudimento, e con le quali sono portati a instaurare un intenso legame affettivo (Berti &

Bombi, 2013). Nelle prime fasi di vita, questo ruolo è svolto solitamente dalla madre, dalla coppia genitoriale o da chi ne fa le veci; mano a mano che l'individuo cresce, si va ad ampliare il cerchio delle figure che ricoprono questo ruolo (parenti, amici, partner). Quando il bambino perde o viene separato dal *caregiver*, in automatico egli mette in atto comportamenti come il pianto, le grida o atteggiamenti di protesta volti a recuperare la vicinanza, le cure e l'attenzione della figura d'attaccamento. Se l'infante, nonostante diversi tentativi, non ottiene ciò che vuole, andrà incontro a una fase di disperazione e tristezza; con il passare del tempo, tuttavia, cercherà di adeguarsi alla nuova situazione in maniera più o meno adattiva (Bowlby, 1980). In base agli studi sono stati identificati quattro diversi stili di attaccamento: sicuro, evitante, ambivalente, cui successivamente si è aggiunto quello disorganizzato, identificato da Main e Solomon (1990). Un altro concetto importante elaborato da Bowlby è quello di *Working models*, Modelli Operativi Interni (MOI), rappresentazioni mentali interiorizzate dal bambino a partire dall'infanzia che si basano sulle esperienze interattive precoci con le proprie figure di riferimento. Questi modelli definiscono lo sviluppo relazionale ed emotivo del bambino e influenzano inconsapevolmente anche le esperienze relazionali in età adulta (Berti & Bombi, 2013). Queste premesse ci aiutano a capire i concetti che stanno alla base della teoria sul lutto proposta da Bowlby: infatti, secondo l'autore, la persona adulta, nel momento in cui subisce una perdita di una figura importante, attua dei comportamenti che ricordano quelli dei bambini quando vengono separati dalle figure di attaccamento, attraversando un percorso che si delinea in quattro fasi principali:

- 1) Stordimento;
- 2) Ricerca e struggimento;
- 3) Disorganizzazione e disperazione;
- 4) Riorganizzazione.

Come scrive Bowlby (1980), nella fase dello *stordimento*, che solitamente può durare da alcuni minuti a qualche giorno, sono presenti le prime reazioni di shock ed incredulità; essa è caratterizzata da dolore ed emozioni intense. Segue poi la fase della *ricerca e struggimento* per la persona perduta, che dura di solito qualche mese e a volte si protrae per qualche anno. In questo periodo è presente soprattutto la collera, che può essere rivolta verso sé stessi (perché magari si pensa di non essere riusciti a evitare l'accaduto o di non essere stati abbastanza presenti per la persona che è venuta a mancare), può essere indirizzata verso altre persone (convinti del fatto che in qualche modo hanno avuto una

responsabilità nella morte del proprio caro), o addirittura può essere rivolta al deceduto stesso. In questo stadio, la persona può vivere in uno stato di perenne allarme, ipervigilanza, soffrire di insonnia, irrequietezza, e avere pensieri incentrati esclusivamente sulla persona defunta. Le manifestazioni di rabbia e pianto sono reazioni tipiche dei bambini quando cercano di recuperare la vicinanza della madre; in questa situazione, esse hanno la funzione di aiutare il soggetto sofferente a richiamare la persona o di attirare l'attenzione degli altri: “Pertanto la collera va vista come una componente comprensibile dello sforzo, pressante anche se infruttuoso, fatto da una persona orfana per riallacciare il legame che è stato rotto” (Bowlby, 1980, pag. 115). Finché la rabbia è protagonista nei pensieri e nei comportamenti significa che la persona spera ancora, in modo conscio o inconscio, in un ritorno del proprio caro. Se questo fatto persiste nel tempo, può creare difficoltà nel processo del lutto e portare a derive patologiche. Piano piano questi sentimenti dovrebbero lasciare il posto a una maggiore consapevolezza della situazione: questo è il momento della *disorganizzazione e disperazione* dove, dopo un lungo processo di sofferenza, si arriva alla rassegnazione e accettazione della morte “Perché il lutto abbia un decorso favorevole, sembra indispensabile che la persona che lo sperimenta sopporti il tormento emotivo ch'esso comporta” (Bowlby, 1980, pag. 117) e inoltre si decostruiscono i MOI. L'ultima fase del processo è quella della *riorganizzazione*, in cui la persona capisce che ogni sforzo di ricerca è inutile e la perdita è irreversibile. Se il decorso segue uno sviluppo lineare, la persona inizia ad accettare la nuova condizione e a ristrutturare i MOI, e i suoi sforzi saranno concentrati soprattutto nel trovare un nuovo equilibrio, interiorizzando il legame con il defunto e modificando la propria immagine di sé nel mondo: “Questa ridefinizione di sé stesso e della situazione è penosa quanto cruciale, se non altro perché significa rinunciare definitivamente alla speranza di recuperare la persona perduta e di instaurare nuovamente la vecchia situazione” (Bowlby, 1980, pag. 118). Come spiega Bowlby (1980): “Ovviamente tali fasi non sono distinte nettamente, e il singolo individuo può oscillare avanti e indietro tra l'una e l'altra” (pag. 107). Un aspetto fondamentale da sottolineare è che Bowlby, a differenza di Freud, non vede la fine del processo del lutto come un definitivo distacco dalla persona, un disinvestimento per investire nuovamente in qualcos'altro, ma piuttosto come una trasformazione del rapporto con la persona, che viene integrata nel mondo interiore, modificando il legame, senza cancellarlo (Onofri et al., 2015). Seguendo le affermazioni di Bowlby, riguardanti la dinamicità e flessibilità del processo di lutto, è necessario citare il contributo della psichiatra svizzera Elisabeth Kübler-Ross (1969). All'inizio dei suoi

studi, l'autrice ha focalizzato le sue ricerche sulla condizione delle persone a cui era stata diagnosticata una malattia con prognosi infausta, introducendo il concetto di “lutto anticipatorio”. In un secondo momento, i suoi studi sono stati utilizzati anche per i familiari dei malati terminali e successivamente impiegati per spiegare i processi del lutto completo (De Leo, 2023). Nel lutto anticipatorio, mentre il malato è ancora in vita, la persona affronta diversi compiti per prepararsi all'evento (Krüll, 2008):

- I. Accettare che la morte sia un evento inevitabile, pur oscillando tra sentimenti di consapevolezza e negazione;
- II. Affrontare la paura per quello che succederà e per come si affronterà;
- III. Iniziare a prendere in considerazione l'idea di doversi sostituire alla persona morente.

Più la malattia avanza e più diventa difficile rapportarsi con il malato: può succedere che avvenga un distacco emotivo da parte di entrambi, per le varie difficoltà che si incontrano e si provano, oppure si può diventare premurosi in modo esagerato, rischiando di incidere negativamente sul benessere della persona malata. Come detto precedentemente, le fasi teorizzate dalla psichiatra non seguono una sequenza temporale predefinita ma si possono presentare anche in un ordine diverso, e l'individuo può avere dei momenti di regressione e oscillamento. In particolare, le fasi individuate sono cinque (De Leo, 2023):

- Negazione;
- Rabbia;
- Contrattazione o patteggiamento;
- Depressione;
- Accettazione.

Nella prima fase, quella della *negazione*, la persona respinge l'idea che l'evento sia accaduto, e questo soprattutto accade nei casi di morte improvvisa. In questi primi momenti, le persone possono comportarsi come se la persona fosse ancora presente, e, solo con il tempo, questa sensazione di irrealtà lascia spazio ad una maggiore consapevolezza, che viene espressa in diversi modi, ad esempio dando valore a tutto ciò che connette al defunto. La fase seguente, quella della *rabbia*, può non essere vissuta da tutti ma, se si presenta, può essere molto difficile da riconoscere, accettare e superare. Si può scoprire di provare collera verso sé stessi, verso altri, verso Dio o addirittura verso il

deceduto, e questo può essere difficile da accettare e può far paura. Gli sforzi per superare la rabbia possono costare molto e impedire il processo del lutto. La terza fase, quella del *patteggiamento*, apre la strada a una lenta e dolorosa accettazione della realtà, lasciando spazio a diversi sentimenti come la colpa, il rimorso, l'autoaccusa, i rimpianti, la nostalgia e la consapevolezza di dover in qualche modo reagire alla mancanza della persona. Non appena si rende conto dell'irreversibilità della perdita, la persona attraversa la fase della *depressione*, che non va intesa in senso patologico, ma viene definita così per porre l'enfasi sugli aspetti di dolore e tristezza che vengono provati. È una fase molto delicata, che, se non affrontata con un adeguato supporto, può sfociare in qualcosa di cronico da cui è difficile uscire: fondamentali quindi sono la vicinanza della famiglia e il supporto dalle persone vicine nell'affrontare e nel riprendere i compiti quotidiani. L'ultima fase è quella dell'*accettazione*, non priva di sofferenza, ma che porta la persona a integrare l'esperienza dolorosa nella propria vita, riorganizzandosi e trovando un nuovo equilibrio, diverso dal precedente. È importante sottolineare che il processo del lutto non si può mai definire concluso: è un lavoro in divenire, che porta a piccoli passi verso un benessere con caratteristiche sicuramente diverse rispetto a prima, ma che permetteranno di affrontare la vita con più risorse e consapevolezza (Colusso, 2012). Un modello con un approccio di tipo cognitivista è quello della studiosa Therese Rando (1993), chiamato dei *Processi R*, dove vengono presentati i sei principali processi che affronta una persona in lutto. Questo modello aiuta i clinici a capire più facilmente quando una persona si trova a vivere un lutto complicato, poiché non è riuscita a superare un determinato processo. Anche in questo caso, l'autrice afferma che la teoria non ha un carattere stadiale, ma è piuttosto una cornice di riferimento per chi lavora nelle relazioni d'aiuto. I *processi R*, pur essendo entità distinte e separate, possono essere raggruppati in tre fasi principali: *evitamento*, *confronto* e *accomodamento* (vedi Fig.1).

Fase di evitamento	RICONOSCERE la realtà della perdita – Prendere coscienza della morte della persona cara – Comprendere le circostanze della morte della persona cara
Fase di confronto	REAGIRE alla separazione – Vivere la sofferenza – Sentire, identificare e accettare tutte le reazioni psicologiche alla perdita, dando loro una qualche forma di espressione – Identificare gli aspetti secondari legati alla perdita e lasciare che le loro conseguenze vengano esperite RICORDARE la persona amata e la relazione con lei – Ricordare in maniera realistica – Rievocare e riesperire le emozioni associate ai ricordi RINUNCIARE al vecchio legame di attaccamento con la persona amata e al precedente mondo di assunti
Fase di accomodamento	RIADATTARSI in maniera adattiva al nuovo mondo dopo la perdita, senza dimenticare quello precedente – Rivedere il proprio mondo di assunti – Sviluppare una nuova relazione con il defunto – Adottare nuove modalità di stare al mondo – Sviluppare una nuova identità REINVESTIRE

Fig. 1 – I sei *processi R* di Rando (Solomon, 2022)

La prima fase, quella di evitamento, corrisponde al primo processo, quello del “Riconoscere la realtà della perdita”, che comporta il prendere coscienza della morte della persona cara e comprendere le circostanze della sua morte. In questo stadio iniziale la persona è confusa, incredula, e può addirittura arrivare a negare quanto accaduto. Nella fase del confronto troviamo tre processi distinti: “Reagire alla separazione”, vivendo la sofferenza, riconoscendo e accettando le reazioni psicologiche alla perdita, identificando gli aspetti secondari dell'evento e affrontando le sue conseguenze; “Ricordare la persona amata e la relazione con lei”, ripensando e rievocando le emozioni; “Rinunciare al vecchio legame di attaccamento con la persona amata e al precedente mondo di assunti”. In questa fase centrale si esperiscono le emozioni più intense e dolorose: la persona oscilla tra ansia, irritabilità, collera, colpa, poiché vive sentimenti contrastanti mano a mano che prende coscienza della situazione. Nell'ultima fase, la persona è impegnata nel “Riadattarsi in maniera adattiva al nuovo mondo dopo la perdita, senza dimenticare quello precedente” e nel “Reinvestire”, il che significa rivedere il proprio mondo di assunti, sviluppare una nuova relazione con il deceduto, adottare nuove modalità di stare al mondo e sviluppare una nuova identità (Solomon, 2022). Riprendendo la linea teorica seguita da Bowlby, Klass, Silverman e Nickman (1996) hanno proposto un altro modello del lutto chiamato dei *Continuing bonds* (legami duraturi), dove affermano che l'elaborazione del lutto non consiste nel recidere completamente il legame con il defunto, come affermava precedentemente Freud, ma piuttosto nel coltivarlo e trasformarlo in qualcosa di diverso, accettando la realtà della morte. In questo modo il lutto non diventa un processo destinato a terminare, quanto piuttosto una connessione con la persona amata che non si esaurisce, anzi si modifica e trasforma nel tempo (Solomon, 2022). “Le relazioni continuate ci sono d'aiuto perché ci consolano, ci tranquillizzano e ci sostengono facilitando il collegamento tra il passato e il futuro (Krüll, 2008, pag. 140). Le teorie presentate finora si sono concentrate nel definire e nel distinguere le varie fasi del lutto. Il *Modello del processo duale* di Stroebe e Schut (1999), a stampo cognitivo-comportamentale, pone invece il focus sulla dinamica del processo del lutto, sul “come” si può affrontare, individuando i compiti (*task mourning*) che le persone mettono in atto per adattarsi alla nuova situazione (Testoni, 2015). Come spiega De Leo (2023), gli autori sostengono che un giusto adattamento al lutto è il risultato dell'oscillazione tra pensieri ed emozioni legate alla perdita della persona cara (Orientamento alla perdita), ed azioni e comportamenti volti a ricostruire un nuovo equilibrio di vita (Ritorno alla vita) (vedi Fig. 2).

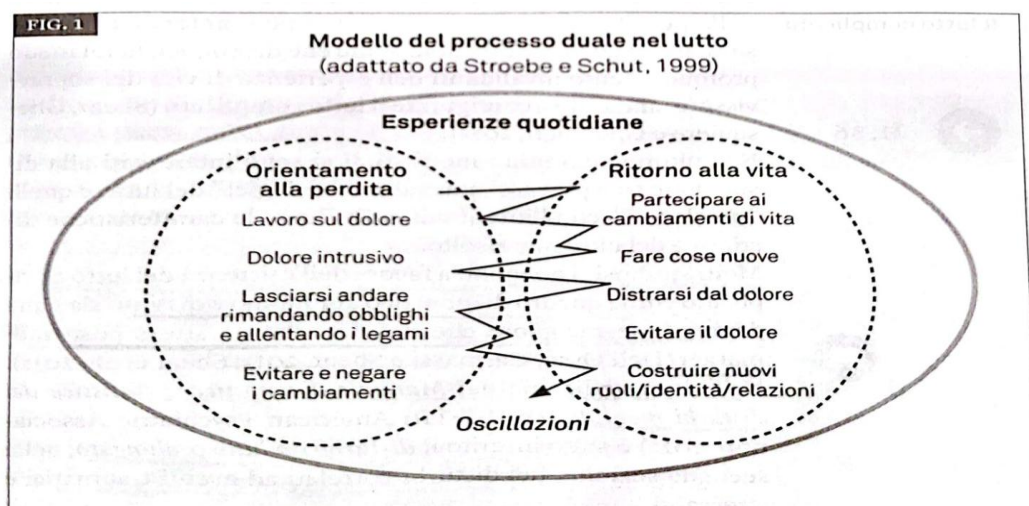


Fig. 2 – Modello del processo duale nel lutto (De Leo, 2023)

La persona che vive un lutto fluttua quindi tra sentimenti contrastanti: da una parte, la persona cerca di mantenere il legame con il defunto, vivendo la propria sofferenza interiore e cercando in tutti i modi di trovare un senso di vicinanza, ricordandola e provando una forte nostalgia; dall'altra, si sforza per riprendere le attività quotidiane per cercare di affievolire e allontanare il dolore. Se in un primo momento è lecito e normale avere un orientamento alla perdita, per le emozioni intense di tristezza esperite, con il passare del tempo si dovrebbe cercare un ritorno alla vita lasciando spazio ad altri tipi di sentimenti. Questo modello sottolinea l'importanza dell'esistenza di entrambi i bisogni: un notevole sbilanciamento e staticità verso uno dei due poli può causare delle complicanze nel processo portando a comportamenti che bloccano l'individuo nell'elaborazione del lutto, in una sorta di stallo, oppure lo portano ad evitare, negare e non vivere il dolore. Il modello duale si può comprendere alla luce della teoria dell'attaccamento di Bowlby, perché, quando la persona è orientata alla perdita, attiva il suo sistema di attaccamento, rivivendo tutti i sentimenti legati alla persona cara, mentre quando è orientata alla risoluzione vi è una disattivazione dell'attaccamento e dei sentimenti di dolore per cercare di adattarsi e di assumere nuovi ruoli (Solomon, 2022).

1.3 Il processo del lutto e le sue manifestazioni

Gli autori citati hanno aperto la strada a un dibattito sui processi e le dinamiche del lutto e ancora adesso sono punti di riferimento per tutte quelle persone che sono interessate a

questo ambito. Oggi sono numerose le teorie sul lutto che possono essere integrate alle precedenti e che si differenziano tra loro soprattutto per l'approccio a cui fanno riferimento. Come hanno spiegato i vari autori, l'elaborazione del lutto non segue un andamento definito, ma, in linea generale, integrando insieme i diversi modelli, si possono riconoscere tre ampie fasi (Solomon, 2022):

- Shock ed evitamento;
- Presa di coscienza e impatto emotivo;
- Accomodamento.

Le reazioni ed emozioni che entrano in gioco sono varie e soggettive, e, in linea generale, è importante non considerarle come patologiche ma come normali risposte a una situazione difficile da accettare e dolorosa. Le reazioni emotive legate alla perdita sono diverse: shock, ottundimento, tristezza, rabbia, colpa e autoaccusa, ansia, solitudine, struggimento, affaticamento, impotenza o sollievo. Le sensazioni fisiche possono manifestarsi come un senso di vuoto allo stomaco, senso di costrizione nel petto o alla gola, ipersensibilità ai rumori, depersonalizzazione o derealizzazione, affanno e mancanza di respiro, debolezza muscolare, mancanza di energia, bocca secca, dolori fisici, battito e/o pressione sanguigna elevati e problemi digestivi. Per quanto riguarda i pensieri che affollano la testa, si può provare incredulità, preoccupazione, sensazione che la persona sia ancora presente, allucinazioni, valutazioni del sé negative e difficoltà ad accedere a ricordi positivi. Infine, tra i comportamenti legati alla perdita, si possono manifestare disturbi del sonno, sognare la persona perduta, singhiozzo e pianto, iperattività, alterazioni dell'appetito, aumentata distraibilità, ritiro sociale e ricerca della persona perduta (Solomon, 2022).

1.4 Lutto normale e lutto patologico

“Il lutto, per quanto doloroso, è considerato una risposta fisiologica, istintiva e solitamente da non medicalizzare, anche quando altera l'equilibrio di chi lo subisce” (Carmassi et al., 2016, pag. 231). Già dai primi studi sulle dinamiche del lutto, diversi autori avevano cercato di non patologizzare questo processo, identificando ed elencando le emozioni e reazioni vissute da un individuo che subisce una perdita. Come riportano

Onofri et al. (2015), già Lindemann nel 1944 aveva cercato di elencare le reazioni normali ad una situazione luttuosa, individuando:

1. Disturbi somatici di vario tipo;
2. Preoccupazioni riguardanti l'immagine del defunto;
3. Sensi di colpa nei confronti della persona scomparsa o delle circostanze di morte;
4. Reazioni ostili;
5. Perdita della capacità funzionale preesistente;
6. Tendenza ad assumere tratti comportamentali tipici del defunto.

Tra le teorie sul lutto, è fondamentale il contributo di Parkes, che negli anni '70 a Londra aveva curato per un anno un gruppo di vedove: questo gli aveva permesso di formulare una classificazione delle fasi del lutto e di cogliere gli aspetti e i comportamenti comuni vissuti dalle persone. L'autore aveva definito sette fasi del lutto: negazione ed evitamento della perdita, reazioni di allarme (ansia, irrequietezza, lamentele somatiche), ricerca (come spinta irrazionale a ritrovare la figura persa), rabbia e colpa, sensazione di vuoto interiore, adozione di tratti o gesti del defunto, accettazione e risoluzione (Carmassi et al., 2016). Il lavoro di Parkes è considerato un classico tra gli studiosi del lutto, tanto che anche Bowlby (1980) si ritiene debitore a questo per le sue ricerche. Nel libro vengono elencati i vari processi coinvolti in un processo di lutto che si può definire sano:

- a) processi che provocano nella persona colpita dal lutto stordimento e impossibilità di pensare a quanto accaduto;
- b) processi volti ad allontanare l'attenzione e le attività da pensieri e ricordi penosi, dirigendoli verso qualcosa di neutro e piacevole;
- c) processi che tengono in vita la convinzione che la perdita non sia permanente e che sia ancora possibile ritrovarsi col congiunto;
- d) processi che conducono ad ammettere che la perdita è effettivamente avvenuta, accompagnati dal sentimento che nondimeno persista un legame con la persona perduta, che spesso si manifesta in una sensazione continua della sua presenza.

Bowlby (1980) spiega che non necessariamente alcune emozioni o comportamenti compaiono solo nelle varianti patologiche del lutto, ma possono essere presenti, in grado maggiore o minore, anche in un decorso "normale": anzi, alcune difese che vengono messe in campo dal nostro cervello nei momenti immediati alla perdita e nelle settimane successive sono funzionali ad un graduale adattamento. Quello che incide sul definire un

processo come patologico è il grado di compromissione funzionale dell'individuo. Un lutto si può definire risolto se si è riusciti ad attraversare, accettare e “portare a termine” diversi compiti di questo difficile e doloroso processo. Un esito positivo nel processo di lutto ci permette di non avere più pensieri fissi e negativi legati all'evento, sulle circostanze della morte, sul perché è avvenuta o nel cercare di trovare un colpevole o addirittura di auto-colpevolizzarsi. Comporta accettare che la persona non tornerà più, ma ricordarla con sentimenti di affetto, riconoscendo il bene che ha donato. Forse è questo il passo più importante e il compromesso migliore che si può raggiungere: accettare l'assenza fisica della persona, ma integrare la sua presenza dentro sé stessi, trasformando il proprio legame con lei (Onofri *et al.*, 2015). Non sempre però il lavoro del lutto ha un esito positivo: spesso il dolore persiste, crea degli scompensi o viene negato. Quando la persona, invece che ammettere la perdita e integrarla nella storia della sua vita, rivedendo i suoi assunti di base e credenze, continua a rimanere in una sorta di stallo, di sofferenza e di negazione, allora il lutto diventa potenzialmente patologico. “Un lutto che non si elabora provoca una cesura nella quotidianità e nel dipanarsi dell'evoluzione relazionale, cognitiva e affettiva, che è all'origine dello sradicamento e della perdita dei punti di riferimento della collocazione spazio-temporale, della separazione dalle proprie origini” (Colusso, 2012, pag. 25). Il lutto, quando non viene risolto, integrato, accettato, diventa un lutto che può assumere diverse forme con derive patologiche e trasformarsi in un lutto complicato. Uno dei primi autori che si è occupato di descrivere alcune caratteristiche del lutto con varianti patologiche è stato Lindemann negli anni '40 (Onofri *et al.*, 2015). L'autore declinò diverse variabili che potevano essere presenti nel cordoglio acuto normale, ma che, se persistevano, potevano diventare veri e propri sintomi per un lutto non risolto:

1. Iperattività senza la sensazione consapevole della perdita;
2. Presentare sintomi appartenenti all'ultima malattia del defunto;
3. Una malattia medica di riconosciuta origine psicosomatica;
4. Un'alterazione marcata nelle capacità di relazionarsi con amici e parenti;
5. Ostilità rabbiosa verso persone specifiche;
6. Comportamento formale e inespressivo, con affettività e comportamenti simili a quadri di appiattimento schizofrenico;
7. Riduzione durevole delle interazioni sociali;
8. Comportamenti dannosi per il proprio benessere sociale ed economico;
9. Depressione agitata.

1.5 Variabili che influiscono sul processo del lutto

Esistono diversi fattori che influiscono sul processo del lutto e possono essere, a seconda della loro essenza o della storia e della personalità delle persone coinvolte, fattori sia protettivi sia di rischio nell'elaborazione. Già Bowlby (1980) aveva dedicato parte dei suoi studi all'identificazione di alcune variabili che ricoprivano un ruolo cruciale nell'elaborazione del lutto e le aveva classificate in questo modo:

- identità e ruolo della persona perduta;
- età e sesso del superstite;
- cause e circostanze della perdita;
- circostanze sociali e psicologiche in cui si trova il superstite al momento della perdita e successivamente;
- personalità del superstite, con particolare riguardo alla sua capacità di stabilire rapporti d'amore e di reagire a situazioni stressanti.

L'ultimo punto è uno dei più importanti, dato che il tipo di organizzazione del comportamento del superstite e i suoi modi di reagire a situazioni stressanti possono essere una risorsa o diventare degli ostacoli per l'elaborazione. Diversi studi hanno dimostrato infatti che persone che vivono un lutto con decorso patologico sono inclini, anche prima di subire una perdita, a stabilire relazioni affettive di un certo tipo, caratterizzate da sentimenti di ansia, ambivalenza, evitamento o eccessivo attaccamento. L'autore ha suddiviso questi tipi di personalità in tre diverse categorie: persone con disposizione a stabilire rapporti ansiosi e ambivalenti, persone con disposizione a prendersi coattivamente cura di altri (oblatività), e infine disposizione ad affermare di essere indipendenti da legami affettivi. Riprendendo la Teoria dell'attaccamento, vediamo come il tipo di legame con le figure di riferimento giochi un ruolo importante nelle risposte conseguenti a una perdita: “Gli stili di attaccamento possono essere concettualizzati come reti mnestiche organizzate attorno alle interazioni bambino-*caregiver*, immagazzinate come ricordi che guidano le interazioni interpersonali successive e costituiscono la base delle informazioni emotive riguardo sé e gli altri” (Solomon, 2022, pag. 93). La Rosa e Onofri (2015) spiegano che le persone che hanno sviluppato un attaccamento sicuro riusciranno ad adattarsi meglio alla nuova condizione post lutto e riusciranno a trovare un senso e integrarlo nella propria storia di vita, seppur

provando sofferenza e tristezza. Le persone con attaccamento insicuro risconteranno invece maggiori difficoltà e un dolore persistente. Nello specifico, le persone con un attaccamento evitante tenderanno propriamente ad evitare, allontanare e rifiutare ogni manifestazione di cordoglio e vicinanza delle persone intorno, isolandosi progressivamente. Le persone con questo tipo di attaccamento cercano di sminuire l'importanza della relazione sia con il defunto sia con le persone che gli vorrebbero dare conforto, avendo paura di perdere il controllo delle emozioni e di cadere in una patologia depressiva. Cercano di evitare la perdita, rifiutando i ricordi, le visite e tutto ciò che è legato al defunto. Ci possono essere anche vissuti di rabbia. Le persone con stile di attaccamento ambivalente invece rispecchiano perfettamente le modalità di relazione esperite nell'infanzia, e per questo motivo tendono a ricercare continue rassicurazioni da parte del terapeuta, degli amici o delle persone vicine, senza però mai esserne convinte o soddisfatte. L'elaborazione del lutto avviene in modo molto lento e si ha difficoltà nel ricordare: vi è un incessante bisogno di ricerca di rassicurazioni e consolazioni, che però non vanno mai ad alleviare lo stato in cui si trova la persona, generando questo sentimento di ambivalenza. Infine, le persone con attaccamento disorganizzato sono persone che nell'infanzia hanno vissuto situazioni particolarmente traumatiche e soprattutto hanno avuto figure di riferimento abusanti, spaventanti, per cui, al momento della perdita di una persona cara, riattivano tutto il sistema traumatizzante vissuto nell'infanzia, vivendo situazioni difficili da gestire, con anche la presenza di fenomeni di depersonalizzazione, derealizzazione e sintomi dissociativi. Bowlby (1980) delinea anche la personalità dei soggetti che invece riescono a elaborare il lutto in modo positivo, descrivendole come persone che hanno interiorizzato un modello di rappresentazione delle figure di attaccamento disponibili a rispondere alle richieste in maniera adeguata: questi soggetti hanno potuto quindi sviluppare una valutazione di sé come persone degne di amore e di valore. Questo avviene grazie a delle esperienze infantili positive, accompagnate da figure di riferimento in grado di essere presenti e di appoggio, e da altri rapporti significativi vissuti nel corso della vita. Nonostante le premesse, non significa che questo tipo di persone siano esenti dal dolore, ma sicuramente avranno degli strumenti e delle risorse in più che li aiuteranno ad affrontare eventuali perdite, senza provare sentimenti di abbandono o rifiuto tipici di un decorso patologico. L'ultimo punto elencato da Bowlby è stato ripreso da diversi autori, che hanno sottolineato quanto sia fondamentale il tipo di relazione con il defunto e la natura dell'attaccamento. Onofri et al., (2015) affermano che è importante conoscere:

- La forza dell'attaccamento: conoscere l'identità e il ruolo del defunto per comprendere il grado di coinvolgimento e di sofferenza provato dalla persona;
- La sicurezza dell'attaccamento: se la persona percepiva il defunto come un punto cardine nella sua vita, per la sua sicurezza e autostima, il dolore per la sua perdita e la possibilità di sviluppare comportamenti ansiosi saranno elevati;
- L'ambivalenza nella relazione: capire se i sentimenti negativi e positivi sono presenti in ugual misura o se vi è un eccesso di sentimenti negativi che portano la persona a sviluppare sentimenti di colpa;
- Conflitti con il defunto: se la relazione era caratterizzata da continui litigi, conflitti e questioni sempre aperte e mai concluse, questo può portare la persona a sperimentare colpa o rabbia;
- Relazioni dipendenti: viene evidenziato quanto la persona dipendeva affettivamente ma anche praticamente dal defunto, perché l'assenza di quest'ultimo può provocare ansia, preoccupazioni per il futuro e bassa autostima.

Rifacendosi alle variabili individuate da Bowlby, Onofri *et al.*, (2015) hanno suddiviso i fattori che influenzano il processo del lutto in tre categorie:

1. situazioni che hanno causato la perdita;
2. caratteristiche della persona che ha subito il lutto;
3. contesto interpersonale.

Situazioni che hanno causato la perdita

Uno dei fattori che più influiscono nell'elaborazione del lutto è il tipo di morte e le sue circostanze. Perdere una persona in modo improvviso e in situazioni violente e traumatiche incide fortemente. Tuttavia, non bisogna dimenticare che anche perdere un proprio caro dopo una lunga malattia può essere destabilizzante, a causa delle energie spese e del coinvolgimento intenso. Rando (1993) ha suddiviso le morti che possono portare a un lutto complicato in tre categorie:

- Morti improvvise e inattese associate a circostanze traumatiche;
- Morti dopo malattie particolarmente lunghe;
- Morti che il sopravvissuto percepisce come evitabili: la persona pensa che il proprio caro non ci sia più per colpa di qualcuno, per negligenza, disattenzione o premeditazione. Tutto questo genera rabbia, ruminazione e un forte senso di

ingiustizia.

Negli Stati Uniti viene utilizzato l'acronimo *NASH* per classificare le cause principali di morte: morte naturale (*Natural*), morte accidentale (*Accidental*), per suicidio (*Suicidal*) e per omicidio (*Homicidal*). A queste quattro, Pearlman e collaboratori (2014) hanno aggiunto quella del disastro naturale o doloso. La pandemia del Covid-19 potrebbe rientrare nella categoria del disastro naturale, ma è meglio considerarla a parte (Solomon, 2022).

Caratteristiche della persona che ha subito il lutto

In questa area ci sono diverse componenti come il genere, le variabili di personalità e l'età. Per quanto riguarda il genere, gli studi dimostrano che, nel caso di perdita del partner, gli uomini hanno più difficoltà nel reagire e la maggior parte delle volte sviluppano sentimenti depressivi, poiché spesso fanno affidamento sulla donna per la cura della casa, per le relazioni sociali e per la loro salute, a differenza delle donne, che possono contare sulle amicizie e tendono a isolarsi di meno. Nel caso di perdita di un figlio, invece, sembra che i padri, pur provando un'intensa sofferenza psicologica, reagiscano meglio rispetto alle madri, che spesso vengono sopraffatte da sentimenti di depressione e ansia. Anche il tipo di personalità gioca un ruolo importante nel determinare in che modo la persona affronta il lutto: persone con un buon livello di autostima, con una predisposizione all'ottimismo e stili di coping centrati sulle emozioni e su come affrontare i problemi sono preziose risorse. Per quanto riguarda la personalità dell'individuo, dobbiamo anche considerare lo stile di attaccamento (Bowlby, 1980). Anche l'età della persona che subisce un lutto influisce sulle modalità di elaborazione: diversi studi affermano che, se è vero che una persona colpita da un lutto in giovane età può far più fatica ad accettarlo perché può essere un evento inaspettato, allo stesso tempo ha più risorse per riuscire a metabolizzarlo rispetto alle persone più grandi o anziane (Onofri et al., 2015).

Contesto interpersonale

Questa area riguarda principalmente il contesto socio-culturale della persona che ha subito il lutto e le sue modalità di rapportarsi con gli altri. Sebbene la morte sia un evento universale, ogni cultura determina proprie norme sociali per rapportarsi con essa, tanto che sono stati definiti per tutte le società tre *pattern* generali di risposta:

- Accettazione della morte;

- Rifiuto della morte;
- Negazione della morte.

Le società più primitive hanno un atteggiamento di accettazione della morte, poiché la considerano come uno degli aspetti imprescindibili e naturali della vita umana. Il rifiuto della morte lo possiamo trovare in culture come quella degli antichi egizi, dove non accettavano di credere che la morte portasse via qualcosa e per questo motivo costruivano piramidi per contenere tutto quello che sarebbe servito al faraone nella sua vita dopo la morte. Le società più moderne, occidentali, come la nostra ad esempio, hanno un atteggiamento più che altro di negazione della morte: viene vista come un qualcosa che provoca disagio, a cui è meglio non pensare, ed è un evento che viene sempre più spesso relegato in specifici contesti come quelli ospedalieri. Inoltre vengono sempre più ridotti i rituali di condivisione del dolore e di commemorazione che si facevano in passato, rendendo la morte sempre più un fenomeno privato. Ovviamente, al di là del contesto di appartenenza, la stessa personalità dell'individuo e le sue esperienze di vita influenzano il modo di vivere un lutto. Ci sono persone che percepiscono un forte sostegno sociale, vicinanza e comprensione da parte della famiglia, degli amici e delle persone strette e altre che invece si isolano, sentendo difficoltà da parte degli altri di fornire aiuto e quasi una pressione a dover tornare a gestire i compiti quotidiani come se nulla fosse successo (Onofri et al., 2015).

1.6 Le diverse forme del lutto

Il lutto non risolto viene definito patologico, aggravato o complicato, e nel corso degli anni diversi autori hanno cercato di classificare le sue tipologie. Parkes nel 1965 fece una delle prime distinzioni tra lutto normale e patologico, distinguendo quest'ultimo in tre varianti (De Leo, 2023):

1. lutto *cronico*: in cui si riscontra una maggiore intensità e durata della sofferenza rispetto al lutto normale;
2. lutto *inibito*: apparentemente non si vivono reazioni a seguito della perdita;
3. lutto *ritardato*: in cui c'è un'inibizione della sofferenza da parte della persona in lutto.

Solomon (2022) elenca le descrizioni proposte da Worden (2018) per le quattro varianti del lutto complicato:

1. lutto cronico/prolungato;
2. lutto ritardato;
3. lutto esagerato;
4. lutto mascherato.

Lutto cronico/prolungato

La caratteristica principale di questo tipo di lutto è la sua durata eccessiva: la persona sembra non riuscire a superare il dolore e non voler accettare la perdita. Le reazioni possono essere spropositate a causa di conflitti non risolti con il defunto, oppure perché, a causa della perdita, si sono riattivati sentimenti legati a separazioni vissute nell'infanzia. La persona spesso è consapevole del suo malessere e arriva a chiedere aiuto proprio perché, dopo anni si rende conto di non essere riuscita a elaborare l'accaduto, che gli provoca ancora molta sofferenza (Solomon 2022).

Lutto ritardato

Il lutto ritardato viene spesso chiamato anche *inibito* o *congelato* proprio per sottolineare il fatto che, al momento della perdita, le reazioni ed emozioni sono ridotte al minimo. Questo accade per motivi legati alla personalità del soggetto o perché, per circostanze particolari, la persona non può o non vuole esprimere il proprio dolore. Il lutto ritardato si presenta quando la persona vive le emozioni legate alla perdita molto tempo dopo, a seguito di un lutto successivo o di un evento stressante. Spesso, le persone che hanno perso qualcuno in un incidente o perché è stato vittima di un omicidio hanno avuto a che fare con la giustizia, con processi lunghi, con situazioni che richiedevano massima concentrazione e che non hanno permesso loro di avere il tempo e lo spazio per esprimere il proprio dolore. Il lutto inibito o assente può essere indicatore di una persona con uno stile di attaccamento evitante, per cui i sentimenti che si provano tendono a essere nascosti, non esibiti o minimizzati (Solomon, 2022).

Lutto esagerato

Come dice la parola stessa, in questo tipo di lutto la persona ha la sensazione di essere letteralmente sopraffatta dal dolore e di non riuscire a vivere senza la persona che è venuta a mancare. Le reazioni alla perdita sono ingigantite e la persona ne è consapevole pur non

riuscendo a controllarle. Le persone vivono sentimenti talmente forti e invalidanti che sono portate a chiedere un aiuto psicologico per andare avanti. In questi casi il rischio di sviluppare patologie gravi è molto alto: si possono presentare depressione, disturbi d'ansia, disturbi da stress post-traumatico, fobie sulla morte o abusi di alcol o sostanze stupefacenti (Solomon, 2022).

Lutto mascherato

In questo caso, la persona ha reazioni intense che interferiscono sulla sua vita a diversi livelli, ma non riconosce che questo mal funzionamento è legato alla perdita subita. Molto spesso il dolore è talmente forte che la persona non riesce ad elaborarlo razionalmente, e lo stesso sfocia in disturbi organici o psicosomatici. Questa forma di lutto, come anche quella precedente del lutto *esagerato*, comporta una serie di sintomi che spesso portano l'individuo a ricevere una diagnosi psichiatrica o medica ufficiale. Quando il terapeuta riesce a far comprendere al paziente che i suoi disturbi sono collegati al lutto subito, nella maggior parte dei casi si ha un miglioramento delle condizioni cliniche (Solomon, 2022).

Un'altra variante che alcuni autori trattano è quella del lutto *traumatico*, ovvero quel tipo di perdita che avviene per cause improvvise e violente, come ad esempio incidenti, disastri naturali, suicidi, omicidi, guerre, e che possono portare a un lutto prolungato (Testoni 2015). Un'altra forma di lutto da considerare è il lutto *negato*, quel tipo di perdita per cui la persona, per vari motivi, non può esprimere i propri sentimenti perché non sono accettati o riconosciuti nel suo contesto sociale, come ad esempio essere l'amante di un uomo o una donna sposata, aver perso un bambino in gravidanza, scegliere di abortire, casi in cui la persona è morta per overdose, per incidente stradale in stato di ebbrezza, per malattie sessualmente trasmissibili o per suicidio, che è ancora oggi è una delle morti più stigmatizzate (Krüll, 2008).

1.7 Il disturbo da lutto prolungato (Prolonged Grief Disorder, PGD)

Il lutto, nonostante sia un evento universale, può avere effetti negativi e invalidanti sulle persone: diversi studi hanno dimostrato che una percentuale compresa tra il 10 e il 20% della popolazione che ha subito una perdita sviluppa sintomi negativi e persistenti (Solomon, 2022). Nell'ultima edizione ampliata e aggiornata del Manuale Diagnostico e

Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR) dell'*American Psychiatric Association* (2022), gli studiosi si sono impegnati per classificare i sintomi legati alla perdita di una persona cara come un disturbo a sé stante, con una propria entità distinta da altre tipologie di disturbi in cui in precedenza veniva incluso, come ad esempio il Disturbo da Stress Post-Traumatico o la Depressione Maggiore (De Leo, 2023). Oggi, quindi, si può trovare il Disturbo da Lutto Prolungato (*Prolonged Grief Disorder; PGD*) all'interno del manuale, nella sezione dedicata ai “Disturbi Correlati a Eventi Traumatici e Stressanti”, in cui l'elemento comune è appunto l'essere stati esposti ad un evento particolarmente traumatico o stressante. I disturbi che fanno parte di questa area sono:

- Disturbo reattivo dell'attaccamento;
- Disturbo da interazione sociale disinibita;
- Disturbo da stress post-traumatico (PTSD);
- Disturbo da stress acuto;
- Disturbi dell'adattamento;
- Disturbo da lutto prolungato.

La necessità di riconoscere il Disturbo da Lutto Prolungato è dipesa dal fatto che, nonostante siano ritenuti normali alcuni sintomi (come la disperazione e la disforia generale), talvolta queste reazioni possono presentarsi in maniera esagerata e per molto tempo, e per questo si è deciso di inquadrarlo dal punto di vista clinico, al fine di trattarlo in modo appropriato. Naturalmente, nelle morti improvvise o in caso di lutto traumatico, possono esserci anche delle componenti di ansia o paura, tipiche di altri disturbi come quello da Stress Post-Traumatico o d'ansia, ma la diagnosi differenziale aiuta i clinici proprio in questo lavoro di differenziazione.

Caratteristiche diagnostiche del Disturbo da Lutto Prolungato

Il Disturbo da Lutto Prolungato può essere diagnosticato solo se sono trascorsi almeno 12 mesi (6 mesi nei bambini e adolescenti) dalla morte di qualcuno che era ritenuto importante per la persona (Criterio A). Questo è il tempo che si è deciso di considerare in linea generale, ma naturalmente le risposte al lutto sono molto soggettive e dipendono da diverse variabili. Per quanto riguarda invece i sintomi specifici, affinché si possa diagnosticare il disturbo, è necessario che siano stati presenti quasi sempre dal momento della perdita e soprattutto siano presenti quasi tutti i giorni nell'ultimo mese. I sintomi

sono: un'intensa nostalgia del defunto e desiderio di vicinanza con lui, accompagnato da grande sofferenza e pianto, o pensieri e preoccupazioni inerenti la persona deceduta (Criterio B). In più, dal momento della morte, almeno tre altri sintomi si sono verificati per diversi giorni e quasi ogni giorno nell'ultimo mese, come la disgregazione dell'identità (sensazione che una parte di sé sia morta) (Criterio C1); un forte senso di incredulità verso la morte (Criterio C2); evitare di ricordare che la persona è morta (Criterio C3); intenso dolore emotivo legato alla morte (rabbia, colpa, risentimento) (Criterio C4); difficoltà nel riprendere le proprie abitudini, attività e relazioni quotidiane (Criterio C5); appiattimento della propria vita emotiva (Criterio C6); non trovare più un senso alla vita a seguito della morte (Criterio C7); provare un forte senso di solitudine (Criterio C8). La sintomatologia deve riguardare diverse sfere della vita della persona dal punto di vista sociale, occupazionale e di altre aree importanti (Criterio D). Come abbiamo accennato in precedenza, la durata e l'intensità dei sintomi devono allontanarsi molto dalle norme sociali, culturali o religiose del contesto in cui l'individuo appartiene (Criterio E). Infine, i sintomi non possono trovare giustificazione in altri disturbi mentali e non sono la conseguenza di assunzione di farmaci o sostanze come alcol o stupefacenti (Criterio F) (American Psychiatric Association, 2022).

Altre caratteristiche

La prevalenza del Disturbo da Lutto Prolungato negli adulti è sconosciuta, anche perché sono stati utilizzati metodi molto diversi nei vari studi per rilevarla. Si può dire però che individui e popolazioni esposte maggiormente a situazioni traumatiche o stressanti mostrano tassi di prevalenza più alti. Lo sviluppo e il decorso sono variabili, ma spesso il disturbo si trova in comorbidità con un Disturbo da Stress Post-Traumatico se la persona ha perso in circostanze violente una persona cara, ha rischiato di perdere la propria vita o è stato testimone di una morte traumatica. In età avanzata il fatto di perdere una persona cara può portare anche ad un deterioramento cognitivo più rapido. In bambini e adolescenti, perdere una persona importante può essere molto traumatico e influire sulle tappe dello sviluppo: per questo è importante esprimersi con un linguaggio adeguato alla loro età e alle loro capacità di comprensione, senza cercare di nascondere l'accaduto. Il Disturbo da Lutto Prolungato è più facile che si manifesti quando una persona perde un figlio o un coniuge/partner piuttosto che un'altra persona vicina o con un diverso grado di parentela. Alcune ricerche evidenziano come il disturbo sia più presente nelle donne. Gli individui con sintomi del Disturbo da Lutto Prolungato sono a più elevato rischio di

ideazione suicidaria, soprattutto se si è perso una persona in circostanze improvvise e violente o un figlio (soprattutto di età inferiore ai venticinque anni), ma la letteratura non ha ancora stabilito se i pensieri suicidari associati ai sintomi del disturbo siano collegati a un'effettiva maggiore incidenza di comportamento suicidario (American Psychiatric Association, 2022).

Diagnosi differenziale

Come abbiamo detto in precedenza, in passato il Disturbo da Lutto Prolungato non era riconosciuto come un'entità distinta, ma veniva incluso in altre categorizzazioni. Nell'ultima revisione del DSM invece, oltre a presentarlo come un disturbo a parte, è stata fatta una diagnosi differenziale con i principali disturbi con cui veniva spesso associato o confuso, come i Disturbi depressivi, il Disturbo da Stress Post-Traumatico in primis e poi con il Disturbo d'ansia da separazione e i Disturbi Psicotici.

Disturbi depressivi: pur essendoci sentimenti di tristezza e dolore anche molto intensi, c'è una differenza tra il dolore per un lutto e una depressione. Nel caso del lutto la persona prova sentimenti di tristezza e dolore inerenti alla perdita subita, mentre nel caso della depressione la persona sperimenta sentimenti di sofferenza in generale nei confronti della vita e in modo persistente, e ha una difficoltà nel provare sensazioni positive. Nel lutto episodi disforici vanno ad affievolirsi con il passare dei giorni o possono ripresentarsi con un andamento oscillatorio fino a poi scomparire del tutto. I pensieri ruminativi si riferiscono principalmente al defunto e alle circostanze della morte, mentre per la persona depressa sono aspecifici. Un'altra fondamentale differenza è che la persona in lutto preserva la sua autostima, mentre chi soffre di disturbi depressivi tende ad auto-svalutarsi. I sentimenti negativi, di rabbia, di autoaccusa, nel caso del lutto sono inerenti al defunto, perché la persona sente di non aver fatto abbastanza, di non aver fatto in tempo a dimostrare il suo affetto o a dire determinate cose, e i pensieri relativi alla morte e al morire hanno tutti lo scopo di ricongiungersi con la persona che non c'è più, piuttosto che porre fine a una vita considerata senza valore, caratteristica propria di chi è depresso.

Disturbo da stress post-traumatico: le persone che subiscono una perdita di una persona cara a seguito di eventi improvvisi, violenti e traumatici possono sviluppare sia un Disturbo da Stress Post-Traumatico (*Post Traumatic Stress Disorder – PTSD*) sia un Disturbo da Lutto Prolungato, ed entrambi possono comportare pensieri intrusivi ed

evitamento. Ci sono tuttavia delle differenze: nel PTSD i ricordi sono focalizzati soprattutto sulle circostanze dell'evento traumatico, mentre nel lutto ruotano intorno alla persona defunta e alla relazione con lei. Se nel PTSD la persona cerca di evitare ricordi, pensieri, luoghi, oggetti e situazioni che la rimandano all'evento traumatico, nel lutto l'evitamento riguarda soprattutto i ricordi e tutte quelle cose che le ricordano che la persona amata non c'è più. Inoltre, i ricordi nel PTSD riattivano le percezioni e le sensazioni vissute in quei tragici momenti, facendo rivivere nel “qui e ora” la stessa situazione alla persona, cosa che non accade nel lutto, dove invece c'è soprattutto nostalgia per il defunto e desiderio di riaverlo vicino.

Disturbo d'ansia da separazione: l'ansia è relativa all'allontanamento dalle figure di riferimento, mentre nel lutto si riferisce esclusivamente alla persona defunta.

Disturbo psicotico: nei giorni successivi al lutto e per un breve periodo può essere normale avere allucinazioni riguardanti il defunto, sensazioni di averlo vicino e altre manifestazioni che sono accettate socialmente e culturalmente dal contesto di appartenenza. Per arrivare a ricevere una diagnosi di disturbo psicotico, la persona deve manifestare altri sintomi presenti nelle psicosi, come deliri, disorganizzazione del pensiero e sintomatologia negativa.

1.8 Il disturbo da lutto prolungato nell'ICD-11 (Classificazione Internazionale delle Malattie)

Un altro importante testo di riferimento è la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) giunta all'undicesima edizione (De Leo, 2023). In questa classificazione il Disturbo da Lutto Prolungato (*Prolonged Grief Disorder, PGD*) viene trattato all'interno dei Disturbi Mentali, Comportamentali o Neuro-evolutivi nella sezione dei “Disturbi Specificamente Associati allo Stress”. Essi sono correlati all'esposizione a un evento stressante o traumatico. Per identificare un disturbo in questa categoria è quindi necessario, ma non sufficiente, individuare uno stressor specifico. Lo stressor deve essere estremamente minaccioso o di natura tragica, e viene valutato in base alla sua origine, alla sua intensità e al grado in cui compromette le principali funzionalità dell'individuo.

I disturbi che rientrano in questa sezione sono:

- Disturbo da stress post-traumatico;
- Disturbo post-traumatico da stress complesso;
- Disturbo da lutto prolungato;
- Disturbo dell'adattamento;
- Disturbo reattivo dell'attaccamento;
- Disturbo dell'impegno sociale disinibito;
- Altri disturbi specificati specificamente associati allo stress.

I requisiti diagnostici per il Disturbo da Lutto Prolungato sono:

- Lutto di una persona significativa;
- Risposta di dolore persistente e pervasiva, caratterizzata da desiderio di riconciliarsi con il defunto o ruminazione sulle circostanze della morte, accompagnata da intenso dolore emotivo (tristezza, senso di colpa, rabbia, negazione, biasimo, difficoltà ad accettare la morte, sensazione di aver perso una parte di sé, incapacità di provare umore positivo, intorpidimento emotivo e difficoltà a impegnarsi in attività sociali o di altro tipo);
- La risposta di dolore pervasiva si prolunga per un periodo di tempo molto lungo rispetto al contesto di appartenenza (più di sei mesi come minimo), anche se discostamenti da questa durata non dovrebbero essere considerati patologici se rientrano nei canoni del contesto culturale e sociale di cui fa parte l'individuo;
- Il disturbo causa una compromissione significativa in diverse aree funzionali della persona, come quella personale, familiare, sociale, educativa, lavorativa; se la persona riesce a mantenere un certo equilibrio e gestire i compiti quotidiani, è solo attraverso un intenso sforzo emotivo.

A queste caratteristiche si aggiunge che:

- La preoccupazione persistente può focalizzarsi sulle circostanze della morte o manifestarsi attraverso alcuni comportamenti come la conservazione degli effetti personali del deceduto. L'individuo può alternare momenti di preoccupazione eccessiva a momenti dove tende a evitare i ricordi del defunto;
- Il soggetto può avere difficoltà a vivere senza la persona cara, a ricordarla positivamente, a fidarsi degli altri, e può tendere a isolarsi e pensare che la vita non abbia più significato;

- Possono presentarsi un abuso di tabacco, alcol o altre sostanze, e un aumento di ideazione e comportamento suicidario.

Diagnosi differenziale

- Confini con il disturbo da stress post-traumatico: il disturbo da lutto prolungato può manifestarsi nel caso in cui la persona abbia perso qualcuno in modo traumatico. Il soggetto può essere preoccupato e avere ricordi legati alle circostanze della morte ma, a differenza del PTSD, non li rivive come se fossero “qui e ora”;
- Confini con l'episodio depressivo: alcuni sintomi del disturbo da lutto prolungato sono simili a episodi depressivo come la tristezza, la perdita di interesse nelle attività, il ritiro sociale, i sensi di colpa, l'ideazione suicidaria,
- ma si riferiscono esclusivamente alla perdita della persona cara, a differenza della depressione in cui i pensieri invadono più aree della vita.

1.9 DSM e ICD: uno sguardo d'insieme sul Disturbo da Lutto Prolungato

Come possiamo notare, i criteri diagnostici dell'ICD-11 e DSM-5-TR sostanzialmente si sovrappongono, fatta eccezione per il fatto che per l'ICD la diagnosi da Lutto Prolungato si può effettuare già dopo sei mesi dalla perdita della persona, mentre nel DSM si lascia trascorrere più tempo, un anno dall'evento, proprio per evitare di patologizzare discostamenti o effettuare diagnosi precoci (Solomon, 2022). Un altro aspetto da considerare è che nell'ICD si è utilizzato un approccio tipologico, e questo comporta il fatto che (a differenza del DSM) non c'è un numero specifico di sintomi che permettono di fare diagnosi, e che dipende dalla sensibilità e accuratezza del terapeuta riconoscere l'eventuale disturbo e comprendere se è presente un “significativo danno funzionale” che compromette in modo consistente la vita del paziente (De Leo, 2023).

Sebbene l'introduzione del Disturbo da Lutto Prolungato nel DSM e nell'ICD sia stato un passo importante e cruciale, soprattutto per riuscire a rispondere con un trattamento appropriato, questo ha originato anche delle controversie e delle questioni ancora aperte (Eisma, 2023). Innanzitutto, alcuni autori sostengono che vi sia una mancanza di coerenza nelle definizioni passate e attuali del lutto patologico. Vi è quindi la necessità di

sviluppare e valutare psicometricamente nuove misure, che possano permettere alle ricerche internazionali di stabilire la validità e l'applicabilità cross-culturale del disturbo. Un'altra sfida è la poco chiara distinzione tra il Disturbo da Lutto Prolungato e il lutto normale. Uno dei punti più critici da affrontare, ma di fondamentale importanza, è proprio quello di trovare un consenso sulla definizione di quello che si può definire “lutto normale”. Una terza questione è che il riconoscimento di questo disturbo possa avere potenziali conseguenze sociali negative, come per esempio eccessiva medicalizzazione, applicazione di farmacoterapie potenzialmente dannose e stigmatizzazione. Tutte queste sono questioni ancora aperte che necessitano di una costante attenzione e che avranno probabilmente sviluppi futuri.

1.10 Come riconoscere un lutto patologico: le scale di valutazione e le interviste cliniche

Riconoscere un lutto complicato non è una cosa semplice: prima di effettuare qualsiasi diagnosi è necessario eseguire un'anamnesi accurata della persona e avvalersi di strumenti che possano aiutare a individuare il malessere della persona. Infatti, non sempre succede che le persone arrivino a chiedere un aiuto consapevole delle motivazioni del loro disagio: spesso fanno richiesta di assistenza psicologica a seguito di un problema medico o psichiatrico che non collegano a una perdita subita. In questo caso il terapeuta deve essere molto bravo nel riuscire a capire quale sia la motivazione di fondo e, nel caso fosse un lutto non risolto, deve aiutare il paziente a prendere coscienza della problematica sottostante (Onofri & La Rosa, 2015). Come riportato da Solomon (2022), Worden (2018) ha stilato un elenco di segnali che durante il colloquio possono dare importanti indizi sulla presenza di un lutto non risolto:

- Indizio 1: Il paziente non riesce a parlare del deceduto senza sperimentare un'intensa sofferenza nel momento presente;
- Indizio 2: Un evento di portata relativamente minore innesca un'intensa reazione legata al lutto;
- Indizio 3: Nel corso delle sedute emergono tematiche connesse alla perdita;
- Indizio 4: Il paziente si rifiuta di separarsi dagli oggetti appartenuti alla persona amata;
- Indizio 5: Dopo la perdita, il paziente sviluppa sintomi fisici spesso legati a quelli

presentati dalla persona cara prima del decesso;

- Indizio 6: Dopo la perdita, il paziente cambia radicalmente il proprio stile di vita, si isola dai familiari e amici, o evita attività che associa alla persona deceduta;
- Indizio 7: Il paziente presenta nella propria storia clinica una lunga depressione subclinica, caratterizzata da sentimenti di colpa e bassa autostima. Worden sottolinea che può capitare anche l'esatto contrario e cioè che la persona viva uno stato euforico subito dopo la perdita;
- Indizio 8: Il paziente ha la compulsione di imitare la persona deceduta;
- Indizio 9: Il paziente sperimenta impulsi autodistruttivi che possono essere legati a diversi fattori, tra cui un lutto non risolto;
- Indizio 10: Un senso inspiegabile di tristezza si manifesta in alcuni periodi dell'anno;
- Indizio 11: Compaiono fobie relative alla morte o alla malattia che potrebbero essere legate allo specifico disturbo che ha portato al decesso della persona amata;
- Indizio 12: Altri segni di un lutto complicato possono essere valutati analizzando le risposte comportamentali del paziente al momento della morte della persona cara o subito dopo.

Scale di valutazione

Oltre al colloquio con la persona, si possono utilizzare diversi tipi di strumenti che aiutano a individuare la presenza di un lutto patologico, come le interviste cliniche e le scale di valutazione. I principali strumenti sono (Onofri & La Rosa, 2015):

- *Adult Attachment Interview (AAI)* (Main, 1998): è un'intervista semi-strutturata utilizzata per indagare lo "Stato mentale relativo all'attaccamento". È nata dagli studi sull'attaccamento e, se viene somministrata a un genitore con un figlio piccolo, mostra risultati che sono in grado di prevedere il comportamento del bambino durante la *Strange Situation* (una procedura sperimentale ideata da Mary Ainsworth per classificare l'attaccamento nei bambini di 12-18 mesi di età). Consiste in una serie di domande relative alla storia dell'attaccamento con i propri genitori, comprese eventuali perdite avvenute nell'infanzia o nel corso della vita (vedi Fig. 3). Sappiamo, grazie a Bowlby (1980), quanto lo stile di attaccamento di una persona influisca sul modo di reagire alla perdita di una persona cara.

- Le domande sul lutto della *Adult Attachment Interview***
- Ha perso un genitore o un'altra persona a Lei cara, da bambino?
 - Può dirmi qualcosa riguardo alle circostanze e quanti anni aveva in quel periodo?
 - Come reagì? Fu una morte improvvisa o prevista?
 - Può ricordare che cosa provò allora?
 - Sono cambiati con il passare del tempo i suoi sentimenti rispetto a questa morte?
 - Partecipò ai funerali e che cosa ha significato questo per Lei?
 - (se si tratta di un genitore o di un fratello): qual è stato secondo Lei l'effetto sull'altro genitore e sulla famiglia e come si è modificato questo effetto negli anni?
 - Questa perdita ha inciso sulla sua personalità di adulto? In che modo?
 - Come ha inciso questa perdita nel rapporto con suo figlio?
 - Ha perso altre persone importanti durante l'infanzia? → ripetere le domande
 - Ha perso altre persone importanti durante l'età adulta? → ripetere le domande

Fig. 3 – Le domande sul lutto dell'*Adult Attachment Interview* (Onofri & La Rosa, 2015)

- *Brief Grief Questionnaire* (Shear & Essock, 2002): scala clinica per l'individuazione di un possibile lutto patologico (vedi Fig. 4).

- The Brief Grief Questionnaire*** (Shear e Essock 2002)
1. Quanta fatica fai nel “riconoscere” la morte della persona?
 2. Quanto interferisce il lutto con la tua vita?
 3. Ha immagini o pensieri che ti preoccupano o sconvolgono riferiti a ...
 4. Ci sono cose che facevi quando lui/lei era vivo/a e che ora non ti senti più di fare e che anzi eviti?
 5. Quanto ti senti lontano e distante dagli altri da quando lui/lei è morto/a?
- 0=per niente 1=un po' 2=molto;
= oppure > 5 c'è il disturbo

Fig. 4 – *The Brief Grief Questionnaire* (Onofri & La Rosa, 2015)

- *Inventory Complicated Grief (ICG)* (Prigerson, 1995): è uno degli strumenti più utilizzati, soprattutto per la sua alta attendibilità, ed è composto da 19 item che indagano le diverse dimensioni di una persona con un lutto complicato (vedi Fig. 5). Lo strumento è successivamente stato ampliato e revisionato da Prigerson e Jacobs nel 2001 (*Inventory of complicated grief-revised ICG-R*). Sebbene entrambe le versioni dell'ICG siano state ampiamente validate, esse non valutano alcuni criteri del PCBD (*Persistent Complex Bereavement Disorder*) come ad esempio la “difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi riguardanti il deceduto”, le “valutazioni negative su di sé in relazione al deceduto o alla morte”, il “desiderio di morire per poter raggiungere il deceduto”, che sono stati poi inseriti in uno strumento per la valutazione del PCBD da Lee (2015) chiamato *Persistent Complex Bereavement Inventory* (Solomon, 2022).

The Inventory Complicated Grief (ICG) (Prigerson et al. 1995)	
1.	Preoccupazioni relative alla persona morta
2.	I ricordi sono solo tristi
3.	La morte è inaccettabile
4.	Struggersi per la persona morta
5.	Evitare posti e attività associate con la persona morta
6.	Rabbia per la morte
7.	Credenze irrazionali
8.	Sentirsi “congelati” o stralunati
9.	Difficoltà a fidarsi degli altri
10.	Difficoltà a prendersi cura degli altri
11.	Evitamento di tutto ciò che ricorda il morto
12.	Dolore presente nella stessa parte del corpo del defunto
13.	Sentire che la vita è vuota
14.	Sentire la voce della persona morta
15.	Vedere la persona morta
16.	Sentire che non ha senso vivere senza la persona morta
17.	Amarezza per la morte
18.	Invidiare gli altri
19.	Solitudine
0=mai 4=sempre ≥ 25 : CG	

Fig. 5 – The Inventory Complicated Grief (Onofri & La Rosa, 2015)

- *Grief Related Avoidance Questionnaire* (Shear, Monk, Houck, Melhem, Frank, Reynolds & Sillowash, 2007): è una scala che indaga la dimensione specifica dell'evitamento nell'affrontare una perdita (vedi Fig. 6).

The Grief Related Avoidance Questionnaire (Shear et al. 2007)	
Fattore 1:	evitamento di attività associate con il morto (stanze e posti; attività casalinghe, attività extradomestiche; familiari, sociali, che evocano sentimenti di estraneità e struggimento)
Fattore 2:	evitamento di ciò che ricorda direttamente il morto (il posto dove è il morto; posti associati alla morte; fotografie del morto; cercare di non pensarci; evitare di parlare del morto; evitare contatti con oggetti appartenuti al morto)
Fattore 3:	evitamento di malattia o morte (andare ai funerali; visitare persone malate; parlare con altri delle perdite dolorose)

Fig. 6 – The Grief Related Avoidance Questionnaire (Onofri & La Rosa, 2015)

- *Grief Cognitions Questionnaire (GCQ)* (Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005): questo strumento serve per identificare le convinzioni patogene, cioè quelle convinzioni che influiscono negativamente sul processo di elaborazione del lutto. Consistono in affermazioni del tipo “Non doveva succedere”, “Dovevo fare qualcosa per non farlo accadere”, “Il dolore mi tiene legato a lui”, “Qualcuno è responsabile”, “Sono debole perché non riesco a stare meglio” o “Se non provo dolore sono un egoista”.

2. Lutto traumatico: dimensione individuale

2.1 Lutto traumatico: definizione e principali teorie

“L’accezione “lutto traumatico” mette insieme la sofferenza per la perdita di una persona cara con i sintomi tipici di chi vive un evento traumatico” (Dyregrov, Cimitan & De Leo, 2011, pag. 19). Il trauma è un evento in cui la persona si sente sopraffatta da ciò che sta vivendo e percepisce di non avere le capacità per superare quella specifica situazione, in cui viene minacciata la propria incolumità o quella altrui. Il vissuto traumatico è soggettivo, poiché dipende da come la persona vive e percepisce l'accaduto: un evento estremamente minaccioso potrebbe non avere un'accezione negativa per una persona che sente di poterlo affrontare dal punto di vista psicologico o fisico (Onofri & La Rosa, 2015). La definizione di lutto traumatico, quindi, sta a identificare quella particolare situazione in cui un individuo perde una persona cara in circostanze violente e inaspettate, come ad esempio omicidi, suicidi, incidenti stradali o disastri naturali. Questo tipo di perdita si differenzia dalle altre forme di lutto per le cause che hanno portato alla morte del proprio caro e ha delle caratteristiche specifiche (Dyregrov et al., 2011):

- Accade improvvisamente e inaspettatamente;
- Usualmente vi è mancanza di controllo;
- Gli eventi sono al di fuori dal comune;
- Gli eventi possono creare problemi di lunga durata.

Per cogliere meglio il significato del termine “lutto traumatico”, Stroebe, Shut e Finkenauer (2001) hanno proposto un modello in cui distinguono tre condizioni diverse: *trauma senza lutto*, *lutto senza trauma* e *lutto traumatico*. Nella prima condizione la persona vive una situazione traumatica in cui potenzialmente può sviluppare sintomi e disturbi legati alla fenomenologia del trauma, come il Disturbo da Stress Post-Traumatico e il Disturbo Acuto da Stress, oppure andare incontro al sorgere di forme di depressione o ansia senza però aver subito un lutto. Nella seconda situazione, invece, gli autori hanno considerato il lutto come un evento facente parte della natura umana, includendo in questa categoria tutte quelle situazioni in cui l'individuo perde una persona cara senza che l'avvenimento sia legato a qualcosa di traumatico, come una morte prematura o improvvisa. Nel caso in cui il soggetto sperimenti difficoltà nell'elaborazione della

perdita, poiché il lutto viene vissuto da ciascuno in maniera differente, si può parlare di “lutto complicato”. Il *lutto traumatico* comporta invece una perdita importante in circostanze violente o improvvise che possono portare allo sviluppo di sintomi associati al trauma e sfociare quindi in un lutto complicato: a definirlo tale, quindi, non è il grado di sofferenza che comporta o il modo in cui una persona reagisce, ma proprio la natura e le condizioni in cui avviene. Il fenomeno del lutto è stato approfondito nel corso degli anni da numerosi studiosi. In particolare, all'interno delle teorie del trauma possiamo individuare due filoni diversi (Onofri et al., 2015): le “Sindromi di risposta allo stress” di Horowitz (1986) e le “Considerazioni sul mondo degli assunti” di Janoff-Bulman (1992). Gli studi sul trauma di Horowitz (1986, cit. in Onofri et al., 2015) hanno dimostrato che, dopo situazioni particolarmente traumatiche, gli individui possono sperimentare reazioni talmente forti e intense da generare poi un disturbo da stress post-traumatico. Gli elementi caratteristici di una condizione causata da un forte stress sono i sintomi d'*intrusione* e di *evitamento*. L'*intrusione* è il rivivere continuamente le emozioni, i sentimenti, i pensieri legati all'accaduto e si manifesta con ipervigilanza, sogni perturbati e immagini intrusive. L'*evitamento*, invece, porta alla negazione e comporta intorpidimento emotivo e inibizione cognitiva. Spesso può accadere che il soggetto viva oscillando tra la negazione di quanto accaduto e il presentarsi repentinamente di sensazioni e pensieri intrusivi che creano ansia, agitazione. Il lavoro di Janoff-Bulman (1992, cit. in Onofri et al., 2015) invece si concentra sul significato che la persona dà all'evento traumatico. Quando le persone sono vittime di situazioni traumatizzanti, o subiscono una perdita in circostanze drammatiche, vedono sgretolarsi il loro mondo di assunti, cioè tutto quel sistema di credenze riguardo se stessi, il mondo e le relazioni con gli altri che si è sviluppato fin dall'infanzia: “Tali assunzioni compongono una visione generale delle cose che ci aiuta a dare un senso al mondo e al nostro ruolo al suo interno” (Solomon, 2022, pag. 41). Secondo Janoff-Bulman (1992, cit. in Solomon, 2022) i tre assunti che vengono minati principalmente sono:

- “l'universo è un luogo benigno”;
- “la vita è dotata di significato”;
- “il nostro sé è meritevole di cose giuste”.

Questi tre concetti ci aiutano a capire come, in generale, le persone siano predisposte a pensare che il mondo sia un posto sicuro, che le cose negative capitino solo agli altri, che

la vita sia prevedibile, o che si sia in grado, in qualche modo, di controllare quello che accade, finché un evento minaccioso e traumatico viola queste convinzioni, che fino a quel momento si pensavano immutabili (Solomon, 2022). Possiamo riassumere i concetti fondamentali di questo filone dicendo che, quando una persona perde un proprio caro in modo traumatico, oltre ad affrontare il dolore per la perdita, con tutte le implicazioni che questo comporta, deve cercare di attribuire un significato a quanto successo, ritrovare un proprio posto nel mondo, cambiare o adattarsi ad una nuova visione della vita e dei suoi principi, e questo implica una grande fatica aggiuntiva (Onofri et al., 2015). Il lutto traumatico si contraddistingue per il fatto che associa i sintomi legati al trauma all'angoscia da separazione. Per la sintomatologia traumatica sono presenti ottundimento, shock, violazione degli assunti di base sul mondo che sono tipici del PTSD e un intenso stato di allarme e ipervigilanza legato alle circostanze della morte. L'angoscia da separazione è invece provocata dalla forte sofferenza per la mancanza della figura significativa, e comporta sentimenti di solitudine e nostalgia; possono manifestarsi anche sintomi intrusivi o di evitamento (Solomon, 2022). Wortman e Pearlman (2016, cit. in Solomon, 2022) hanno cercato di individuare le principali ragioni per cui un lutto può definirsi traumatico:

- Destabilizzazione: la perdita ha delle ripercussioni intense sul soggetto;
- Sintomi del PTSD: stato di iperattivazione, pensieri intrusivi o comportamenti di evitamento;
- Evitamento: se i ricordi, i pensieri e le immagini legate alla morte sono troppo dolorose e creano una compromissione alla stabilità dell'individuo, il soggetto può attuare inconsciamente delle condotte di evitamento;
- Conseguenze della perdita: l'elaborazione del lutto e del dolore, in questo caso, può essere difficile o richiedere un tempo maggiore rispetto ad altre perdite per essere integrato ed elaborato;
- Violazione dei propri assunti di base: a causa della perdita e della situazione vissuta, possono essere minate alcune credenze che facevano parte della realtà e della visione del mondo dell'individuo.

2.2 Reazioni a una morte traumatica

Un lutto traumatico sconvolge le convinzioni che si hanno sul mondo, sul senso di sicurezza e di fiducia nel prossimo, causando difficoltà dal punto di vista emotivo e mentale (Dyregrov *et al.*, 2011). Le reazioni più comuni sono l'ansia, l'irrequietezza, la paura della morte o che avvenga un'altra catastrofe, e tutti questi fattori insieme possono prolungare la sofferenza del lutto per diversi anni. Come mostrato per il lutto normale, le reazioni e i sentimenti provati dalla persona variano a seconda di diversi elementi: il tipo di legame con il defunto, il ruolo che ricopriva, e poi anche l'età, il sesso e le caratteristiche personali del soggetto, l'eventuale presenza di lutti antecedenti o patologie depressive o ansiose. Un ruolo fondamentale è ricoperto anche dal proprio contesto familiare e sociale perché grazie alla vicinanza e al sostegno degli affetti, la persona è probabile che reagisca in maniera più positiva invece che rischiare di allontanarsi e isolarsi. Le reazioni a una perdita traumatica possono essere suddivise in risposte *emotive*, *cognitive* e *comportamentali*. Le risposte *emotive* a una perdita traumatica sono molto soggettive, ma generalmente si sperimentano shock, rabbia, frustrazione, indignazione, come anche disperazione e senso di impotenza. Un altro fattore che spesso si manifesta è il sentimento di ansia nella forma “anticipatoria” o “generalizzata”, come anche panico, senso di insicurezza, depressione e sentimenti di negazione, incertezza e tristezza. Dal punto di vista *cognitivo* possiamo riscontrare *flashback*, incubi e un senso di confusione e di sfiducia nel prossimo, che portano la persona a sentirsi spaventata e smarrita, e possono creare difficoltà di concentrazione nello svolgere il proprio lavoro o compiti quotidiani. Per quanto riguarda le risposte *comportamentali*, si può assistere a un ritiro sociale o lavorativo, all'abuso di alcol o sostanze stupefacenti per sopportare il dolore, allo sviluppo di disturbi del sonno o dell'alimentazione che portano poi ad avere un costante disagio che si ripercuote nelle relazioni con gli altri e nella vita di tutti i giorni. Le risposte più comuni a un evento tragico si possono anche osservare da un punto di vista temporale, suddividendole in reazioni *immediate* e a *lungo termine*. Le reazioni *immediate* sono soprattutto quelle di shock e incredulità, che in realtà hanno una funzione adattiva: vivere un senso di irrealtà permette alla persona di non entrare nel panico, specialmente in situazioni di pericolo, riuscendo a non essere sopraffatta dal dolore e ad agire tempestivamente e nella maniera più adattiva possibile. È come se la nostra mente ci proteggesse dal vivere emozioni dolorose troppo intense che ci porterebbero a uno stato

di immobilità o di malessere difficile da gestire. Inoltre, la persona che vive un evento traumatico ha un senso del trascorrere del tempo alterato che la aiuta ad affrontare ed elaborare la situazione. Spesso succede che rimangano impresse nella mente immagini e sensazioni relative a quegli attimi che lasciano una traccia indelebile nei ricordi delle persone. Nei momenti seguenti la tragedia, possono manifestarsi anche forti reazioni corporee come tremori, palpitazioni, nausea e brividi. Chi si appresta a dare aiuto è bene che sia a conoscenza di questi aspetti per comprendere al meglio lo stato in cui si trova la persona, e capire le emozioni vissute senza forzare la situazione in nessuna direzione: quello che è certo è che il supporto fornito dai familiari e amici è fondamentale nei primi momenti e successivamente. Le reazioni appena descritte sono fisiologiche negli istanti successivi alla tragedia e nel breve periodo, ma possono divenire patologiche se persistono nel tempo e compromettono a lungo andare la qualità della vita della persona. Le reazioni a *lungo termine* non sono da considerare patologiche, perché anch'esse fanno parte di un processo fisiologico: si può vivere un sentimento di perdita, nostalgia e sofferenza legata alla mancanza fisica della persona e a tutte le esperienze che si dividevano insieme. Soprattutto nei casi di morte traumatica, la persona può provare rimorso e senso di colpa per non essere riuscita a evitare la tragedia, per non essersi accorta in tempo di quello che stava succedendo o per non aver fatto abbastanza. Questo accade principalmente nei casi di suicidio, dove le persone possono diventare ossessionate da questi pensieri, anche se privi di fondamento. Il fatto di ripensare a eventuali mancanze e a propri errori commessi nel passato da un certo punto di vista è normale, perché è il processo mentale che ci aiuta a imparare dai nostri errori per evitare di ripeterli in futuro. Tuttavia, c'è un tempo e uno spazio per questi pensieri, che, se diventano ossessivi e difficili da gestire, necessitano di un intervento. È possibile che la persona riviva gli eventi inerenti alla morte: se la persona ha vissuto quel momento, i ricordi possono diventare intrusivi e manifestarsi sotto forma di *flashback*, accompagnati anche da sensazioni olfattive, mentre, se la persona non era presente, tende a immaginare l'accaduto e a porsi innumerevoli domande al riguardo. Tra le reazioni durature rientrano anche i disturbi del sonno, l'ansia, difficoltà di memoria e concentrazione, rabbia, dolore, che, sul lungo periodo, possono inficiare il sistema immunitario della persona causando problemi fisici e patologie (Dyregrov *et al.*, 2011).

2.3 Fattori che influenzano il lutto traumatico

I fattori che vanno a influire sul processo del lutto, in particolare quello traumatico, sono molteplici: alcuni hanno una valenza negativa, poiché vanno a peggiorare la situazione ostacolando il processo di accettazione della perdita, altri invece costituiscono una sorta di protezione per l'individuo, che, grazie alla sua storia di vita e alle proprie caratteristiche personali, riesce a dare un significato all'accaduto e ad elaborarlo. Altre variabili possono essere, a seconda delle caratteristiche dell'individuo e del suo *background* familiare e sociale, sia fattori di rischio sia di protezione. Come spiegato in precedenza, il tipo di legame con la persona, il fatto di aver introiettato un certo tipo di attaccamento con le figure primarie e l'aver ricevuto sostegno da parte del prossimo, sono condizioni che hanno un peso notevole sull'esito del percorso dell'elaborazione del lutto. Se una persona ha vissuto in un ambiente familiare con difficoltà relazionali, in cui c'era mancanza di dialogo e sostegno reciproco, farà molta più fatica a esprimere le proprie emozioni e a chiedere aiuto se ne sentirà il bisogno. Al contrario, far parte di una famiglia in cui ci si aiuta a vicenda, dove c'è fiducia reciproca e speranza, aiuta la persona a credere in sé stessa, nelle sue capacità di far fronte agli eventi, e, allo stesso tempo, la incoraggia a chiedere aiuto agli altri, senza aver paura di esprimere le proprie emozioni (Dyregrov *et al.*, 2011). La natura stessa del lutto traumatico è in realtà il fattore di rischio principale, proprio perché innesca dei complessi meccanismi di elaborazione del lutto che spesso richiedono un'analisi attenta e un supporto specifico (Solomon, 2022). Le esperienze traumatiche si riferiscono a diversi tipi di perdite, che possono essere fisiche ma anche psichiche o che riguardano il senso di integrità personale, comportando gravi difficoltà nella vita della persona che è costretta a rivedere le proprie priorità, i propri principi, il proprio ruolo nella società e la visione generale del mondo: “Il crollo delle speranze e dei sogni per tutto quello che sarebbe potuto essere è spesso la cosa più difficile da sopportare” (Walsh, 2008, pag. 369). Proprio per lo sconvolgimento a vari livelli che provoca una morte traumatica, è difficile riuscire a parlare di una risoluzione vera e propria di questo tipo di lutto, ma piuttosto si fa riferimento a una ricerca continua di equilibrio che oscilla tra sentimenti più dolorosi e una voglia di rinascita e una spinta ad andare avanti.

2.3.1 Fattori di rischio per il lutto traumatico

Anche Solomon (2022) considera fattori di rischio quelli strettamente legati alle circostanze specifiche del lutto traumatico, primo fra tutti la natura improvvisa della morte. La persona viene travolta dall'evento, e questo provoca un sentimento di impotenza, insicurezza e ingiustizia: i valori, i punti fermi di una vita, possono cambiare in un attimo creando una situazione di panico e incertezza che non si è pronti ad affrontare. Il fatto che la morte sia innaturale, improvvisa o violenta causa delle difficoltà di elaborazione e di accettazione della perdita. In generale, più le circostanze sono innaturali e violente, più saranno difficili da accettare ed elaborare. Può accadere che il corpo della persona amata non si trovi o sia mutilato, costringendo le persone ad assistere a scene o vivere situazioni mai immaginate, scatenando reazioni di incredulità e orrore. L'evento può essere collegato a una sparatoria, un incidente stradale o sul lavoro, una catastrofe, e rispetto a una morte per cause naturali, come può essere quella dopo una lunga malattia, la persona vive un'intensa sofferenza per non essere riuscita a stare vicino al proprio caro nei suoi ultimi istanti, immaginando il dolore che ha potuto provare. In queste circostanze può crearsi un tipo di meccanismo chiamato “storia di *reenactment*”, in cui la persona cerca in tutti i modi di capire e ricostruire ciò che è successo, e questo può portare a un'immaginazione e a un'immedesimazione talmente elevata che il soggetto può vivere una specie di traumatizzazione vicaria¹. Il fatto che la morte potesse essere evitata, perché causata da negligenza o errori umani, porta l'individuo a sviluppare un forte senso di rabbia, come anche la morte causata intenzionalmente da altri individui tramite tortura, omicidio, attentati terroristici, che fanno crollare la fiducia negli altri e nel senso di sicurezza, mettendo le persone a confronto con la spietatezza umana, con atti deliberati di violenza, rendendo questi scenari inaccettabili. Anche la morte dovuta al caso, inaspettata, come il trovarsi nel posto sbagliato al momento sbagliato, crea un forte trauma, perché va a minare il senso di sicurezza percepito, facendo sentire le persone irrimediabilmente vulnerabili non essendo state in grado di prevederla. Spesso la persona

¹ La traumatizzazione vicaria è quel fenomeno che colpisce soprattutto chi lavora nelle professioni di aiuto, i soccorritori o i volontari che quotidianamente lavorano con soggetti che soffrono o agiscono in circostanze altamente stressanti e drammatiche. Con il tempo, la continua esposizione a situazioni che provocano ansia, paura, difficoltà emotiva, evocazione di traumi pregressi o ricordi dolorosi, può portare queste categorie di persone a lasciarsi coinvolgere troppo empaticamente con le esperienze traumatiche di chi stanno aiutando, provocando un forte disagio psicologico (Di Iorio & Biondo, 2009).

tende a incolparsi per quanto accaduto, pur non essendocene alcuna ragione. Questo è un meccanismo inconscio, messo in atto dalle persone per cercare di avere un senso di controllo su quello che è accaduto: risulta più facile incolparsi di qualcosa piuttosto che accettare l'idea di non avere il controllo sugli eventi. Di conseguenza, il senso di colpa è il prezzo da pagare per continuare a percepire il mondo come un posto sicuro e dove si può avere un certo controllo sugli eventi. Walsh (2008) riporta che quando avvengono disastri naturali o incidenti di massa, può accadere che la persona perda più componenti della propria cerchia familiare (perdite multiple) dovendo quindi affrontare nello stesso momento più lutti o che sia un testimone impotente della morte di altre persone: questi avvenimenti provocano un forte stress poiché l'individuo vede minacciata la propria incolumità, il proprio senso di integrità e spesso può sviluppare un forte senso di colpa per essere sopravvissuto rispetto ad altre persone. Inoltre, a causa del pericolo che si è percepito, si possono manifestare sintomi tipici del Disturbo da Stress Post-Traumatico. La morte prematura di una persona giovane, come può essere un figlio, genera sgomento, rabbia e ingiustizia, perché si vede sconvolto il normale ciclo di vita. Il fatto di non avere un corpo su cui piangere perché disperso provoca ulteriore dolore per non avere avuto l'opportunità di dargli l'ultimo saluto o per il fatto che si resta bloccati in una situazione di limbo, avendo sempre il dubbio o la speranza che il proprio caro sia ancora vivo. Anche le morti stigmatizzate, come quelle per suicidio o per AIDS, sono difficili da accettare per la paura del giudizio altrui, che può spingere le persone a isolarsi o ad avere timore di chiedere aiuto.

2.3.2 Altri fattori che aggravano l'impatto del lutto

Esistono altri elementi che impattano negativamente sulla persona che subisce un lutto traumatico, come la modalità di ricezione della notizia, il fatto di vedere il corpo, e il vivere una lunga attesa prima che sia data la conferma del decesso o del non ritrovamento del corpo (Solomon, 2022).

2.3.2.1 Notifica di morte/ Breaking bad news

“*Breaking bad news* indica, come si è visto, la comunicazione di una cattiva notizia che comporta la presa di coscienza, da parte del destinatario, di un evento avverso,

potenzialmente devastante, di cui egli non conosce le implicazioni, come una diagnosi difficile, una prognosi infausta o eventi traumatici che riguardano persone care” (Testoni, 2015, pag. 105). Sbattella e Tettamanzi (2007) riportano varie spiegazioni riguardanti il concetto di *bad news* proposte da diversi autori: Ptacek e Eberhardt (1996) affermano che la cosiddetta “cattiva notizia” non è relativa solo alla comunicazione delle malattie con prognosi infausta, ma anche a tante altre situazioni che provocano alla persona che la riceve un deficit a livello cognitivo, emotivo e comportamentale, seppur temporaneo; altri autori, come Regnard e Tempest (1994), sottolineano il fatto che si possano definire cattive notizie tutte quelle comunicazioni inaspettate che causano potenzialmente stress. Una lettura interessante viene data anche da Moja (2000), in cui il concetto di *bad news* viene associato a tutte quelle notizie dove c'è del dolore, il male o l'idea di morte, sottolineando però il fatto che il grado in cui la notizia provoca sofferenza, o è percepita come cattiva, dipenda esclusivamente dal punto di vista e dal vissuto del destinatario, dando rilevanza all'aspetto soggettivo del concetto. La notifica di morte è quel delicato momento in cui un professionista (notificante) che può essere un medico, un infermiere, un ufficiale di polizia o un religioso, comunica la morte di una persona ai familiari e agli amici, definiti come “sopravvissuti”. Soprattutto nei casi di morte violenta e inaspettata, i familiari hanno già un intenso carico emotivo da sopportare, per cui è necessario agire seguendo determinate modalità per cercare di tutelarli nel miglior modo possibile, altrimenti si rischia di provocare un “doppio dolore”, come definito da Kendrick (1998, cit. in De Leo, Anile & Ziliotto, 2015). I fattori che caratterizzano il processo di notifica sono diversi, e segnano in maniera definitiva quei tragici momenti che resteranno per sempre nei ricordi dei sopravvissuti, tra cui: il tipo di linguaggio e atteggiamento del notificante, il luogo scelto per la comunicazione, le circostanze della morte e i metodi impiegati per la notifica. Ricevere una notizia tragica è un evento che segna la vita delle persone e, allo stesso tempo, è un compito molto difficile e delicato per gli operatori chiamati a svolgerlo. Diversi studi sottolineano il fatto che per la maggior parte dei notificanti è una situazione molto complicata da gestire e da affrontare, perché manca una formazione adeguata dal punto di vista emotivo e tecnico. Numerose sono le emozioni e reazioni che entrano in gioco: si può avere difficoltà nella comunicazione della notizia ai familiari, provare ansia, paura e tristezza per le persone che stanno per ricevere la comunicazione; ci può essere un senso di delusione, impotenza o senso di colpa quando si pensa di non aver fatto abbastanza o di non essere riusciti a salvare qualcuno. In casi più estremi si può arrivare ad adottare comportamenti di evitamento, lasciando l'incarico

a un altro collega, o, se questo non è possibile, assumendo un atteggiamento distaccato e freddo per cercare di non farsi coinvolgere troppo. Se il compito di notifica deve essere messo in atto ripetutamente senza la possibilità di confrontarsi e ricevere sostegno, c'è il rischio di sviluppare un *burnout* professionale a causa delle forti pressioni emotive che questo compito comporta: proprio per questo motivo, si dovrebbe fornire una preparazione adeguata agli operatori per queste particolari circostanze (De Leo, 2023).

La comunicazione di morte nei contesti ospedalieri

La maggior parte degli studi e la successiva formulazione di protocolli per la comunicazione di *bad news* hanno quasi sempre riguardato la comunicazione di notizie relative a malattie con prognosi infausta. Queste situazioni implicano di per sé un rapporto preesistente del medico con il paziente e con i suoi familiari più stretti, dato che i soggetti malati arrivano ad affrontare una diagnosi infausta dopo un periodo di sofferenza e problematiche di vario genere. Quando invece la morte avviene in contesti di emergenza e urgenza come ad esempio il Pronto Soccorso, le implicazioni sono differenti sia per i familiari che per il personale sanitario poiché proprio per la natura del contesto, non c'è il tempo per prepararsi mentalmente alla morte, per ritagliarsi un luogo di privacy per elaborare il proprio dolore e per il personale sanitario diventa difficile instaurare un rapporto di fiducia e di dialogo con i familiari. Le caratteristiche che rendono quindi la comunicazione in contesti emergenziali molto delicate sono diverse come il fatto che l'evento che si comunica sia un qualcosa di imm modificabile, in cui niente e nessuno può intervenire più e avviene in un contesto di urgenza e di relazioni brevi che non riguardano più un paziente, ma che coinvolgono inevitabilmente una cerchia di persone e familiari (Sbattella, 2020). Nei contesti ospedalieri possiamo quindi individuare due macrocategorie di decessi: quelli dovuti ad una lunga malattia o all'età avanzata della persona, dove quindi i familiari non vengono colti impreparati dall'evento, e quelle circostanze invece di morte inaspettata e improvvisa. Le reazioni dei familiari sono molto diverse e soggettive: non c'è un modo giusto o adeguato di reagire alla morte di una persona cara, ogni comportamento è soggettivo e dipende da fattori culturali, sociali, familiari e personali. Le reazioni più comuni sono shock, negazione, rabbia, senso di colpa (Naik, 2013). Iserson (2000) in un suo studio ha elencato le differenze tra una morte prevista e una inaspettata, evidenziando le implicazioni coinvolte (vedi Fig. 7).

Characteristic	Sudden, unexpected death	Expected death
Approach of death	Immediate or in a short time	Gradual
Nature of illness or injury	Acute process or acute worsening of a stable chronic illness	Chronic—usually an illness or combination of illnesses
Causes of death	Disease, suicide, homicide, accidental, disaster, or unknown cause	Usually disease or a result of aging processes
Age of decedent	Any age, commonly young or middle-aged adults, fetuses, and neonates	Usually elderly but can occur at any age
Place of death	Usually in public, emergency department intensive care unit, or at home or work	Usually home, hospital, or nursing home
When death occurs	At the time of or shortly after the acute event	Months to decades after diagnosis of chronic disease occurring in old age
Survivor reaction	Disbelief, shock, grief, dismay, disorganization, hostility, and fear	Grief
Survivor involvement	Usually not present at death; appear gradually at death scene or emergency department	Often present at death or aware of impending death
Site of last contact with medical personnel	Public space, home, or emergency department	Hospital, home, hospice, or nursing home
Resuscitation procedures	Often performed	Rarely performed; advance directives often available
Patient identity	Known or often, at least initially, unknown	Usually known
Autopsy	Frequent and done by medical examiner or coroner	Rare, and when done, usually by hospital pathologist
Family's immediate after-death rituals and requirements	Usually not prearranged	Often prearranged by dying person or family in anticipation of death

Fig. 7 – Expected versus sudden, unexpected deaths (Iserson, 2000)

La comunicazione di morte in ospedale dovrebbe seguire determinati step per aiutare i familiari a comprendere gradualmente quanto accaduto. Questo comporta l'avere diverse qualità professionali, tra cui l'empatia e il saper gestire le diverse emozioni che si possono presentare. Innanzitutto, è opportuno tenere informati i familiari dello stato di salute del paziente e aggiornarli sulle sue reali condizioni. Quando è chiaro che il decorso avrà un esito negativo, è necessario accompagnare i familiari alla presa di coscienza della situazione (De Leo *et al.*, 2015). Questa fase è stata nominata da Iserson (2000) “presagio” o “lutto anticipatorio”: in un primo momento i medici informano i familiari delle condizioni del paziente spiegando loro che, sebbene si stia facendo il possibile, la situazione non sembra migliorare. Successivamente, utilizzando un linguaggio chiaro e semplice, si comunica ai parenti che non si può garantire che il paziente sopravviverà, e, infine, si comunica il decesso. Questa costante comunicazione con i familiari, sebbene sia una procedura utilizzata in ambito ospedaliero per preparare la famiglia alla notizia del decesso, è fondamentale perché viene percepita dai parenti come un gesto di vicinanza ed

empatia nei loro confronti. Come dice l'autore, infatti, chi subisce una perdita inaspettata soffre maggiormente proprio per il fatto di non aver avuto il tempo necessario per prepararsi psicologicamente ad un evento di questa portata. Dal momento che una persona muore, le vittime, le persone di cui occuparsi diventano i familiari che dovranno affrontare la perdita di un loro caro e vedranno inevitabilmente cambiare il loro ruolo nel mondo diventando per esempio una vedova, un orfano. Proprio per la rilevanza che hanno le modalità di comunicazione della notizia, Roe (2012) ha suddiviso il processo di notifica in sei fasi (vedi Fig. 8): la *preparazione*, il *contatto iniziale*, la *comunicazione della notizia*, *dare supporto ai familiari al momento della ricezione della notizia*, *dare un sostegno a lunga durata e aiutare il notificante nella gestione di situazioni particolarmente stressanti inerenti il processo di notifica*.

Steps in notification	Recommended strategies
Step 1: Preparation	● If appropriate, allow family presence at resuscitation¹⁹ ● Choose an appropriate individual to do the notification (eg, someone who is knowledgeable about victim, professional, sensitive, caring, and confident); utilize a team concept if possible^{3,23,24,26} ● Be aware of specific facts about the victim and the death (eg, chronology of events, circumstances of death, treatment)^{1,3,6,8,11,12,22-26} ● Be aware of individual factors that may contribute to complicated grieving (younger age, relationship to victim, history of mental health problems, physical characteristics, manner of death)^{7,8,11,15}
Step 2: Initiating contact	● Verify next of kin and confirm identity^{11,12,23,24} ● Do notification as soon as possible^{3,11,22,24} ● Do notification in person if possible^{3,11,24} ● Avoid telephone notification of death; instead, have survivor come to the hospital (but do not lie if they ask if patient is dead)^{11,12,24,26} ● Make sure the survivor is greeted on arrival, allow for privacy, and provide a comfortable, safe environment^{3,6,11,12,22,24}
Step 3: Delivering the news	● Give a chronology of events, have facts available, give news of death gradually^{1,2,3,11,12} ● Use words such as "dead" and "died"^{3,11,12,23} ● Be compassionate and humanistic^{1,2,23,24} ● Use clear, understandable language^{1,6,12,21,24} ● Use the dead person's name^{2,24,25}
Step 4: Responding to survivor's reactions and providing support	● Remember that individual responses vary greatly; constantly monitor for emotional and physical support needs^{3,8,11,23,24} ● Facilitate the use of familiar support persons^{2,22-24} ● Allow catharsis/ventilation of emotions^{1-3,12,22,23,26} ● Provide practical support for basic and comfort needs^{1,2,21} ● Allow the survivors to view/be with the body (prepare them for what they will see)^{1,3,6,11,12,20-22,25} ● Allow customs and rituals²⁰ ● Make sure the survivor has adequate information^{3,6,8,12,22,23} ● Provide written information^{18,22,23} ● Provide anticipatory guidance^{6,22}
Step 5: Provision of ongoing support	● Provide written information^{1,18,21,22} ● Do follow-up contact (telephone)^{12,15,22,24} ● Inform survivors of available resources^{8,11,15,22} ● Facilitate follow-up with law enforcement and viewing of reports^{15,23,24}
Step 6: Dealing with notifier's response	● Understand situations that may lead to greater stress such as the death of a child or coworker and one's own experiences and attitudes toward death^{9-11,16,17} ● Provide adequate education for professionals about death and death notification^{9,14,16,17,23} ● Provide opportunities for supportive discussion among those involved in the notification^{10,11,25}

Fig. 8 - Notification steps and recommended strategies (Roe, 2012)

Quello che si evince da questi passaggi è che dovrebbe essere il medico con più esperienza a dare la notifica; il decesso dovrebbe essere comunicato a uno o massimo due persone della cerchia familiare in una stanza riservata dove sia possibile in tranquillità prendersi del tempo; il tono di voce dovrebbe essere il più calmo possibile, accompagnato da un atteggiamento empatico, utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile che non lasci dubbi o incertezze. Per questo motivo sarebbe opportuno utilizzare determinate formule per comunicare il decesso, evitando frasi come “se ne è andato” o “è venuto a mancare”, perché potrebbero non essere recepite nel modo giusto. Può succedere che, soprattutto in casi di morte traumatica, le persone sperimentino reazioni molto intense, quindi bisogna essere preparati ad ascoltare, a stare nel dolore, essere pazienti e comprensivi nei confronti dei familiari, e, se necessario, mostrare segni di vicinanza. In un'intervista fatta da Leash (1996, cit. in Roe, 2012) a personale sanitario, studenti universitari e a familiari di pazienti ricoverati in ospedale, è stato chiesto di elencare in ordine di rilevanza i punti cardine della comunicazione di notifica di morte (dove, come e quando) e, da quello che è emerso dalle loro risposte, l'elemento più importante è stato il come, seguito poi dal quando e il dove gli è stato comunicato. Buckman (2003, cit. in Sbattella & Tettamanzi, 2007) sostiene che le difficoltà che i medici possono avere nel comunicare cattive notizie al paziente o ai familiari possano dipendere da tre fattori: *aspetti sociali, fattori legati al paziente e fattori legati al medico*. Nel primo caso, si chiama in causa la generale concezione del mondo occidentale, dove il malato viene visto come qualcuno di inferiore al sano, innescando una serie di atteggiamenti negativi, di rifiuto e denigrazione sociale. Il secondo fattore mette in risalto l'importanza di riuscire a mettersi nei panni di chi riceve una brutta notizia, e quindi comprendere le emozioni e reazioni complesse associate a quel delicato momento. Infine, si considera il punto di vista del medico, che può avere difficoltà per paura di causare dolore, di sentirsi accusato e sviluppare un senso di colpa, un senso di fallimento per non essere riuscito a salvare il paziente, e soprattutto può provare un senso di inadeguatezza per la mancanza di una preparazione adeguata.

La comunicazione di morte violenta in contesti non ospedalieri

Nei casi di morte per suicidio, omicidio, incidente stradale, il compito della notifica di morte è affidato di solito a ufficiali di polizia o all'autorità giudiziaria. In queste circostanze, la prima cosa di cui occuparsi è dare tempestivamente la notizia ai familiari per evitare lo shock di apprendere la notizia dai notiziari (Page, 2008). Prima di effettuare la

comunicazione, è necessario raccogliere più informazioni possibili sulla modalità della morte e sul defunto, in modo da essere preparati quando ci si dovrà relazionare con i familiari. Allo stesso tempo, è bene informarsi su chi riceverà la notizia: se si tratta di una persona anziana o con disabilità bisognerà avere certe accortezze per supportarla, altrimenti si rischia di aggravare una condizione già precaria. Nei casi in cui sia necessario recarsi a casa dei familiari, è opportuno essere accompagnati da uno o due colleghi, per gestire al meglio la situazione. Inoltre, al momento della notifica, è più corretto parlare del defunto utilizzando il nome proprio, per rispetto e delicatezza nei confronti dei familiari, poiché per loro fino a quel momento era una persona ancora in vita. È auspicabile che la comunicazione avvenga nella stanza più tranquilla della casa, dove ci sia lo spazio per sedersi e per permettere alle persone di prendere coscienza di quanto accaduto. Se ci sono dei minori o persone particolarmente fragili, è meglio che non siano presenti al momento della notifica, che gli andrà comunicata in un secondo momento e con un linguaggio appropriato. Le reazioni possono essere svariate: solo una volta che le persone si sono calmate e sono pronte ad ascoltare, è bene fornire gradualmente dei dettagli e prendersi del tempo per rispondere a eventuali domande. Particolari inerenti ferite sul corpo o descrizioni troppo dettagliate andrebbero omesse, come anche formulare ipotesi su eventuali responsabilità o colpe. Un'altra cosa da evitare è il notificare la morte per telefono, e, se così non può essere per una serie di ragioni, bisogna assicurarsi che la persona non sia sola (De Leo *et al.*, 2015). Stewart (1999) ha elencato dei suggerimenti da attuare nei casi in cui la notifica di morte avvenga per causa di forza maggiore per telefono poiché ad esempio la famiglia della persona coinvolta è troppo distante dal luogo dell'accaduto. La procedura è la seguente: innanzitutto si dovrebbero fare due telefonate, dove nella prima si contatta e si informa un familiare adulto e più idoneo al ricevere la notizia che il proprio caro è rimasto coinvolto in un grave incidente, e se la persona contattata fosse sola, sarebbe opportuno chiederle di essere raggiunta da qualche altro membro della famiglia per avere assistenza. Molto spesso chi riceve la telefonata fa molte domande e, se il notificante è sicuro che la persona non è sola, può decidere a sua discrezione se è il caso di comunicare in quel momento il decesso. Al contrario, è bene cercare di fornire i fatti basilari senza entrare nello specifico finché non si è sicuri che la persona non sia sola. Quando si ha la certezza che la persona è in compagnia di qualcuno, si procede con la seconda telefonata per comunicare il decesso. Soprattutto nei casi di comunicazione di persona, è importante che ci sia un *debriefing* tra gli operatori per condividere le emozioni, confrontarsi e ricevere sostegno (De Leo *et al.*, 2015).

Comunicazione di bad news e disastri naturali

Nel caso di vittime di calamità, le figure maggiormente coinvolte sono gli operatori sociosanitari, della protezione civile e gli psicologi dell'emergenza. In quel particolare contesto, la persona è molto vulnerabile a causa delle circostanze vissute e di conseguenza i soccorritori devono essere molto preparati a utilizzare strumenti e procedure adeguate per l'autoprotezione e per il sostegno psicosociale. I mezzi e le modalità dipendono soprattutto dallo scenario che si sta vivendo, e dalla crisi presente che può essere interna, esterna, nazionale o internazionale. In un contesto di catastrofe naturale o su larga scala, tutto è caratterizzato dall'emergenza, e l'ansia e la paura possono raggiungere livelli molto alti. Per questo motivo, è bene che il soccorritore instauri nel più breve tempo possibile, nonostante le difficoltà delle circostanze, un rapporto di fiducia con i familiari delle vittime. La comunicazione in quei momenti è fondamentale, ed è necessario che sia il più chiara ed efficiente possibile, in modo da creare un'intesa tra le persone (Di Iorio & Biondo, 2009). Le morti che avvengono a causa di catastrofi naturali sono quelle che più di altre possono portare allo sviluppo di un lutto complicato e a un disturbo da stress post-traumatico per i familiari. Pietrantoni, Prati e Palestini (2008) hanno proposto un modello a passi per la comunicazione del decesso (vedi Fig. 9).

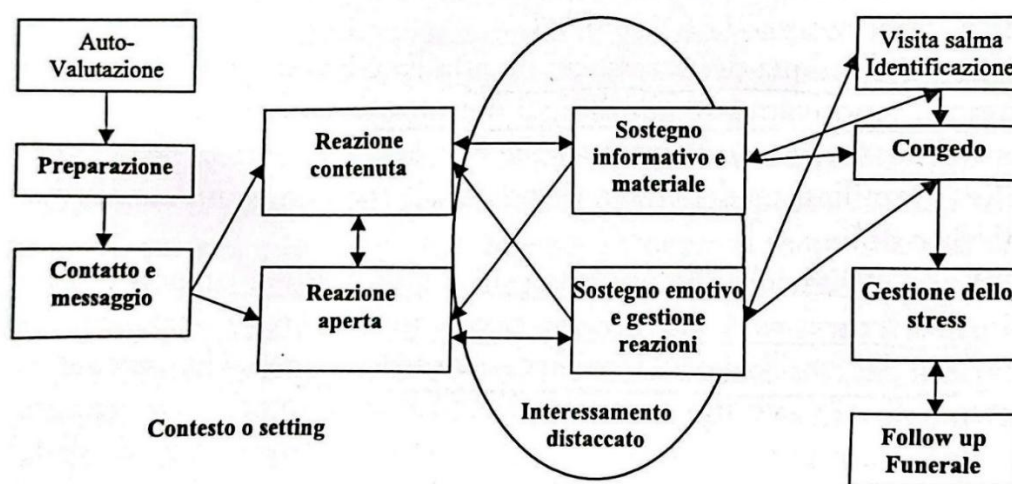


Fig. 9 – Modello a passi della comunicazione del decesso (Pietrantoni, Prati & Palestini, 2008)

Come esposto dallo schema, la notifica ai familiari è composta da quattro fasi principali: la *preparazione*, il *contatto con i familiari e conseguente comunicazione della cattiva notizia*, il *contenimento emotivo* e, infine, il *congedo*. La prima fase è quella in cui si valuta la situazione e si sceglie accuratamente chi dovrà comunicare la notizia ai familiari:

è fondamentale assicurarsi che l'operatore scelto non sia vulnerabile emotivamente, cioè che le circostanze della morte che deve comunicare non siano simili a eventi accaduti nella sua storia personale, altrimenti si rischia un'identificazione. Successivamente, bisognerà che il notificatore si informi su chi andrà a incontrare per la comunicazione, e, se ci sono persone disabili, anziani o con problematiche di vario tipo, dovrà recarsi sul posto con colleghi, psicologi o sanitari che possano intervenire in caso di necessità. Inoltre, la comunicazione sarà meglio effettuarla in un luogo che sia il più tranquillo possibile: in una catastrofe è probabile che questo avvenga direttamente sul luogo e quindi, a maggior ragione, si deve trovare un posto isolato e tranquillo, lontano da altre persone, rumori o odori, in modo da riservare quello spazio e quel tempo ai familiari per apprendere ed elaborare la notizia. La seconda fase prevede la comunicazione della notizia. L'uso del telefono deve essere ristretto alle situazioni in cui realmente è l'unica cosa possibile da fare e, in quel caso, si mette in atto la strategia della “doppia (o tripla) chiamata” per preparare piano piano la persona a prendere conoscenza del decesso. Nel caso invece di notifica in presenza, è assolutamente importante accertarsi a chi si sta dando la notizia, quindi chiedere le sue generalità, il grado di parentela con il defunto, e successivamente comunicare il decesso attraverso quattro passaggi, prendendosi una pausa tra uno e l'altro proprio per dare ai familiari il tempo di esprimere le proprie emozioni o eventualmente di porre delle domande. I passaggi sono i seguenti:

1. preparazione concernente l'esplicitazione che si riferiranno brutte notizie;
2. antefatto riguardo l'evento o la condizione che ha portato al decesso;
3. riportare l'avvenuto decesso con parole semplici;
4. porgere le proprie condoglianze dopo una pausa.

Nella fase seguente si devono affrontare le reazioni dei familiari che possono essere intense e svariate. Se le reazioni sono particolarmente forti, è meglio evitare di continuare a raccontare quanto accaduto. La cosa più importante è riuscire a leggere cosa e quanto la persona a cui stiamo comunicando è disposta a sentire e ricevere, altrimenti si rischia di metterla in una situazione di disagio. È un lavoro difficile, che richiede di trovare il giusto equilibrio nel mostrare vicinanza e allo stesso tempo mantenere una distanza professionale. Spesso il silenzio diventa uno strumento essenziale perché permette di lasciar sfogare le emozioni più intense, e contemporaneamente permette all'operatore di esserci nella relazione, senza per forza dover dire o fare qualcosa che potrebbe peggiorare la situazione. Nell'ultima fase, quella del congedo, è meglio assicurarsi che la persona

non rimanga sola, cercando quindi di contattare precedentemente altri familiari o amici per un sostegno. Un compito fondamentale dell'operatore in questa ultima fase è quella di far capire alle persone che non saranno abbandonate e, se vorranno, potranno ricevere ulteriore sostegno, aiuto e vicinanza da realtà presenti nel territorio. L'operatore, quindi, dovrà fornire eventuali recapiti, informazioni su gruppi di auto-mutuo aiuto, servizi territoriali che possano fornire assistenza (Pietrantonì *et al.*, 2008).

2.3.4 Principali protocolli di notifica di morte

Ci sono diversi protocolli che possono essere utilizzati per la notifica di morte (De Leo, 2023):

- *GRIEV_ING* (Hobgood, Harward, Newton e Davis, 2005): è il protocollo più utilizzato nella notifica di morte poiché risulta il più efficace;
- *SPIKES* (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale & Kudelka, 2000): l'acronimo si riferisce ai sei passi che compongono questa procedura (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy*) che viene utilizzata soprattutto in ambito medico per la comunicazione di diagnosi infauste, ma può essere anche utilizzata per informare i familiari della morte di un proprio caro. Il *Setting* è lo spazio che si sceglierà per la comunicazione, *Perception* è il comprendere che cosa il paziente sa della sua condizione, *Invitation* si riferisce al capire quanto il malato è disposto a conoscere, *Knowledge* indica il processo di condivisione delle informazioni, *Empathy* è il cogliere le necessità e le emozioni della persona, e infine *Strategy* riguarda la pianificazione del percorso insieme (Testoni, 2015);
- *ABCDE* (VandeKieft, 2001): questo protocollo è utilizzato soprattutto in contesti emergenziali;
- *In Person, In Time* (Sobczak, 2013): questo protocollo è rivolto soprattutto agli operatori per aiutarli a diminuire lo stress e per avere degli strumenti e strategie utili per affrontare il difficile compito della notifica. Pone il focus su due aspetti in particolare: l'importanza di comunicare di persona e il dare le informazioni il più tempestivamente possibile;
- *EDECT* (*Emergency Death Education and Crisis Training*; Smith-Cumberland & Feldman, 2006): è un programma a carattere più teorico-esperienziale che utilizza giochi di ruolo e lavori di gruppo per cercare di modificare e migliorare

eventuali criticità che possono accadere nell'ambito della comunicazione della morte.

Testoni (2015) cita altri modelli che possono essere impiegati, principalmente nella sfera medica:

- *Communicating Bad News*: linee guida presentate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1993);
- *CARE* (De Santi, Morosini & Noviello, 2007): utile per imparare le più importanti abilità comunicative necessarie;
- *BREAKS* (Narayanan, Bista & Koshy, 2010): simile allo SPIKES, ma più recente, è un protocollo che integra diversi approcci, da quello più tecnico a quello più narrativo. L'acronimo si riferisce alle sei fasi (*Background, Rapport, Exploring, Announce, Kindling e Summarize*), dove nello specifico il *Background* è la fase iniziale di preparazione, cioè il raccogliere informazioni su chi riceverà la notizia; il *Rapport* comporta il costruire una relazione di fiducia con l'interlocutore; *Exploring* è la fase in cui si cerca di capire quanto il paziente sappia della malattia e quali siano le cognizioni disfunzionali all'interno della famiglia; *Announce* è la fase in cui viene comunicata la notizia, preceduta da indizi; il *Kindling* è la parte più delicata, dove il paziente comprende la situazione e di conseguenza l'operatore deve cercare di attenersi al suo ruolo professionale nel miglior modo possibile; infine, il *Summarize* è la fase finale dove ci si accerta che tutti abbiano compreso quando comunicato.

2.3.5 Visita alla salma o riconoscimento del corpo

Vedere il corpo del proprio caro nei casi di morte violenta può essere un'esperienza traumatizzante, tanto che diversi autori sostengono che sia da evitare. Altri studi affermano che anche non avere la possibilità di farlo può causare molta sofferenza nei familiari perché non si ha modo di dargli un ultimo saluto, in un certo senso di prendersene cura. Questa mancanza inoltre può creare difficoltà successive nell'elaborazione del lutto, tanto che differenti studiosi hanno dimostrato che la condizione migliore è quella in cui ai familiari viene data la possibilità di scegliere se e come vivere quel particolare momento, rispettando e assecondando la loro scelta,

qualsiasi essa sia, senza forzature o pressioni (Solomon, 2022). Pietrantonì *et al.* (2008) sottolineano che scegliere se vedere o meno il corpo del defunto restituisce anche un senso di controllo ai familiari sulla propria vita, dopo che questa è stata sconvolta così improvvisamente. Inoltre, la visione diventa anche la prova inconfutabile di quanto successo e aiuta a prendere atto dell'accaduto. Nelle situazioni in cui questo non sia possibile, come per esempio nei disastri aerei, attacchi di terrorismo o catastrofi naturali, il processo di elaborazione del lutto può avere dei blocchi, perché l'assenza del corpo fa sperare i familiari che il proprio caro possa essere ancora vivo da qualche parte, che si sia in qualche maniera salvato, e questo mette in moto un meccanismo di continua speranza e illusione, che a lungo andare non permette alle persone di ritornare alla propria vita, di accettare la morte, causando sofferenza (De Leo *et al.*, 2015). Se il familiare decide di vedere il corpo, dovrà essere informato su quello che lo aspetta e la salma dovrà essere resa presentabile, cercando di eliminare eventuali tracce di sangue; se il corpo è gravemente mutilato, si può iniziare mostrando solo una parte e successivamente procedere (Solomon, 2022). Qualora il familiare decidesse di cambiare idea o di rifiutare, andrà assecondato poiché è una situazione molto difficile da vivere, durante la quale le persone possono avere reazioni come urla, shock, tremori o svenimento (Pietrantonì *et al.*, 2008). Vedere il corpo del proprio caro può essere molto importante per i familiari ed evita il rischio di vivere una “vittimizzazione secondaria” (de Mönning, 2019). Secondo Gekoski, Adler e Gray (2013) la vittimizzazione secondaria “[...] occurs when a victim of crime feels they have been subjected to inadequate, insensitive or inappropriate treatment, attitudes, behaviour, responses and/or practices by criminal justice and social agencies that compound their original trauma” (p. 308). Questo è ciò che hanno vissuto i parenti di persone decedute a causa di un disastro aereo a Tripoli nel 2010 (de Mönning, 2019): ai familiari, infatti, pur volendo visionare il corpo, è stato vivamente sconsigliato e di conseguenza non si sono sentiti ascoltati e rispettati nei loro bisogni dai professionisti poiché non hanno assecondato la loro volontà. Le maggiori frustrazioni erano legate alla privazione di diversi bisogni che entrano in gioco nelle circostanze di morti traumatiche: il bisogno di rispetto (mancanza di rispetto per i bisogni e i desideri personali della persona in lutto), bisogni di sopravvivenza (accettare che non è più necessario continuare la ricerca), bisogni cognitivi (bisogno insoddisfatto di testare la realtà dei fatti), bisogni emotivi (negazione di avvicinarsi alla persona amata, di toccarla), bisogni rituali (non riuscire a dare l'ultimo saluto), bisogni esistenziali (non riuscire a dare un senso a quanto accaduto). Per cercare di lenire il dolore, l'agenzia *Duch Victim Support* ha proposto, in

collaborazione con i parenti delle vittime, l'utilizzo di un *Photo Viewing* (PV). La PV è una procedura che permette ai familiari di vedere dei disegni che anticipano la successiva visione di fotografie del corpo del proprio caro, assistiti da personale qualificato che li accompagna prima, durante e dopo questo delicato momento. Questa procedura coinvolge diverse figure specializzate e pone il focus sui bisogni dei familiari, per cui si può modellare a seconda delle loro esigenze.

2.4 Lutto traumatico: suicidio, omicidio e incidente stradale

2.4.1 Suicidio

Shneidman (1985), considerato il padre della suicidologia, definisce così il suicidio: “Attualmente, nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che, alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione” (cit. in Dyregrov, Grad, De Leo & Cimitan, 2011, pag. 44). La definizione mette in risalto l'intensa sofferenza psichica provata da chi sceglie di porvi fine, togliendosi la vita. Ciò che rende il suicidio un fatto unico, diverso dagli altri tipi di morte traumatica, è che non si limita a essere una violenza auto-inflitta, ma è un gesto che condanna i familiari, gli amici, le persone vicine, a una profonda sofferenza, un tormento interiore da cui è difficile risollevarsi, tanto che le persone che subiscono questo tipo di perdita vengono chiamate *survivors* (sopravvissuti) (Cimitan & De Leo, 2011). Diverse sono le emozioni e i sentimenti che si devono affrontare, perché i familiari, oltre a essere travolti da un evento così tragico e scioccante, tendono a sentirsi in qualche modo responsabili dell'accaduto, provano vergogna, rabbia, hanno paura del giudizio altrui, ed entrano inevitabilmente in una spirale dolorosa di pensieri, dubbi, domande per cercare di capire il motivo di un gesto così inaspettato (De Leo, 2023). I tormenti e il dolore che il suicidio provoca sono così catastrofici che l'*American Psychiatric Association* li considera traumatici quanto l'esperienza vissuta in un campo di concentramento (Pompili, 2013). A lungo si è dibattuto per comprendere se l'impatto di un suicidio avesse delle ripercussioni più gravi sui sopravvissuti rispetto ad altri tipi di morte traumatica e dopo anni di studi, si è potuto valutare che, sebbene i sintomi siano simili, il dolore per questo tipo di perdita ha delle sfumature e caratteristiche specifiche (Dyregrov *et al.*, 2011).

In particolare, è stato rilevato che:

1. La maggior parte dei processi di lutto dopo il suicidio non è patologica;
2. Ci sono più somiglianze che differenze tra lutto da suicidio e da altri tipi di morte;
3. Alcuni aspetti risulterebbero tipici da suicidio, come sentimenti di colpa, vergogna, rifiuto, stigmatizzazione;
4. Le differenze che ci possono essere tra lutto da suicidio e altri tipi di morte si affievoliscono dopo due anni;
5. Il rapporto di parentela, la vicinanza e la qualità del rapporto con la vittima, come anche il tempo passato da quando è avvenuto il suicidio, sembrano avere un peso notevole per il processo di dolore.

Quello che emerge è che, nonostante il lutto per un suicidio non sia classificabile come più grave rispetto a un altro, i sopravvissuti sono più a rischio di sviluppare patologie croniche a livello fisico e psichico, soffrire di depressione, e soprattutto manifestare ideazione suicidaria proprio per le tematiche differenti che entrano in gioco in questo tipo di perdita (Scocco, Costacurta, Frasson & Pavan, 2005).

Le caratteristiche specifiche che emergono in questo tipo di lutto sono quindi legate ad alcuni fattori, primo fra tutti il tipo di trauma. Può succedere che siano i familiari a ritrovare il corpo, e questo può causare il presentarsi di immagini intrusive legate all'accaduto, reazioni di shock talmente elevate che sono state paragonate a quelle delle persone che hanno subito eventi altamente traumatizzanti a livello interpersonale, come abusi sessuali, sequestri di persona, o che soffrono di disturbo da stress post-traumatico (Dyregrov *et al.*, 2011). Le persone possono anche vivere nella paura che qualcun altro della famiglia possa suicidarsi o avere un'ansia che li trascina in uno stato perenne di ipervigilanza. Il suicidio in sé provoca una serie di pensieri, preoccupazioni e problematiche che intaccano il sistema di credenze delle persone, viola i principi fondamentali come il rispetto per la vita, tanto che Van der Waal (1989) parla di una “crisi di valori” proprio per sottolineare la grave perdita di autostima, di valori esistenziali e di confusione che le persone sperimentano (Scocco *et al.*, 2005). Gli elementi tipici che differenziano i sopravvissuti al suicidio ruotano attorno alle tematiche del contesto della tragedia, del trauma, del giudizio sociale e dell'impatto che questo tragico evento ha sul sistema familiare (Dyregrov *et al.*, 2011). Begley e Quayle (2007) hanno cercato di individuare le tappe che segue l'elaborazione di un lutto per suicidio (vedi Fig. 10): in un

primo momento le forze sono concentrate nel “controllare l'impatto della morte”, successivamente si cerca di “dare un senso alla morte” e allo stesso tempo si affronta e vive un certo “disagio sociale”. Alla fine di questo doloroso processo si è portati alla ricerca di un senso di “significatività” della propria vita.

Master themes	Arising from
<i>Controlling the impact of the suicide</i>	Numbness, avoidance of sharing feelings, protective, watching other family members, fearful of further suicides, responding to suicide attempts, changes in communication patterns, being careful of what is said and avoiding former social activities.
<i>Making sense of the suicide</i>	Searching for reasons why the suicide happened, questioning the prior relationship with deceased, feelings of guilt and blame. Reviewing the deceased character, looking for external stressors, the motive for suicide, re-viewing the suicide act.
<i>Social uneasiness</i>	Needing support but felt let down by friends and community. Feeling marked by suicide, upset by people's responses, self imposed social isolation. Protective about details of suicide when asked, feeling understood and safer with others that are bereaved by suicide
<i>Purposefulness</i>	The death had changed how life is viewed, a feeling that their lives are totally changed and that the deceased is now helping them. Engaging in new activities, role in helping others.

Fig. 10 – *Master themes and their source* (Begley & Quayle, 2007)

La fase iniziale riguarda i primi mesi dopo l'accaduto ed è caratterizzata da emozioni intense che scuotono l'intero equilibrio familiare dove generalmente i genitori, per paura che gli altri figli possano ripetere il medesimo gesto, diventano iperprotettivi e alzano i livelli di attenzione e vigilanza nei loro confronti. Allo stesso tempo i figli, per alleviare il carico emotivo dei genitori, tendono a dare meno preoccupazioni possibili e questo atteggiamento si tramuta nel non manifestare eventuali disagi, sentimenti di sconforto, dolore e tristezza. In questo periodo diventa difficile per tutti i membri della famiglia esprimere le proprie emozioni, dialogare, come anche confidarsi e sfogarsi con persone esterne alla cerchia familiare per la vergogna e la paura di essere giudicati. In questi delicati momenti si fa fatica o non si vuole accettare il fatto che un membro della famiglia abbia deciso deliberatamente di togliersi la vita. Solo quando si è pronti a riconoscere il fatto, si può iniziare a muoversi dal tumulto iniziale e cercare di reagire a quanto successo. Nella fase successiva, tutte le energie dei sopravvissuti sono impiegate nel dare un senso a quanto successo, di contestualizzarlo sia nella storia familiare che integrarlo nella propria vita, poiché si tratta di un evento altamente traumatico che scombina i pensieri, credenze e principi che si hanno sulla vita. Gli individui si concentrano nel cercare indizi, dettagli, fatti che possano essere stati dei campanelli di allarme, parlano con amici, conoscenti del defunto per cogliere elementi che erano sfuggiti alla loro attenzione. Dopo tante ricerche, spesso vane, la maggior parte dei soggetti cerca di farsene una ragione convincendosi che il proprio caro abbia compiuto il gesto a causa di una reazione

impulsiva dettata da un evento, una situazione talmente grave da non riuscire a gestirla e affrontarla in altro modo, escludendo l'ipotesi che la persona lo abbia fatto per provocare un dolore o farli soffrire. Uno degli aspetti più difficile da affrontare per i sopravvissuti è quello di chiedere aiuto, parlare dell'accaduto: il nodo centrale è che spesso le persone hanno paura e vergogna di dire come sono andate realmente le cose e preferiscono raccontare un'altra versione dei fatti. Questa riluttanza e tendenza ad isolarsi dagli altri per evitare domande scomode, disagio e imbarazzo fa sì che scatti un meccanismo per cui, da un lato, i sopravvissuti lamentano di sentirsi esclusi e ignorati dagli altri, dall'altro, le persone a loro vicine percepiscono freddezza e questo a lungo andare fa allontanare anche chi in un primo momento era disposto ad aiutare e ascoltare. Per questi motivi spesso chi ha perso un caro per suicidio tende a partecipare a gruppi di mutuo aiuto formati esclusivamente da persone che hanno vissuto la loro stessa esperienza perché si sentono più compresi. L'ultimo tema riguarda il fatto che la maggior parte delle persone dopo aver vissuto una perdita così importante e traumatica si senta cambiata positivamente: questo si riflette nel voler vivere nuove esperienze, accettare nuove sfide, considerarsi persone migliori rispetto a prima, avere il desiderio di aiutare chi è in difficoltà. Questa percezione va considerata alla luce del fatto che le persone tendono ad integrare la figura della persona defunta nella loro vita, mantenendo un legame interiore con loro pur non essendo più presenti fisicamente e questa connessione genera la forza per andare avanti anche per loro (Begley & Quayle, 2007). È importante sottolineare che il vissuto personale e le caratteristiche proprie di ogni persona hanno un peso sul processo di elaborazione del lutto. Anche nelle situazioni più difficili, la natura umana e lo spirito di sopravvivenza aiutano a reagire anche quando sembra impossibile. Tuttavia, di fondamentale importanza è anche l'aiuto esterno, che può contribuire alla rinascita della persona (Pompili, 2013). I *survivors* possono rimanere bloccati per lungo tempo nella fase di ricerca delle motivazioni che hanno spinto la persona a compiere il gesto, a darsi la colpa per non aver compreso la situazione, oppure a cercare a tutti i costi un colpevole. Spesso questa spasmodica ricerca risponde a un bisogno interiore di riavere un certo controllo sulla propria vita, che è stata improvvisamente colpita dalla tragedia. Nel caso in cui i familiari vogliano andare a fondo per comprendere lo stato mentale della persona prima di compiere il gesto, possono richiedere a uno specialista di effettuare un'"autopsia psicologica". Un tempo questa procedura veniva utilizzata per cercare di far luce sulle morti equivoche, ma oggi viene anche utilizzata nell'ambito del suicidio: si tratta di una vera e propria inchiesta per raccogliere più informazioni possibili utili a ricostruire la

storia del suicida tenendo conto di tutti gli aspetti della sua vita dal punto di vista familiare, sociale, lavorativo, affettivo, e che coinvolge quindi diverse figure, come familiari, amici, le persone che si sono trovate per prime sul posto o che hanno fornito i primi soccorsi come la polizia o i medici (Dyregrov *et al.*, 2011).

Uno dei sentimenti che contraddistingue i sopravvissuti è il senso di colpa, elemento che non si riscontra negli altri tipi di lutto, poiché di solito non ci si sente responsabili per una morte avvenuta accidentalmente o per malattia. I familiari che perdono un affetto per suicidio si logorano pensando di avere una qualche responsabilità riguardo l'accaduto, si disperano perché pensano che avrebbero potuto in qualche modo evitarlo, si convincono che qualche loro atteggiamento, comportamento, frase detta in un momento sbagliato abbia potuto spingere la persona a compiere quel gesto, e si autoaccusano per non essersi accorti della situazione. Come spiega Pompili (2013), però, “E' importante capire che non si ha colpa di quella morte. È impossibile considerarsi responsabili per la vita di qualcun altro. Nessuno può essere incolpato” (pag. 216). La colpa assume diverse sfaccettature: può avere una valenza morale legata a principi e a valori che vengono sovvertiti, non rispettati, oppure può essere una colpa più psicologica legata ad aspettative crollate e conflitti interiori, che se non vengono analizzati rischiano di tormentare la persona e di farla entrare in un vortice di sensazioni negative, di atteggiamenti autopunitivi per situazioni o cose di cui in realtà non è responsabile. Al senso di colpa sono connessi anche altri sentimenti come l'imbarazzo, il rimpianto, l'autosvalutazione o la depressione. È molto importante analizzare la natura del senso di colpa perché, se porta la persona ad autoaccusarsi, disperarsi eccessivamente per quello che è stato o non è stato fatto, diventa un elemento disfunzionale per l'elaborazione del lutto. Al contrario, una riflessione sul proprio legame con la persona, alla luce degli elementi che si potevano conoscere, aiuta a capire che, per quanto possiamo essere importanti nella vita di una persona, non siamo gli unici: bisogna riuscire quindi a perdonarsi, accettare le proprie debolezze e propri limiti, cercando di contestualizzare l'accaduto (Pangrazzi, 2004). Al senso di colpa è legata anche la vergogna per la paura del giudizio altrui, per la reputazione della propria famiglia, e questo spesso porta i familiari a evitare di parlare, creando un'aura di mistero che non permette ai sopravvissuti di sfogare e condividere la propria sofferenza (De Leo, 2023). In molti casi le persone, per evitare di sentirsi in imbarazzo o per paura di essere giudicati, dicono che la morte è avvenuta per altre ragioni (infarto, incidente) e spesso questa bugia viene condivisa in famiglia, attuando una vera e propria distorsione

cognitiva, soprattutto quando si tratta di dover comunicare la morte ai bambini o a persone più vulnerabili, pensando di tutelarli da una verità scomoda ma che in realtà provoca problematiche sul lungo termine (Pangrazzi, 2004). Il fenomeno del suicidio è sempre stato un tabù e, soprattutto in passato, chi sceglieva di togliersi la vita condannava sé stesso e la famiglia a disapprovazione sociale e disonore, e a punizioni religiose. Sebbene oggi le cose siano migliorate, il suicidio viene ancora visto come un qualcosa di negativo, ambiguo, e resta la morte traumatica più stigmatizzante. Per la famiglia è un fardello difficile da portare e da superare, poiché viene anche danneggiata l'immagine, il ricordo del proprio caro, considerato come una persona che ha pensato solo a sé stessa, codarda, impulsiva o con gravi disturbi psicologici. Tutto questo porta i familiari a isolarsi, a non cercare aiuto e sostegno perché si ha difficoltà, timore a parlare: ancora oggi c'è uno stigma che avvolge chi ha perso qualcuno per suicidio, una sorta di tacito evitamento per una situazione non chiara, dove alla base c'è spesso l'idea che in qualche modo i familiari siano colpevoli di quanto accaduto (De Leo, 2023). Un altro forte sentimento con cui devono fare spesso i conti i sopravvissuti è la rabbia verso sé stessi ma soprattutto verso il defunto, perché è colui ha causato questa intensa sofferenza. Le persone si sentono tradite, abbandonate, rifiutate: sentono di non essere state abbastanza per il proprio caro, che ha comunque scelto di rinunciare a loro e di lasciarli vivere con tanti interrogativi e profondo dolore. Si ha difficoltà a perdonarli, a comprenderli; si alternano sentimenti contrastanti di amore e odio, perché la persona è il carnefice di sé stesso, e questo impedisce alle persone di ricordare il defunto serenamente (Pompili, 2013). Come ha sottolineato Pangrazzi (2004), il risentimento nasce quindi da diverse motivazioni, soprattutto dal fatto che la persona non ha scelto di lottare. La rabbia è un modo per sfogarsi, e, sebbene sia difficile da gestire, si può leggere come una spinta che aiuta a reagire, ad andare avanti, come una forma di protesta verso chi invece ha scelto di rinunciare a vivere. Con il tempo questa rabbia si trasforma e si può arrivare anche a riconciliarsi con quello che ormai non si può cambiare, ad accettarlo o a provare a comprenderlo. Nonostante sia possibile elaborare questo tipo di perdita i sopravvissuti al suicidio sono, tra la popolazione che ha subito una perdita traumatica, quelli che hanno maggiore probabilità di tentare il suicidio, e che hanno uno stile di vita peggiore connesso a un basso rendimento lavorativo, a poco supporto da parenti e a difficoltà o rifiuto di accedere a servizi di aiuto (De Leo, 2023). L'ideazione suicidaria è legata particolarmente a questo gruppo di persone per vari motivi: il dolore insopportabile, che non permette di cercare o vedere altre soluzioni; un'eccessiva identificazione con la persona che ha scelto

di suicidarsi, e in particolare con il suo dolore, che può rendere queste persone particolarmente vulnerabili; la paura di “ereditare” il dolore psichico e di essere destinati a compiere lo stesso gesto. Inoltre, sono anche più soggetti a patologie connesse all'ansia, alla paura o alla depressione (Dyregrov *et al.*, 2011). Il fatto che i sopravvissuti siano portati più di altri a commettere lo stesso gesto è stato ricondotto a tre motivazioni principali (Krysinska, 2003):

- il forte dolore provato, che in questo tipo di lutto viene anche chiamato “sindrome del sopravvissuto al suicidio” che comporta shock e stupore, senso di colpa, ricerca di un capro espiatorio, ricerca di significato, rabbia verso sé stessi e il defunto, senso di abbandono e rifiuto e una generale perdita di fiducia negli altri e nei propri valori di vita;
- *cluster* e patti suicidari: per *cluster* si intende “a group of suicides or suicide attempts, or both, that occur closer together in time and space than would normally be expected in a given community” (Krysinska, 2003, pag. 37). Questo fenomeno accade più facilmente in comunità formate da poche unità, legate da un forte legame, in cui i membri sono notevolmente influenzati e coinvolti nelle dinamiche sociali e questo può spingerli a compiere gesti di emulazione. Per patti suicidari si intende invece il fatto che due o più persone decidano di compiere l’atto insieme. Spesso si tratta di una diade, ma in determinati contesti si arriva a parlare anche di suicidi di massa dovuti principalmente da condivisione di ideali, estrema povertà, sottomissione o guerre;
- il modo in cui viene descritto il suicidio dai media.

Infine, è da considerare che le persone che si suicidano hanno spesso una storia pregressa di tentativi di suicidio, di minacce ai familiari di compierlo, o comunque patologie croniche che hanno fatto vivere i familiari con l'ansia e la paura, condizionando pesantemente la loro vita. Questo può far sì che i familiari possano sperimentare un senso di sollievo per il fatto di non doversi più preoccupare per la persona o di vivere in un perenne stato di allerta. Ciò non significa che non provino dolore e affetto per la persona, ma il senso di sollievo si riferisce a riconquistare un equilibrio e a riappropriarsi pian piano della propria vita (De Leo, 2023). Ogni suicidio getta in un profondo sgomento un certo numero di persone e, sebbene i sopravvissuti al suicidio siano numerosi, mancano programmi di aiuto efficaci e mirati. Un'altra problematica è che spesso sono i familiari stessi a non cercare aiuto, e le motivazioni sono diverse (Pompili, 2013):

- a) ad alcuni sembra bastare il sostegno ricevuto da parenti e amici;
- b) alcuni hanno condotte di evitamento e negano sentimenti così dolorosi;
- c) alcuni non vogliono ricevere aiuto perché hanno paura di essere riconosciuti e giudicati dalla società;
- d) una parte vede il chiedere aiuto come una debolezza;
- e) altri hanno poca fiducia nel fatto che qualcuno possa aiutarli;
- f) vi è una mancanza di programmi creati apposta per i *survivors*, perché ancora il suicidio è fortemente stigmatizzato socialmente.

L'aiuto e il sostegno che vengono dati alle persone sopravvissute a un suicidio di un proprio caro vengono chiamati *postvention* (post-intervento). Il termine è stato coniato da Shneidman nel 1971, unendo i termini *prevention* e *intervention* proprio per sottolineare come l'impegno a prevenire il suicidio debba compiersi prima, durante e dopo per i familiari in lutto (Pompili, 2013). Osterweis (1984) elenca le azioni fondamentali che sono in grado di fornire aiuto ai familiari (cit. in Scocco *et al.*, 2005):

- 1) ascolto partecipe;
- 2) assistenza continuativa nelle prime fasi del lutto;
- 3) empatia;
- 4) consigli per affrontare i problemi;
- 5) capacità di cogliere i bisogni del sopravvissuto;
- 6) disponibilità di nominativi di professionisti a cui rivolgersi.

L'aiuto può assumere diverse forme, come consulenze, psicoterapia singola o di gruppo, assistenza farmacologica, gruppi di auto-aiuto e reinserimento sociale.

È fondamentale che si parli di questo fenomeno e che si prendano in carico le difficoltà di questa parte di popolazione, ed è necessario che si fornisca aiuto tempestivamente, per non lasciare che si posticipi l'elaborazione del lutto o che questa rimanga incompleta sfociando in un comportamento suicidario. Le prime figure che possono fare da tramite e aprire un canale di comunicazione sono i medici di base, poiché conoscono la storia del defunto e possono avere un contatto diretto con la sua cerchia familiare (Scocco *et al.*, 2005).

2.4.2 Omicidio

Anche la morte per omicidio, seppur per motivazioni diverse, è una perdita che può far sentire i familiari stigmatizzati, giudicati, insicuri, spingendoli a isolarsi rispetto ad altre persone in lutto. I motivi sono da ricercare nel fatto che il defunto può essere visto come qualcuno che, a causa del suo stile di vita poco raccomandabile, se la sia cercata o che comunque abbia una responsabilità per quanto accaduto. Sorgono domande, dubbi sulla sua condotta, sulle sue abitudini e sulla sua cerchia di conoscenze: questo getta un'ombra, un giudizio anche sui familiari, che possono venire etichettati come una “famiglia sfortunata” e quindi da evitare; se a morire è stato un figlio, i genitori possono essere bollati come poco accudenti, non presenti, inadeguati nel loro ruolo di figure di riferimento. Tutto ciò genera una serie di sentimenti come autorimprovero, difficoltà a relazionarsi e a parlare dell'accaduto (De Leo, 2023). Inoltre, è fondamentale considerare che l'omicidio è un tipo di perdita traumatica perpetrata da un individuo che intenzionalmente ha ucciso un'altra persona. Questo è un aspetto di notevole importanza, perché innesca forti sentimenti di rabbia, ostilità e vendetta, che in altri tipi di morte traumatica possono non essere presenti o così rilevanti. Perdere una persona cara perché qualcuno volontariamente ha deciso di sopprimerla fa sentire le persone estremamente vulnerabili, impotenti di fronte a un gesto che non hanno potuto fermare, e provoca angosce riguardo a quello che può aver provato la vittima. Si vedono crollare i propri assunti di base sulla sicurezza, l'incolumità, sulla possibilità di poter controllare, prevenire o bloccare determinate azioni, perdendo di conseguenza la fiducia nel prossimo e credendo nell'esistenza del male (Solomon, 2022). Gli studi affermano che questo tipo di persone sono la categoria più a rischio, tra quelle in lutto per perdite traumatiche, di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico, di manifestare sintomi depressivi, ansiosi, di abusare di sostanze stupefacenti rischiando di sfociare in un lutto complicato (Alves-Costa, Hamilton-Giachritsis & Halligan, 2021). Il soggetto, proprio a causa della specificità della morte, può vivere in uno stato continuo di ansia, iperattivazione, ipervigilanza, ed essere estremamente protettivo nei confronti dei familiari per paura che possa accadergli qualcosa di male. Coloro che perdono un proprio caro per omicidio vengono inevitabilmente coinvolti in indagini, interrogatori, in processi giudiziari, in cui possono essere considerati come potenziali sospettati e messi sotto i riflettori dai media, spesso molto invasivi e irrispettosi verso la sofferenza altrui. Il sistema giudiziario ha tempistiche molto lunghe, i processi durano anni, hanno ritardi o proroghe che alimentano

nei familiari frustrazione e disagio. Può accadere che la ricerca del colpevole non abbia esito positivo, che il responsabile venga assolto o riceva una pena minore rispetto alle aspettative, causando un trauma secondario che provoca rabbia, senso di ingiustizia e disillusione (Solomon, 2022). Subire questa situazione fa sì che alcuni perdano fiducia nelle istituzioni e provino a farsi giustizia da soli. L'insieme di questi elementi, come anche testimoniare nel processo, subire interrogatori, essere costretti ad ascoltare i dettagli relativi alla morte del proprio caro, aggravano ulteriormente la situazione. Il fatto che un omicidio comporti inevitabilmente il coinvolgimento della polizia, colloca i familiari in un ruolo più passivo e meno diretto con l'evento morte, con poco margine decisionale, come ad esempio la scelta di vedere il corpo, il luogo del delitto o la decisione di vedere o tenere effetti personali del defunto, compromettendo negativamente il processo di elaborazione del lutto, che rischia di trasformarsi in un lutto ritardato proprio per il senso di irrealtà e incredulità esperito (De Leo, 2023). Alves-Costa *et al.* (2021) hanno eseguito in Gran Bretagna uno studio per comprendere a fondo i sentimenti, i pensieri e il vissuto di chi è in lutto per omicidio, cercando di dare voce alle loro esperienze e utilizzarle per sviluppare interventi di aiuto. I partecipanti sono stati coinvolti in un programma residenziale della durata di quattro giorni chiamato *Escaping Victimhood* (EV): l'obiettivo era cercare di identificare e promuovere strategie volte a migliorare la condizione di queste persone, coinvolgendole in attività, proponendo riflessioni e tenendo sempre il focus sui loro bisogni. Dalle interviste semi-strutturate raccolte, sono emerse tre tematiche principali: l'unicità dell'esperienza, il cambiamento del sé e del mondo e differenti esperienze di supporto. Ogni tematica racchiude a sua volta alcuni sottotemi.

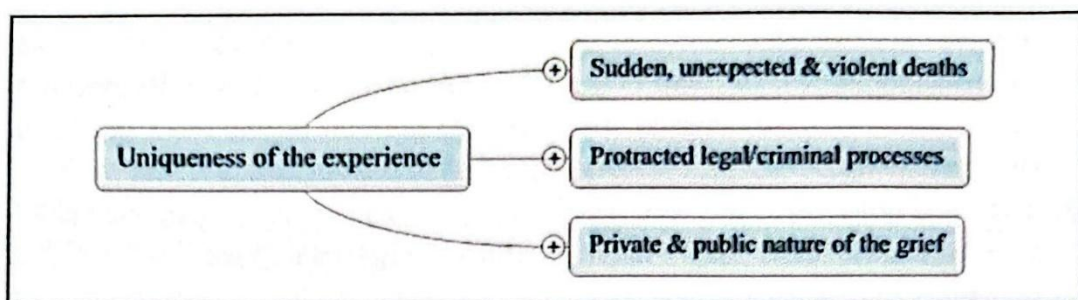


Fig. 11 – *Uniqueness of a homicidal bereavement experience* (Alves-Costa *et al.*, 2021)

La prima area (vedi Fig. 11) è intrinsecamente connessa alla natura stessa dell'evento, che lo rende unico poiché improvviso, violento, inaspettato e causato volontariamente da

qualcuno. Il dolore e l'angoscia nascono principalmente nel ripensare agli ultimi istanti di vita della persona, alla sua sofferenza in circostanze così terrificanti. Un omicidio coinvolge i familiari in lunghi processi legali e penali a cui non sono preparati, ed essi provano frustrazione per il fatto di non sentirsi aiutati, sostenuti e informati su come affrontarli: capire come muoversi, essere a conoscenza delle tempistiche e delle procedure del sistema giudiziario aiuterebbe le persone ad affrontare la situazione con un atteggiamento più propositivo. Al contrario, spendere energie nel comprendere come destreggiarsi nella macchina giudiziaria non permette agli individui di vivere il proprio dolore, portandoli spesso inconsciamente a bloccarlo o minimizzarlo, e a manifestarlo molto tempo dopo con una serie di problematiche. Inoltre, vi è un'incongruenza di obiettivi tra lo Stato e i diretti interessati, perché, mentre per il primo il proprio compito e dovere termina quando si trova un colpevole, per i parenti la fine del processo rappresenta un punto cruciale, il più delicato, perché solo in quel momento si trovano a fare i conti con il proprio dolore: nella maggioranza dei casi essi si sentono abbandonati nella fase del maggior bisogno, senza un supporto per elaborare il lutto. Il terzo sottotema mette in luce il fatto che inevitabilmente un omicidio mette in moto i media, e quindi i familiari si trovano in un vortice dove spesso i giornalisti hanno atteggiamenti poco empatici, privi di tatto e rispetto per la sofferenza altrui, oppure, per rendere la notizia più accattivante, arrivano a distorcere la versione dei fatti. Questo contribuisce a far sentire i familiari ancora più stigmatizzati, esposti e vulnerabili. Il secondo tema (vedi Fig. 12) sottolinea il fatto che la persona dopo l'omicidio non è più la stessa: vi è un prima e un dopo, caratterizzato da un vero e proprio cambiamento del sé e della visione del mondo: si riscontrano cambiamenti a livello di salute mentale ed emotiva, di percezione del mondo, dei modi che si adottano per affrontare le difficoltà e delle condizioni contestuali e finanziarie.

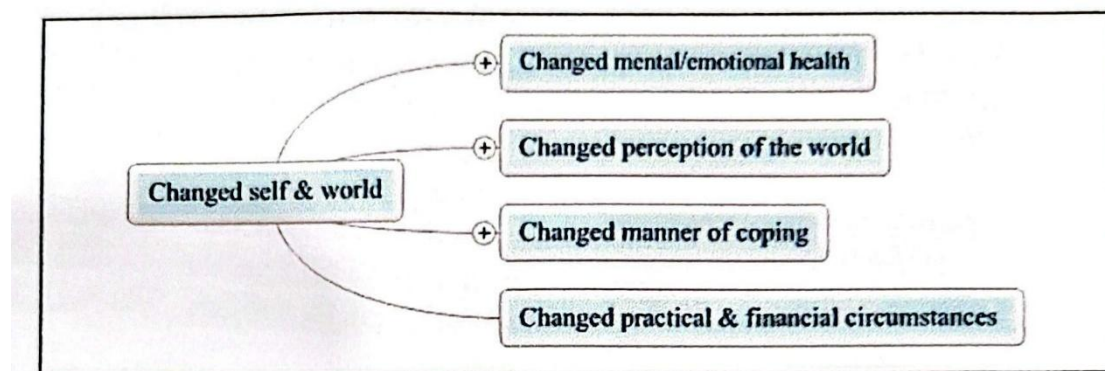


Fig. 12 – *Changed self and world posthomicide* (Alves-Costa *et al.*, 2021)

Il fatto di “subire” una trasformazione del proprio Io a seguito del lutto comporta una serie di disagi e sofferenze per la persona, e può capitare che in questo doloroso processo si presentino immagini intrusive legate all'evento, apatia, depressione, mancanza di energia nell'affrontare i compiti quotidiani, e disturbi legati all'alimentazione e al sonno. Dal punto di vista emotivo si possono vivere diversi sentimenti negativi, come il sentirsi in colpa per essere andati avanti con la propria vita, o provare rabbia, angoscia e frustrazione. Perdere un proprio affetto per omicidio rende insicuri, alimenta la sfiducia nel prossimo e genera paura, poiché si è colpiti da un evento che fino a quel momento non sembrava possibile. Alcune persone soffrono e hanno difficoltà ad accettare questa nuova realtà, e rimpiangono la vita precedente vivendo con il desiderio di tornare indietro nel tempo. Altre, invece, nonostante la drammaticità della situazione, riescono a integrare il lutto nella storia della propria vita, ritrovando una spinta per andare avanti, adattandosi alla nuova condizione, cogliendola come un'opportunità di crescita e riflessione sul proprio essere. Il cambiamento della propria persona e della percezione del mondo si riflette anche sull'approccio e sulle strategie che si scelgono di adottare per affrontare le difficoltà: diversi intervistati hanno affermato di aver trovato sollievo e benessere passando più tempo in famiglia, dandosi degli obiettivi sul breve termine, accettando varie forme d'aiuto (formale e informale), praticando sport e informandosi riguardo il funzionamento e l'andamento del processo giudiziario. In altre interviste, invece, si possono trovare strategie più evitanti e autoprotettive come il vivere alla giornata (considerando il futuro imprevedibile), tenersi occupati in diversi modi per non pensare all'evento, evitare posti o attività che possano essere collegate in qualche modo all'omicidio, come anche il ricorso al consumo di alcol e il cercare di nascondere i propri sentimenti, il proprio dolore, per proteggere i familiari. L'ultimo tema riguarda l'aiuto sia formale sia informale ricevuto. Per supporto informale si intende l'aiuto ricevuto da parenti, amici, persone strette o colleghi, mentre quello formale può essere fornito da diversi servizi. Riguardo l'efficacia dell'aiuto ricevuto, sia formale che informale, ci sono risposte eterogenee: alcune persone hanno riportato di sentirsi soddisfatte dell'aiuto ricevuto dalle persone vicine soprattutto nella gestione dei compiti quotidiani e dalla polizia nel ricevere informazioni subito dopo l'omicidio, mentre altre per diversi motivi hanno affermato che entrambe le fonti non sono state così di sostegno. Questo perché quasi sempre l'aiuto formale da parte delle istituzioni cessa una volta concluso il processo, e i vari servizi di assistenza si attivano di più per tutelare e far valere i diritti del colpevole in carcere che occuparsi dei bisogni dei familiari. Per quanto concerne l'aiuto informale,

diversi dichiarano di averlo ricevuto, ma non come avrebbero voluto o non lo considerano efficace: chi non è direttamente coinvolto ha difficoltà a comprendere la situazione e spesso non sa cosa dire o come comportarsi. Queste mancanze spingono le persone in lutto per l'omicidio del proprio familiare a isolarsi e a cercare aiuto in persone che hanno vissuto la loro stessa esperienza. Quello che si evince dalle varie testimonianze è che c'è ancora tanto lavoro da fare per aiutare chi è vittima di queste tragedie: oltre al sostegno immediato e durante il percorso giudiziario, c'è la necessità di un supporto costante successivamente, per accompagnare le persone a riappropriarsi della propria vita. A livello sociale, allargando il focus, sarebbe opportuno promuovere già in ambito scolastico un'educazione al lutto, per diffondere più consapevolezza e sensibilità nella società riguardo a questi delicati temi delicati (Alves-Costa *et al.*, 2021). Nei casi in cui l'omicidio sia compiuto da parenti o conoscenti stretti e quindi da persone di cui ci si fidava, le conseguenze sono ancora più gravi, perché i traumi coinvolgono anche il livello relazionale, i rapporti all'interno della famiglia, dove si possono manifestare ritiro fobico dalla fiducia, dalla responsabilità e dall'intimità, soprattutto nella relazione di coppia (Walsh, 2008). Enander, Krantz, Lövestad e Örmon (2024) hanno trattato un caso ancora più specifico, quello dell'omicidio del partner, che rappresenta la forma più grave di violenza domestica. Le ripercussioni sui familiari sono talmente catastrofiche che questi vengono chiamati “co-vittime”: spesso i soggetti che ne risentono di più sono i figli, che a volte hanno anche assistito al delitto. Quando un'aggressione avviene dentro le mura di casa, le conseguenze minano i rapporti dell'intero sistema familiare, che erano basati su reciproca fiducia, lealtà, dipendenza, e provocano divisioni, rotture, discussioni sulla custodia dei minori e divorzi. Le ricerche sugli effetti devastanti dell'omicidio del compagno/a si sono focalizzate quasi sempre sui figli della coppia, che si trovano in una situazione traumatica. Questo causa un'ulteriore ferita perché, oltre a rimanere senza il genitore ucciso, il bambino rimarrà senza l'altra figura genitoriale che è il responsabile dell'accaduto, e che quindi, invece di essere una fonte di protezione e sicurezza, diventa qualcuno da cui difendersi. Molto spesso, ai bambini non viene fornito il supporto adeguato perché gli stessi familiari, o chi dovrebbe prendersene cura, sono coinvolti troppo emotivamente o presi dalla macchina giudiziaria. Anche gli adulti, infatti, hanno bisogno di aiuto per quello che ten Boom e Kuijpers (2012) identificano come “gestione della crisi”, cioè qualcuno che si prenda carico di svolgere determinate mansioni come organizzare la quotidianità in casa, relazionarsi con la scuola o con il proprio posto di lavoro. Diventare colui che all'improvviso deve accudire i bambini vittime di una violenza

domestica è un compito molto difficile, perché bisogna essere una figura di riferimento per loro e nel frattempo vivere ed elaborare il proprio dolore. Questo comporta, a volte, essere costretti a interagire con l'omicida, perché magari ha ancora la custodia formale dei figli o diritto di visita, e spesso si devono intraprendere lunghe battaglie con i servizi sociali per tutelare i bambini. Una tragedia di questa portata modifica l'assetto familiare, i rapporti tra le persone, e il trauma ha delle conseguenze intergenerazionali che interessano vari livelli. Una delle esigenze dei familiari è quella di essere aiutati nell'integrare questo tipo di lutto all'interno della storia familiare, soprattutto per le generazioni future. Le co-vittime hanno necessità di supporto che si può attuare tramite (Enander *et al.*, 2024):

- Coordinamento e preparazione professionale;
- Supporto emotivo;
- Offrire e proporre aiuti anche se vengono visti con riluttanza;
- Supporto pratico e informativo;
- una figura di riferimento che segua i sopravvissuti per un lungo periodo.

Diversi studi riguardo la salute mentale hanno notato differenze nell'intensità di malessere mostrato da individui che avevano perso qualcuno per omicidio e, per capirne meglio l'origine, hanno suddiviso i processi riguardanti la salute mentale in tre diversi fattori: *peri-traumatici*, cioè quegli elementi che fanno parte dell'evento, come le sue circostanze, le caratteristiche, le emozioni provate; i *fattori pre-traumatici*, cioè quelli presenti prima dell'accaduto, come la qualità del rapporto con la vittima; infine, i *fattori post-traumatici*, che avvengono dopo, con tutta una serie di conseguenze. Dei tre fattori, quelli su cui si sono focalizzati maggiormente gli studiosi sono quelli post-traumatici, perché sono quelli dove si può intervenire per riuscire a migliorare le condizioni di salute dei soggetti (Lebel, Lépine & Brillon, 2024). Joseph, Williams e Yule (1995) hanno introdotto il Modello Integrativo dei Fattori Psicosociali Relativi all'Adattamento allo Stress Traumatico per mettere in luce i fattori psicosociali che possono avere potenzialmente un ruolo nello sviluppo di disagi post traumatici. Il primo fattore considerato è quello *cognitivo* che riguarda il modo in cui la persona valuta l'evento traumatico che generalmente comporta paura, orrore, incredulità. Quando e quanto uno stimolo venga percepito traumatico è molto soggettivo perché dipende da diversi elementi come la natura dell'evento, il contesto in cui avviene e la personalità di chi lo vive. Un altro aspetto importante sono

gli *stati emotivi* come la paura, la rabbia, la vergogna, lo stupore, il senso di colpa che influiscono su come la persona affronterà la situazione a livello psicologico. Per quanto concerne le *strategie di coping* attuate, si possono trovare comportamenti di evitamento che riguardano pensieri, immagini o determinate attività. Una percentuale di atteggiamenti di evitamento è fisiologica in queste situazioni, perché sono strategie che la nostra mente mette in atto per cercare di andare avanti ma, se si raggiungono livelli elevati, diventano deleteri poiché si rischia di bloccare il flusso di emozioni che permetterebbero poi al soggetto di vivere e superare il trauma: non esiste un modo giusto o sbagliato per reagire alle situazioni, ma dipende molto dal temperamento della persona, dal contesto e dalla situazione. Fondamentale è anche il *supporto sociale* che aiuta l'individuo a dare un significato a quanto successo e allo stesso tempo gli fornisce una spinta verso il futuro per guardare avanti con una consapevolezza diversa. Oltre a questi fattori è stato notato che una componente che gioca un ruolo rilevante nel predire l'andamento positivo o negativo, è la qualità dell'interazione con il Sistema di Giustizia Penale e quindi la percezione di giustizia esperita. In merito a questo, Colquitt (2001) ha suddiviso la percezione di giustizia non considerandola come un'unica dimensione ma con quattro diverse sfaccettature: *distributiva* (intesa come qualità dei risultati raggiunti, secondo i principi di uguaglianza), *procedurale* (qualità ed equità degli iter stabiliti, che siano coerenti, accurati, eticamente giusti), *interpersonale* (qualità del rapporto con le autorità, il fatto di sentirsi rispettati nei propri bisogni) e infine quella *informativa* (qualità delle informazioni fornite dalle autorità). Di conseguenza, Lebel *et al.* (2024) hanno organizzato i fattori post omicidio associati alla salute mentale in sei categorie, integrando gli studi di Joseph *et al.* (1995) con le ricerche di Colquitt (2001). Le categorie in evidenza sono i *fattori cognitivi*, di *coping*, *sociali*, *emotivi*, *legati alla corte di giustizia suprema* e *altri fattori*. Per ogni fattore sono state identificate diverse sottocategorie, e la loro analisi ha aiutato a comprendere come promuovere il benessere e diminuire la sofferenza degli individui in lutto per omicidio. Uno dei primi passi è stato quello di considerare le esperienze dolorose che le persone hanno vissuto in relazione al percorso giudiziario, e lavorare quindi sulla loro percezione di ingiustizia. Altri aspetti importanti su cui lavorare sono quelli legati alla resilienza, l'aiutare a dare un significato a quanto accaduto e integrarlo nella storia di vita, imparando a gestire i sentimenti ostili, come la rabbia e la vendetta, strettamente connessi a questo tipo di perdita. Inoltre, i professionisti della salute mentale dovrebbero cercare di migliorare il proprio approccio rendendolo più sensibile e preparato riguardo alle tematiche del lutto. Anche la presenza di assistenza

durante i processi in tribunale gioverebbe molto ai familiari. Infine, dalle ricerche emerge che, sebbene le varie credenze religiose siano poco considerate, esse svolgono in realtà un ruolo significativo nella diminuzione del disagio delle persone post omicidio (Lebel *et al.*, 2024).

2.4.3 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali rientrano nelle prime dieci cause di morte al mondo (Attwood, Benkwitz & Holland, 2023), e la principale nella fascia d'età dai cinque ai ventinove anni, rendendoli una seria e impattante problematica che coinvolge diverse categorie di persone, come pedoni, ciclisti, conducenti e passeggeri di vari veicoli. Secondo Breen e O' Connor (2012, cit. in Walsh, 2023), gli individui coinvolti negli incidenti possono essere raggruppati in questo modo:

1. Le persone colpite da lutti causati da incidenti stradali;
2. I feriti;
3. Famiglie e amici che si occupano delle persone ferite;
4. I testimoni e i soccorritori;
5. I colpevoli.

Le ripercussioni psicosociali che riguardano queste categorie di persone sono diverse poiché si possono riscontrare intense reazioni post traumatiche che sfociano in disturbi psichiatrici e isolamento. Inoltre, in questo tipo di evento, dove è alta la percentuale di subire lesioni gravi o permanenti, vi è una diminuzione della qualità della vita dei sopravvissuti, nonché un grande investimento di tempo, cure e sacrifici da parte di chi si occupa di loro. Sbattella e Tettamanzi (2007) riconoscono nella categoria di “vittime da incidenti stradali” chi perde la vita, i familiari della vittima, chi subisce un handicap a causa di una collisione e i suoi familiari. Al di là delle varie classificazioni, quello che emerge da diversi studi è che la maggior parte delle ricerche e attenzione è rivolta a chi sopravvive e alle ripercussioni fisiche o psicologiche che il trauma ha provocato, ma della sofferenza di chi ha perso un proprio caro a causa di un incidente stradale si parla poco, tanto che queste persone vengono chiamate “vittime nascoste” (Attwood *et al.*, 2023). Le ricerche dimostrano che chi rimane invalido post incidente e i familiari delle vittime subiscono un peggioramento delle condizioni di vita dal punto di vista economico, sociale e psicofisico. Nella maggior parte dei soggetti si riscontra perdita di interesse per le varie

attività e compiti quotidiani, calo di autostima e fiducia in sé stessi, e altre problematiche legate ad ansia, depressione, fobie, ideazione suicidaria, e intensi sentimenti di rabbia e risentimento. Gli incidenti più gravi, con conseguenze fatali o permanenti, cambiano per sempre la vita delle persone coinvolte e della loro cerchia familiare, a partire dalla persona ritenuta colpevole dell'accaduto, che avrà delle pesanti conseguenze a livello psicologico e sensi di colpa per aver provocato la morte di qualcuno magari per una distrazione, errore o fatalità. Chi perde qualcuno in modo così inaspettato si ritrova catapultato in una realtà che fino a pochi istanti prima non pensava possibile e vede compromesso il suo senso di sicurezza (Sbattella & Tettamanzi, 2007). In questo tipo di lutto, considerato traumatico, quello che sconvolge è l'irrompere della tragedia, che non permette di avere il tempo per prepararsi a quello che si andrà ad affrontare, e soprattutto preclude la possibilità di dare un ultimo saluto al proprio caro, come accade quando si perde qualcuno per malattia. La maggior parte delle volte, il dolore e la sofferenza dei familiari delle vittime non viene riconosciuto, ed è più grave e intenso di quello che la società si aspetta (Attwood *et al.*, 2023). I familiari vengono sopraffatti dal dolore, e questo impedisce loro di affrontare le sfide quotidiane; a causa delle circostanze della perdita, capita spesso che sviluppino fobie legate alla guida o all'utilizzo di veicoli, e questo condiziona pesantemente la qualità della vita. Dalle interviste fatte, risulta che diverse persone hanno difficoltà a ricordare i momenti successivi alla tragedia, caratterizzati da stordimento, ricordi e immagini annebbiate, come se non fossero loro stesse a vivere quella situazione. Il periodo del lutto viene spesso affrontato giorno per giorno, senza troppe aspettative e programmi futuri, ma cercando di vivere il momento. Per alcuni il dolore diventa talmente pervasivo che si trasforma in un'ossessione nel voler saper quanto più possibile sulle dinamiche dell'incidente, e questa costante ricerca perdura per tutto il tempo del processo, che nella maggior parte dei casi dura anni, diventando una situazione estenuante. Anche il non sapere come muoversi e cosa aspettarsi durante le fasi del processo crea ulteriore sofferenza (Walsh, 2023). Da diversi studi condotti su familiari in lutto per incidente stradale sono emerse come principali problematiche il peggioramento della salute mentale, soprattutto durante i procedimenti giudiziari e la poca assistenza ricevuta nell'elaborazione del lutto (Attwood *et al.*, 2023). Le morti per incidente stradale implicano il coinvolgimento della polizia e degli operatori sanitari, e l'attivazione di diverse procedure a livello giudiziario e assicurativo che vanno a modificare, peggiorare o rallentare il processo di lutto (Walsh, 2023). I procedimenti giudiziari, grazie all'individuazione di un responsabile, rendono in qualche modo giustizia alla vittima e

alleviano il dolore dei familiari, ma, allo stesso tempo, possono causare loro sofferenza aggiuntiva e vittimizzazione secondaria perché spesso non soddisfano le aspettative. Inoltre, i familiari percepiscono che a volte i servizi di assistenza prestano più attenzione alla situazione del colpevole piuttosto che alle loro esigenze: ciò è dovuto al fatto che prima di arrivare a condannare qualcuno, si fanno diverse indagini per considerare le sue condizioni psico-fisiche e la storia personale. Tutto questo è cruciale e influisce nel processo di lutto perché, quando i familiari sentono che i loro bisogni non vengono ascoltati, perdono fiducia nelle istituzioni e sono più restii nel chiedere aiuto. La perdita di un proprio affetto in modo così tragico va a intaccare l'equilibrio e le dinamiche familiari, e diventa difficile sostenersi a vicenda perché ognuno è focalizzato a vivere ed elaborare il proprio dolore (Attwood *et al.*, 2023). Frequentemente il cercare di “tenere insieme i pezzi” del sistema familiare ricade sulle figure femminili; inoltre, si creano situazioni difficili, come fratelli e sorelle delle vittime che si sentono ignorati dai genitori, coppie sposate che rischiano il divorzio o il sopraggiungere di difficoltà economiche. Queste motivazioni, come anche il non voler condividere o parlare del proprio dolore all'interno della famiglia per non aggravare ancora di più la situazione e riversare la propria tristezza sugli altri membri, spingono le persone a cercare aiuto esternamente, da professionisti che possano ascoltare senza essere coinvolti emotivamente, che possano rassicurarli su emozioni, paure e difficoltà vissute: conoscere il processo di elaborazione del lutto e le sue implicazioni aiuta le persone a comprendere quello che stanno vivendo, a normalizzare il lutto e a contestualizzare il proprio dolore (Walsh, 2023). Attwood *et al.* (2023) affermano che, purtroppo, il sostegno sia formale sia informale è carente: l'aiuto da parte di persone strette o parenti spesso viene a mancare, perché le persone hanno paura e non sanno come aiutare, cosa dire, e il più delle volte i pochi tentativi fatti vengono percepiti dai familiari in lutto come inutili o fuori luogo. Questo spinge le persone a prediligere gruppi di supporto formati da persone che condividono la stessa esperienza e comprendono la loro sofferenza. L'aiuto formale viene spesso considerato inadeguato o inutile, poiché si attiva con tempistiche tardive rispetto alle necessità di chi è in lutto. Il sostegno formale andrebbe promosso e incrementato in diversi contesti: all'interno della scuola, con il lavoro svolto dagli insegnanti nel sostenere i bambini che hanno perso qualcuno in un incidente stradale; negli ospedali, tramite la selezione di personale sanitario preparato a gestire efficacemente ed empaticamente la comunicazione di *bad news*; nei diversi servizi di assistenza attivati con l'incidente (Sbattella & Tettamanzi, 2007).

3. Lutto traumatico: dimensione collettiva

3.1 Il trauma a livello collettivo: definizione di disastro, catastrofe ed emergenza

Per indicare una situazione calamitosa di varia natura, è consuetudine utilizzare indistintamente i vocaboli “disastro” e “catastrofe” ma, se si esamina attentamente l’etimologia delle due parole, si trovano delle sottili differenze.

Il termine “catastrofe” deriva dal greco *katastrophè* (rivolgimento) che ha origine dal verbo *katastrèphein* (rivoltare), composto dalla parola *katà* (giù) e *stèphein* (voltare).

La parola “disastro” è formata dal prefisso *dis* che attribuisce un valore negativo, peggiorativo e *astro* che si può tradurre con “cattiva stella” (Cuzzolaro & Frighi, 1998).

Nelle definizioni della lingua italiana, il disastro è definito come “sciagura che provoca perdite gravi di beni materiali e di vite umane” (Devoto-Oli) mentre catastrofe indica “l’improvviso o luttuoso sconvolgimento o capovolgimento di una situazione o di un’impresa” (Devoto-Oli): la differenza fra i due termini consiste nel fatto che con il primo ci si vuole riferire all’evento in sé, considerandolo dal punto di vista dei danni fisici e materiali (portata, intensità, numero di vittime), mentre il secondo è legato più all’impatto che l’evento ha non solo negli aspetti strettamente materiali, ma anche a livello comunitario, sociale, umanitario (Lavanco & Novara, 2003). Secondo la FEMA (*Federal Emergency Management Agency*), la Protezione Civile degli Stati Uniti, un disastro è una “catastrofe, un incendio, un’inondazione o un’esplosione che provochi danni di gravità e dimensioni tali da richiedere assistenza in supporto dallo Stato, enti locali e organizzazioni di soccorso per riparare i danni, le perdite, le difficoltà e le sofferenze” (Pietrantonì *et al.*, 2008, pag. 11). Roberts e Yeager (2012), riportando la definizione del Centro di Ricerca sull’Epidemiologia dei Disastri, lo definiscono come “una situazione o evento in grado di sopraffare la capacità locale, necessitando di una richiesta di assistenza esterna ad un livello nazionale o internazionale” (pag. 137), ponendo l’enfasi sul fatto che sia inevitabile, data la gravità dell’evento, la necessità di aiuti esterni per ricostruire e aiutare la comunità ad affrontare diverse problematiche a livello sociale, medico e psicologico. Le prime definizioni di disastro risalenti agli anni Sessanta del secolo scorso tendevano a circoscrivere il fenomeno dal punto di vista del tempo e dello spazio. Con il passare degli anni, l’approfondimento degli studi e l’avanzamento della tecnologia che, nonostante i suoi grandi e importanti progressi, ha

inevitabilmente modificato la natura e l'entità dei disastri, rendendoli di più ampia portata (come Chernobyl), si è arrivati ad una concezione diversa del disastro (Lavanco & Novara, 2003). Lavanco (2003) nel suo testo riporta una rassegna delle principali definizioni di “disastro” e “catastrofe”, facendo notare come il loro uso si sia alternato nel tempo. La prima definizione di disastro appartiene a Fritz (1961), il quale ha una visione piuttosto riduttiva dell'evento poiché lo circoscrive dal punto di vista temporale e geografico: “Un disastro è un evento, concentrato nel tempo e nello spazio”.

In ambito psicologico, la prima vera definizione di disastro risale a Kinston e Rosser (1974), che hanno aperto la strada nel considerare il disastro non solo dal punto di vista individuale ma anche collettivo, descrivendolo come “una situazione di stress massivo collettivo”. Su questa lunghezza d'onda si posizionano anche Crocq, Doutheau e Sailhan (1987), i quali non concordano con una definizione strettamente legata ai danni fisici, ma spostano l'attenzione su aspetti più sociali: “la catastrofe è data dal sopraggiungere di un evento nefasto, per lo più improvviso e brutale che provoca: distruzioni materiali o un gran numero di vittime o una disorganizzazione sociale notevole, o due o tre di queste conseguenze contemporaneamente” (Lavanco & Novara, 2003). Cuzzolaro e Frighi (1998) sottolineano come la definizione di questi autori sia una vera e propria svolta rispetto a tutte le altre, poiché per la prima volta si considerano gli eventi che comportano distruzioni materiali senza vittime, o, al contrario, disastri che provocano un numero elevato di perdite umane senza danni materiali. Un altro aspetto innovativo è dato dall'introduzione del concetto di disorganizzazione sociale che una catastrofe comporta, e quindi i fenomeni a essa collegati, come disagi a livello di informazione, di spostamento di persone e di beni, consumi di risorse, organizzazione della sanità e mantenimento della sicurezza pubblica. Infine, gli autori prendono in esame la definizione di Lechat (1989), in cui si menziona l'importanza della capacità di reazione di una comunità: a seconda di dove, come e quando capita un disastro, la comunità può essere sopraffatta e non avere le risorse sufficienti per affrontarlo, vedendo minacciata la sua organizzazione e il suo senso di integrità “Un disastro è una rottura dell'ecologia umana che la comunità colpita non è in grado di assorbire con le sue sole risorse”. La vulnerabilità di una comunità dipende dalle richieste che un evento impattante comporta, e dal grado di risorse che la comunità stessa riesce a utilizzare per contrastarlo: se vi è un forte squilibrio tra le esigenze imposte dalla situazione e le risorse per fronteggiarlo, la comunità rischia di soccombere (Palestini, Prati, Villano & Marcon, 2007).

A queste definizioni, si affianca il termine “sub-cultura da disastro”: concetto sviluppato

da Moore (1964), si riferisce a tutte quelle comunità che vivono in territori che, per morfologia o posizione geografica, sono esposti ciclicamente a fenomeni climatici come tifoni, terremoti, alluvioni, e che con il tempo, grazie all'esperienza e alla corretta informazione, sono riuscite ad adattarsi e a convivere con questi eventi, imparando a prevenire, gestire e ridurre i potenziali danni (Cattarinussi & Pelanda, 1981).

Al di là delle varie definizioni, “un evento, per essere definito “disastro”, deve avere un impatto traumatico *collettivo* e deve suscitare reazioni *collettive* sia a livello pratico (comportamenti collettivi, azioni sociali) sia a livello emotivo e immaginario” (Cuzzolaro & Frighi, 1998, pag. 50). Lavanco (2003) ha sottolineato la rilevanza dell'impatto a livello collettivo poiché è proprio questa dimensione che differenzia il disastro da altri eventi traumatici che possono accadere durante la vita di una persona (*stressfull life events*). Un *disastro di comunità* avviene quando un evento o una crisi va a modificare ed impattare sulle dinamiche di vita di una comunità a livello territoriale e relazionale (Lavanco & Novara, 2003). Gli autori hanno individuato quattro indicatori psicologici da osservare per analizzare un *disastro di comunità*: il sentimento di coesione, il sistema di controllo e di potere, la rete di supporto formale e informale, il sentimento di fiducia.

Il primo indicatore mostra come si verifichi un rafforzamento della connessione emotiva condivisa, poiché di base vi è un legame tra i vari membri della comunità che si riconoscono come parte di un medesimo gruppo, caratterizzato da una propria storia, cultura, lingua e tradizione: il disastro rappresenta una minaccia per la comunità, che di conseguenza tende a diventare più coesa per affrontare le difficoltà. Per quanto riguarda il sistema di controllo e potere, in queste situazioni le persone sentono di essere vittime di un destino comune, un qualcosa di inaspettato a cui non hanno potuto sottrarsi. Entra in gioco quindi il concetto di *locus of control*, costruito delineato da Rotter (1966) per indicare le modalità con cui le persone attribuiscono la causalità degli eventi. Il *locus of control interno* è presente quando una persona crede che tutto quello che le accade sia una conseguenza delle proprie azioni o scelte, mentre il *locus of control esterno* è attivo quando una persona attribuisce a cause esterne, non dipendenti da lui, quello che gli succede. Nel caso del disastro, siamo in presenza di un forte *locus of control esterno*, poiché le persone si sentono parte di una comunità che ha subito lo stesso sfortunato destino e soffrono a causa di eventi che sfuggono al proprio controllo, accentuando sentimenti di impotenza, passività e fatalismo. Il terzo indicatore tratta il tema della messa in moto del sistema di aiuti informali e del collasso di quello formale. Nelle situazioni di emergenza, i danni ingenti non si contano solo dal punto di vista materiale, ma soprattutto

emotivo. L'aiuto informale è il sostegno che i membri stessi della comunità colpita dall'evento mettono in atto per aiutarsi a vicenda: questo è il sistema di aiuti che viene messo maggiormente a dura prova perché, quando un disastro colpisce una comunità, aumentano anche le richieste di aiuto da parte di soggetti che già di per sé sono vulnerabili come anziani, malati, bambini o persone che hanno perso i propri cari. A causa della natura improvvisa dell'evento, i servizi di aiuto formale (ospedali e strutture di vario genere) tendono a collassare, poiché non hanno il tempo di organizzarsi con piani di azione idonei e hanno difficoltà ad assorbire l'utenza. L'ultimo indicatore segnala il fatto che l'inefficienza, la disorganizzazione e le risposte di aiuto tardive provocano spesso nella comunità una caduta del senso di fiducia e sicurezza generale nei confronti delle istituzioni e degli apparati addetti alla protezione e supporto, manifestandosi tramite atteggiamenti di delegittimizzazione o delega. Spostandoci sulla definizione di "emergenza" Procentese *et al.* (2021) riportano che il termine ha origine latina e deriva dal verbo "emergere" composto dalla lettera "e" che sta a significare "fuori di" e "mergere" che si può tradurre con "affondare". Questo vocabolo quindi si può tradurre con "ciò che emerge", riferendosi a ciò che affiora dalla superficie, un qualcosa che colpisce la nostra attenzione e che può avere una valenza sia positiva che negativa. Al giorno d'oggi il termine "emergenza" ha un'accezione prevalentemente negativa poiché viene utilizzato per indicare una situazione di allarme, pericolo, probabilmente perché si accosta alla parola inglese "*emergency*" utilizzata esclusivamente in determinati contesti di natura improvvisa e di una certa gravità. Uno stato di emergenza viene infatti dichiarato o proclamato quando c'è urgenza di intervento e quando si è chiamati a rispondere a un evento non in maniera ordinaria ma con strumenti e risorse straordinarie poiché ad essere minata è la collettività su diversi livelli. Nell'ambito organizzativo, in Italia, in base al Decreto Legge n. 1 del 2 gennaio 2018 (art. 7), viene definito emergenza ogni evento calamitoso in cui è necessario attivare risorse di soccorso ordinarie o straordinarie (Sbattella 2020). In questa definizione si mette in risalto la discrepanza tra le risorse disponibili e i bisogni necessari dati dal particolare contesto e si considerano diversi livelli di emergenza in base all'intensità dell'evento.

3.1.1 Dalla catastrofe alla mente: la prospettiva psicologica sull'evento critico

Axia (2006) considera l'emergenza in psicologia come uno stato psichico, cioè quella particolare condizione in cui la mente umana attiva dei meccanismi di difesa poiché la persona sente che la propria incolumità o quella dei propri cari è a rischio. Definire l'emergenza come uno "stato" sottolinea la sua natura transitoria, temporanea che subentra in risposta ad un certo contesto. Quando un soggetto ha paura di morire si attivano dei meccanismi di sopravvivenza che in quel momento sono funzionali a fronteggiare nel miglior modo possibile la situazione per cercare di salvarsi. Le risposte più comuni sono l'immobilità, la lotta e infine, come ultimo tentativo, la fuga. In queste circostanze di pericolo, la mente umana e l'organismo sfruttano le proprie energie e risorse per unico scopo: sopravvivere. Questo significa che l'attenzione dell'individuo è immersa completamente nel qui e ora e vengono acquisite e processate solo le informazioni e i dettagli utili alla sopravvivenza, mentre tutto il resto diventa superfluo.

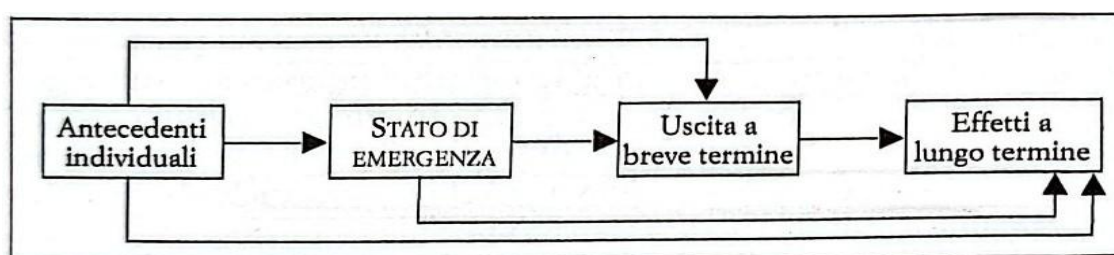


Fig. 13 – Diagramma di flusso dello stato psichico di emergenza (Axia, 2006)

Come possiamo vedere dal diagramma (vedi Fig. 13), lo stato psichico dell'emergenza viene attivato e influenzato dagli antecedenti individuali, cioè tutte quelle caratteristiche intrinseche all'individuo come aspetti biologici, emotivi, caratteriali e di esperienze pregresse che portano la persona a percepire di essere in pericolo. Se l'individuo si sente minacciato, subentra lo stato di emergenza che ha caratteristiche ben precise ma una durata abbastanza breve. Una volta terminato, quel particolare vissuto di angoscia e paura va elaborato poiché, altrimenti, si rischia di avere ripercussioni sul lungo periodo. È importante ricordare che quando cessa la vera e propria emergenza a seguito di eventi catastrofici non significa che sia terminata anche quella a livello psicologico per le persone coinvolte anzi spesso, proprio in quei momenti, si entra nella fase più delicata e complicata. Nel campo della psicologia viene definito "emergenza" un contesto caratterizzato da circostanze molto specifiche, che devono presentarsi simultaneamente

(Sbattella 2020):

- percezione di una minaccia imminente;
- richieste di attivazione rapida e di rapide decisioni;
- percezione di una sproporzione improvvisa tra bisogno e potenziale di risposta attivabile dalle risorse immediatamente disponibili;
- clima emotivo congruente.

Secondo questa definizione interattivo-costruttivista fornita dall'autore, in ambito psicologico si può affermare che vi è emergenza se vi è un'interazione fra due o più persone che si attiva a seguito di una percezione di minaccia per la propria vita, in cui si provano intense emozioni di paura, shock, orrore, rabbia, vergogna e in cui i soggetti sentono di essere sopraffatti dalla situazione e di non avere le capacità o le risorse adatte per gestirla.

3.2 Rispondere all'imprevisto: il ruolo della Psicologia dell'Emergenza

La psicologia dell'emergenza si occupa di “Tutti i processi mentali che prevengono, fronteggiano o riparano minacce che emergono da cambiamenti ambientali improvvisi. In questo senso, si occupa dell'interazione tra la mente ed eventi che possiamo definire catastrofici, disastrosi o incidentali, in relazione alla magnitudo della loro forza distruttiva” (Sbattella, 2020, pag. 27). La mente umana che viene menzionata non si riferisce unicamente a quella del singolo individuo ma anche quella gruppale, comunitaria e organizzativa. Nello specifico la mente gruppale, soprattutto nei contesti emergenziali, ha sue dinamiche ben precise e non è semplicemente la somma di menti singole, la mente comunitaria è quella formata da individui che sentono di appartenere ad un luogo e condividono dei valori. Infine, la mente organizzativa va al di là delle decisioni individuali o di massa, ma è costituita da tutte quelle logiche economiche, politiche che entrano in gioco durante l'emergenza. Galliano (2017) sottolinea come “In emergenza il sapere psicologico risulta fondamentale quando le condizioni di sopravvivenza diventano eccezionali ed estreme, quando è in gioco la vita personale o quella dei propri cari, quando i professionisti del soccorso, come ad esempio i Vigili del Fuoco o il 118, espongono, nella pratica professionale, la propria esistenza al rischio di vita o a veri e propri bagni di

sofferenza” (pag. 154). Per Francescato e Ghirelli (2002) “La psicologia dell’emergenza si occupa dello studio, della prevenzione e del trattamento dei fenomeni psichici, cognitivi e comportamentali che insorgono nelle situazioni di emergenza, ossia di shock. Si tratta di interventi di tipo clinico ma che contemplano molte differenze rispetto alla psicoterapia tradizionale” (pag. 221). Le caratteristiche di questa disciplina sono diverse:

- il focus dell’intervento è storico: questo significa che ci si cerca di osservare le modalità di reazione delle persone nel qui e ora, nella crisi in atto, senza andare ad analizzare o a cercare spiegazioni nel passato;
- Lo scopo è quello di aiutare le persone in un cambiamento comportamentale di fronte alla tragedia e non di modificare tratti o caratteristiche più profonde dell’individuo;
- L’intervento deve esaurirsi in tempi abbastanza circoscritti e limitati nel tempo, ben definiti: il sostegno dovrebbe essere fornito per il tempo naturale in cui una persona riesce a tornare ad una sorta di equilibrio, quindi intorno a 4/6 settimane circa e gli incontri dovrebbero essere ravvicinati e con una durata variabile, rispettando le esigenze dell’individuo, senza seguire necessariamente la durata standard dei normali colloqui;
- L’approccio all’intervento degli operatori deve essere attivo, direttivo e orientato al problema: questo significa che chi opera in questo campo, per le condizioni particolari in cui si agisce, deve essere bravo a muoversi tra il livello individuale, familiare, lavorativo e in collaborazione con le istituzioni ed enti locali, con cui deve essere in costante rapporto. Inoltre, bisogna sottolineare il fatto che il suo sostegno deve sempre e comunque rispettare i tempi e le volontà delle vittime, incoraggiando la sua indipendenza e resilienza, a meno che non siano in grado di reagire a seguito dello stato confusionale dovuto al trauma;
- I servizi sociali e sanitari dovrebbero collaborare per far sì che si crei una sinergia tra gli operatori, i volontari di soccorso e la macchina degli aiuti, in modo che si lavori in un’unica direzione, senza troppe difficoltà.

3.2.1 Accenni storici: nascita e sviluppo della disciplina

Già nell’antichità, di fronte a catastrofi naturali, l’uomo si interrogava sugli esiti dannosi nelle popolazioni colpite: le prime testimonianze e scritture risalgono a Seneca che, in

occasione del terremoto che distrusse Pompei nel 62 d.C., scrisse alcuni versi descrivendo le reazioni di smarrimento e sgomento dei sopravvissuti. Nell'opera *Enrico IV*, Shakespeare parla di sintomi che un domani verranno poi riconosciuti come il disturbo da stress post traumatico. È soprattutto grazie ai contributi di Freud e alla psicoanalisi che, all'inizio del secolo scorso, ha iniziato a diffondersi un interesse sulle reazioni psicologiche delle persone a seguito di un'esperienza traumatica, soprattutto sui reduci di guerra che avevano combattuto in trincea durante la Prima Guerra Mondiale. Ulteriori studi sono stati condotti da Ferenczi e Adler sulle conseguenze dei bombardamenti e altri sono stati fatti a causa dell'orrore dell'olocausto (Galliano, 2017). A partire dai primi anni del Novecento numerosi sono stati gli eventi che hanno causato enormi sofferenze alle popolazioni: Prima Guerra Mondiale (1914-1918), genocidio degli armeni (1915-1916), Seconda Guerra Mondiale (1939-1945), Guerra del Vietnam (1955-1975), genocidio delle popolazioni cambogiane (1975), guerre balcaniche (1991-1995), genocidio rwandese (1994). Tutti questi drammatici eventi, perpetrati dagli uomini verso altri uomini, hanno portato inevitabilmente gli studiosi a riflettere sul concetto di trauma psichico (Ranzato, 2018). La Guerra del Vietnam, in particolare, ha aperto la strada agli studi sul fenomeno del *flashback* e l'osservazione dei comportamenti sui veterani ha portato poi al riconoscimento ufficiale nel DSM-III del disturbo post traumatico da stress (1980) (Galliano, 2017). Giacomel (2026) ricorda, tra le stragi civili più impattanti nel corso della storia più recente, questi tre avvenimenti:

- Aberfan (1966): a seguito di una frana morirono molte persone, soprattutto bambini e questo fatto diede il via ai primi studi sugli effettivi collettivi a seguito di una catastrofe;
- Chernobyl (1986): si introduce il concetto di trauma comunitario e la questione che la gestione psicologica dell'emergenza significa anche gestire l'informazione. Questo tipo di disastro ha innescato nuovi meccanismi, paure poiché si lottava contro un nemico invisibile e questo creava un'ansia generale che si è protratta per lungo tempo, portando a una sfiducia nelle istituzioni, ad una stigmatizzazione delle persone evacuate considerate "contaminate". Gli effetti e i danni psicologici
- legati all'evento sono stati ben più dannosi e durati rispetto a quelli fisici, seppur gravi;

- L'attacco alle torri gemelle (2001): questo attacco terroristico senza precedenti ha portato alla diffusione e alla messa in campo del *Psychological First Aid* (PFA): prende forma la psicologia dell'emergenza come disciplina strutturata.

Dopo anni di studio, analisi e osservazione sul campo a seguito di disastri di varia natura, nel 2007 viene riconosciuto a livello internazionale il ruolo fondamentale che la psicologia svolge nei contesti emergenziali, con la pubblicazione di specifiche linee guida emanate dall'Inter-Agency Standing Committee (IASC). Gli obiettivi principali dichiarati sono (Galliano, 2017):

- 1) Agevolare le figure di soccorso e le popolazioni colpite nella pianificazione e gestione di interventi volti a promuovere condizioni di salute migliori;
- 2) Attuare delle strategie di coping che possano intervenire prima, durante e dopo l'emergenza.

Le origini in Italia

In Italia, devastanti eventi hanno segnato la storia del Paese, favorendo lo sviluppo e il diffondersi della psicologia dell'emergenza (Giacomel, 2026):

- Terremoto di Messina e Reggio Calabria (1908);
- Terremoto del Friuli (1976): si inizia a comprendere e a capire l'importanza di determinati tipi di intervento e sostegno;
- Irpinia (1980): si è registrata per la prima volta una spontanea partecipazione e contributo di psicologi;
- L'Aquila (2009): interventi più consapevoli, strutturati e la presenza di volontari.

Anche Ranzato (2018) pone l'attenzione sul terremoto che ha colpito Messina e Reggio Calabria nel 1908 perché, essendo un evento di vasta portata, ha aperto le porte in Italia alla psicologia dell'emergenza per rispondere alle ingenti richieste dei sopravvissuti e per la necessità di studiare e capire come muoversi, tanto che nel 1909 viene fondata la Società Italiana di Psicologia e nello stesso anno, la "Rivista di Psicologia Applicata" che trattava delle osservazioni fatte sui superstiti del terremoto. Lo studio e la successiva relazione di quanto osservato è stata condotta da Giulio Cesare Ferrari, uno dei primi psicologi italiani e fondatore e direttore della prima rivista di psicologia (1905). I suoi studi sono considerati pionieristici nell'ambito della Psicologia dell'emergenza. Il 10 ottobre 1997 è la data ufficiale in cui si riconosce la nascita della Psicologia dell'emergenza in Italia poiché, in quel giorno, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli

Psicologi ha emanato un comunicato, tramite il giornale dell'Ordine, in cui esplicitamente riconosceva il coinvolgimento e l'impegno svolto dagli psicologi italiani in occasione del terremoto che aveva colpito l'Umbria e le Marche nel settembre dello stesso anno. Un'altra tappa importante è la costituzione della Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza (SIPEm) e dell'associazione di volontariato Psicologi per i Popoli con sede a Bolzano (1999). Dagli anni 2000 in poi, in diverse occasioni come l'alluvione in Valle d'Aosta (2000) e soprattutto con terremoto sulle pendici dell'Etna e in Molise (2002) il lavoro e il contributo degli psicologi dell'emergenza si è affiancato a quello della Protezione Civile, che ha inserito nei suoi piani di soccorso i modelli d'intervento degli psicologi dell'emergenza, creando una sinergia nelle operazioni di aiuto (Ranzano, Galliano & Mayol, 2021). "Con l'istituzione del Dipartimento di Protezione Civile si è assistito ad una significativa evoluzione dell'interesse scientifico sulle tematiche dell'emergenza e sulle reazioni psicologiche delle vittime e dei soccorritori" (Galliano, 2017, pag. 157). A scandire il percorso che ha compiuto la psicologia dell'emergenza in Italia per essere riconosciuta come disciplina essenziale nei contesti di emergenza, ci sono delle tappe fondamentali come la collaborazione con la Protezione Civile, il suo inserimento nei protocolli di emergenza, lo sviluppo di linee guida *evidence-based*, il superamento dell'utilizzo unico del *debriefing* per utilizzare le procedure del PFA. Si è quindi passati da un primo utilizzo della Psicologia dell'emergenza negli anni Ottanta/Novanta come un qualcosa da mettere in atto solo dopo una catastrofe (intervento reattivo, definito come fase eroica) a un qualcosa che dagli anni Duemila in poi ha visto una vera e propria validazione scientifica (fase scientifica) e oggi viene implementata anche nelle fasi di prevenzione, informazione e resilienza (fase sistemica): il suo utilizzo è di vitale importanza nel pre, durante e post emergenza. Per quanto riguarda la prevenzione, è necessario portare avanti un lavoro con i vari operatori dell'emergenza per prevenire, esplorare e ridurre il fenomeno del *burnout* e allo stesso tempo serve una collaborazione con scuole ed enti locali per la promozione di una resilienza comunitaria che vada di pari passo ad una formazione e informazione adeguata (Giacomel, 2026).

3.3 Scenari di emergenza: la classificazione dei disastri

A livello internazionale, data la varia natura e complessità delle emergenze, si sono suddivisi i diversi possibili scenari in due macroaree, così da dividere gli eventi in *naturali*, per indicare ad esempio eruzioni, terremoti, alluvioni, esondazioni, uragani, e *antropici*, cioè causati dalle azioni umane, ulteriormente suddivisibili in altre sottocategorie (Procentese, Novara, & Esposito, 2021):

- *eventi antropici dovuti a conflittualità socio-politica*: atti terroristici, guerre, rivoluzioni, cioè eventi che hanno l'obiettivo di scuotere gli equilibri sul piano sociale e politico;
- *eventi antropici dovuti a errori o inadeguato utilizzo della tecnologia*: grandi incendi, crolli di costruzioni, incidenti ferroviari e aerei o dispersioni di sostanze tossiche;
- *eventi antropico naturali*: eventi di origine naturale ma che diventano disastrosi a causa dell'intervento dell'uomo, come ad esempio una frana che colpisce delle case in un territorio in cui non era opportuno costruire, o esondazioni dovute al restringimento del letto di un fiume.

Ci sono poi altre categorie di disastri che hanno vaste ripercussioni dal punto di vista sia territoriale sia temporale, poiché i loro danni si protraggono nel tempo, e questo è il caso dei *Natural-induced Technological Disasters*, quel tipo di disastri tecnologici che riguardano industrie, stabilimenti con sostanze chimiche o nucleari (Procentese *et al.*, 2021). Il caso di Chernobyl, ad esempio, venne etichettato come *cronic technological disaster* per sottolineare le nefaste conseguenze sul lungo termine. Nei tempi più recenti si può fare riferimento anche alla pandemia da Covid-19, un'emergenza definita *cascading* (scalare) dagli studiosi per le modalità in cui si è espansa su scala globale, colpendo le comunità su più livelli.

Per quanto riguarda i “disastri indotti dalle azioni umane”, Sbattella (2020) propone una classificazione leggermente differente, suddividendoli in:

- disastri accidentali: causati da errori umani come incidenti stradali, aerei e navali;
- disastri tecnologici: dovuti a guasti o effetti conseguenti delle tecnologie, come crolli di costruzioni, esplosioni di impianti;
- disastri intenzionali: perpetrati da qualcuno volontariamente, come attentati

terroristici, atti criminali, violenze di massa.

L'autore riconosce inoltre la categoria “*natech*” per indicare quelle catastrofi industriali provocate da eventi naturali, come il danno alla centrale di Fukushima causato da uno tsunami in Giappone. Al di là delle varie classificazioni e suddivisioni, le grandi emergenze si caratterizzano per delle condizioni molto specifiche: l'imprevedibilità dell'evento in sé, il suo essere geograficamente e temporalmente circoscritto, l'effetto di interferenza con lo svolgimento della vita sociale di tutti i giorni, e lo squilibrio tra le richieste poste dal verificarsi della situazione e la capacità del sistema di farvi fronte (Palestini *et al.*, 2007).

3.4 Evoluzione temporale dell'emergenza

Cattarinussi e Pelanda (1981) hanno individuato tre fasi principali dell'emergenza:

- fase d'impatto;
- fase di emergenza;
- fase di ricostruzione.

La fase d'*impatto* è tutto ciò che accade appena dopo la catastrofe, quando avviene una completa disorganizzazione all'interno del sistema sociale: si mobilitano i soccorsi messi in atto dalle istituzioni e dalle organizzazioni di volontariato, per cercare di coordinare e far confluire nel minor tempo possibile aiuti e beni di prima necessità. In questo delicato momento, i media e la politica hanno una significativa influenza, poiché catalizzano l'attenzione su queste aree disastrose e possono ingigantire o distorcere le informazioni, modificando quindi la percezione che si ha dell'evento stesso. In questa fase si formano spontaneamente dei gruppi di aiuto a livello locale, poiché si attivano un forte sostegno reciproco e partecipazione sociale. La fase centrale viene definita *emergenza*, e si riferisce al periodo successivo al disastro, in cui la comunità, le istituzioni e le organizzazioni di aiuto cercano di attivare risposte più organizzate. Cattarinussi (1995) suddivide questa fase in ulteriori tre momenti: il *post-impatto*, cioè quando le singole persone reagiscono psicologicamente al disastro, la *reazione collettiva*, che comprende sia le forti reazioni di panico di massa sia i vari tentativi di ripresa, e infine il *rimedio*, che include le vere e proprie operazioni di soccorso sulle fasce più deboli e vulnerabili della popolazione

colpita.

L'ultima fase è quella della *ricostruzione*, e la parola stessa suggerisce che si tratta del momento in cui si attua una sistemica organizzazione e coordinazione fra le varie macchine di aiuto e su vari livelli, dal punto di vista politico, sanitario e sociale.

Le persone colpite dal disastro devono fare i conti con una pluralità di danni a diversi livelli: materiale, emotivo, affettivo, luttuoso, e spesso i problemi sul piano psicologico sono quelli che impiegano più tempo per affievolirsi. Le fasi temporali di un disastro si possono leggere anche in base alle risposte emozionali dei soggetti coinvolti: diversi studiosi, utilizzando questa chiave di lettura, hanno elaborato un modello biopsicosociale che analizza le varie fasi che si sviluppano in un arco di tempo che va dall'impatto ai successivi 18-36 mesi, individuando quattro fasi distinte: *fase eroica*, *fase della luna di miele*, *fase di disillusione* e *fase della ristabilizzazione* (Young, Ford, Ruzek, Friedman & Gusman, 2002) (vedi Fig. 14).

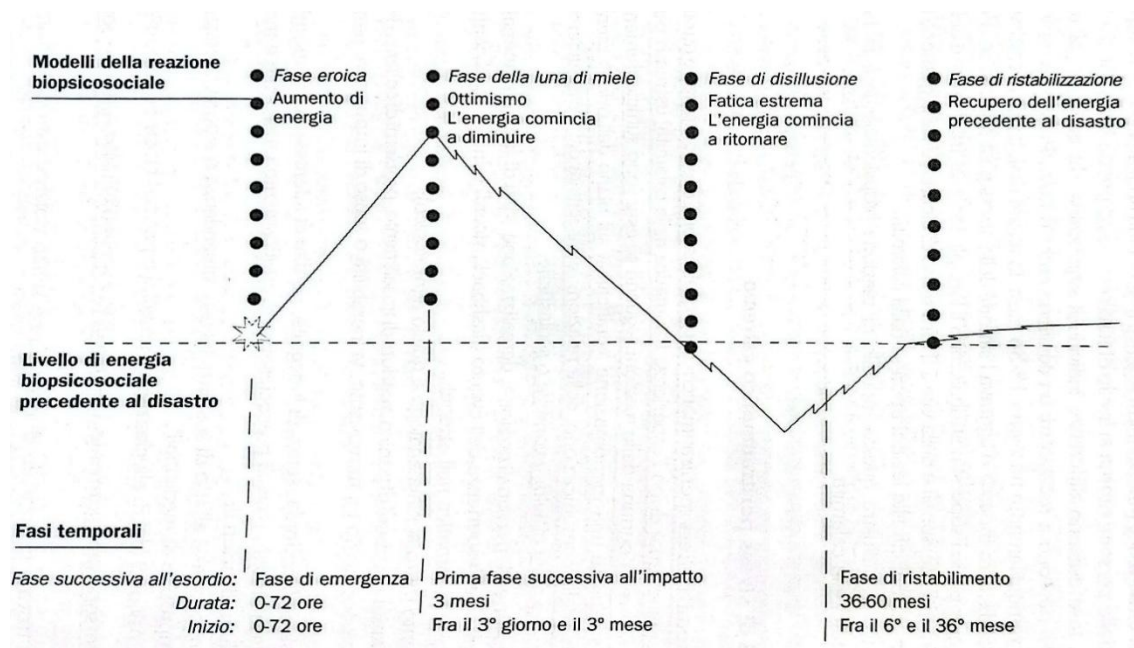


Fig. 14 – Modello della reazione biopsicosociale e fasi temporali della calamità (Young *et al.*, 2002).

La fase *eroica* riguarda le prime ore successive al disastro: le persone provano emozioni forti che le spingono a compiere azioni altruistiche, a spendersi per aiutare e soccorrere le altre persone. Questa fase dura qualche ora o al massimo si prolunga per qualche giorno. La fase *della luna di miele* è caratterizzata da un generale senso di ottimismo e speranza: la comunità riceve aiuti economici e non solo, si sente supportata e sotto la luce dei riflettori. Tutto questo fa sì che le persone si convincano del fatto che le cose torneranno come prima senza troppe difficoltà. Questo pensiero positivo inizia ad affievolirsi dopo

qualche settimana, quando inevitabilmente l'attenzione nei confronti del disastro cala, gli aiuti tendono a diminuire, e le persone iniziano a prendere coscienza della portata dell'evento e a fare i conti con l'accaduto. Dopo l'iniziale euforia, inizia a sentirsi la stanchezza e il peso della situazione. La fase successiva è quella della *disillusione*: nei mesi successivi fanno breccia emozioni e sentimenti per lo più negativi e pessimistici, come rabbia, amarezza, sconforto e risentimento per il mancato adempimento delle promesse fatte in precedenza, e la consapevolezza che nulla potrà essere più come prima. L'ultima fase è quella della *ristabilizzazione*, in cui lentamente iniziano ad arrivare aiuti più strutturati e prestiti per la ricostruzione, e si attivano i programmi per sostenere la comunità colpita. Le eventuali problematiche psicologiche e i sintomi legati all'evento disastroso regrediscono nella maggior parte delle persone in un periodo che può variare dai sei mesi fino ai tre anni successivi.

Un'ulteriore suddivisione, incentrata sulle reazioni delle persone, viene proposta da Lavanco (2003):

- fase di *stordimento e confusione*: a causa dello shock iniziale, le persone sono disorientate e hanno reazioni ed emozioni intense;
- fase *altruistica di iperattività* volta al soccorso degli altri: l'adrenalina conseguente l'evento spinge le persone ad aiutare gli altri e ad essere utile in qualsiasi modo per la comunità;
- fase di *identificazione euforica* col gruppo: le persone sentono di essere unite da un destino comune, sperimentando un forte senso di coesione e ottimismo dovuto all'arrivo di aiuti e alla presenza dei media;
- fase di *normalizzazione* con sentimenti ambivalenti: in quest'ultima fase, si prende coscienza della realtà e delle problematiche esistenti. Gli aiuti e l'attenzione mediatica tendono a diminuire, per cui le persone pur avendo voglia di reagire e ricominciare, vivono un periodo di disillusione e di sconforto perché capiscono che nulla sarà come prima.

3.5 La stratificazione del trauma: criteri di classificazione delle vittime

Occuparsi delle vittime di un disastro, delle problematiche e difficoltà che vivono, è un lavoro complesso e delicato, perché in questa categoria non rientra solamente chi ha perso

la vita o chi è stato colpito in prima persona, ma anche una vasta cerchia di persone, come i familiari, i soccorritori e altre figure più marginali.

Per categorizzare le vittime di un disastro, solitamente si fa riferimento al lavoro di Taylor (1987; 1999), il quale ha classificato le vittime in base al loro livello di coinvolgimento:

- vittime primarie: i sopravvissuti, cioè coloro che soffrono poiché coinvolti direttamente nella catastrofe che ha drammaticamente cambiato e segnato la loro esistenza. In questo gruppo rientrano anche le persone che hanno perso la vita;
- vittime secondarie: coloro che provano un forte dolore poiché hanno strette relazioni e legami con le vittime primarie, come ad esempio familiari, parenti e amici;
- vittime terziarie: soccorritori, operatori e volontari, e tutti quei soggetti che per professione o perché facenti parte di organizzazioni del Terzo Settore, prestano il proprio aiuto durante eventi calamitosi. Operando in contesti di emergenza e di caos, queste persone a lungo andare possono provare sentimenti di impotenza, rabbia, frustrazione, o può accadere che si lascino coinvolgere troppo dalle situazioni che si trovano ad affrontare, portandosi dietro una notevole fatica. Un tempo venivano chiamate “vittime nascoste”, ma oggi, sempre di più, viene riconosciuto il peso emotivo che possono sperimentare. Per questo motivo sono stati creati corsi di formazione per preparare gli operatori di soccorso a gestire al meglio queste esperienze con le adeguate competenze;
- vittime di quarto livello: si intende la comunità allargata colpita dal disastro. Può accadere in alcune situazioni drammatiche e improvvise che gruppi di persone presi dall’urgenza e dall’impeto di fare qualcosa a tutti i costi, si mobilitino per fornire supporto o contributi materiali ma, pur agendo con le migliori intenzioni, non sempre gli aiuti che vengono offerti risultano poi appropriati in quel preciso momento o contesto. È fondamentale quindi capire che è giusto aiutare chi è in difficoltà, ma è necessario agire nella maniera più consona, individuando quali siano le reali necessità e i bisogni di chi sta soffrendo;
- vittime di quinto livello: in questa categoria rientrano sia le persone che giungono sul posto per raccogliere notizie (come i media), chi si precipita sul luogo della tragedia per curiosità (alimentando il cosiddetto turismo macabro), e tutti quegli individui che si aggirano nel luogo per depredare e saccheggiare quello che è rimasto;

- vittime di sesto livello: tutti coloro che sono stati colpiti in maniera marginale dal disastro. Questa categoria include diverse tipologie di persone: chi si sente un miracolato perché avrebbe potuto trovarsi in mezzo al disastro, chi si sente in colpa perché avrebbe potuto fare qualcosa per prevenire la catastrofe o ha messo inconsapevolmente in pericolo altre persone, i familiari e i parenti dei soccorritori che attendono con ansia di sapere se i propri cari stanno bene, e che successivamente condividono con loro il peso emotivo e la sofferenza di lavorare in situazioni altamente stressanti ed emotivamente intense.

3.6 I vissuti dell'impatto: lo spettro delle reazioni umane alla catastrofe

Diversi sono gli elementi che possono acutizzare lo stress nelle persone coinvolte in un disastro (Young *et al.*, 2002):

- lesioni personali;
- decesso o lesioni subite dalla persona amata, da amici o da colleghi/compagni;
- perdita di beni materiali o trasferimento;
- stress preesistente;
- livello di preparazione personale e professionale;
- reazioni di stress di altre persone significative;
- traumi precedenti;
- aspettative su di sé;
- esperienza precedente con situazioni di calamità;
- percezione/interpretazione delle cause;
- livello di sostegno sociale.

Quando si tratta di eventi traumatici, non si può non parlare del concetto di stress.

Il primo a introdurre il concetto di stress e contestualizzarlo nello studio delle emozioni fu Selye nel 1956: adottando un punto di vista strettamente fisiologico, lo studioso definì lo stress come una risposta aspecifica dell'organismo nei confronti delle minacce dell'ambiente che potevano compromettere l'equilibrio dell'organismo stesso. Le richieste dell'ambiente potevano avere sia natura fisica (ad esempio condizioni di caldo o freddo estremo) sia emozionale (ansia, paura, pianto ecc.). Nei contesti emergenziali, le

persone vivono un'elevata condizione di stress perché vedono minacciata la propria vita, e sono sottoposte a continue e pressanti richieste di adattamento e a condizioni di fatica, per cui le ripercussioni psicologiche possono essere molto gravi e durature. In quest'ottica, lo stress viene visto quindi come una combinazione di fattori sia esterni sia soggettivi: "lo stress è legato alle reazioni suscitate dal disaccordo tra le opportunità e richieste dell'ambiente (da un lato) e bisogni, capacità e aspettative dell'individuo (dall'altro). Quando non c'è accordo, quando i bisogni non sono soddisfatti, quando le capacità sono utilizzate troppo o troppo poco, l'organismo reagisce con vari processi patogeni. Essi hanno natura cognitiva, emozionale, comportamentale e/o fisiologica e, in alcune condizioni, di intensità, frequenza o durata e in presenza o assenza di certe variabili intervenienti, possono condurre agli stadi precursori della malattia" (Sbattella, 2020, pp. 89-90).

Young *et al.* (2002) affermano che le reazioni di stress alle situazioni di calamità causano diversi effetti: *emozionali*, come shock, rabbia, disperazione, senso di colpa, paura, tristezza, senso di impotenza o dissociazione, *cognitivi*, per cui difficoltà a concentrarsi o di prendere decisioni, calo di memoria, confusione, distorsioni, diminuzione dell'autostima e dell'autoefficacia, pensieri intrusivi e preoccupazioni, *fisici*, per esempio affaticamento, insonnia, iperattivazione, sintomi somatici e calo dell'appetito e, infine, effetti *interpersonali*, quindi ritiro sociale, relazioni conflittuali, difficoltà professionali o scolastiche. Iorio (2018) sostiene che sono due i fattori principali da tenere in considerazione per capire quanto e in che modo una persona reagirà a un evento altamente stressante: l'entità del trauma (più l'evento è di grande portata, più affioreranno sensazioni di terrore, angoscia e impotenza), e le caratteristiche della personalità pre-traumatica (ad esempio, il fatto di essere personalità fragili, vulnerabili, aumenta il rischio di un adattamento disadattivo). Tra le reazioni immediatamente successive al disastro riporta:

- reazioni di *tolleranza*: si manifestano in una piccola percentuale di persone che reagiscono in maniera positiva all'evento, o comunque adottano delle strategie di risposta adattive;
- reazioni *iper-emoive brevi*: sono presenti in gran parte della popolazione colpita, e consistono in tutte quegli stati di ansia, paura, confusione tipici dei momenti iniziali e che contribuiscono a far entrare il soggetto in un disagio psicologico che solitamente è transitorio. Se persistono possono sfociare in un disturbo da stress post traumatico;

- reazioni di *risposta gravemente inadeguata*: queste reazioni sono presenti in una minoranza di individui, e sono caratterizzate da risposte esagerate come esplosioni di rabbia, stati deliranti o comportamenti insoliti che tendono di solito a regredire con il tempo.

Lavanco (2003) analizza come la prima reazione di fronte a questi avvenimenti improvvisi sia lo spavento, poiché ci si sente impotenti di fronte alla vastità e portata distruttiva dell'evento. Successivamente, si sviluppano altri tipi di disturbi a livello psicosomatico, affettivo e comportamentale. Nello specifico, a livello psicosomatico si possono manifestare tremori, tachicardia, nausea, vomito e sudorazione; a livello affettivo ci possono essere paura, rabbia, agitazione emotiva, confusione e disperazione; a livello comportamentale, iperattività o, all'opposto, paralisi funzionale transitoria.

Reazioni collettive particolarmente intense è raro che succedano ma può accadere, nei casi di eventi disastrosi di grande portata, che comunità già vulnerabili cadano nel panico. Quest'ultimo è una risposta disadattiva molto pericolosa, che sconvolge gli equilibri di una comunità e si verifica quando la massa, non trovando alternative, si sente sopraffatta dall'evento e percepisce di non avere vie di scampo. Quando si scatena il panico vuol dire che la folla è completamente disorientata, e questo è potenzialmente letale.

Sbattella (2020) analizza le reazioni più comuni in base all'arco temporale in cui si manifestano: nei primi momenti si hanno reazioni molto intense e immediate, come pianto, rabbia e paura. Ci possono essere anche stati di paralisi o blocco, accompagnati da smarrimento, confusione con episodi deliranti, amnesie e comportamenti bizzarri, come auto aggressività, de- personalizzazione e de-realizzazione, e spesso si sente il bisogno di una vicinanza fisica. A volte possono manifestarsi reazioni che possono sembrare fuori luogo rispetto al contesto, come euforia e humor, ma che in realtà sono considerate normali in quelle situazioni. Tutte queste reazioni, intense e improvvise, sono molto diffuse, e costituiscono un segnale positivo rispetto alla reazione di imperturbabilità di altri individui che in realtà hanno grandi difficoltà nell'esprimere quello che stanno provando, con conseguenti blocchi emotivi. Nei giorni successivi, le emozioni iniziali lasciano spazio a sentimenti diversi come tristezza, disperazione, irritabilità, risentimento, colpa o vergogna, perché le persone pian piano iniziano a metabolizzare quanto accaduto. A livello fisico possono subentrare disturbi del sonno, costrizione a livello toracico, cefalea, inappetenza, mentre dal punto di vista cognitivo si può avere difficoltà nel ricordare alcune cose e a concentrarsi, e provare un generale senso di disorientamento. A

lungo andare ci possono anche essere ricordi intrusivi e incubi, e le persone alternano momenti in cui sentono il bisogno di avere qualcuno accanto a momenti in cui desiderano isolarsi. Con il passare del tempo, nella maggior parte dei casi, i vari sintomi tendono a diminuire, e le persone raggiungono un nuovo equilibrio.

Grazie a una profonda analisi di dati raccolti su studi longitudinali effettuati su un vasto campione di persone, Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz e Kaniasty (2002) hanno suddiviso le problematiche principali dei soggetti vittime di disastri in *specifici problemi psicologici, malessere aspecifico, problemi riguardanti la salute, problemi cronici nella vita e perdita di risorse psicosociali*. Per quanto riguarda gli specifici problemi psicologici, si riscontra il disturbo da stress post traumatico, il disturbo acuto da stress, ansia, depressione, incubi, disturbi associativi, tassi di suicidalità, e fobie. Nella seconda categoria rientrano tutti quei disagi che non sono classificabili come un vero e proprio disturbo, ma che sfociano comunque in disfunzioni psicologiche o psicosomatiche. I problemi legati alla salute consistono principalmente in una bassa qualità del sonno e abuso di alcol o droghe, soprattutto negli individui che ne facevano già uso. I problemi cronici si sviluppano con il passare del tempo e possono riguardare diverse sfere della vita privata, come ad esempio conflitti familiari e interpersonali, o problematiche sul posto di lavoro.

Per quanto riguarda le risorse psicologiche, gli studi dimostrano che, dopo aver vissuto un disastro, soprattutto le persone che sono state vittime di lesioni interpersonali perdono completamente o comunque per un lungo periodo di tempo l'ottimismo, la fiducia nel prossimo e nelle proprie capacità di autoefficacia, sentendosi estremamente vulnerabili. Le risorse più ad alto rischio sono quelle a livello psicosociale, poiché i disastri colpiscono non solo singoli individui ma intere comunità: questo crea forti scompensi, poiché chi potrebbe dare sostegno è esso stesso vittima e può non avere le forze per aiutare gli altri avendo subito perdite importanti. Quando una comunità viene colpita, le persone che ne fanno parte vedono diminuire il loro senso di sicurezza, perdendo la voglia di condividere e partecipare ad attività a livello sociale. Diversi studi tuttavia dimostrano che, se viene fornito un adeguato sostegno e vi è un ascolto dei bisogni delle vittime, il senso di supporto percepito non viene perduto (Norris *et al.*, 2002).

Grazie proprio al senso di comunità e di coesione, Manik, Djelantik, Smid, Mroz, Kleber e Boelen (2020) hanno potuto osservare che, pur essendo le perdite causate dal disastro un qualcosa di estremamente traumatico, non è così ovvio che le persone sviluppino un disturbo da lutto prolungato: il motivo viene spiegato dal fatto che le persone si trovano

a vivere la medesima drammatica esperienza, che li porta a condividere il dolore e a sentirsi capiti. Gli studi dimostrano che il percepire un forte sostegno sociale è un elemento determinante in queste situazioni, e, sebbene ad essere colpita sia una comunità intera, proprio nell'essenza della comunità stessa vi è una possibilità di speranza nell'elaborare quanto accaduto. Inoltre, proprio per la natura imprevedibile e incontrollabile dell'evento, questo tipo di perdita viene forse più accettata rispetto a quelle che avvengono per mano di qualcuno o intenzionalmente.

3.6.1 Variabili che influiscono sulle reazioni

Quando si ha di fronte un soggetto sopravvissuto a una catastrofe, è necessario contestualizzare la sua reazione e la risposta allo stress, tenendo presente che ogni individuo reagisce in modo diverso. Ciò dipende da una serie di elementi: il tipo di evento (intensità, minaccia di morte, imprevedibilità e ripetibilità, gravità dei danni), le variabili inerenti alla vittima (bassa autostima, preesistenza di disturbi psicopatologici, basso livello socio-economico, precedenti esposizioni a traumi, problematiche familiari, capacità di utilizzare le risorse interne o di farsi aiutare), la presenza di supporto e risorse sociali (la qualità e la tempestività degli interventi, la presenza di relazioni sociali supportive e la collaborazione della rete sociale nella fase del post-emergenza) (Iorio, 2018).

Per quanto riguarda le variabili personali, anche Lenferink, Nickerson, de Keijser, Smid e Boelen, (2018) sottolineano che l'aver già vissuto perdite significative, soffrire di problematiche psicologiche antecedenti e l'avere un legame particolarmente stretto con il defunto, sono tutti elementi che aggravano la situazione e rischiano di inficiare il processo di elaborazione del lutto. Anche la presenza o meno di supporto psicologico ha un peso rilevante, anche per le tempistiche in cui viene fornito.

Sebbene ogni perdita causata da una catastrofe sia un qualcosa di traumatico, Xu, Herrman, Tsutsumi e Fisher (2013) riportano che la morte di un figlio sia quella più difficile da accettare, innescando una serie di disagi a livello psicologico come depressione, ansia e disturbo da stress post traumatico. In particolare, le madri rispetto ai padri mostrano livelli più alti di disagio. Gli autori sottolineano che anche i padri soffrono, ma sono più restii a cercare aiuto rispetto alle madri.

Il fatto di avere altri figli da accudire, di ricevere supporto psicologico, di condividere il dolore con persone che hanno vissuto la stessa tragedia, aiuta nella ripresa, come anche

essere circondati da una rete familiare e amicale.

Young *et al.* (2002) riportano che alcune persone possono sperimentare delle reazioni molto forti, che vengono definite sintomi di stress peritraumatico, cioè tutte quelle reazioni estreme che avvengono durante l'evento e nei momenti immediatamente successivi. Queste reazioni sono talmente intense che creano degli scompensi gravi in diverse aree, a partire dall'orientamento nella realtà, alla comunicazione, alle relazioni, al tempo libero o alla sfera lavorativa o scolastica, e consistono in: dissociazione (depersonalizzazione, derealizzazione, stati di fuga o amnesia), ripetizione dell'esperienza dell'evento (*flashback*, ricordi o incubi terrificanti o ripetizione automatica nell'azione), evitamento (ritiro sociale analogo a quello agorafobico), iperattivazione (episodi di panico, reazioni di trasalimento, problemi di collera o liti), ansia (preoccupazione, nervosismo, vulnerabilità o senso di impotenza menomanti), depressione (anedonia, senso di indegnità, perdita di interesse per la maggioranza delle attività, risvegli precoci, senso di affaticamento persistente e mancanza di motivazione), problemi connessi all'uso di sostanze (abuso, dipendenza o autosomministrazione impropria di medicinali), sintomi psicotici (deliri, allucinazioni, immagini o pensieri bizzarri o catatonia). Queste tipologie di reazioni vengono sperimentate soprattutto da queste categorie di persone:

- chi si è trovato in pericolo di vita, ha subito violenze estreme o ha perso improvvisamente qualcuno;
- chi ha subito perdite estreme o la distruzione della propria casa, della propria vita o della comunità di appartenenza;
- chi ha dovuto affrontare richieste emozionali intense da parte di superstiti sconvolti come soccorritori, volontari ecc.;
- chi ha avuto in precedenza problemi psichiatrici o coniugali/familiari;
- chi ha subito già perdite significative.

Anche Pietrantonio *et al.* (2008) stilano una lista di soggetti che, per motivazioni di varia natura, sono più portati a sviluppare problematiche:

- gli individui che hanno subito una perdita significativa;
- gli individui esposti a scene terrificanti o trovatisi in serio pericolo di vita;
- i feriti;
- le persone senza fissa dimora;

- le persone in condizioni di salute fisica non ottimali;
- gli adolescenti e gli adulti con problemi di abuso di sostanze;
- le donne in gravidanza e le madri con neonati o bambini piccoli.

Gli autori citano anche le categorie più vulnerabili e deboli della società, che in situazione di catastrofe rischiano di trovarsi ancora più in difficoltà o svantaggiate, come i bambini, soprattutto quelli che hanno perso i genitori o una figura di riferimento durante il disastro, gli anziani, perché più fragili, e le persone disabili, che hanno necessità particolari. L'attenzione è richiesta anche nei confronti delle minoranze etnico-religiose, poiché solitamente nei momenti critici le disuguaglianze sociali tendono a ripresentarsi se non a inasprirsi, con testimonianze di episodi di discriminazione, stigma e isolamento.

3.7 Le sfide del lutto nell'emergenza: la fenomenologia della perdita multipla e ambigua

Le perdite causate dai disastri hanno delle caratteristiche specifiche che le rendono diverse dalle morti per cause naturali o per malattia, e vengono indicate con l'acronimo *IPEV* (Pietrantonio *et al*, 2008):

- Inattese, poiché avvengono improvvisamente;
- Premature, quando si riferiscono ad esempio a bambini o adolescenti;
- Evitabili, soprattutto nei casi di disastri tecnologici o incidenti dove vi è qualcuno che ha causato il danno per negligenza o disattenzione;
- Violente, nei casi in cui creano gravi danni e mutilazione sul corpo.

3.7.1 Quando la perdita si moltiplica: i lutti multipli

Durante una catastrofe può accadere che una persona perda parte della sua famiglia, amici o persone care. Questo fenomeno viene chiamato “morti multiple”, e si riferisce a quelle situazioni in cui qualcuno si trova a dover affrontare più lutti in un arco di tempo relativamente breve. Quando un individuo perde più persone contemporaneamente, vive una situazione molto dolorosa, perché si trova a dover affrontare emozioni che possono essere molto differenti e contrastanti. Tante sono le paure e le domande che una persona si pone, e diventa molto complesso gestire ed elaborare ogni singola perdita. Inoltre, il

dolore intenso e indifferenziato porta le persone a vivere in uno stordimento generale, in uno stato in cui fanno fatica a orientarsi ed essere lucidi (Onofri & La Rosa, 2015).

Le problematiche a cui le persone vanno incontro sono diverse:

- approccio al cordoglio: data la complessità della situazione, le persone hanno difficoltà a comprendere in che modo affrontare il lutto;
- prioritarizzazione: non esiste un modo giusto di affrontare le perdite. Il terapeuta può suggerire di iniziare a esplorare le perdite caratterizzate da legami meno conflittuali, per poi andare ad analizzare quelle più complicate, ma ogni persona, a seconda della propria storia e volontà, è libera di scegliere come attraversare il percorso. Si può decidere di affrontare le perdite una alla volta, oscillare tra una e l'altra, oppure si può dare la priorità in base alla tipologia o all'importanza del rapporto;
- differenziazione: essendo il dolore pervasivo e indifferenziato, diventa complicato per le persone capire come elaborare ciascuna perdita;
- perdita di sostegno: chi si trova a perdere più persone in uno stesso momento, si trova all'improvviso senza le figure di riferimento che lo avevano accompagnato fino a quel momento, e ha bisogno di aiuto nel ricercare altri tipi di risorse e sostegno a livello individuale e sociale;
- conflitto: nel caso in cui uno dei defunti sia anche il responsabile della tragedia, la persona può sperimentare sentimenti contrastanti e vivere un conflitto interiore;
- natura schiacciante della situazione: la gravità delle circostanze porta inevitabilmente le persone a sentirsi vulnerabili, avendo paura di non riuscire a gestire l'intensa sofferenza;
- compromissione dei processi "R": la perdita di più persone contemporaneamente compromette i processi "R" legati all'elaborazione del cordoglio, comportando difficoltà nel riconoscere i vari lutti, nel ricordare i defunti e nell'accettare che la propria vita sia cambiata;
- colpa del sopravvissuto: un altro aspetto da considerare è che le persone che si sono salvate spesso sviluppano la "colpa del sopravvissuto". La colpa ha diverse sfumature, di tipo affettivo, cognitivo e valutativo. Kubany e Manke (1995) si sono focalizzati soprattutto sugli aspetti cognitivi: la colpa viene definita come un sentimento negativo di disagio e di malessere, causato dal fatto che la persona è convinta che avrebbe potuto pensare e agire in maniera differente, giungendo a un

esito diverso. Quattro sono i fattori che agiscono a livello cognitivo nel senso di colpa del sopravvissuto: la violazione dei principi su cosa sia giusto o sbagliato per la persona, il sentire di avere avuto una responsabilità nel causare l'evento, non riuscirsi a giustificare per il modo di agire avuto, e conoscere l'esito di un evento, credendo erroneamente di poterlo prevedere o influenzare. Dei quattro fattori, i primi due sono quelli che più di tutti aumentano il senso di colpa della persona, mentre il terzo può servire a ridurre il senso di responsabilità. Secondo Mancini (1997), il senso di colpa si basa su un'analisi cognitiva fatta dal sopravvissuto, dove vengono messe a confronto le fortune e i meriti sia del sopravvissuto sia della vittima, e, se queste propendono più verso il sopravvissuto con un esito infausto per la vittima, si genera il senso di colpa. Ovviamente non vengono considerate tutte le condizioni favorevoli o sfavorevoli dell'intera vita di entrambi, ma solo quelle inerenti alla situazione calamitosa vissuta. Per questo motivo, per far sì che si generi il senso di colpa, bisogna considerare tre parametri: chi viene valutato, che cosa si considera come fortuna o sfortuna, e infine i meriti e demeriti che vengono considerati per far pendere l'ago della bilancia da una parte o dall'altra.

3.7.2 Il lutto senza confini: la perdita ambigua

La perdita ambigua è un costrutto elaborato da Pauline Boss per indicare una perdita che non può essere definita tale per la sua natura incerta, non chiara e sospesa (Boss, 2007). Come racconta l'autrice stessa (Boss, 2016), le ricerche e gli studi su questo tipo di perdita sono iniziati intorno agli anni Settanta del secolo scorso, e si sono protratti per anni. Nel 1999 la terapeuta pubblica il libro *"Ambiguous loss"*, e, in un certo senso, sancisce la nascita e il riconoscimento di questo costrutto. Esistono due tipologie di perdita ambigua: quella in cui un membro della famiglia è fisicamente assente ma presente psicologicamente, nella mente e nei pensieri dei familiari, e il caso in cui la persona è presente fisicamente ma assente psicologicamente (vedi Fig. 15).

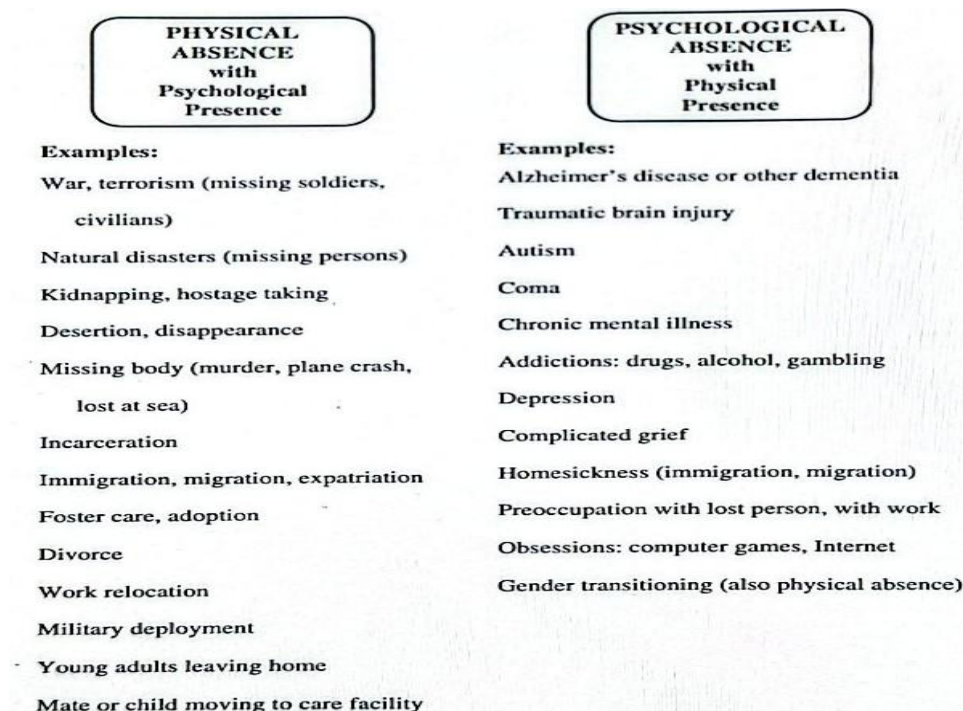


Fig. 15 – Two Types of Ambiguous Loss (Boss, 2016)

La prima condizione riguarda tutte quelle famiglie che hanno un loro caro che risulta disperso, perché non si conosce la sua sorte, non si hanno avuto notizie al riguardo, o non si è mai potuta constatare la morte non essendo stato ritrovato il corpo.

In questa tipologia di perdita ambigua, rientrano le perdite causate da disastri naturali, guerre, attentati terroristici, ma anche sequestri o incarcerazioni. Nel secondo caso, invece, rientrano quelle famiglie il cui familiare è presente fisicamente ma lontano dal punto di vista emotivo o cognitivo poiché in uno stato di coma, oppure perché soffre di malattie degenerative come demenza o Alzheimer, o ha patologie psichiatriche.

Fruggeri (2021) suggerisce che oggi siano tante le sfaccettature in cui può declinarsi la perdita ambigua, perché le famiglie sono chiamate ad affrontare diverse sfide, come l'emigrazione di un membro della famiglia senza sapere se e quando tornerà, il dover gestire e accudire persone sempre più anziane che sviluppano malattie degenerative e il fenomeno delle relazioni a distanza.

Vivere in queste situazioni di incertezza e ambiguità, di mancanza di informazioni sul proprio familiare è molto difficile per la famiglia, e a lungo andare è emotivamente faticoso cercare di tenere stabile e immutato l'assetto familiare che si è sempre avuto: l'individuo vive domandandosi se sia giusto credere che la persona scomparsa sia viva e che possa prima o poi fare ritorno, oppure se sia meglio andare avanti pensando che il proprio caro se ne sia andato per sempre (Boss, 2016). "Le persone che vivono queste

situazioni si trovano in una sorta di limbo, in cui l'ambiguità è persistente, e, in quanto tale, può bloccare la cognizione, le strategie di coping e la ricerca di senso fino a congelare le persone che non riescono ad andare avanti con la loro vita" (Fruggeri, 2018, pag. 33). Quello che è certo è che accettare o arrivare a una vera e propria chiusura e a un'elaborazione è impossibile, dato che un vero lutto non si è vissuto: la perdita rimane aperta, sospesa, e questo porta spesso le famiglie a non voler o non poter compiere i rituali funebri, che hanno la funzione principale di ufficializzare la morte di una persona e di condividere il dolore, per poter poi iniziare un processo di accettazione. In mancanza di tutto questo, le famiglie spesso vengono lasciate sole dagli amici e dalle persone più vicine, perché questi non sanno come comportarsi di fronte a un evento del genere (Boss, 2007). Inoltre, la famiglia stessa può decidere progressivamente di autoisolarsi perché prova un senso di vergogna, di imbarazzo, o si sente stigmatizzata per il tipo di perdita subita (Fruggeri, 2018).

Per questi motivi, la perdita ambigua crea un disturbo relazionale e non può definirsi una disfunzione psichica (Boss, 2007).

Boss (2016) riassume gli assunti teorici che delineano la perdita ambigua:

1. Un fenomeno esiste anche se non può essere quantificato e misurato;
2. In questo tipo di perdita bisogna sempre ricordare che non c'è una verità assoluta, comprovabile, ma che essa è estremamente relativa: le persone provano ad andare avanti senza conoscere realmente la realtà dei fatti;
3. La perdita ambigua è un fenomeno relazionale, e per comprenderlo bisogna approfondire l'attaccamento con la persona scomparsa, poiché aiuta a capire le dinamiche e le relazioni familiari;
4. La cultura d'appartenenza, le usanze e i rituali influenzano come e quanto una famiglia riesce a tollerare e gestire l'ambiguità;
5. Il disagio e le conseguenze patologiche non appartengono al tipo di lutto ma al tipo di perdita;
6. Giungere a una chiusura definitiva o a un'accettazione completa è impossibile;
7. Dare un nome a questa condizione e legittimare il dolore aiuta le famiglie a iniziare un processo di ripresa;
8. È importante sviluppare un pensiero dialettico che tenga insieme l'idea che il proprio caro sia al tempo stesso presente ma anche lontano;
9. La resilienza in queste famiglie consiste nel riuscire a tollerare nel miglior modo

possibile l'ambiguità, e questo dipende molto da cultura, educazione e usanze;

10. Un punto cardine è la considerazione del fatto che la famiglia ha una dimensione sia fisica sia psicologica, ed entrambe sono fonte per la resilienza. La famiglia psicologica è quella presente nella mente di ciascun membro, e comprende persone vicine o lontane, defunte o vive, persone importanti nella propria vita e che si vorrebbero al proprio fianco nei momenti di gioia o nelle difficoltà.

L'autrice, inoltre, chiarisce che, nel caso di perdita ambigua, non si può fornire aiuto alle persone seguendo le teorie classiche legate agli stadi e all'elaborazione del lutto, ma è necessario trattare la problematica come un qualcosa di diverso e unico. È fondamentale quindi abbandonare una visione lineare del percorso per seguire invece un andamento dinamico, dialettico, sistemico, e con un funzionamento mentale che si basa su pensieri contrastanti, ma che aiutano a tollerare e gestire l'ambiguità della condizione (Boss, 2007). Il costrutto della perdita ambigua può essere compreso all'interno del Modello Contestuale dello Stress Familiare, all'interno del quale i vari fattori seguono un processo circolare e continuo (Boss, 2004; 2016): la perdita ambigua è l'elemento di stress (Fattore A) che fa sviluppare un'ambiguità di confine (Fattore C). L'ambiguità di confine è il modo in cui ogni singolo membro percepisce e vive la situazione di ambiguità, portandolo ad avere difficoltà nel capire o decidere chi appartiene alla famiglia, ed è quindi una variabile percettiva che influenza il grado in cui la famiglia sviluppa un certo livello di disagio e stress. Data la condizione cronica, spesso le risorse individuali e familiari si esauriscono in poco tempo, come anche quelle sociali poiché non viene riconosciuto questo tipo di perdita. Ne consegue che la disponibilità e la presenza di risorse, gioca un ruolo fondamentale nel modo in cui una famiglia affronta questa particolare situazione (vedi Fig. 16).

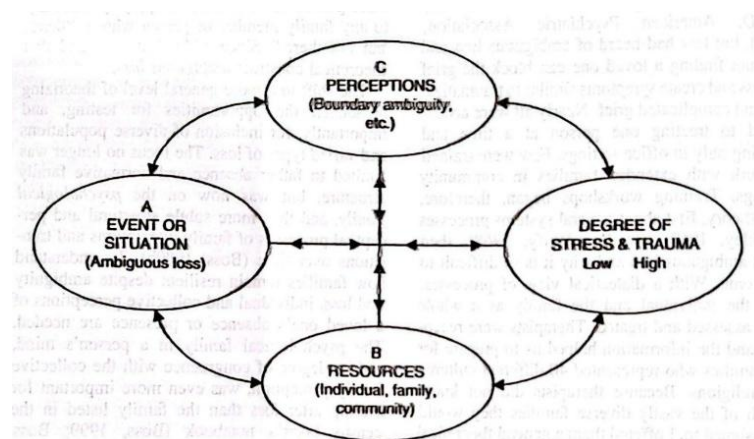


Fig. 16 – Where Ambiguous Loss and Boundary Ambiguity Fit Into the Family Stress Model (Boss, 2004)

Come ci tiene a precisare l'autrice, bisogna far attenzione a non confondere il termine *ambiguità* con *ambivalenza*: il termine ambivalenza si riferisce a un'oscillazione, un'alternanza tra stati d'animo, emozioni o sentimenti contraddittori, mentre l'ambiguità si riferisce a una situazione non chiara, incerta. Pur avendo un significato diverso, i due termini sono collegati all'interno della teoria, perché l'ambiguità della situazione porta inevitabilmente a provare dei sentimenti contrastanti verso la persona scomparsa e nei confronti della vita in generale.

Una riflessione ulteriore viene fornita da Boss, Roos e Harris (2011): la perdita ambigua porta spesso allo sviluppo di un dolore cronico, persistente, e a volte questi due fenomeni vengono confusi o sovrapposti.

Supporto nelle situazioni di perdita ambigua

“Il tormento che affligge i membri di una famiglia è legato al fatto di augurarsi il meglio pur temendo il peggio. Noi possiamo aiutarli a convivere con l'incertezza e incoraggiarli a impiegare tutte le loro forze per ottenere conferme sulla vita o la morte di loro cari” (Walsh, 2008, pag. 253). Vivere in questa sorta di limbo, di tempo sospeso, è una delle prove più difficili che una famiglia possa sopportare. Il lavoro che i terapeuti possono fare con le famiglie, per alleviare il dolore, è quello di far comprendere che il disagio e il dolore sono leciti, normali in un contesto del genere, e che la colpa non è loro. A essere disfunzionale, innaturale, patologico, non è la loro reazione al trauma, ma il contesto e le modalità in cui è avvenuta la perdita: “La difficoltà di fare i conti con queste perdite non dipende da fattori interni all'individuo o da problematiche interne alle famiglie, ma è generata dalla confusione di ruoli e confini che si viene a creare rispetto alla configurazione che la famiglia attuale assume” (Fruggeri, 2018, pag. 33).

Boss *et al.* (2011) espongono delle linee guida per i terapeuti per aiutarli a incrementare la resilienza nelle famiglie che si trovano a dover convivere con questo tipo di perdita:

1. Dare un nome e riconoscere la perdita: questo tipo di perdita per molto tempo non è stata riconosciuta come entità a sé stante, diversa dal lutto o da un lutto complicato. La distinzione principale, pur essendo presenti sintomi tipici o simili al lutto complicato, come ansia, depressione, sintomi somatici, è che in questo caso non c'è stato un vero lutto, e questo lascia le famiglie in sospeso, in difficoltà nel capire come sia più giusto vivere e andare avanti. Dare un nome a ciò che stanno vivendo e considerarlo come un tipo di perdita diversa dalle altre, aiuta le persone a sentirsi comprese, sollevate nell'iniziare un percorso che le aiuti ad

andare avanti e a capire quello che stanno provando;

2. Trovare un significato: ci sono dei passaggi fondamentali che aiutano le persone in questa situazione. Innanzitutto, dare un nome a quello che stanno vivendo, in modo da avere gli strumenti adeguati ad affrontare la situazione. Successivamente, aiutarle nello sviluppare un pensiero dialettico che tenga insieme due realtà, due idee contrapposte, “la persona è qui e non è qui”, e incoraggiarle a trovare conforto e sostegno negli altri tramite la condivisione di attività, rituali, commemorazioni. Anche raccontare e parlare con persone che hanno vissuto la medesima esperienza giova molto. Il senso della ricerca di significato si riferisce infatti non tanto alla questione di cercare di capire il perché di quanto successo, ma piuttosto di tramutare un qualcosa di negativo in positivo, dandosi uno scopo;
3. Affrontare il trauma quando è presente. Rynearson (2001) espone un modello a tre passi per aiutare le persone in modo empatico e competente: ripristinare la resilienza, riconnettersi con la perdita e con le persone che sono di sostegno, e raccontare, parlare della propria storia, in modo da integrarla nella propria narrativa personale con l’aiuto del terapeuta. Questi tre passaggi sono fondamentali per incrementare la resilienza personale e le risorse dell’individuo. Il racconto riparativo è una tecnica che può essere utilizzata con persone adulte che hanno perso una persona cara in circostanze violente e traumatiche per permettere loro, tramite il racconto dell’esperienza, di diminuire l’angoscia da separazione che provano (Rheingold, Baddeley, Williams, Brown, Wallace *et al.*, 2015);
4. Controllo del temperamento: se le persone appartengono a una cultura dove viene enfatizzato il pieno controllo sulla propria vita, senza mai lasciare nulla al caso, senza essere abituati a tollerare ostacoli e imprevisti, la persona avrà molta più difficoltà nel gestire l’ambiguità della perdita. Le società occidentali sono orientate nell’avere sempre una risposta a tutto, a non arrendersi mai, e mal tollerano tutte quelle situazioni che non si riescono a definire o concludere. Questa modalità di pensiero influisce negativamente su quanto e come una persona riesca a convivere in condizioni così incerte sul presente e sul futuro. È fondamentale quindi aiutare le persone a capire che, quando non si possono cambiare gli eventi, l’unica cosa che si può fare è agire su sé stessi, trovando nuove modalità di affrontare la vita, a seconda delle proprie attitudini e caratteristiche;
5. Ricostruire l’identità: quando, a causa di un trauma, la visione della propria vita,

- della famiglia, del proprio ruolo viene messa in discussione, è necessario fare un lavoro interiore per ripartire da zero e contestualizzarsi all'interno di una nuova prospettiva, e questo richiede sforzi e fatica nell'abbandonare precedenti convinzioni, credenze e assunti di base, per avere la capacità di adattarsi e mutare;
6. Normalizzare l'ambivalenza: legittimare il dolore e i sentimenti contraddittori che il soggetto prova, e aiutarlo a comprenderli ed esternalizzarli senza aver paura di essere giudicato o etichettato;
 7. Rivedere l'attaccamento: è necessario aiutare le persone a capire che non si deve cancellare il legame che si ha con il proprio caro, ma che lo si può modificare in base alla situazione che si sta vivendo, prendendo consapevolezza di quanto successo. Non significa dimenticare o cancellare l'affetto e il legame, ma contestualizzarlo in questa nuova dimensione;
 8. Scoprire una nuova speranza: serve tempo alle persone per trovare nuovi motivi e spunti di positività e speranza. È importante assecondare i loro tempi e non contraddire, almeno nelle fasi iniziali, pensieri assurdi o illusioni, poiché fanno parte del processo di adattamento. A mano a mano che il tempo passa, saranno loro stessi a prendere consapevolezza della situazione e a virare verso pensieri più concreti, costruttivi, e reali;
 9. Identificare le risorse: bisogna aiutare le persone con strumenti adeguati al tipo di perdita che stanno vivendo. È fondamentale quindi che i terapeuti abbiano una visione più allargata e approfondita delle sfumature legate alla perdita, che tenga conto della natura del malessere e del contesto in cui è avvenuta.

Assenza fisica con presenza psicologica: terrorismo, sparizioni e calamità naturali

Il dolore legato alla perdita ambigua è un tema che si è ripresenta nel tempo e attraversa la storia dell'uomo e delle varie culture: tanti sono gli esempi che si possono fare a partire dagli studi fatti sulle famiglie dei soldati americani durante la guerra del Vietnam, o le famiglie in Kosovo che hanno perso familiari a causa degli orrori della pulizia etnica, fino ad arrivare agli attacchi terroristici delle Torri Gemelle. Oggi, a causa di guerre, insurrezioni, dittature, sono molte le famiglie che non hanno più notizie dei propri cari perché vengono rapiti o scompaiono nel nulla. Il fenomeno è talmente diffuso nei paesi dell'America Latina che nel gergo comune si utilizza il termine “*desaparecidos*” per

riferirsi alle persone disperse. In particolare, i ricercatori hanno trovato in Argentina famiglie in una totale confusione di ruoli e gerarchie dovute alla scomparsa delle figure di riferimento. In più, il silenzio che aleggia intorno alla scomparsa del proprio caro per vergogna o senso di colpa, paralizza queste famiglie, che si trovano bloccate nel dolore (Boss, 2002). Boss racconta come l'aver prestato soccorso alle famiglie di operai che erano al lavoro durante l'attentato terroristico alle Torri Gemelle di New York nel 2001 sia stata un'esperienza difficile a livello sia personale sia professionale, ma riconosce quanto quel lavoro abbia contribuito in modo decisivo alla convalidazione della teoria sulla perdita ambigua, poiché, testandola sul campo e su un ampio numero di persone, ha dato modo a lei e alla sua équipe di delineare un modello da applicare in altre situazioni simili (Boss, 2016). Gli spunti su cui riflettere e che possono essere applicati in altri contesti sono diversi: il fatto di condividere e ascoltare i vissuti di persone che si trovano nella stessa situazione aiuta gli individui a stare meglio, e la creazione di gruppi che si incontrano in posti considerati familiari fa sì che le persone riescano ad aprirsi e percepiscano un senso di sicurezza. Riconoscere la perdita ambigua è il primo passo per le persone che la subiscono, perché possono comprendere più velocemente e facilmente quello che stanno vivendo. Non tutti quelli che vivono una perdita tale sviluppano dei sintomi patologici, e questo dipende da diversi fattori: le usanze e credenze familiari possono aiutare a tollerare e gestire l'ambiguità e a ritrovare un equilibrio. Spostare il focus del problema non sulle reazioni dei familiari ma sul contesto esterno, e non colpevolizzarli per quanto accaduto, aiuta a diminuire il senso di colpa e vergogna.

I familiari delle persone disperse durante l'attacco terroristico alle Torri Gemelle hanno sviluppato una forte resilienza grazie soprattutto al senso di appartenenza e coesione di comunità che li ha aiutati a superare un trauma che sembrava insormontabile. Chiudere il cerchio per queste famiglie è impossibile: un buon lavoro terapeutico deve avere come scopo non risolvere, "chiudere" una situazione, come si auspica solitamente, ma aiutare le persone a vivere in questa sorta di limbo nel miglior modo possibile (Boss, 2004). Kennedy, Deane e Chan (2019) hanno studiato in che modo i familiari delle persone scomparse hanno reagito dal punto di vista psicologico, e che strategie hanno utilizzato maggiormente per affrontare questo tipo di situazione. Gli autori, per le loro ricerche, hanno differenziato le famiglie che hanno perso qualcuno a causa di circostanze sconosciute (sparizioni o cause non chiare), e quelle situazioni invece in cui il proprio caro è disperso a causa di guerre, attentati terroristici, rapimenti o separazione forzata. Alcuni sentimenti vengono sperimentati da entrambe le tipologie, e i più comuni sono

depressione, ansia, sintomi da stress post traumatico e vissuti simili a quelli che si provano nel lutto complicato. Ci sono poi alcune emozioni che, pur essendo presenti in entrambi i casi, assumono un significato e delle sfumature differenti. Ad esempio, i familiari di persone disperse a causa di conflitti possono provare rabbia soprattutto verso la società, il governo, i responsabili di quanto accaduto, mentre i familiari che hanno perso qualcuno senza essere a conoscenza della motivazione molto spesso provano un senso di rabbia nei confronti della persona sparita per essersene andata senza motivazione, verso le persone che esprimono pareri o giudizi, o verso chi compie le ricerche, come polizia e squadre di soccorso, perché non hanno trovato alcuna traccia. Spesso provano anche verso sé stessi un forte senso di colpa, e sviluppano una serie di pensieri ruminativi che a lungo andare aggravano la salute mentale: si colpevolizzano per non aver compreso la situazione, per non essersi accorti di quello che stava succedendo, per non aver fatto abbastanza nelle ricerche, o per essere andati avanti nella vita nonostante l'assenza del proprio caro.

Molto efficace in questi casi, per diminuire e gestire questi pensieri disadattivi, è la terapia cognitivo-comportamentale e, nello specifico, la tecnica della ristrutturazione cognitiva. Anche nelle modalità di affrontare il trauma ci sono delle differenze. Quando una famiglia perde qualcuno per mano di conflitti, nella maggior parte dei casi trova conforto e sostegno partecipando a gruppi di persone che hanno vissuto la stessa esperienza, e questo è abbastanza naturale perché spesso questi gruppi sorgono in modo spontaneo o vengono organizzati dagli operatori che intervengono in quelle circostanze, mentre non si può dire che questo avvenga in modo così ovvio nei casi di sparizione, perché è un evento legato alla sfera privata di una famiglia e non allargato ad una cerchia di persone.

Un modello che aiuta a capire quali strategie di coping entrino in gioco in queste situazioni è l'ACT, la Terapia di Accettazione e Impegno (Kennedy *et al.*, 2019) che di solito viene utilizzata nei casi di lutto prolungato e disturbo post traumatico da stress. Questo modello afferma che basare le proprie strategie di coping sull'evitamento e la negazione a lungo andare blocca i processi di elaborazione, peggiorando la situazione. Accettare e analizzare invece le emozioni, sensazioni, pensieri e ricordi legati alla persona cara, aiuta a prendere coscienza di quello che si sta vivendo per indirizzarsi pian piano verso strategie più positive e adattive come l'apertura verso gli altri, o l'intraprendere nuovi percorsi o attività.

Entrambe le strategie di coping sono state rilevate nelle due tipologie di perdita, ma diversi studi (Kennedy *et al.*, 2019) hanno riscontrato un maggior utilizzo dell'evitamento nei casi di sparizione incerta e di accettazione invece nei casi di sparizione forzata. Questo

può essere spiegato dal fatto che le persone, in quest'ultima circostanza, tendono a farsi una ragione di quanto accaduto perché non si sentono responsabili, e comprendono che non possono fare niente per cambiare la realtà. Un'ulteriore strategia utilizzata può essere quella di mantenere un legame con la persona scomparsa, anche se le ricerche non sono concordi sul fatto che il preservare questo legame o intensificarlo aiuti effettivamente le persone o se invece, a lungo andare, le tenga bloccate e congelate in quella relazione. Inoltre, gli studi dimostrano che, nei casi di scomparsa non chiara, molto spesso i familiari utilizzano un supporto formale, come consulenze psicologiche. L'ACT quindi è uno strumento valido da utilizzare soprattutto con le persone che hanno perso qualcuno senza sapere la motivazione perché accompagna i familiari in un lungo percorso personale dove l'obiettivo principale è quello di accettare che non si può cambiare o modificare l'accaduto, ma si può imparare come gestire a livello personale l'ambiguità e l'angoscia che inevitabilmente si provano in queste situazioni (Kennedy *et al.*, 2019).

Quando avvengono catastrofi naturali di grandi entità, come inondazioni o terremoti, spesso vengono rase al suolo intere città causando morte, distruzione e un caos totale nella popolazione colpita. In questi casi, per gli individui e per le famiglie colpite diventa molto difficile affrontare la situazione, poiché la perdita ambigua è legata ai familiari scomparsi ma anche ai luoghi, agli oggetti e alla casa in cui si era vissuti fino a quel momento. Questo tipo di perdita ambigua viene definita da Albayrac e Gülirmak Güler (2024) *oggettiva* (per differenziarla da quella personale, cioè legata alla presenza/assenza di una persona), e riguarda le situazioni in cui a essere perso definitivamente è un oggetto, una situazione, un luogo caro come la propria casa o un posto del cuore. Le persone molte volte si vedono costrette a dover abbandonare i luoghi dove hanno sempre vissuto e migrano altrove, spesso in posti molto lontani con lingua, religione e abitudini completamente differenti, affrontando così una serie di disagi oltre al trauma vissuto (Albayrac & Gülirmak Güler, 2025). Le problematiche che si possono sviluppare si manifestano su vari livelli - psicologico, emotivo, fisico, come disturbi del sonno, perdita di appetito, difficoltà a concentrarsi - poiché a essere completamente sconvolte a vari livelli sono la propria vita e il proprio nucleo familiare. Le persone si guardano intorno e vedono distrutto tutto quello che avevano creato, non hanno più una casa, un lavoro, una scuola, i luoghi dove abitualmente si incontravano con gli amici. Questo tipo di perdita è la più difficile da gestire, poiché porta a conseguenze economiche, emotive, lavorative, esistenziali. Albayrac Günday e Gülimak Güler (2024) hanno intervistato alcune persone che hanno sperimentato una perdita ambigua sia personale sia oggettiva a seguito di uno

dei più devastanti terremoti avvenuti in Turchia nel 2023. A partecipare allo studio sono stati venti soggetti vittime del terremoto, ai quali è stata somministrata un'intervista semi strutturata. Una volta raccolti i dati, le autrici hanno potuto identificare tre categorie principali nei vissuti degli intervistati: viaggio interiore e trasformazione emotiva, ponti di solidarietà costruiti sulla distruzione, e cambiamento e crescita nella prospettiva di vita. Per ogni categoria sono state individuate delle tematiche e dei sottotemi. La prima categoria ha raggruppato tutte le tematiche inerenti alla difficoltà di affrontare la perdita ambigua e le emozioni vissute. Oltre alle devastanti perdite materiali, il più grande dolore è veder scomparire in un attimo i propri luoghi senza la possibilità di riaverli indietro. Le tematiche emerse sono: i sussurri da sotto le macerie, la reazione di fronte all'ambiguità, e i labirinti mentali nella ricerca di significato. Nella categoria dei ponti di solidarietà rientrano tutte le reazioni e interazioni compiute dalle persone che condividono la stessa esperienza, quindi la voglia di aiutarsi, di sostenersi a vicenda nonostante la disgrazia. Le risposte sono state raggruppate in diverse tematiche: i cuori uniti durante la distruzione, la ricerca di significato nell'ambiguità, e le vie d'uscita dalle macerie spirituali. Infine, nell'ultima categoria, viene toccata la questione del cambiamento di percezione della propria vita, il comprendere quanto si possa essere fragili ma allo stesso tempo forti nel trovare in sé e nelle persone circostanti la forza per andare avanti. I temi affrontati sono: crescere tra le macerie, il valore della temporalità, e la nascita di nuovi orizzonti dalle macerie (vedi Fig. 17).

Categories	Themes	Sub-themes
1. Inner Journey and Emotional Transformation	A. Whispers from Under the Rubble	A1. Dispersal or change in household and livelihoods A2. The ambiguity of not being able to say goodbye A3. Shaking the fabric of reality
	B. The Reaction to Confronting Ambiguity	B1. Shock B2. Denial B3. Anger B4. Guilt
	C. Mental Labyrinths in the Search for Meaning	C1. Efforts to understand the ambiguity of time C2. Struggle to weave meaning from chaos. C3. Mental fatigue and confusion C4. Deepening awareness of the fragility of life
2. Bridges of Solidarity Built on Destruction	A. Hearts United during Destruction	A1. Refuge in the bonds of family and friends A2. Unity united in collective mourning. A3. Solace in shared digital spaces
	B. The search for meaning in ambiguity	B1. Reflection on the meaning of life B2. Trying to see the positive B3. Gratitude and acceptance
	C. Ways out of spiritual wreckage	C1. The comforting effect of faith and prayer, C2. Self-talk and inner dialogs C3. Exercise and engage in hobbies
3. Change and Growth in Life Perspective	A. Growing Among the Rubble	A1. Reflections on the brevity of life A2. Understanding the value of loved ones
	B. The Value of Temporariness	B1. Understanding the value of time B2. Increased awareness of the impermanence of life B3. Reduced attachment to tangible assets
	C. New Horizons Rising from the Ruins	C1. Renewed hopes for the future C2. The desire to enjoy life. C3. Growth from pain

Fig. 17 - Categories, themes, and sub-themes related to earthquake victims' coping methods with ambiguity loss (Albayrac & Gülimak Güler, 2024)

Negli ultimi anni, a seguito di eventi come disastri o attentati terroristici in cui hanno perso la vita numerose persone, la tendenza è quella di permettere ai familiari delle vittime di recarsi sul luogo della tragedia (Kristensen, Dyregrov, Weisæth, Straume, Dyregrov *et al.*, 2017). Gli esperti sono ancora molto cauti riguardo questa prassi, perché è un'esperienza molto impattante per le persone in lutto e può esserci il rischio di causare o acutizzare sintomi tipici del disturbo da stress post traumatico.

Gli studi però dimostrano che per i familiari ci possono essere diversi benefici dal punto di vista cognitivo, emotivo ed esistenziale. Innanzitutto, gli autori spiegano che, nei casi di grandi catastrofi a livello nazionale o internazionale, è compito delle autorità organizzare questo tipo di visite, mentre in altre situazioni spetta agli organismi responsabili dell'accaduto, dimostrando di responsabilizzarsi nei confronti di chi soffre e di farsi carico dei suoi bisogni. I soggetti che hanno la precedenza nell'accesso ai luoghi sono i familiari più stretti, inclusi i bambini qualora lo desiderassero (seguendo dei protocolli redatti apposta per i minori), e i sopravvissuti. In alcuni casi, oltre al nucleo familiare, può essere permesso di partecipare anche ad amici o persone che avevano un forte legame con la vittima. Una delle raccomandazioni è di organizzare le visite dei parenti in momenti diversi rispetto a chi è stato coinvolto in prima persona, perché i bisogni possono essere molto diversi. Gli studi non hanno ancora potuto stabilire se esiste un tempismo giusto nell'eseguire questa procedura: la maggior parte delle persone desidera raggiungere il luogo quasi subito per guardare con i propri occhi quello che è successo, mentre ci sono persone che preferiscono aspettare perché hanno bisogno di più tempo. Il fatto di recarsi immediatamente sul posto serve per rendere la perdita reale, per appagare il bisogno di guardare in faccia la realtà e di sentirsi in qualche modo vicini al defunto, lasciando meno spazio all'immaginazione. Spesso accade che trascorra molto tempo, mesi, prima che ai familiari sia consentito di raggiungere il luogo, oppure a volte può capitare che per una serie di ragioni il posto sia inaccessibile. Per sopperire a questa mancanza, si deve fare in modo di dare la possibilità ai familiari di compiere dei riti, come lanciare dei fiori da un aereo oppure far vedere i luoghi tramite filmati. Prima che i familiari giungano sul posto è necessario che la polizia, o chi di dovere, prepari adeguatamente l'area per accogliere un certo numero di persone, e questo include diversi compiti: rendere il perimetro sicuro e accessibile, rimuovere eventuali tracce di sangue evidenti, oggetti personali dei defunti e resti umani che potrebbero urtare la sensibilità dei familiari. È importante non stravolgere completamente la scena, perché uno dei motivi principali delle visite è proprio quello di diminuire il senso di incredulità delle persone e

aiutarle a prendere coscienza di quanto accaduto. I familiari devono comunque essere informati in anticipo di quello che andranno a vedere, preparandoli psicologicamente anche con l'ausilio di foto. Durante la visita, capita che le persone possano avere il desiderio di chiedere informazioni e notizie su quanto accaduto, di parlare con persone che erano presenti al momento dei soccorsi e che li aiutino a ricostruire la vicenda. Il fatto di vivere questa esperienza in modo collettivo aiuta a condividere la sofferenza, ma le persone devono essere accompagnate e assistite durante tutta la permanenza da personale qualificato dal punto di vista sia psicologico sia medico, per gestire malori o reazioni intense. È essenziale che gli operatori assecondino e rispettino i tempi di ognuno, ricordando che nessuno si deve sentire costretto a partecipare, e che si può cambiare idea in qualsiasi momento, senza aver paura di essere giudicati. Solitamente vengono lasciati a disposizione sul posto fiori o candele, in modo da permettere ai familiari di riunirsi in preghiera e salutare il defunto, anche con la presenza di un funzionario che possa officiare un rito a seconda delle esigenze delle famiglie (Kristensen *et al.*, 2017).

3.8 L'emergenza invisibile: la pandemia da COVID-19 nello scenario dei disastri collettivi

Il termine “pandemia” deriva dal greco e significa “tutto il popolo”, proprio per indicare che è un fenomeno che può colpire ed essere fatale per chiunque, senza distinzioni (Venturi, 2022). Gli effetti della pandemia causata dal coronavirus sono stati così devastanti e pervasivi in ogni parte del mondo che si può parlare di “*disastro a cascata*”. Pescaroli e Alexander (2015) hanno coniato questo termine per definire quegli eventi che hanno un impatto così forte e improvviso da provocare ulteriori effetti secondari altamente distruttivi e impattanti che perdurano nel tempo, con un'intensità che li porta a essere gravi quanto l'evento principale che li ha scatenati. Le conseguenze catastrofiche riguardano spesso la distruzione completa o parziale di infrastrutture importanti come ospedali, scuole, luoghi di culto ed edifici amministrativi o governativi, con pesanti ripercussioni sulla macchina dei soccorsi e disorganizzazione nella pianificazione di programmi di aiuto e di evacuazione. Anche Walsh (2020) si sofferma sulla particolarità degli effetti della pandemia, che possono durare nel tempo a distanza di mesi e addirittura anni, coinvolgendo una elevata quantità di persone, differenziandola da altri eventi disastrosi come le catastrofi naturali che, pur avendo conseguenze devastanti, hanno una

durata che è circoscritta nel tempo e nello spazio. La pandemia da Covid 19 è un evento che ha creato un prima e un dopo: nel corso della storia si sono certamente verificate epidemie e pestilenze con un alto tasso di mortalità, ma il coronavirus ha avuto una diffusione rapida su scala mondiale che lo ha reso un qualcosa di unico e catastrofico. L'umanità si è dovuta fermare, applicando *lockdown*, misure di prevenzione sanitaria straordinarie, e restrizioni sociali che mai nessuno avrebbe immaginato. Il mondo come si viveva e conosceva prima è cambiato velocemente: le certezze, le aspettative, gli assunti di base che ogni persona aveva riguardo sé stessa, gli altri e la visione della vita in generale, sono crollate di fronte a un nemico invisibile. Tutto questo ha alimentato un senso di angoscia generalizzato, una paura dell'altro, del potenziale "untore", oppure ci si è sentiti in colpa perché forse portatori di un virus che è stato letale per gli altri. Alcuni esperti di salute mentale definiscono questa condizione di disorganizzazione generale "*nuvola cognitiva COVID*" (Walsh, 2020). Biondo (2020), parla di un "*effetto traumatico diffuso*" che ha riguardato non solo chi è stato colpito in prima persona dal virus e i suoi familiari, ma anche le vittime secondarie, riferendosi a tutte le persone che hanno avuto a che fare con la pandemia per la propria professione, come per esempio il personale sanitario. La pandemia, per i suoi effetti traumatizzanti sul sistema di convivenza sociale, può definirsi una vera e propria "*patologia civile*", poiché intacca quei valori di convivenza, unione, fiducia, che caratterizzano le comunità dal punto di vista affettivo e socioculturale. "E' un virus che, paradossalmente, "democratizza" il morire, contro il quale lo status sociale ed economico e l'apparato culturale niente possono: le fragilità diventano sempre più fragili e le certezze di un'immortalità presunta vengono lacerate e frammentate" (Fantauzzi, 2020, pag. 4). Come riportano Goveas e Shear (2020) le circostanze e il contesto in cui sono avvenuti i decessi e le conseguenze che hanno provocato, contribuiscono a definire il lutto da pandemia come traumatico. Diverse sono le tematiche da tenere in considerazione:

- *circostanze della morte*: bisogna considerare il fatto che le morti avvenivano spesso in modo improvviso, alimentando la sensazione che chiunque, indifferentemente, potesse morire, e la paura peggiore era dovuta al fatto che questo accadeva in completa solitudine e senza la possibilità di dare e ricevere conforto dai familiari;
- *contesto della morte*: per rallentare la diffusione del virus, era vietata ogni forma di contatto, comprese cerimonie funebri, rituali, commemorazioni, che potesse dare un po' di conforto a chi era in lutto. A questo si aggiungevano pesanti

ripercussioni a livello economico, con la perdita di posti di lavoro e con famiglie in difficoltà finanziarie, che vivevano un senso di insicurezza e precarietà;

- *conseguenze della morte*: oltre al dolore per aver perso un familiare, si aggiungeva la sofferenza di dover affrontare il lutto in solitudine, isolati in casa, con la paura di aver contratto il virus o di aver contagiato qualcuno.

Solomon e Hensley (2020) analizzano le morti causate dal Covid, riscontrando aspetti che solitamente caratterizzano le morti traumatiche:

- Natura improvvisa e mancanza di preavviso;
- Innaturalità della morte per le sue modalità, contesto sociale privo di interazioni e assenza di riti funebri;
- Sofferenza fisica ed emotiva;
- Il fatto di considerare la morte potenzialmente prevenibile ed evitabile: se ci fosse stata una risposta rapida e immediata da parte del governo, se ci fossero stati dispositivi protettivi a sufficienza, se fossero state emesse tempestive e chiare linee guida da seguire. Tutti questi fattori possono causare rabbia nei familiari, difficoltà ad accettare la perdita, e sensi di colpa per non aver fatto abbastanza o per essere stati imprudenti;
- Casualità: ogni persona senza saperlo poteva essere vettore del virus e bastava trovarsi al momento sbagliato nel posto sbagliato per contrarre la malattia;
- Morti multiple: tante famiglie hanno visto morire più di un membro a causa del virus, e questo può portare a un “sovraccarico di lutto” difficile da gestire;
- Minaccia alla propria vita/confronto con la morte degli altri: se la persona stessa che è in lutto sente di essere nelle medesime circostanze di chi è mancato, possono scaturire sentimenti di paura, vulnerabilità o di mortalità se la persona ha contratto il virus, e sentimenti di colpa per non aver protetto abbastanza il proprio caro o per essere sopravvissuto;
- Morte prematura: persone anziane che avevano patologie con cui convivevano da anni sono morte a causa del sopraggiungere del virus che ha compromesso il loro equilibrio;
- Supporto sociale: la vicinanza di chi ci vuole bene è fondamentale soprattutto in momenti così dolorosi, e la mancanza del supporto e della condivisione del dolore ha reso tutto più difficile da gestire.

Altri elementi che rendono traumatica la morte per Covid sono la violenza con cui si è manifestato il virus, il fatto che ha sconvolto ogni equilibrio o convinzione riguardante il mondo, andando a minare la fiducia negli altri e l'essere una morte ambigua (non si è potuto assistere al decorso della malattia e al decesso del proprio caro, né vedere e piangere il corpo).

In uno studio condotto da Testoni, Azzola, Tribbia, Biancalani, Iacona *et al.* (2021) si è analizzato il modo in cui le persone hanno affrontato questo tipo di dolore e come lo hanno vissuto successivamente anche attraverso l'utilizzo dei social (nello specifico Facebook). Gli autori hanno somministrato interviste semi-strutturate a persone che avevano perso qualcuno a causa della pandemia, e dai loro racconti sono emerse quattro tematiche principali:

- abbandono: rabbia e colpa;
- disumanizzazione;
- derealizzazione e ruminazione costante;
- supporto sociale e importanza di condividere foto dei propri cari su Facebook.

Dalla prima tematica, riguardante sentimenti di abbandono, rabbia e colpa, è emerso il fatto di sentirsi abbandonati dai sistemi sanitari in un momento così unico e doloroso. Questo, insieme al fatto che le persone morivano in ospedale improvvisamente e c'era il divieto di dare loro l'ultimo saluto, ha fatto sì che si alimentassero sentimenti di rabbia, condanna e vendetta, tramutati poi in azioni legali contro medici e ospedali. Non aver potuto essere al fianco del proprio caro nei suoi ultimi istanti di vita, ha fatto nascere sentimenti di rabbia, colpa e risentimento nelle persone, che si sono sentite impotenti e private della capacità decisionale rispetto al come gestire e affrontare la perdita. La seconda categoria ha evidenziato temi legati alla difficoltà nell'accettare la realtà: mai si era potuto immaginare uno scenario simile, dove anche l'ultimo saluto al proprio caro venisse negato. Si è vissuta una mancanza di umanità, di sensibilità nel capire quanto potesse essere doloroso lasciar andare una persona cara in quel modo, senza la possibilità di fare il funerale o di vedere il corpo. Nella terza categoria si è messo in luce come ci fosse un forte bisogno di chiarezza di quanto accaduto al proprio caro una volta ricoverato in ospedale: spesso alcune informazioni erano mancanti, si aveva difficoltà ad avere aggiornamenti o informazioni sullo stato di salute del proprio caro, e non si è potuto

constatare con i propri occhi il decesso. Tutto questo ha causato un costante ripensamento negativo su quanto accaduto, una ricostruzione dei fatti senza avere una certezza o una verità a cui credere. Nell'ultima tematica è emersa l'importanza del supporto. Per alcune persone, ma non per tutti, la fede è stata un rifugio, un qualcosa a cui aggrapparsi per andare avanti. Per molti, data l'impossibilità di riunirsi per ricordare il defunto, le piattaforme social hanno svolto un ruolo fondamentale per condividere il dolore, per raccontare e onorare la vita di chi non c'era più, e se ne era andato via silenziosamente e in solitudine, come uno fra i tanti numeri che venivano comunicati ogni giorno. Un altro fattore che ha aiutato le persone è stato il poter condividere immagini del proprio caro sui social, proprio per dare un nome e un volto e un'importanza alla vita vissuta.

Il distanziamento sociale imposto durante la pandemia ha avuto gravi ripercussioni psicologiche per tutte le fasce della popolazione, e ha messo in luce quanto sia importante per gli esseri umani stringere, mantenere relazioni e interazioni con gli altri, soprattutto nei momenti di bisogno. Questa necessità è così vitale che le persone hanno ovviato a questa mancanza cercando altre forme di vicinanza e comunicazione, ad esempio utilizzando telefoni, videochiamate e piattaforme online (Walsh, 2020).

3.9 Dare forma al dolore: l'importanza dei rituali funebri nei contesti di emergenza

Uno degli aspetti più tragici riguardante la pandemia è stato il fatto che le persone ricoverate negli ospedali sono mancate in solitudine, senza il calore della propria famiglia accanto, che non ha potuto accompagnarli e assisterli durante il ricovero ed essere al loro fianco negli ultimi istanti di vita. Oltre a questo, e mai come prima nella storia del Paese, per i familiari si è aggiunta la terribile sofferenza di non poter onorare il defunto riunendosi per una veglia, una preghiera o una cerimonia, religiosa o laica che fosse (Borgialli, 2020). Fantauzzi (2020) ricorda come ogni lutto abbia bisogno del suo tempo per essere accettato, compreso e integrato, e il fatto di poter commemorare il proprio caro nel momento in cui viene a mancare è un elemento essenziale per poter iniziare un processo di elaborazione. Il fatto di non poter celebrare tramite un rito il fine vita di un proprio caro non è un qualcosa che si è verificato spesso nella storia: anche durante gli eventi più tragici e bui si è sempre trovato un momento simbolico, privato o collettivo, per celebrare chi aveva perso la vita (Borgialli, 2020). Boss (2004) sottolinea come in tutte quelle situazioni in cui c'è un elevato numero di dispersi a causa di disastri naturali,

incidenti navali o aerei, guerre o attentati terroristici, per le famiglie la preoccupazione principale è quella di ritrovare il corpo, i resti del proprio caro, come prova tangibile della sua morte. Anche nel caso in cui ci fosse l'impossibilità di ritrovare il corpo, viene comunque organizzata una cerimonia commemorativa per ricordare il defunto, perché è un bisogno umano fondamentale poter dire addio al proprio caro. Dopo gli attacchi alle Torri Gemelle è stata posizionata, nel luogo dove sorgevano le Torri, un'urna che contiene, in maniera simbolica, le ceneri di tutte quelle persone che non sono state ritrovate, per dare la possibilità ai familiari di piangerle e ricordarle.

Nel caso del Covid, invece, il virus ha costretto i governi ad attuare delle misure di sicurezza, per cui sia il malato che i familiari hanno vissuto questa tragica esperienza in completa solitudine, sconvolgendo le norme sociali e culturali legate al come e quando onorare il proprio defunto: "Favorendo un senso di continuità ogni rito funebre rinsalda anche il senso di appartenenza alla comunità e la solidarietà che ne consegue, nonché la stabilità sociale. Consente inoltre di onorare la persona defunta attribuendole valore, e ciò è di conforto per chi questa persona l'ha amata. Il funerale è il momento dedicato al ricordo condiviso e alla ricostruzione dell'identità del deceduto alla quale tutti i partecipanti contribuiscono, ricordandone le caratteristiche di personalità, il legame che li univa e i momenti salienti della sua vita." (Borgialli, 2020, pag. 207).

Da tempo immemore ogni civiltà, indipendentemente dal tipo di cultura e religione, si è servita di una moltitudine di rituali e pratiche per sancire l'inizio o la fine di un qualcosa, per celebrare il passaggio da uno status ad un altro, e far sì che questo venisse accettato e riconosciuto dalla società. La parola "rito" deriva dal latino *ritus*, che significa ordine stabilito, ma la sua radice più antica va trovata nella lingua indo-europea dove "*ri*" significa "scorrere", per intendere quindi un qualcosa che fluisce in modo ordinato come un "ritmo" o una "rima" (Borgialli, 2020). I riti sono delle pratiche pubbliche o private che servono a mantenere gli equilibri all'interno di una comunità, e definiscono il ruolo che ognuno ha al suo interno. Spesso, soprattutto nei casi di morte, hanno la funzione di poter far esprimere e allo stesso contenere emozioni, intense all'interno del contesto sociale, e di mantenere quindi ordine e calma in momenti di confusione e di potenziale disorganizzazione (Solomita & Franza, 2020).

Secondo Romanoff e Terenzio (1998), i riti funebri, nello specifico, hanno una doppia funzione: quella di accompagnare il defunto dalla vita alla morte e i familiari da uno status sociale a un altro. Affinché i riti funebri svolgano a pieno la loro funzione, favorendo una sana elaborazione del lutto, è necessario che svolgano due compiti essenziali: focalizzarsi

sull'esperienza di chi è in lutto e prestare attenzione a tutte le fasi del processo luttuoso. Il percorso di elaborazione del lutto è composto infatti da tre dimensioni- intrapsichica, psicosociale e comunitaria- che a loro volta danno vita a tre processi connessi ma distinti: trasformazione, transizione e connessione. La prima dimensione riguarda il modo in cui la persona cambia, si evolve rispetto all'evento luttuoso, la seconda si concentra sul cambiamento di status sociale che la persona vive prima e dopo la morte del proprio caro, e infine l'ultima dimensione analizza il modo in cui la persona in lutto mantiene una connessione con il defunto all'interno del suo contesto sociale (vedi Fig. 18).

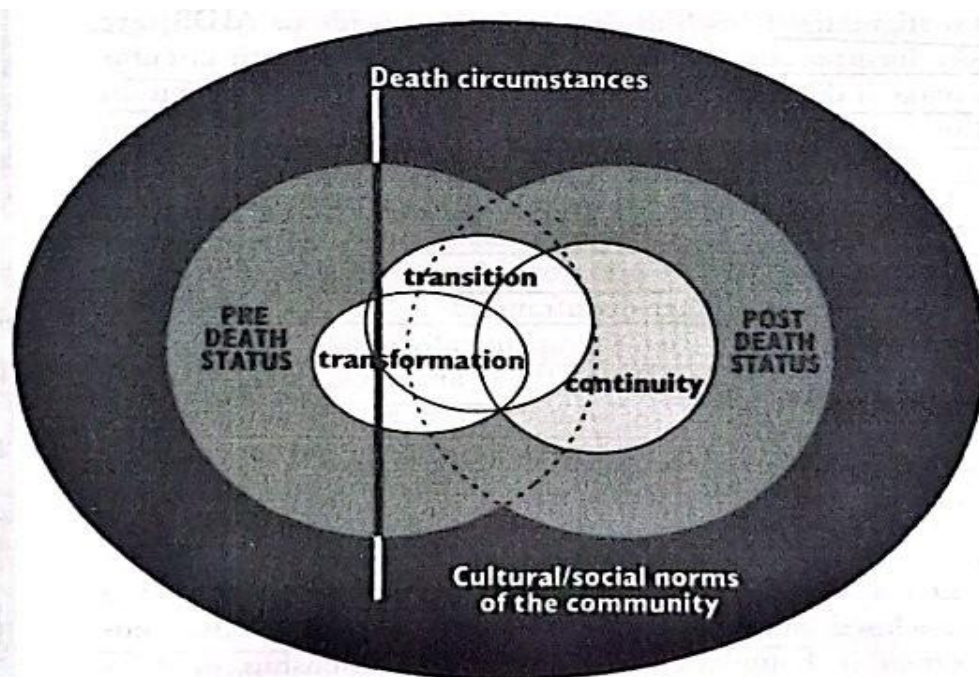


Fig. 18 - The grieving process (Romanoff & Terenzio, 1998)

Il verificarsi di questi tre processi dipende da due fattori: gli autori sostengono che le circostanze, le cause della morte, che possono essere diverse (morte naturale, per malattia oppure dovute a eventi naturali, incidenti, omicidi ecc.), possono ostacolare il processo di trasformazione, mentre la presenza di norme sociali e culturali influenza il processo di transizione e connessione. La lettura del processo di elaborazione del lutto secondo queste interconnessioni aiuta e facilita il lavoro del terapeuta a capire quale processo non ha funzionato e a mettere in atto un intervento più mirato ed efficace con le persone che soffrono in maniera patologica per la perdita di qualcuno.

Durante la pandemia, nonostante la sofferenza, le persone non si sono arrese e hanno cercato di adattarsi a questa nuova condizione trovando insolite modalità per

commemorare i propri cari, ad esempio utilizzando i social per connettersi e riunirsi virtualmente per celebrare un rito, per dire una preghiera per il proprio caro, per condividere il dolore: “Anche questi piccoli “funerali on-line” sortiscono l’effetto di ricomposizione collettiva dell’identità del defunto che così, esattamente come nei funerali tradizionali, può lasciare il suo ultimo e prezioso regalo: rendere più vicini coloro che restano.” (Borgialli, 2020, pag. 210).

4. Interventi di prevenzione, sostegno e supporto al lutto traumatico

4.1 Definizione e livelli di prevenzione

La prevenzione negli anni è stata riconosciuta come una vera e propria disciplina scientifica il cui scopo è quello di individuare le cause di problemi di varia natura, prodigandosi nel prevenirli e affrontarli con strumenti e risorse adeguate. In ambito psicologico si occupa quindi di tutte quelle azioni che si possono attuare prima, durante e dopo i casi di sofferenza psicologica, sia a livello personale che collettivo. Si deve la sua prima concettualizzazione a Caplan (1964), che ha teorizzato tre tipi di prevenzione in base all'arco temporale in cui essa viene effettuata (Santinello, Canale & Prati, 2021):

- Prevenzione primaria: si occupa di ridurre la probabilità che si manifestino disturbi nella popolazione sana;
- Prevenzione secondaria: fa riferimento alla riduzione della durata e diffusione di un disturbo;
- Prevenzione terziaria: tutti quegli interventi che vengono attuati quando un disturbo è già presente, nell'intento di diminuirne l'impatto e le problematiche connesse.

Dato che in questa definizione la prevenzione secondaria e terziaria coincidono di fatto con interventi su problematiche già in atto, con il tempo si è superata questa concezione per abbracciare, soprattutto nel campo delle scienze sociali, quella delineata dall'Institute of Medicine (IOM, 2009), che definisce la prevenzione quell'insieme di pratiche da attuare prima che si verifichi un disturbo, e che vanno di pari passo con programmi pensati per promuovere la salute che interessano sia gli interventi di prevenzione, sia quelli terapeutici e di mantenimento (Santinello *et al.*, 2021). La prevenzione, vista in questa ottica, valuta anche tutti quei fattori di rischio e protezione che possono influire sull'insorgere e sull'andamento di un disturbo in base al criterio di esposizione o predisposizione a fattori di rischio: la popolazione che viene considerata ha livelli di rischio variabili, ma non è classificata secondo una diagnosi, altrimenti non si tratterebbe più di prevenzione ma di presa in carico e trattamento. Di conseguenza, gli interventi preventivi si dividono in:

- *Universali*: riguardano l'intera popolazione;
- *Selettivi*: destinati a gruppi che sono ad alto rischio. Il rischio può essere

imminente o essere presente durante tutto l'arco di vita, e le categorie maggiormente esposte vengono individuate secondo elementi biologici, psicologici e sociali;

- *Indicati*: mirati a persone che hanno un rischio elevato di insorgenza di un disturbo mentale, emotivo o comportamentale, o mostrano livelli di sintomatologia tali da far presagire un disturbo che ancora non può essere diagnosticato, oppure hanno una predisposizione genetica.

Onofri e la Rosa (2015) utilizzano questa chiave di lettura nell'ambito del lutto, includendo negli interventi preventivi *universali* la popolazione generale, in quelli *selettivi* le persone che hanno perso qualcuno a causa di morti improvvise e violente (quindi ad alto rischio), e, infine, nell'ultima categoria di interventi, che chiamano *elettivi*, individuano i soggetti che hanno una sintomatologia che indica un potenziale disturbo da lutto prolungato.

4.2: Death Education: una risorsa per la prevenzione del lutto

“Il morire, in quanto atto conseguente al nascere, appartiene infatti alla ordinarietà degli eventi e non alla straordinarietà, come nel nostro tempo si è invogliati a credere nel vano tentativo di scacciarne il pensiero o, cosa impossibile, rifuggirne il destino” (Iaquinta, 2019, pag. 348). Pur essendo un qualcosa di inevitabile con cui tutti prima o poi dobbiamo fare i conti, nella nostra società parlare di morte crea disagio. Tuttavia, non è sempre stato così. In passato era normale, fin da bambini, assistere alla morte e al funerale di qualcuno, era un evento a cui tutti partecipavano e un'occasione per riunirsi, condividere rituali e usanze che venivano tramandate di generazione in generazione, creando un senso di coesione all'interno della comunità. Vivendo le pratiche legate al lutto fin dall'infanzia, compreso il recarsi al cimitero e assistere in casa il morente, permetteva alle persone di normalizzare il rapporto con la morte. È stato così fino al XIX secolo, poiché con l'avvento della società industriale tutto è cambiato e si è passati dalla “morte addomesticata”, alla “morte proibita” citando Ariès (1975): la morte pian piano è stata relegata a contesti ospedalieri, allontanandola sempre di più dalle case e dalla vita quotidiana, diventando progressivamente un qualcosa da nascondere, da non mostrare ai bambini. Se prima si moriva in casa, circondati dall'affetto della famiglia, oggi il contesto familiare è stato soppiantato da una serie di azioni mediche e burocratiche che

nascondono la morte. La società occidentale tende a mascherare la morte e a distrarre le persone da questo pensiero, cercando di migliorare a tutti i costi la qualità della vita e di prolungarne la durata, ma tutto questo non fa altro che allontanare le persone dal fatto che, in realtà, bisognerebbe imparare a riflettere sulla finitudine che caratterizza ogni essere vivente, dando valore e senso alla vita di tutti i giorni, senza sprecarla (Valenzano, 2016). Lo scrittore Henry James agli inizi del Novecento chiamava questo atteggiamento di rifiuto la “congiura del silenzio”, proprio per indicare questa negazione dell’evidenza della morte da parte dell’uomo (Testoni, 2016). Qualche decennio più tardi, Gorer (1955) è arrivato a parlare di “pornografia della morte” per rendere l’idea di quanto la morte fosse diventava ormai un tabù, un qualcosa di impronunciabile e avvolto nel mistero (Valenzano, 2016). Fonseca e Testoni (2011) riflettono su come i progressi della scienza abbiano cronicizzato malattie che prima erano mortali, e di come si sia allungato il ciclo di vita delle persone: ciò ha portato a posticipare l’evento morte, ma allo stesso tempo a renderlo più difficile da accettare e affrontare.

Rendendosi conto di quanto il concetto di morte fosse ormai estraneo all’uomo e alla società, gli studiosi hanno spinto affinché tornasse a essere un argomento e una questione da trattare a livello sociale. In questo clima di cambiamento culturale si inquadrano i *Death Studies (DeSt)*, che si occupano e interrogano sul rapporto tra la vita e la morte: “Puntando l’obiettivo su spiritualità, religione e credenze intorno a ciò che si pensa ci sia o non ci sia oltre il visibile, essi esplorano gli atteggiamenti che le persone, nelle diverse culture, nutrono intorno a tali riflessioni” (Testoni, 2015, pag. 16). All’interno di questo scenario si colloca la *Death Education (DeEd)*, che nasce intorno agli anni Sessanta del Novecento nel mondo anglosassone con la convinzione che il modo di rapportarsi con la morte segua delle precise tappe evolutive e che si possa arrivare a concepirla senza eccessive angosce (Testoni, 2015). La *Death Education* è una disciplina che si occupa della morte, del morire e del lutto da più punti di vista, quali quello filosofico, psicologico, spirituale e culturale: “It aims to promote positive attitudes towards death with the aim of reducing death fear and anxiety, developing mechanisms to deal with grief, increasing death acceptance, and improving end-of-life care communications among patients, caregivers, and health care professionals” (Romão, Belli, Jumayeva, Visonà, Woodthorpe, Setti & Barellò, 2025, pag. 3).

L’importanza di promuovere un’educazione alla morte nasce dallo studio e dallo sviluppo di diverse teorie, che spiegano in che modo l’uomo si rapporta e considera la morte: “La teoria più famosa, la *Terror Management Theory (TMT)*, afferma con molte evidenze

empiriche che la tendenza dell'uomo a evitare tutto ciò che gli ricorda di essere mortale è una difesa necessaria per vivere, quindi i dispositivi culturali di maggiore successo sono quelli che appunto riducono la salienza di questa nostra condizione naturale” (Testoni, 2015, pag. 5). La TMT afferma che questa sensazione di terrore viene mitigata tramite un sistema di compensazione dell'ansia (*anxiety-buffering system*), che è formato da due meccanismi di difesa: prossimale e distale. Le difese prossimali sono quelle che agiscono a livello conscio di fronte ai pensieri relativi alla morte (*mortality salience*) e spingono la persona ad adottare comportamenti e stili di vita più sani per allungare la vita, allontanando dalla mente pensieri inerenti alla propria vulnerabilità e fragilità. Le difese distali operano invece a livello più inconscio, e riguardano il perseguimento di tutti quegli ideali culturali, filosofici o religiosi in cui le persone credono e che aiutano ad aumentare l'autostima. Il punto però è che le difese prossimali sono deboli e non bastano a placare l'angoscia di morte, poiché richiedono un costante lavoro di risignificazione nei confronti della vita, cercando di percepire il mondo come un posto sicuro, dove nulla di male può accadere, e dove la morte viene vista come un qualcosa di lontano nel tempo. Quando questo lavoro di ricostruzione continua non è più sufficiente, entrano in gioco le difese distali, che, pur non essendo collegate direttamente al concetto di morte e finitudine, contribuiscono a tenere sotto controllo l'ansia, poiché l'individuo tramite l'adesione a determinati ideali religiosi e filosofici dà senso alla propria vita, alle proprie azioni.

Punto focale di questo “tampone contro l'ansia” è il concetto di immortalità, che viene teorizzato in due prospettive: letterale e simbolica. L'immortalità letterale è la convinzione che ci sia qualcosa dopo la morte, legato ai concetti religiosi come l'esistenza del paradiso o di reincarnazione, mentre quella simbolica è legata a concetti più astratti, ed è connessa al fatto che le persone credono di poter continuare a vivere, in un certo qual modo, tramite azioni, ideali e valori che hanno trasmesso e lasciato in eredità al prossimo, continuando a vivere nel ricordo degli altri. Se le persone trovano difficoltà nel dare un senso alla propria vita, nel rispecchiarsi in determinati ideali, e non riescono ad accrescere la propria autostima, inevitabilmente sperimentano un'angoscia di morte maggiore, poiché il sistema di compensazione dell'ansia non riesce ad agire a livelli più profondi, portando ad avere uno stile di vita peggiore, con il rischio di sviluppare disagi a livello psicologico (Pyszczynski, Lockett, Greenberg & Solomon, 2021).

Per questi motivi, i *Death Studies* hanno cercato di promuovere un'educazione alla morte, un qualcosa che ancora oggi fatica a trovare spazio in famiglia e nei contesti scolastici (Testoni, 2015). Molto spesso i bambini vorrebbero sapere, conoscere, fare domande, ma

il più delle volte trovano resistenza e imbarazzo nelle figure genitoriali, che tendono a nascondere o minimizzare la portata di questo evento perché loro stessi vivono questo argomento con angoscia o per la tendenza di far evitare ai propri figli qualsiasi cosa che possa potenzialmente provocare sofferenza o disagio. D'altro canto, il contesto scolastico, che ricopre un ruolo insostituibile nell'educazione dei giovani, si trova con personale non preparato ad affrontare tali argomenti, o peggio li schiva perché convinto che sia dovere dei genitori parlarne (Valenzano, 2016). Questo atteggiamento gioca a sfavore delle future generazioni, poiché arrivano all'età adulta non ricevendo un'educazione nell'affrontare le frustrazioni, che però poi inevitabilmente si incontrano nel percorso di vita, non essendo così preparati a gestire sfide importanti. Imparare a riflettere su aspetti più delicati e profondi della vita con un linguaggio adeguato, seguendo le tappe evolutive, sarebbe un prezioso bagaglio per ciascun individuo: "L'infanzia è per sua natura l'età delle risorse, o meglio del "costruirsi delle risorse", ed è proprio questo aspetto a rendere possibile la trattazione precoce del tema e l'avvio di percorsi di educazione alla sofferenza, a partire da ciò che costituisce il mondo del bambino: emozioni, sentimenti, affetti, piccoli dispiaceri e frustrazioni" (Iaquinta, 2019, pag. 358). Testoni (2015) riporta che nei paesi anglosassoni sono stati fatti passi avanti, e sono stati attivati già, a partire dagli anni Settanta del secolo scorso, dei programmi inerenti all'argomento. Per i principali studiosi che hanno aperto la strada a questo filone come Feifel (1959), Strack (1997), Neimeyer (2001) e Kastenbaum (2012), l'educazione alla morte deve essere presente in tutti i contesti di prevenzione: a livello primario, quando non c'è un evento morte, o comunque esso è molto lontano nel tempo; a livello secondario, quando la morte è vicina; terziario, quando il lutto è avvenuto. A livello primario significa diffondere l'educazione alla morte nelle scuole, ma anche nei contesti che riguardano la vita adulta e gli anziani, perché ogni fascia d'età ha un rapporto diverso nei confronti della morte. Il lavoro da fare è quindi quello di cambiare rotta rispetto a un passato in cui gli adulti hanno vissuto la morte come un tabù, per cercare di sdoganare l'argomento e creare spunti di riflessione: riaffiora così il vecchio *memento mori*, per attribuire significato alla morte e dare valore alla propria vita. A livello secondario si intende l'*ars moriendi*, ovvero il dare consapevolezza alle persone dei propri desideri o volontà, una volta che si avvicina la fine, e allo stesso tempo essere in grado di accompagnare nella giusta maniera chi è in procinto di lasciarci. Si entra così nel campo del lutto anticipatorio, che implica il ridare dignità a chi sta morendo, fornire i giusti consigli ai familiari per affrontare la perdita, e formare in modo adeguato gli operatori che lavorano in questi contesti delicati. La prevenzione terziaria in questo

ambito riguarda invece tutte le azioni e programmi di sostegno e supporto che si possono attuare per far sì che ci sia un'elaborazione sana del lutto, evitando derive patologiche, o comunque cercando di individuarle e agire tempestivamente con l'aiuto adeguato.

Diversi sono gli interventi che si possono realizzare come prevenzione primaria: Romão *et al.* (2025), hanno riscontrato, tra gli argomenti principali da trattare, la relazione tra la vita e la morte, il saper gestire l'ansia, l'organizzazione e promozione di programmi per l'assistenza ai malati, e l'aiutare le persone a prendere coscienza e consapevolezza della morte. Alcuni studiosi hanno optato per metodi riflessivi, che stimolano il pensiero tramite le narrazioni di contenuti riguardo la morte e il morire; altri invece hanno utilizzato un approccio interdisciplinare, con attività esperienziali e creative come il *photovoice*, lo psicodramma o l'esperienza di stare dentro una bara. Gli interventi si differenziano anche in base ai destinatari (gruppi o persone specifiche), e per le modalità di somministrazione (in presenza, online o in entrambe le modalità). Diversi studi hanno dimostrato che partecipare in gruppo aiuta maggiormente ad affrontare le proprie ansie e i timori, rispetto a moduli personalizzati, dove manca il confronto e il sostegno da parte degli altri, e che i programmi in presenza hanno più scelta di attività rispetto a quelli online, che di base mancano di tutta la parte più pratica ed esperienziale.

Iaquinta (2016) sottolinea l'importanza di far prendere coscienza di questi temi fin da piccoli, a partire dalla scuola, suggerendo strumenti come la narrazione, la condivisione e l'ascolto, affinché si apra la strada a queste tematiche in modo sempre più naturale e spontaneo, rispondendo a domande e curiosità che per troppo tempo non hanno avuto risposta o non l'hanno avuta in maniera adeguata. Per quanto riguarda la *death education* per gli adolescenti, essa può avere un'enorme funzione preventiva nei fenomeni di suicidio o di violenza. Alcuni studiosi, per sensibilizzare i giovani al tema della morte, hanno utilizzato i video games (Nicolucci, 2019). Spesso infatti i videogiochi hanno ambientazioni violente, in cui la morte, il più delle volte, non comporta la sparizione definitiva del personaggio o la fine del gioco, ma è una penalità che permette comunque di continuare a giocare. L'obiettivo di alcuni ricercatori è stato quindi di rendere la morte il vero e proprio fulcro di un video gioco, come evento biologico, emozionale e sociale. Alla base di questa singolare proposta vi è l'idea che lo sperimentare tramite un gioco ciò che accade quando si muore, possa ridurre l'ansia e aiuti a familiarizzare con l'argomento. Il video gioco in questione si chiama "*A Mortician's Tale*", e ha come protagonista un necroforo che deve preparare il defunto per il funerale e deve rapportarsi con i parenti e amici. La morte viene trattata quindi sia dal punto di vista fisico, con la preparazione del

corpo, dal punto di vista sociale, grazie all'interazione con i familiari. Le dinamiche del gioco, in cui i diversi personaggi che impersonano i familiari condividono il dolore e si confrontano su prospettive future, aiuta a non guardare alla morte solo come un qualcosa di negativo, ma anche come un fatto inevitabile, che ha bisogno del suo tempo per essere elaborato, ma che si può affrontare e superare. I progressi all'interno del videogioco da parte del protagonista non comportano sconfitte e vittorie che prevedono un punteggio, ma una progressiva crescita personale del protagonista, fino all'autorealizzazione e al perseguimento dei propri obiettivi.

4.3 Interventi di crisi e sostegno nel lutto traumatico

Diversi studi dimostrano che intervenire tempestivamente a seguito di un lutto traumatico è un qualcosa che aiuta a diminuire l'impatto negativo dell'evento nei sopravvissuti, e influisce positivamente nel processo di elaborazione (Williams, Hardt, Henschel & Jamison, 2024). Gli interventi di aiuto sono molteplici, e possono essere destinati a diverse tipologie di persone, come bambini, adulti, anziani, soccorritori, comunità o organizzazioni (Young *et al.*, 2002). La psicologia dell'emergenza, per la sua natura interdisciplinare, attinge da diversi ambiti che vanno dalla psicologia clinica, a quella dello sviluppo, di comunità, sociale, e da tutte quelle aree psicologiche che si occupano delle reazioni umane in contesti di emergenza: "In questo settore ogni contributo psicologico è messo al servizio della comprensione delle condizioni umane, psicologiche e psicofisiche, manifestate dalle persone sottoposte ad altissimi livelli di stress" (Galliano, 2017, pag. 154). Di Iorio e Biondo (2009) individuano i settori di intervento della psicologia dell'emergenza in psicosociali, medico-psicologici e psicodinamici. Negli interventi psicosociali rientrano tutti quei programmi di aiuto volti ad aiutare la comunità colpita e i gruppi di soccorritori da un supporto più emotivo a quello più pratico, come aiutare a gestire le emozioni di ansia e paura nella popolazione e, in chi presta aiuto, fornire informazioni utili, coordinare e gestire gli aiuti e individuare i bisogni necessari. La seconda categoria è un tipo di intervento più rapido e immediato, che agisce nei momenti successivi al disastro, fornendo assistenza psicologica alle persone attraverso l'intervento di un'équipe di professionisti, tra cui medici, psicologi e infermieri. Gli interventi psicodinamici hanno invece un orientamento psicoanalitico, e si muovono all'interno delle teorie del trauma e degli affetti. In ambito preventivo questo tipo di interventi sono utilizzati per educare le persone a gestire situazioni potenzialmente

rischiose o di emergenza da un punto di vista emotivo. Data la varietà di campi in cui può essere applicata la psicologia dell'emergenza, Axia (2006) propone di suddividere i settori di intervento in quattro aree: interventi psicoterapeutici o di soccorso psicologico, interventi psicosociali, interventi psicoeducativi e di formazione (vedi Fig. 19).

Scopo	Individuo	Contesto socioculturale
Terapia	<i>Base di conoscenza</i> teorie del trauma <i>Interventi</i> psicoterapeutici	<i>Base di conoscenza</i> teorie ecoculturali <i>Interventi</i> psicosociali
Comunicazione	<i>Base di conoscenza</i> percezione del rischio <i>Interventi</i> psicoeducativi	<i>Base di conoscenza</i> comunicazione interpersonale <i>Interventi</i> di formazione (incluso uso dei mass media)

Fig. 19 – I campi di conoscenza e di intervento della psicologia dell'emergenza (Axia, 2006)

Ogni settore di intervento ha un suo fondamento teorico e la sua area di influenza è ben definita in base sia all'obiettivo che presuppone (terapia o comunicazione) sia al destinatario dell'intervento (singolo individuo o comunità).

Per quanto riguarda gli interventi a scopi terapeutici sui singoli individui, l'attenzione è rivolta ad aiutare la persona a elaborare il trauma, cercando di potenziare le sue risorse e capacità di ripresa. Per compiere questo tipo di intervento ci si rifà alle teorie del trauma, e soprattutto all'utilizzo della psicoterapia.

Quando l'intervento terapeutico invece è destinato a una comunità allargata, si compie un intervento psicosociale, che ha radici nelle teorie più a stampo ecologico e culturale, che tengono conto dell'individuo, ma all'interno del suo contesto sociale e culturale di appartenenza. Il supporto mira a ripristinare le relazioni tra le persone colpite e a promuovere una resilienza a livello comunitario, per ritrovare equilibrio tra i membri della comunità stessa.

Questi tipi di intervento si possono attivare sia in presenza di un elevato rischio (fase preventiva), sia quando l'emergenza è in atto, o nel post emergenza.

Gli interventi a scopo comunicativo sono a loro volta suddivisi in base al beneficiario e cioè il singolo o la comunità. Per quanto riguarda i singoli, gli interventi sono più

preventivi e mirati alla riduzione del danno: si danno informazioni per aiutare le persone a comprendere e percepire le situazioni di rischio, si creano centri la cui funzione è quella di fornire informazioni a chi è stato colpito dal disastro o ai loro familiari.

Infine, gli interventi di formazione sono quelli destinati a chi ha il compito di intervenire nella gestione dell'emergenza, e quindi soccorritori, forze dell'ordine, protezione civile, mass media e organi istituzionali. Lo psicologo dell'emergenza gioca un ruolo chiave nell'istruire e formare queste categorie di persone affinché comunichino nella maniera più adeguata ed efficace alla comunità colpita. Secondo Young *et al.* (2002), i primi interventi incentrati sulla salute mentale devono avere un taglio molto pratico e consistono in:

- *Proteggere*: allontanare i superstiti dal luogo della tragedia per evitare ulteriori stimoli e per proteggerli dai media;
- *Guidare*: le persone possono essere disorientate; è bene quindi dare direttive (in maniera sempre gentile) per accompagnarle lontane dai feriti o da situazioni potenzialmente pericolose;
- *Connettere*: stabilire un contatto empatico con il sopravvissuto, anche se per poco tempo, aiuta il processo di adattamento alla nuova situazione; un buon scambio verbale può essere utile per aiutarli a ricongiungersi con i propri familiari, ad avere informazioni più dettagliate e ad entrare in contatto con ulteriori fonti di assistenza;
- *Triage*: captare e decodificare reazioni intense di stress è utile per aiutare il soggetto ad affrontarle. Può capitare che in situazioni di emergenza le persone sperimentino angoscia o panico, sintomi fisici come tremori, catatonìa, pianto o rabbia. La prima cosa da fare è metterle in sicurezza e aiutarle, se necessario, con la somministrazione di farmaci;
- *Assistere nella fase acuta*: in questi delicati momenti, mai abbandonare il superstite che si trova in uno stato di *shock*, ma stargli vicino fino a quando non ritrova un equilibrio;
- *Comunicare un decesso*: seguire le linee apprese per informare nella maniera più adeguata ed empatica l'eventuale decesso di una persona cara (la comunicazione di *bad news*, come si è visto nel secondo capitolo).

Per quello che concerne gli interventi che forniscono supporto nell'immediato, Sbattella

(2020) menziona il “pronto soccorso psicologico”, la cui funzione è quella di aiutare i sopravvissuti a stabilizzarsi dal punto di vista emotivo, nel più breve tempo possibile. “Il Primo Soccorso Psicologico è un protocollo di intervento volto a fornire sostegno psicosociale alle persone coinvolte in disastri o maxi-emergenze nella fase immediatamente successiva all’evento. L’obiettivo principe del Primo Soccorso Psicologico è quello di mitigare lo stress acuto psicologico derivante dal coinvolgimento in un evento avverso rispondendo ai bisogni dei superstiti e promuovendone il funzionamento adattivo, la percezione di sicurezza e il progressivo ritorno alla normalità” (Petrantoni *et al.*, 2008, pag. 39). Le linee guida di questo tipo di intervento sono state emanate dalla World Health Organization (War Trauma Foundation and World Vision International, 2011) e integrate con quelle del National Child Traumatic Stress Network e del National Center for PTSD (Sbattella, 2020). Le principali azioni sono (Solomon, 2022):

1. Contatto e coinvolgimento: far capire a chi soffre che si è disponibili, qualora ne avessero bisogno, senza forzature;
2. Sicurezza e comfort: creare uno spazio confortevole in cui le persone possano sentirsi al sicuro e ritrovare un po’ di tranquillità;
3. Stabilizzazione: se le persone sono in balia di intense emozioni, si possono suggerire delle pratiche che le aiutino a calmarci e ritrovare un equilibrio oppure consigliare delle strategie di coping per ritrovare una routine;
4. Raccolta di informazioni: capire le esigenze e preoccupazioni di chi è in lutto, cercando di migliorare la loro situazione;
5. Assistenza pratica: oltre al supporto emotivo, nei contesti di emergenza è fondamentale anche un aiuto pratico nel risolvere varie questioni e nell’affrontare le difficoltà quotidiane;
6. Contattare la rete sociale: connettere la persona con il suo contesto familiare, amicale e sociale in modo che possa sentirsi sempre supportata;
7. Fornire informazioni: le persone che perdono qualcuno in modo traumatico necessitano di essere messe in contatto con le forze dell’ordine o il personale sanitario al fine di capire quanto accaduto e hanno bisogno di informazioni per comprendere quello che stanno vivendo emotivamente;
8. Collegamento con i servizi assistenziali: far sì che la persona entri nella rete degli aiuti presenti sul territorio al fine di avere un sostegno anche sul lungo periodo;
9. Empowerment del paziente: non creare un rapporto di dipendenza con il paziente,

ma aiutarlo a trovare i suoi punti di forza e risorse per reagire.

Tra gli interventi più diffusi nelle prime ore dopo l'evento ci sono il *defusing* e il *debriefing* (Proncentese *et al.*, 2021). Con il termine *defusing* si indica quel processo grazie al quale si rende innocuo un qualcosa prima che possa provocare ulteriori danni; viene utilizzato in tutte quelle situazioni in cui le persone hanno difficoltà a elaborare quanto accaduto, per aiutarle a dare sfogo e attenuare le proprie emozioni. Di solito viene attivato subito, entro massimo 36 ore dall'evento. Gli incontri durano tra i 20 e i 45 minuti, e vi partecipa un numero ristretto di persone (da sei a otto). La forza e l'efficacia di questo intervento è la sua brevità e adattabilità anche in contesti caotici e informali, poiché consiste in una conversazione improntata al sostegno, alla rassicurazione e all'informazione (Young *et al.*, 2002). Si dispiega in tre fasi (Procentese *et al.*, 2021):

- *fase introduttiva*: si illustra l'obiettivo degli incontri e si spiega ai superstiti che avranno occasione di dare voce ai propri sentimenti, pensieri ed emozioni;
- *fase esplorativa*: è il momento in cui si dà spazio ai partecipanti per parlare e raccontare la loro esperienza. Il compito del conduttore è quello di esplorare eventuali tematiche, facendo domande e creando ulteriori occasioni di dialogo. Inoltre, è fondamentale aiutare le persone a comprendere che le reazioni che stanno vivendo sono risposte normali e non patologiche rispetto a quanto vissuto. Eventualmente, se si ritiene necessario, si comunica ai soggetti che si trovano ancora in uno stato alterato, di assistere ad incontri più approfonditi;
- *fase dell'incontro*: è dedicata alle tecniche di distensione, rilassamento e condivisione, con uno sguardo rivolto positivamente al futuro.

Gli obiettivi di questo tipo di intervento sono l'attenuazione e il contenimento delle emozioni più forti, "normalizzare" il vissuto per far sì che le persone tornino il più rapidamente possibile ad un equilibrio, connettere i superstiti con la propria rete sociale in modo da favorire un sostegno sul lungo periodo, informare le persone su come gestire le reazioni più acute, e infine fare una valutazione finale del gruppo per capire se è necessario attivare un ulteriore livello di intervento, il *debriefing* (Roberts & Yeager, 2012). "Quando il tempo e le circostanze lo permettono, i professionisti della salute mentale intervenuti in soccorso dei superstiti possono attivare interventi più sistematici e strutturati per aiutare i superstiti a dare un senso alle loro esperienze e, magari, a prevenire lo sviluppo di problemi sul periodo più lungo" (Young *et al.*, 2002, pag. 59). Il *debriefing*

è un intervento più strutturato, il cui scopo è quello di lavorare sulla gestione delle emozioni intense e favorire una modalità adattiva ed efficace in risposta all'evento traumatico. Anche in questo caso, i gruppi sono formati da una decina di persone massimo, condotti da un professionista della salute mentale (*debriefer*). A seconda della gravità dell'evento e dal numero di partecipanti, possono essere necessari anche due conduttori e altre figure di supporto (*co-debriefer*). È importante effettuare questo tipo di intervento in tempistiche ben precise, tra le 24 e le 72 ore successive, perché se si realizza troppo presto il rischio è quello di aggravare la situazione, mentre se attivato tardivamente perde l'efficacia (Procentese *et al.*, 2021). Sono diverse le situazioni in cui può essere utilizzato (Roberts & Yeager, 2012): morte di un collega sul posto di lavoro, morte o lesione grave di un figlio, molteplici vittime o sopravvissuti gravemente feriti, suicidio (riuscito o tentato), disastri naturali, incidenti che comportano la morte o lesioni permanenti o qualsiasi altro fattore ad alto impatto emotivo, uso rilevante della forza, lesioni grottesche, atti terroristici, atti di violenza risultanti in lesioni o morte e osservazione di qualsiasi evento traumatico. È costituito da sette fasi (Procentese *et al.*, 2021):

- *fase conoscitiva ed esplicitazione dello scopo del debriefing*: si spiega che l'obiettivo sarà mitigare le reazioni intense;
- *fase narrativa di quanto accaduto da parte di ciascun partecipante*: si accompagnano nel racconto le persone, senza forzature;
- *fase del pensiero*: è un passaggio molto importante, perché collega questa fase più riflessiva e narrativa a quella successiva, che riguarda le reazioni emotive. Questo momento serve a far riflettere i partecipanti sui pensieri predominanti che hanno, su quelli che pensano che lo segneranno per sempre ma anche su quelli più positivi;
- *fase della reazione*: è la parte più delicata e difficile da affrontare, perché si va a lavorare sulle sensazioni relative a quanto vissuto, con l'obiettivo di diminuire l'ansia, prevenire comportamenti di evitamento e incrementare strategie proattive di elaborazione;
- *fase dei sintomi*: si chiede di descrivere la sintomatologia che si è vissuta al momento dell'evento e nel presente. I sintomi possono essere di varia natura: fobici, difficoltà a dormire, confusione, comportamenti di negazione e disturbi psicosomatici. Le persone vanno quindi aiutate nel riconoscere le proprie reazioni e sintomi, in modo da elaborarli;
- *fase della formazione-istruzione*: gli operatori spiegano quali sono le reazioni

normali nei casi di stress acuto e mostrano le principali tecniche per affrontarle e gestirle;

- *fase di re-entry*: fase conclusiva in cui ci si prende del tempo per dialogare su quanto è emerso, su eventuali dubbi o domande da porre.

Per Pietrantoni e colleghi (2008), i bisogni delle persone colpite da un disastro vanno suddivisi in sanitari, pratici e psicosociali, e sono in stretta relazione tra loro: se alle persone non viene fornito un aiuto per le loro necessità iniziali, volte alla salvaguardia e sicurezza fisica, queste mancanze si ripercuotono inevitabilmente sugli altri aspetti.

Nel 2001 è stato pubblicato un documento, lo *European Policy Paper*, contenente linee guida europee sul supporto psicosociale in situazioni di emergenza di massa. I suoi principi si basano su un approccio sistemico, e l'obiettivo principale è quello di integrare il supporto psicosociale, nelle varie fasi di soccorso, in un lavoro di rete che tenga conto del lavoro degli operatori e degli enti presenti sul territorio, al fine di promuovere le risorse. Nella fase acuta viene proposta l'istituzione del *RISC (Reception, Information and Support Center)*, un polo per la gestione del sostegno psicosociale. Le sue attività possono essere suddivise in: accoglienza, assistenza materiale, raccolta dati e informazioni (registrazione, raccolta e analisi dei dati, raccolta informazioni sugli scomparsi o irreperibili), primo sostegno emotivo, psicologico, culturale e religioso, *screening* psicologico (con individuazione dei casi a rischio), registrazione azioni intraprese e da intraprendere e infine preparazione della fase successiva (Procentese *et al.*, 2021). Al fine di aiutare i superstiti nel ritrovare il prima possibile una routine e ripristinare delle abitudini sane dopo lo squilibrio causato dall'evento, è possibile attuare degli interventi con un taglio più psico-educazionale, che consistono nel fornire delle linee guida e consigli al fine di seguire una dieta corretta, riposare bene, fare attività fisica, usare tecniche di rilassamento e respirazione e trovare il tempo per svagarsi per evitare di isolarsi (Sbattella, 2020).

4.4 Dalla condivisione alla rielaborazione: sostegno sociale, auto mutuo-aiuto e EMDR

4.4.1 Sostegno sociale formale, informale e online

“Il sostegno sociale può essere definito come il supporto informativo, emotivo e materiale che è possibile scambiare all'interno delle reti sociali: esso infatti è accessibile

all'individuo attraverso i legami sociali" (Migliorini & Tartaglia, 2021, pag. 165). Può essere offerto da diversi gruppi di persone, e per questo si differenzia in informale e formale. Il sostegno informale è quello fornito dai familiari, amici, vicinato, conoscenti con cui il soggetto condivide la quotidianità e soprattutto valori, pensieri ed esperienze di vita. Quello formale riguarda tutte le forme di assistenza da parte di professionisti del settore, enti o associazioni istituite per questo scopo (Migliorini & Tartaglia, 2021). La sua importanza è stata riconosciuta a partire dagli anni Ottanta e approfondita in studi successivi che hanno analizzato come la sua mancanza porti a disagi fisici, mentali ed emotivi, depressione, difficoltà di adattamento e un peggioramento della qualità di vita, tanto da definire la solitudine come uno dei più grandi malesseri nella società del XXI secolo (Cacciatore, Thielemann, Fretts & Jackson, 2021). Feeney e Collins (2015) hanno considerato il sostegno sociale come un fattore protettivo in grado di promuovere la crescita e la resilienza delle persone in contesti sia positivi che negativi, allontanandosi in parte dalle prime teorie che lo consideravano quasi solamente come una specie di tampone per mitigare i danni di eventi avversi. Generalmente vengono individuati quattro tipi di supporto sociale (De Leo, 2023): *informativo*, *strumentale*, *valutativo ed emotivo*. Il supporto *informativo* consiste nel fornire notizie, consigli e informazioni. Quello *strumentale* include tutte quelle azioni e aiuti a livello pratico che possono agevolare la persona nella vita quotidiana come ospitarla, prepararle il cibo, accompagnarla a fare delle commissioni. Il terzo tipo di supporto invece fa sì che la persona compia un'introspezione e riflessione su sé stessa attraverso le osservazioni e i comportamenti degli altri. L'ultimo, quello *emotivo*, consiste nell'offrire vicinanza e comprensione in modo da creare un legame che dia fiducia e rassicurazione.

Cacciatore *et al.* (2021) hanno condotto uno studio su persone che avevano subito un lutto traumatico per esplorare, dal loro punto di vista, le dimensioni del supporto sociale, la sua importanza ed efficacia. La ricerca ha esplorato il tema attraverso quattro domande aperte, in modo da permettere ai partecipanti di esprimersi liberamente:

- 1) Cosa significa per te il supporto sociale?
- 2) Quali azioni o risposte ti sono sembrate di supporto?
- 3) Quali azioni o risposte non ti sono sembrate di supporto?
- 4) Come potrebbero gli altri nel tuo sistema di sostegno sociale fare meglio per aiutarti?

Dalle risposte è emerso che la maggior parte delle persone non sono soddisfatte del

supporto sociale ricevuto, e questo dato è rilevante, se si considera che un buon supporto sociale favorisce una migliore ripresa. È interessante rilevare che la maggior parte delle persone che ha espresso di aver avuto un buon sostegno sociale, mette al primo posto gli animali domestici e poi a seguire gruppi di sostegno, professionisti e amici. Il sostegno ricevuto dai familiari spesso è valutato come scarso e non efficace. Dalle testimonianze traspare quanto sia fondamentale il supporto emotivo per chi soffre, rispetto a tutte le altre forme di sostegno. Le persone che offrono il proprio tempo e vicinanza a chi è in lutto, è necessario che abbiano un atteggiamento empatico, compassionevole, che siano disposte ad ascoltare le sue parole e suoi racconti senza giudicarli e senza fare alcun tipo di pressione. Un altro aspetto rilevante, evidenziato da questa ricerca, è che in generale il supporto sociale non velocizza il percorso di elaborazione di un lutto, ma influisce su come viene affrontato, aiutando le persone ad avere un atteggiamento più positivo e ad attuare delle strategie di coping efficaci. Scott, Pitman, Kozhuharova e Lloyd-Evans (2020) riflettono sul fatto che chi perde qualcuno in modo improvviso e violento, come nei casi di disastri, incidenti o attentati terroristici, riceve in modo più spontaneo il supporto sociale informale, cosa che invece non accade così facilmente in altre situazioni, ad esempio nei casi di suicidio. Le persone che perdono qualcuno in questo modo cercano conforto altrove, non all'interno del proprio contesto familiare o amicale, e molte volte lo trovano nei gruppi tra pari, formati da soggetti che hanno vissuto la medesima esperienza. Una revisione della letteratura sul supporto tra pari nei casi di lutto è stata fatta da Bartone, Bartone, Violanti e Gileno (2019), i quali hanno constatato che, nei casi di suicidio la famiglia, a causa dello stigma percepito e dal senso di colpa e vergogna che prova, tende a ricercare aiuto nei gruppi tra pari, sperimentando una diminuzione nei livelli di depressione, pensieri suicidari, e un incremento di aspetti più positivi legati al benessere personale. Questo mette in luce il fatto di quanto sia fondamentale, nei casi di suicidio, il supporto tra persone che hanno condiviso la stessa esperienza, e di come molte volte questa forma di supporto sia l'unica desiderata o possibile, sia per la reticenza con la quale viene vista dal proprio contesto familiare e sociale sia per come viene vissuta dalla famiglia stessa.

La dimensione online del supporto sociale

Il mondo, a partire agli anni Duemila fino ad oggi, ha visto crescere esponenzialmente l'utilizzo di Internet e dei *social network*, che ormai sono diventati parte integrante della vita quotidiana. L'utilizzo dei *social* come Facebook, Instagram e molti altri ha creato una

vera e propria comunità online, una rete sociale a tutti gli effetti che può essere utilizzata per diversi scopi. Anche il supporto sociale si è quindi espanso nella dimensione online, permettendo la condivisione di esperienze anche tra persone impossibilitate ad incontrarsi fisicamente per lontananza geografica, problemi di salute o altro. Inoltre, per chi è più timido, insicuro o si vergogna, confrontarsi attraverso uno schermo o un telefono risulta più semplice (Migliorini & Tartaglia, 2021). È stato confermato da diversi studi che il supporto online aiuta le persone in lutto, e le motivazioni per cui spesso viene preferito, rispetto ad altre tipologie, sono diverse: la facilità con cui si può entrare direttamente in contatto con gruppi di pari o professionisti, il fatto che si possa richiedere aiuto senza compromettere la propria persona grazie all'anonimato, e la possibilità di scegliere che cosa dire sulla propria storia. Una modalità di supporto online sono le *live chat*, in cui un operatore preparato risponde alle domande e richieste di aiuto con un atteggiamento empatico, non giudicante e propenso all'ascolto, aiutando le persone a convergere su pensieri più positivi (De Leo, 2023). Esistono diverse tipologie di *live chat* a seconda del tipo di lutto vissuto: quelle che si occupano a livello internazionale di lutti traumatici si suddividono in quelle dedicate agli incidenti stradali (RoadPeace, SCARD e BRAKE), quelle che si occupano delle morti causate da disastri naturali o provocati dall'uomo (Disaster Distress Helpline e AirCraft Casualty Emotional Support Services), quelle per chi ha perso qualcuno per omicidio (Support after Murder and Manslaughter e BC Victims of Homicide), e infine quelle specifiche per suicidio (Survivors Of Bereavement by Suicide, Survivors of Suicide Bereavement Support Association) (De Leo, 2023). È stato riscontrato come, tra i sopravvissuti (così sono chiamati i familiari che hanno perso qualcuno per suicidio), sia diffuso l'utilizzo di questo tipo di supporto online proprio per le motivazioni legate allo stigma e all'isolamento che spesso viene vissuto. Si è visto come, attraverso l'uso delle *live chat*, le persone riescano a ricevere un aiuto tempestivo che contenga le forti emozioni legate alla tragedia e di come si percepiscano più libere di esprimere sentimenti socialmente poco accettati o desiderabili, come la rabbia verso il defunto o pensieri suicidari che fanno fatica ad esprimere con altri familiari o di persona (Entilli, De Leo, Aioli, Polato, Gaggi & Cipolletta, 2023). Il modo in cui le *live chat* costituiscono una forma di aiuto per chi soffre per un lutto da suicidio, è stata approfondita da Cipolletta, Entilli, Bettio e De Leo (2021), grazie a un'analisi compiuta su una trentina di conversazioni estratte da delle *live chat* prese dall'archivio della De Leo Fund Onlus, un'associazione italiana nata con lo scopo di fornire aiuto gratuito e immediato nei casi di lutto traumatico. I temi principali emersi sono cinque: attribuzione di significato,

reazioni, risorse, bisogni e interazioni con l'operatore (vedi Fig. 20).

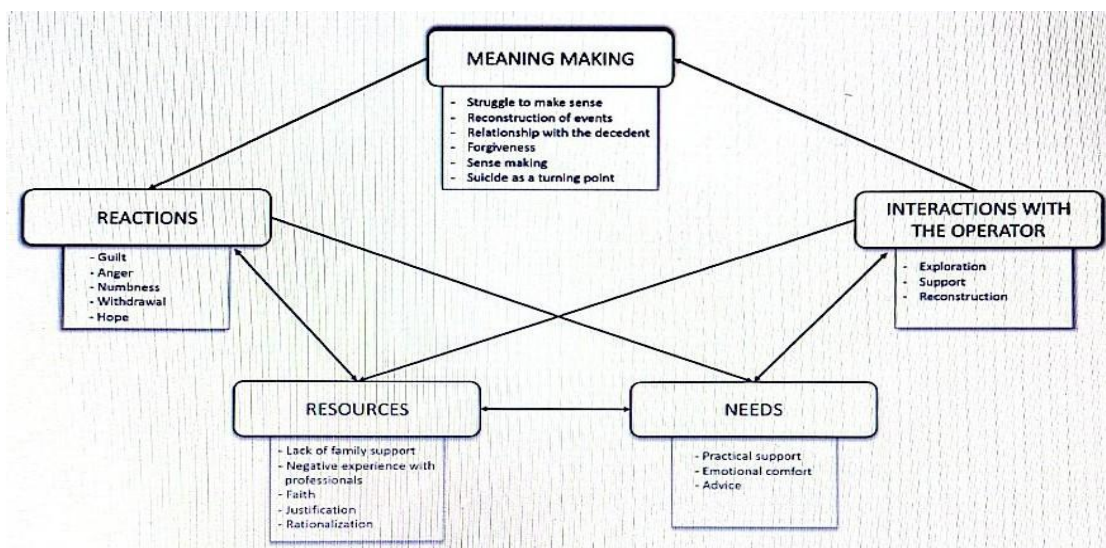


Fig. 20 - Map of the relationships between themes and their main codes (Cipolletta *et al.*, 2021).

Il primo tema, inerente al dare un senso a quanto accaduto, è stato quello di rilevanza maggiore e che influisce sulle altre aree. Le persone hanno avuto modo di prendersi del tempo per riflettere, parlare, raccontare della vita del defunto, del loro rapporto, dei tentativi che spesso sono stati fatti per dissuadere la persona a compiere il gesto. Uno dei sentimenti più diffusi è il senso di colpa per non aver compreso la situazione, per non aver fatto abbastanza, unito alla rabbia nei confronti della persona per aver compiuto quel gesto. Bisogna aiutare le persone a contestualizzare quanto successo, a far comprendere che nessuno ha responsabilità di quanto accaduto e che il suicidio è a tutti gli effetti una scelta personale. Anche nella tematica riguardante le reazioni, le persone hanno raccontato di aver provato rabbia e soprattutto senso di colpa. Inoltre, hanno riferito di sentirsi soli e abbandonati e di non sapere a chi rivolgersi per chiedere aiuto. Questo isolamento avviene a causa dell'incapacità degli altri su come comportarsi e per scelta personale, a causa dei vissuti di vergogna e colpa provati. Per quanto riguarda i bisogni, le persone hanno espresso la necessità di avere un sostegno sia da un punto di vista pratico, con la necessità di avere qualcuno che li consigliasse a chi rivolgersi per avere supporto, sia un sostegno a livello emotivo, che li comprendesse e rassicurasse. Gli operatori, formati adeguatamente, hanno accolto le richieste delle persone e le hanno indirizzate verso ulteriori tipologie di assistenza. Hanno ascoltato i loro pensieri, timori e soprattutto li hanno aiutati a comprendere e normalizzare la sofferenza vissuta, cercando di accompagnarli verso atteggiamenti propositivi, volti a migliorare la situazione,

dissuadendoli da comportamenti disadattivi. Da queste testimonianze si evince che lo stigma verso chi ha perso qualcuno per suicidio è ancora molto presente nel contesto familiare e sociale. Per questo motivo le *live chat* rappresentano un buon punto di partenza per le persone che hanno bisogno di aiuto, perché è un servizio immediato, gratuito, facilmente accessibile, che può aprire un dialogo e creare un ponte con altre tipologie di assistenza.

4.4.2 I gruppi di auto-mutuo aiuto (GAMA)

Al giorno d'oggi sono tante le persone e le famiglie che soffrono per la perdita di un proprio caro e che hanno difficoltà a trovare un sostegno, formale o informale che sia: l'evento luttuoso è ormai vissuto come un qualcosa di inaspettato a cui non si è mai veramente preparati e che spesso si vive in solitudine (Colusso, 2003). È da questa forte esigenza di condividere il dolore e superare quel senso di abbandono e isolamento che sono nati i gruppi di auto mutuo aiuto: “I gruppi di auto-mutuo aiuto rappresentano un tentativo moderno e tradizionale insieme di ricostruire reti solidali, strumenti preziosi per fare fronte al bisogno degli individui di ritrovare la comunicabilità delle proprie esperienze e la dimensione *calda* dell'esistenza” (Albanesi, 2020, pag. 42). I primi gruppi sono nati in America, nel 1935, anno di fondazione degli Alcolisti Anonimi (AA), con lo scopo di aiutare le persone a superare la dipendenza da alcol grazie alla partecipazione, alla condivisione e al confronto con persone aventi la stessa problematica: “I Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (GAMA) possono essere definiti come organizzazioni a partecipazione volontaria formate da pari che cercano di soddisfare un bisogno comune in vista del cambiamento personale e sociale desiderato” (Mosso & Testoni, 2015, pag. 229). I GAMA possono essere condotti sia da un operatore qualificato che da una persona che abbia vissuto un'esperienza diretta con la tematica del gruppo, in questo caso il gruppo si definisce “tra pari” (Mosso & Testoni, 2015). Generalmente chi forma e conduce il gruppo viene chiamato “facilitatore”, prediligendo questo termine rispetto ad altri, proprio per sottolineare la sua funzione, cioè quella appunto di facilitare le interazioni fra i membri affinché il gruppo cresca (Pangrazzi, 2020). Steinberg (2002) considera la dinamica del mutuo-aiuto la più importante nel differenziare questa tipologia di gruppo rispetto ad altre: “La dimensione di reciprocità del mutuo aiuto riflette la convinzione secondo la quale nel mentre aiutiamo gli altri aiutiamo noi stessi, grazie all'opportunità

di confermare e condividere con altri modi di essere o di fare che ci sono serviti, o di mettere in discussione e migliorare quelli che non sono stati altrettanto utili” (pag. 27). Secondo l’autrice, le condizioni affinché un gruppo possa definirsi tale sono diverse:

- Innanzitutto, il facilitatore deve mettere in discussione il proprio ruolo di esperto e pensarsi al pari degli altri nel favorire le dinamiche di gruppo: egli mette a disposizione la propria competenza per gli altri ma allo stesso tempo le esperienze altrui creano sostegno reciproco;
- Il gruppo deve avere una cornice democratico-umanistica, in modo che sia favorita una comunicazione spontanea e che sia data a tutti la possibilità di prendere parola ed esprimere le proprie opinioni su eventuali decisioni;
- È importante che ci sia un discreto scambio comunicativo tra i membri, poiché senza interazione il gruppo non può esistere: questo comporta, con il tempo, aiutare le persone più timide e restie ad aprirsi e raccontarsi;
- È fondamentale che il gruppo abbia uno scopo, un obiettivo condiviso e chiaro per tutti;
- Infine, il facilitatore deve avere delle buone competenze nell’ambito del lavoro di gruppo: questo significa avere sempre un occhio oltre che al singolo, alle dinamiche del gruppo per far sì che nel complesso non si perda la sua funzione primaria.

Oggi i GAMA sono molto diffusi a livello sia internazionale sia in Italia, e sono riconosciuti come promotori di *empowerment* all’interno della società, tanto che per la *World Health Organization* sono a tutti gli effetti modalità di aiuto fornite da non professionisti per promuovere e supportare la salute a livello fisico, mentale e sociale (Mosso & Testoni, 2015). Le tematiche trattate sono diverse: AIDS/HIV, dipendenze, malattie mentali, neurodegenerative o croniche, disabilità, il lutto, la carcerazione, tendenze sessuali e molte altre (Mosso & Testoni, 2015). A seconda quindi della tipologia, dello scopo prefissato e dei membri che lo compongono, ogni gruppo ha delle modalità di incontro e di strutturazione differenti: ad esempio si può decidere a priori se si vuole creare un gruppo chiuso (senza possibilità di far entrare altre persone una volta avviato) o aperto (permettendo l’inserimento strada facendo di altri soggetti), si può scegliere se stabilire fin da subito un numero preciso di incontri con una data di chiusura o lasciare che il gruppo non abbia delle tempistiche precise. Inoltre, bisogna fare attenzione al

numero di partecipanti: in un gruppo ristretto la comunicazione è più facilitata e si entra in confidenza più velocemente ma, allo stesso tempo, si rischia di andare poi incontro a fasi di stagnazione o poco stimolanti mentre in un gruppo numeroso (seppur più complicato da gestire) si possono variare più argomenti e attività, rendendo il percorso più interessante. I principi fondamentali a cui dovrebbero sempre fare riferimento i partecipanti sono la collaborazione, l'autenticità, la libertà di interagire e la confidenzialità. Un altro elemento imprescindibile è la condivisione di regole e norme che definiscano il setting, al fine di proteggere il gruppo e mantenerlo nel tempo (Albanesi, 2020). De Leo (2023) riassume gli obiettivi dei gruppi AMA:

- creare un significato condiviso dell'evento;
- ridurre il senso di solitudine e stigmatizzazione (soprattutto nei lutti per suicidio);
- normalizzare i vissuti emotivi;
- avere uno spazio protetto in cui condividere pensieri e ricordi di chi non c'è più;
- costruire una speranza su una possibile ripresa della propria vita;
- apprendere strategie per affrontare momenti più difficili di altri;
- condividere anniversari e celebrazioni.

La figura del facilitatore, a seconda delle fasi e delle esigenze, assolve diversi compiti durante il percorso. In prima battuta, ricopre il ruolo di promotore e accentratore del gruppo, in modo da avviarlo e far conoscere le persone. In un secondo momento, quando le persone hanno preso più confidenza e sono più a loro agio, la sua funzione è quella di creare una sorta di leadership condivisa, distribuendo compiti diversi ai vari membri, dopo un'attenta osservazione delle risorse e potenzialità di ciascuno. In questo modo adempie pienamente al compito che gli spetta, ovvero rendere con il tempo il gruppo sempre più autonomo e in grado di gestirsi. Non è sempre facile perseguire questo obiettivo perché spesso si instaurano dinamiche di dipendenza dal quale è difficile allontanarsi (Noventa, 2020). Ogni conduttore in base alle caratteristiche personali, alla propria storia e alle competenze acquisite accompagna il gruppo in maniera differente (Pangrazzi, 2020). Ci sono facilitatori che si concentrano soprattutto sui compiti e gli obiettivi del gruppo, altri che sono più propensi alla cura delle relazioni: il giusto compromesso sarebbe quello di porre attenzione ad entrambi gli aspetti, senza perdere di vista né l'uno né l'altro. L'autore parla anche di diversi stili di conduzione: c'è chi adotta una modalità più direttiva, autoritaria e chi più morbida, improntata all'ascolto e alla

collaborazione. Nel contesto del mutuo aiuto è sicuramente indicato un atteggiamento più democratico, anche se in alcuni frangenti un controllo o una gestione più decisiva serve per tutelare il gruppo, ad esempio quando c'è bisogno di contenere o limitare persone che tendono a prendere il sopravvento o ad avere comportamenti non adeguati nei confronti degli altri. Colusso (2003) sottolinea come il facilitatore abbia anche il difficile compito di presiedere e guidare il gruppo in momenti delicati come, ad esempio, l'introduzione di un nuovo membro. Spesso i conduttori per salvaguardare il gruppo e tutelare la persona preferiscono fare dei colloqui preliminari per capire se il soggetto è pronto ad affrontare il cammino insieme agli altri, altrimenti si troverebbe coinvolto in dinamiche che non riuscirebbe a gestire o che lo metterebbero ulteriormente a disagio. Arriva prima o poi per tutti il momento di lasciare il gruppo ed anche questa è una fase che va pensata, organizzata e gestita con particolare riguardo. A volte capita che qualcuno scelga di prolungare il suo viaggio, non tanto per proprio bisogno, ma spinto dalla volontà di aiutare gli altri dando preziosi contributi grazie al suo bagaglio personale (Crozzoli Aite & Mander, 2020). Albanesi (2020), citando Borkmnan, ricorda la *funzione normalizzante* del gruppo che deve essere promossa dal facilitatore: "Chi si avvicina al gruppo di auto-mutuo aiuto, infatti, si sente vulnerabile, debole, bisognoso di aiuto o persino senza speranza alcuna; nel gruppo può ritrovare la speranza, riscoprire che nonostante tutto è capace di sopravvivere e che può persino essere di aiuto ad altri" (pag. 55).

4.4.3 *La terapia EMDR per il lutto traumatico*

L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) è una tecnica riconosciuta a livello internazionale soprattutto per la sua efficacia nei casi di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) e in lutti complicati o traumatici. È un trattamento psicoterapeutico per cui, tramite una stimolazione bilaterale alternata di movimenti oculari, il paziente riesce a elaborare ricordi, immagini, emozioni disturbanti legate a eventi traumatici, perdite o situazioni di vita negative per integrarle in modo adattivo e permettere, ad esempio nei casi di lutto, un'elaborazione sana, senza eccessivo dolore o blocchi emotivi. Si richiede a chi si sottopone a questo tipo di pratica, di svolgere due compiti contemporaneamente: concentrarsi su memorie o episodi negativi mentre segue uno stimolo, come ad esempio le dita del terapeuta, che si muove velocemente da destra a sinistra, secondo una procedura standard e validata scientificamente. Il paziente deve

anche focalizzarsi su elementi positivi da raggiungere come obiettivo finale. Per far sì che la persona elabori le sue più grandi paure, traumi e sofferenze per arrivare ad un benessere fisico e psichico sono necessari diversi set di stimolazioni e sedute, presiedute da uno psicoterapeuta qualificato (Onofri, 2015). L'approccio EMDR ha come sfondo teorico l'*Adaptive Information Processing* (AIP) secondo cui le problematiche e le manifestazioni di disagio che l'individuo sperimenta nel presente sono causate da un'integrazione disadattiva di precedenti informazioni, ricordi o situazioni negative vissute (Maxfield, 2019). Secondo questo modello, la mente umana nel corso della vita decodifica ed elabora tutto quello che ritiene utile e lo conserva in reti neurali associative per permettere all'individuo di attingere a quelle informazioni ogni volta che si trova ad affrontare nella realtà esperienze simili. Se l'individuo vive esperienze negative o traumatiche, queste possono essere immagazzinate in maniera errata o disfunzionale, non integrandosi con le reti mnemoniche collegate a situazioni codificate in maniera adattiva, causando difficoltà nel processo di elaborazione (Solomon & Rando, 2015). L'AIP afferma anche che la mente e il corpo umano sono portati naturalmente a modificarsi ed evolversi per raggiungere uno stato di salute e questo trova riscontro nei risultati della terapia EMDR, dove una volta che l'individuo individua ed elabora gli elementi disfunzionali, riesce in modo spontaneo ad adattarsi e a tendere verso un percorso di miglioramento e crescita (Maxfield, 2019). È doveroso sottolineare che l'EMDR non è una tecnica che accorcia o toglie qualcosa all'elaborazione del lutto, ma aiuta la persona a prendere coscienza della perdita, dei sentimenti negativi e positivi, senza fare sconti, alleviandola dall'eccessivo dolore che ne ostacola il percorso di risoluzione (Solomon, 2018). L'EMDR può essere applicato insieme ad altre tipologie di psicoterapie come quelle sistemiche, cognitivo-comportamentali o farmacologiche e spesso viene utilizzato in quei casi in cui la persona ha difficoltà ad esprimere quello che prova o ha scarse capacità metacognitive (Onofri, 2015). La terapia EMDR prevede otto fasi e segue un protocollo che si sviluppa in tre stadi (passato, presente e futuro) (Solomon, 2022):

- ricordi passati: generalmente si parte dal ricordo che causa o sembra causare maggior sofferenza per poi andare ad analizzare altri elementi che contribuiscono a risposte disadattive;
- *trigger* attuali: situazioni, episodi o stimoli di varia natura che ricordano il trauma e che attivano risposte disfunzionali;
- scenari futuri: l'individuazione di obiettivi e capacità da mettere in campo per superare le difficoltà e migliorare la propria condizione rispetto ai trigger attuali

individuati.

Per quanto riguarda il primo stadio, i target iniziali che si vanno a identificare sono quelli che hanno avuto un forte impatto traumatico causato dalla perdita, come ricevere la notizia della morte o assistere la persona nei suoi ultimi istanti di vita. Si possono identificare anche tutti quei momenti che sono avvenuti prima o dopo la perdita e che causano dolore, come il giorno del funerale o vedere il proprio caro soffrire. Vengono analizzate anche tutte quelle immagini di sofferenza, incubi, *flashback* che angosciano la persona e le perdite secondarie, cioè il cambiamento delle proprie condizioni di vita, del proprio ruolo nel mondo che inevitabilmente muta a seguito della perdita primaria. Se emergono traumi o perdite precedenti che bloccano l'elaborazione di quella attuale, è bene approfondirle ed affrontarle. I trigger attuali comprendono tutte quelle situazioni, luoghi e persone che attivano risposte disfunzionali nella persona, bloccando l'elaborazione del lutto. In questa categoria rientrano quelle situazioni che evocano nella persona angoscia da separazione, che fanno vivere con difficoltà il passaggio dalla vecchia alla nuova realtà e che impediscono alla persona di riprendere la propria vita in mano. Affinché la persona riesca a superare questi blocchi, è necessario lavorare anche su quegli aspetti positivi che incentivano la persona a trovare nuove risorse per raggiungere scenari futuri migliori, più positivi e per sviluppare resilienza. L'elaborazione di tutti questi fattori non deve necessariamente seguire un preciso schema temporale: l'EMDR ha un metodo flessibile che esplora le difficoltà e le risorse del paziente in base alle esigenze e al materiale che affiora durante le sedute. Nello specifico, l'EMDR si suddivide in otto fasi: anamnesi e pianificazione del trattamento, preparazione, *assessment* e individuazione delle componenti del ricordo target, desensibilizzazione, installazione, scansione corporea, chiusura e rivalutazione. Le prime due fasi sono dedicate alla raccolta di quante più informazioni possibili sul paziente, sulla sua storia personale e il compito del terapeuta è quello di valutare se la persona è pronta per le fasi successive dedicate alla vera e propria rielaborazione. Con questo si intende la capacità del paziente di riuscire a connettersi con le sensazioni, stati d'animo vissuti nel passato e allo stesso tempo essere presente nel qui e ora, nella relazione terapeutica, che rappresenta un luogo sicuro e protetto dove dare spazio alle proprie emozioni. Come spiegano Solomon e Rando (2015), la persona deve avere un buon livello di tolleranza al dolore, altrimenti si rischia di peggiorare la situazione o di farla travolgere dalle emozioni: se il terapeuta si rende conto che il paziente non è pronto, può consigliare un diverso tipo di

sostegno, come il primo soccorso psicologico o il sostegno morale e affettivo offerto dalla propria famiglia e amici. Nei casi in cui l'individuo abbia vissuto eventi traumatici recenti e sia valutato in grado di affrontare una terapia del genere, sono stati formulati dei protocolli apposta come il REP (*Recent event protocol*), l'EMD (*Eye movement desensitization*) e l'EMDR-PRECI (*Protocol for recent critical incidents and ongoing traumatic stress*) (Solomon, 2022). Di seguito vengono riportate nel dettaglio le otto fasi dell'EMDR:

Fase 1 – Anamnesi e pianificazione del trattamento

Nella fase di anamnesi, il terapeuta deve valutare il paziente nel complesso, ponendo l'attenzione al suo contesto socio-culturale, agli aspetti riguardanti la morte della persona cara (circostanze della morte, fattori di rischio per lo sviluppo di un lutto complicato, natura del legame con il defunto e il significato che la perdita ha avuto per la persona, reazioni a livello cognitivo, emotivo e fisico, quanto il dolore compromette la vita quotidiana dell'individuo e come vengono vissuti i cambiamenti nella vita a seguito della perdita, la capacità di regolazione emotiva e il grado di supporto informale ricevuto), all'eventuale presenza di traumi o perdite precedenti, storia di attaccamento e problemi psicologici pregressi e infine concentrarsi sui trigger attuali e scenari futuri. Per la pianificazione e formulazione del trattamento, il clinico potrà fare riferimento ad alcuni modelli teorici (Solomon, 2018, 2022):

- La teoria dei processi R di Rando (1993) aiuta il terapeuta a capire in che fase dell'elaborazione del lutto si trova la persona e quali processi hanno difficoltà ad essere affrontati dalla persona;
- Il modello del processo duale di Stroebe e Schut (1999, 2010) offre uno sguardo più ampio, guidando il terapeuta a capire quanto la persona sia concentrata nel gestire l'impatto della perdita (orientamento alla perdita) e quanto riesca invece a trovare strategie adattive nell'affrontare la vita quotidiana (orientamento alla risoluzione);
- La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1980) gioca un ruolo molto importante: il modo in cui la persona reagisce alla perdita di qualcuno di significativo riflette lo stile di attaccamento che ha sviluppato nell'infanzia nella relazione con il caregiver. Questa concettualizzazione aiuta il clinico a indagare la storia pregressa della persona, qualora si individuassero dei blocchi emotivi causati da esperienze negative e perdite precedenti;

- Il modello dei legami continui di Klass, Silverman e Nickman (1996) è utile poiché sostiene che la risoluzione di un lutto non è il definitivo distacco dalla persona defunta ma piuttosto una trasformazione del legame, una connessione interiore che dura tutta la vita. Questo pensiero è in linea con lo scopo della terapia, poiché con l'EMDR non si vuole cancellare i ricordi o negare quanto accaduto, ma arrivare ad integrare in modo adattivo sia gli aspetti negativi che positivi inerenti alla perdita, diminuendo il dolore soverchiante che impedisce la naturale elaborazione.

Fase 2 – Preparazione

Questa fase è quella che prepara il paziente ad entrare nella parte più intensa del trattamento, per cui è necessario che ci sia una buona relazione terapeutica basata sulla fiducia. Alcuni criteri per ritenere il paziente adeguato a proseguire sono: capacità di accedere all'esperienza rimanendo presente, osservare l'esperienza come fosse un'immagine che scorre più che una realtà nel quale essere assorbito, avere un buon livello di tolleranza all'angoscia per brevi periodi senza esserne sopraffatto, capacità di oscillare tra stati emotivi diversi e accedere a esperienze positive, attuare delle strategie di coping e calmanti e creare un ambiente sociale stabile (Solomon, 2018, 2022).

Fase 3 – Assessment

Quando si considera il paziente pronto per entrare nel vivo della terapia, si passa alla fase della rielaborazione. La prima cosa da fare è individuare e attivare le diverse componenti del ricordo target nella mente del paziente: l'immagine peggiore, la cognizione negativa (valutazione irrazionale negativa su di sé associata al ricordo), la cognizione positiva (convinzione più adattiva identificata insieme al paziente e che rappresenta l'obiettivo desiderato), le emozioni e sensazioni corporee associate al target. Per misurare la stima di quanto la cognizione positiva sia recepita come vera dal paziente si utilizza la Validità della cognizione (VOC), una scala da 1 a 7, dove 1 equivale a “del tutto falsa” e 7 a “del tutto vera”, mentre si utilizza l'Unità soggettiva di disturbo (SUD) per stimare quanto il ricordo target sia disturbante per il paziente con una scala che va da 0 a 10, dove 0 equivale a “nessun disturbo” e 10 al maggior disturbo che il paziente riesce a immaginare. Una volta individuato e attivato l'elemento disturbante si può passare alla fase seguente, quella della desensibilizzazione (Solomon, 2018, 2022).

Fase 4 - Desensibilizzazione

In questa fase viene chiesto al paziente di concentrarsi sul target negativo e su tutte le emozioni e sensazioni che prova mentre viene sottoposto a una serie di stimolazioni bilaterali che sembrano favorire il collegamento a informazioni elaborate in maniera adattiva: lo scopo è quello di permettere al paziente di affrontare gli elementi disfunzionali e, tramite le stimolazioni, integrarli in modo adattivo all'interno delle reti di memoria. Questa parte della rielaborazione attiva è molto intensa perché il paziente rivive le emozioni e può esprimere quello che un tempo non è riuscito a esternare. Può capitare che la persona si senta sopraffatta dalle emozioni, per cui è bene che il terapeuta comprenda lo stato in cui si trova la persona e la sua soglia di tolleranza. A seconda dell'andamento della seduta e di come reagisce il paziente, è possibile modificare la lunghezza e la velocità delle stimolazioni. Un altro aspetto molto importante è quello di creare una buona relazione ed alleanza terapeutica, per cui la persona veda nel qui e ora con il terapeuta un posto sicuro e protetto dove tornare quando le emozioni e i ricordi lo pervadono. Come per il paziente, anche per il terapeuta è faticoso stare nel dolore e nella relazione con il paziente: "Il clinico si unisce al paziente nel viaggio e, se il paziente passa per l'inferno, il terapeuta lo accompagna attraverso l'inferno per giungere poi dall'altra parte" (Solomon, 2022, pag. 242).

Fase 5 – Installazione

Dopo aver elaborato gli elementi negativi e aver raggiunto un punteggio alla SUD pari a 0 (o discretamente basso), si fanno spazio le immagini e sensazioni più positive che vengono associate al ricordo negativo sempre tramite altri set di stimolazione. Per verificare quanto il trattamento sia efficace si utilizza la scala VOC, cercando di arrivare (o per lo meno avvicinarsi) al punteggio più alto. Grazie a questa fase, si favorisce la naturale propensione dell'individuo ad arrivare ad una sana integrazione e risoluzione, costruendo resilienza (Solomon, 2028, 2022).

Fase 6 – Scansione corporea

Una volta che si raggiungono i punteggi desiderati alla SUD (pari a 0 o vicino) e alla VOC (pari a 7 o vicino) nell'esperire cognizione positive, si chiede al paziente di individuare eventuali rigidità o tensioni a livello corporeo che suggeriscono la presenza di disturbi residui e quindi la necessità di sottoporsi ad ulteriori stimolazioni affinché scompaiano del tutto. Per cercare di rafforzare gli aspetti positivi, si può chiedere al

soggetto di ripensare alla persona amata, ad un posto, un'immagine, un qualcosa che gli trasmetta calma e sicurezza (Solomon, 2018, 2022).

Fase 7 - Chiusura

Al termine della seduta, è importante che il terapeuta riporti il paziente in uno stato di equilibrio e stabilità, non lasciandolo in balia di forti emozioni. Bisogna quindi prendersi del tempo per far sì che il paziente prenda coscienza di quanto vissuto e se necessario praticare delle tecniche di *grounding* che gli permettano di connettersi nel qui e ora, o di *debriefing*, se si ritiene opportuno. Se al momento della chiusura la rielaborazione è completa, ci si prende comunque del tempo per confrontarsi su quanto è stato fatto. Non sempre però la rielaborazione viene portata a termine: in questo caso si esamina insieme al paziente il materiale emerso e lo si aiuta a focalizzarsi su aspetti positivi, sui cambiamenti e passi avanti che sono stati raggiunti (Solomon, 2018, 2022).

Fase 8 – Rivalutazione

Nelle sedute successive, è bene fare una sorta di *follow-up* di quello che è stato fatto e di come il paziente si è sentito nel periodo intercorso tra una seduta e l'altra. Può essere utile consigliare di tenere un diario sul quale annotare eventuali domande o sensazioni, per poi parlarne insieme. In questa ultima fase si compie una valutazione sul funzionamento globale dell'individuo e si verifica se l'elaborazione completa avvenuta nella seduta precedente sia stata interiorizzata. Nel caso l'elaborazione fosse stata incompleta, si torna a lavorare sul materiale che crea ancora disagio (Solomon, 2018, 2022).

Per concludere, la terapia EMDR può essere definita un paradigma di resilienza poiché aiuta le persone a integrare in maniera adattiva la perdita di un proprio caro, non eliminando il dolore o il ricordo, ma accompagnandole verso una crescita post-traumatica, ovvero non un semplice recupero, ma il raggiungimento di una nuova consapevolezza e positività, nonostante la perdita (Solomon, 2022).

4.5 Riscoprire significato dopo la perdita: la crescita post-traumatica

Quando si vive un grave lutto, più accadere che alcune persone vivano in uno stato di disagio per molto tempo. Diversi studi però mettono in luce il fatto che esiste un'altra considerevole parte della popolazione che, pur provando ancora una sofferenza a livello psicologico, sperimenta una crescita post-traumatica che, secondo Tedeschi e Calhoun

(2008), rappresenta la risposta più adattiva a seguito della perdita di qualcuno di significativo. Il termine “crescita post-traumatica” è stato coniato da Tedeschi e Calhoun (1995) per indicare i cambiamenti positivi che si innescano nelle persone che fronteggiano eventi di vita traumatici o ad alto impatto emotivo, nel momento in cui vengono minati gli assunti di base sulla propria vita. Questo concetto trova spiegazione nella teoria costruttivista secondo cui ogni individuo, in base al contesto familiare e sociale di appartenenza, crea fin dall’infanzia un sistema di convinzioni, norme e aspettative sulla propria vita, sul suo futuro e sul mondo. Il costrutto non fa riferimento alle reazioni che l’individuo sperimenta durante o immediatamente dopo l’evento traumatico che solitamente sono risposte spontanee, non ragionate, ma concerne tutti quei cambiamenti che avvengono sul lungo periodo (si parla anche di anni) che implicano un coinvolgimento dell’individuo in processi di adattamento, trasformazione a seguito dell’evento vissuto, poiché si comprende che tornare alla vita precedente è impossibile. Il tratto fondamentale della crescita post-traumatica è che non significa tornare ad un equilibrio precedente, ma evolversi, trasformarsi in modo positivo. I cambiamenti possono essere a livello cognitivo, emotivo e comportamentale ed è importante non confonderli con i cambiamenti normativi, anche positivi, che si affrontano in particolari momenti della vita: i cambiamenti inerenti alla crescita post-traumatica non mirano a far crescere o cambiare ma a far sopravvivere l’individuo (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku & Calhoun, 2018). Soprattutto nel passato, il termine crescita veniva talvolta sostituito con quello di beneficio, aspetti positivi, trasformazione del trauma: anche Tedeschi e Calhoun agli inizi dei loro studi utilizzarono vocaboli simili per indicare la crescita riscontrata nei sopravvissuti ma, con il tempo, si resero conto che non erano appropriati, poiché si perdeva la natura trasformativa prevista nel significato di crescita post-traumatica (Tedeschi & Calhoun, 2004). Nelle persone che hanno subito un lutto, sono state riscontrate cinque tematiche inerenti alla crescita post-traumatica: l’emergere di nuove possibilità, cambiamenti nelle relazioni con gli altri, un maggiore senso di forza personale, un maggiore apprezzamento per la vita e cambiamenti negli orientamenti esistenziali e spirituali. La prima area tematica evidenzia come l’evento luttuoso possa anche aprire la strada a nuovi scenari e opportunità positive, non portando solamente dolore. Il secondo tema sottolinea come dopo una perdita significativa le persone possano sperimentare un nuovo modo di vivere le relazioni con gli altri, caratterizzato da più empatia e connessione. Spesso questo senso di vicinanza e comprensione viene ritrovato in persone che hanno vissuto un’esperienza simile, ma può coinvolgere anche rapporti

già esistenti con familiari e amici che vengono vissuti in maniera differente. Il fatto di aver vissuto perdite gravi, porta le persone a prendere consapevolezza di quanto si può essere vulnerabili ed esposti a eventi negativi nella vita. Questa presa di coscienza fa apprezzare di più la vita e le piccole cose a cui prima non si dava troppo peso e sviluppa nelle persone un senso di sicurezza in sé stesse nel riuscire ad affrontare ulteriori sfide. L'ultima tematica fa riflettere sul fatto che al momento della perdita, soprattutto in situazioni tragiche e improvvise, le persone debbano affrontare una lotta per cercare di dare un senso a quanto accaduto, poiché improvvisamente vedono stravolta la loro vita. Più l'evento è inaspettato e violento, più le persone tendono a ripensarci, spingendole a farsi domande anche a livello esistenziale e spirituale. Per alcuni questi interrogativi rimangono irrisolti o non portano a qualcosa di positivo, mentre altri riscoprono una fede, un significato, un senso della vita che prima non avevano o non coglievano. Per concludere, la crescita post traumatica non è semplicemente superare una perdita: è il duro sforzo di un individuo che nonostante le circostanze avverse e il dolore, riesce a evolversi, ad adattarsi ad una nuova realtà ed equilibrio in modo positivo, che non è quello di prima ma un qualcosa di nuovo tutto da costruire e vivere (Tedeschi & Calhoun, 2008).

Conclusioni

Il presente lavoro di tesi ha inteso esplorare la complessità del lutto analizzandone l'evoluzione teorica, le derive patologiche e le specificità legate agli eventi traumatici che colpiscono sia il singolo individuo, dove la sofferenza per la perdita può sfociare in una sintomatologia post-traumatica, sia l'intera comunità, analizzando l'impatto psicologico di disastri, catastrofi ed emergenze sanitarie globali. Si è aperto il lavoro introducendo le principali definizioni e teorie sul lutto, a partire dalle visioni più classiche ad approcci più moderni, delineando il lutto fisiologico e patologico. Sono state quindi analizzate le reazioni e i vissuti di chi ha perso un proprio caro in queste circostanze, cercando di comprendere quali siano i loro bisogni. In base a diversi studi e testimonianze è emerso come uno dei momenti più delicati, che richiede più attenzione e cura, sia la notifica di morte poiché le modalità di comunicazione di una cattiva notizia incidono profondamente sull'elaborazione del lutto. E' necessario quindi implementare la formazione degli operatori sanitari, delle forze dell'ordine e di chi lavora in questi contesti approfondendo la tematica già nei percorsi di studi e professionali, con lo svolgimento di attività e esercitazioni basate sui modelli presenti come lo SPIKES o il GRIEV_ING, e tecniche di *role-playing* al fine di dotare i notificanti di competenze comunicative ed empatiche, prevenendo al contempo il loro *burnout* professionale attraverso sessioni di *debriefing* sistematiche. Un'ulteriore riflessione, di più ampie vedute, è quella di diffondere e promuovere maggiormente la *Death Education* nella società, poiché al giorno d'oggi la morte è un tabù sociale e questa rimozione non ha protetto l'essere umano, ma lo ha privato degli strumenti culturali ed emotivi necessari a elaborare la perdita, lasciandolo vulnerabile di fronte al trauma. In questo scenario, diffondere l'educazione alla morte non rappresenta un qualcosa di astratto o una provocazione macabra, ma risponde a una precisa urgenza preventiva e sociale. Educare alla finitudine prima che l'evento luttuoso si verifichi significa offrire alle persone, fin dall'età evolutiva, uno strumento per nominare la perdita, per abitare il vuoto e per riconoscere il lutto come parte integrante e fisiologica dell'esistenza umana. Promuovere questa cultura a livello sistemico (nelle scuole, comunità, e istituzioni) permette di decostruire l'isolamento in cui spesso sprofonda chi soffre. Una società educata alla morte è, di riflesso, una società più empatica e solidale, capace di accogliere il dolore dell'altro senza fuggirne, offrendo reti di supporto informali che integrino e sostengano il lavoro dei professionisti della cura. In conclusione, solo attraverso un approccio integrato è possibile supportare l'individuo e

la collettività lungo quel faticoso sentiero che conduce “tra ferita e rinascita”, permettendo al dolore di trasformarsi e facendo sì “che le lacrime diventino perle”.

Appendice

Dal Libro "2020: non è andato tutto bene. Il racconto della pandemia giorno dopo giorno" di Ico Ferrero

102.

Amore

Se qualcuno mi avesse raccontato che nel 2020 sarebbe arrivato un virus che avrebbe scatenato una pandemia, costringendo le persone ad uscire con il volto coperto o addirittura avrebbe negato alla gente di uscire di casa per giorni, non ci avrei mai creduto. Poteva essere forse la trama di uno di quei film di fantascienza che piacevano tanto a mio padre...e invece io e la mia famiglia ci siamo ritrovati dentro a questo vortice all'improvviso, increduli, colpiti alle spalle da questo maledetto "COVID-19".

A febbraio vedevo circolare sui *social* video amatoriali dalla Cina dove le persone giravano tranquillamente per strada con la mascherina, come se ormai per loro fosse la normalità e quasi non ci credevo. Poi una sera mi è capitato di vedere il video delle persone in quarantena in Cina che intonavano dalle finestre un canto malinconico per solidarietà, barricati nelle loro case da giorni. In quel momento forse ho iniziato a realizzare quello che stava accadendo laggiù.

Poi, quasi all'improvviso, a fine febbraio arriva la notizia tanto temuta dei primi casi di coronavirus in Italia, e ad inizio marzo, quando ancora c'era troppa confusione in giro per capire cosa stesse realmente accadendo, la mia famiglia viene colpita in pieno: papà si ammala.

Dopo qualche giorno di febbre papà decide di recarsi all'ospedale per accertamenti.

Quella mattina esce di casa presto, da un bacio a me e alla mamma come sempre e si chiude la porta dietro.

Questa è stata l'ultima volta che abbiamo visto papà...chi l'avrebbe mai detto.

Il risultato del tampone è arrivato alla sera tardi...mi sembrava impossibile.

Da quel momento in poi è scattata tutta la procedura per la quarantena, mio padre in isolamento in ospedale ed io con mia mamma chiuse in casa senza possibilità di uscire per quindici giorni.

Se ripenso a quei giorni, mi chiedo come sia stato possibile viverli. Non si può spiegare il turbinio di angoscia, tristezza, rabbia, preoccupazione ma anche speranza. Sì perché la speranza che sarebbe andato tutto bene non potevamo abbandonarla e dovevamo avere la forza soprattutto per papà.

Eravamo sempre in contatto con lui, messaggi, chiamate, videochiamate, tutto quello che si poteva visto che la cosa che più avremmo voluto fare era proibita: correre da lui.

Dopo qualche giorno di ricovero, papà ha iniziato ad avere la polmonite e a quel punto ha avuto bisogno del casco (C-PAP) per respirare.

Con quell'aggeggio insopportabile era diventato più difficile sentirlo perché era frastornato dal rumore, l'erogazione continua dell'ossigeno gli annebbiava un po' la vista e così gli ultimi giorni facevamo solo qualche videochiamata scrivendogli le cose su dei fogli di carta visto che non riusciva a sentire la nostra voce.

Purtroppo, a causa dell'aggravarsi delle sue condizioni, il sesto giorno di ricovero hanno deciso di ricorrere all'intubazione.

Da quel momento abbiamo potuto ricevere notizie di lui dall'ospedale solo una volta al giorno.

Io e mamma ci guardavamo negli occhi e tenendoci per mano trovavamo il coraggio di rispondere a quelle chiamate, sperando di ricevere notizie positive.

È andata avanti così una settimana, sette interminabili giorni. Noi a casa ad aspettare notizie, con la paura di aver anche noi contratto il virus, impotenti, senza possibilità di vedere papà, stringergli la mano, sussurrargli parole di conforto.

Ringrazio di cuore i medici e gli infermieri che ci hanno mostrato il loro lato più umano e sensibile, prendendosi cura di lui e provando con piccoli gesti a stargli vicino al nostro posto.

Il mio dolce papà, dopo due settimane di ricovero, è volato in cielo.

La mia, purtroppo, è una testimonianza che non ha un lieto fine, ma non per questo posso concluderla così.

Cercherò di fare una delle tante cose preziose che mi ha insegnato papà: nella vita si raccoglie quello che si semina.

Quello che spero di seminare con questo mio racconto, è che dobbiamo impegnarci tutti per far sì che esperienze tragiche come queste non si ripetano più.

Quello che vorrei che raccoglieste però, oltre a questo, è che non bisogna dare mai nulla per scontato, si deve dare valore alle piccole gioie della vita che sono fatte anche solo di attimi.

Questa frase l'avrete sentita chissà quante volte...eppure non so quante persone vi possano dire di non avere rimpianti. Io, nonostante tutto, nonostante il dolore per la perdita, nonostante non abbia potuto vederlo e stargli vicino negli ultimi momenti, posso pensare al mio papà in modo sereno, perché mi ha insegnato ad apprezzare la vita in ogni sua sfumatura e abbiamo vissuto, condiviso tanti momenti insieme che ho la fortuna di portare nel cuore.

Come dice mia mamma, adesso, dobbiamo "solo" trovare un modo diverso per camminargli al fianco, ma l'amore che ci lega, quello non cambierà mai.

In ricordo del mio speciale papà Paolo...

Giulia Micai

Bibliografia

- Albanesi, C. (2020). *Come attivare un gruppo di auto-mutuo aiuto*. In I giorni rinascono dai giorni. Condividere la perdita di una persona cara in gruppo di auto-mutuo aiuto. A cura di Crozzoli Aite, L. & Mander R.
- Albayrac, N., & Gülirmak Güler, E. (2024). Goodbyes without farewells under the rubble: A phenomenological study of earthquake victim's methods of coping with ambiguous loss. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 70(6) 1093-1107.
- Albayrac, N., & Gülimak Güler, E. (2025). Learning to live with the unresolved grief of migration: The ambiguity of leaving behind after the earthquake and adaptation. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 71(6) 1040-1053.
- Alves-Costa, F., Hamilton-Giachritsis, C., & Halligan, S. L. (2021). Everything changes: Listening to homicidally bereaved individuals' practice and intervention needs. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 36(5-6) 54-74.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychological Publishing.
- Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., & Marta, E. (A cura di). (2021). *Psicologia di comunità: Vol. 1. Prospettive e concetti chiave*. FrancoAngeli.
- Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., & Marta, E. (A cura di). (2021). *Psicologia di comunità: Vol. 2. Metodologia, ricerca e intervento*. FrancoAngeli.
- Attwood, M., Benkwitz, A., & Holland, J. (2023). "We are the forgotten grievers": The experiences of individuals bereaved by road traffic collisions. *Death Studies*, 47(5), 512-52.
- Axia, G. (2006). *Emergenza e psicologia*. Il Mulino.
- Begley, M., & Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study. *Crisis*, 28(1), 26-34.
- Berti, A. E., & Bombi, A. S. (2013). *Corso di psicologia dello sviluppo* (3^a ed.). Il Mulino.
- Biondo, S. (2020). Il patto di convivenza civile alla prova del lutto e del trauma: Riflessioni a margine dell'emergenza Coronavirus. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza*, 14, 22-35.
- Borgialli, M. (2020). I lutti in pandemia: Il dolore sordo in assenza di un rito. In L. Peirone (A cura di), *Nuovo Coronavirus e resilienza: Strategie contro un nemico invisibile*. Edizioni Underground.
- Boss, P. (2002). Ambiguous loss in families of the missing. *THE LANCET*, Vol 360, 39-40.
- Boss, P. (2004). Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 551-566.

- Boss, P. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56(2), 105-111.
- Boss, P. (2016). The context and process of theory development: The story of ambiguous loss. *Journal of Family Theory & Review*, 8(3), 271-286.
- Boss, P., Roos, S., & Harris, D. L. (2011). Grief in the midst of ambiguity and uncertainty. In R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton (A cura di), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. Routledge.
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita*. Vol. 3: *La perdita della madre*. Bollati Boringhieri
- Carmassi, C., Conversano, C., Pinori, J., Bertelloni, S., Dalle Luche, R., Gesi, C., & Dell'Osso, L. (2016). Il lutto complicato nell'era del DSM-5. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 22, 117-124.
- Cattarinussi, B., & Pelanda, C. (A cura di). (1981). *Disastro e azione umana: Introduzione multidisciplinare allo studio del comportamento sociale in ambienti estremi*. FrancoAngeli.
- Cimitan, A., & De Leo, D. (2011). *Perdere una persona cara: teorie sull'adattamento*. In D. De Leo et al. (A cura di), *Lutto traumatico: l'aiuto ai sopravvissuti*.
- Cipolletta, S., Entilli, L., Bettio, S., & De Leo, D. (2021). Live-Chat Support for People Bereaved by Suicide. A Thematic Analysis. *Crisis* (2022), 43(2), 98–104
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Colusso, M. (2012). *Il colloquio con le persone in lutto. Accoglienza ed elaborazione*. Erickson.
- Colusso, P. (2003). *Una risorsa sociale: i gruppi d'auto - aiuto per l'elaborazione del lutto*. In Assenza più acuta ptresenza . Crozzoli Aite, L.
- Cuzzolaro, M., & Frighi, L. (1998). *Reazioni umane alle catastrofi* (2ª ed.). Jean Monnet.
- De Leo, D. (2023). *Il lutto traumatico*. Hogrefe.
- De Leo, D., Anile, C., & Ziliotto, A. (2015). Violent deaths and traumatic bereavement: The importance of appropriate death notification. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 1-7.
- De Leo, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad, O., & Andriessen, K. (2011). *Lutto traumatico: Aiutare i sopravvissuti a ferite da morte violenta*. Centro Studi Erickson.
- de Mönnink, H. (2019). Photo viewing after traumatic death: A clinical tool for processing grief. *Routledge*.
- Di Iorio, C., & Biondo, S. (2009). *Sopravvivere alle emergenze: Guida pratica di primo soccorso psicologico*. FrancoAngeli.

- Dyregrov, K., Cimitan, A., & De Leo, D. (2011). *Reazioni alla morte traumatica*. In D. De Leo et al. (A cura di), *Lutto traumatico: l'aiuto ai sopravvissuti*.
- Dyregrov, K., Grad, O., De Leo, D., & Cimitan, A. (2011). *Sopravvivere*. In D. De Leo et al. (A cura di), *Lutto traumatico: l'aiuto ai sopravvissuti*.
- Eisma, M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11. *Lancet Psychiatry*, 10(4), 241-242.
- Enander, V., Krantz, G., Lövestad, S., & Örmon, K. (2024). Bereaved by intimate partner homicide: Impacts on health, financial situation, and social life. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Entilli, L., De Leo, D., Aiolfi, F., Polato, J., Gaggi, O., & Cipolletta, S. (2023). *Social Support and Help-Seeking Among Suicide Bereaved: A Study With Italian Survivors*. *OMEGA—Journal of Death and Dying* 87(2)
- Fantauzzi, A. (2020). Dis-umana morte: Dall'isolamento del morente alla solitudine del parente nella pandemia. *Antropologia Medica*, 21(50), 112-125.
- Fernandez, I. (2015). Prefazione. In Onofri A. & La Rosa C. (A cura di), *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore.
- Fonseca, L. M., & Testoni, I. (2011). *The emergence of thanatology and current practice in death education*. *OMEGA, Vol. 64(2)* 157-169.
- Francescato, D., & Ghirelli, G. (2002). *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*. Carocci.
- Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*. In *Opere* (Vol. 8). Boringhieri.
- Fruggeri, L. (2018). La cultura della differenza nello studio delle famiglie. In L. Fruggeri (A cura di), *Famiglie d'oggi: Quotidianità, dinamiche e processi psicosociali*. Carocci.
- Fruggeri, L. (2021). *Oltre il pregiudizio: La specificità dei processi di sviluppo delle famiglie contemporanee*. Il Mulino.
- Galimberti, U. (1997). *Dizionario di psicologia*. UTET.
- Galliano, A. (2017). *Psicologia dell'emergenza. Teoria e pratica in continuo divenire*. In *La vita ai tempi del terrorismo. Psicologia e fiducia per gestire la paura e fronteggiare il Male*. A cura di *Luciano Peirone*.
- Gekoski, A., Adler, J. R., & Gray, J. M. (2013). Interviewing women bereaved by homicide: An evaluation of research impact and participant well-being. *International Review of Victimology*, 19(2), 165-182.
- Giacomel, G. (2026). La psicologia dell'emergenza. Dalle radici internazionali alla strutturazione italiana. Convegno "Psicologia dell'emergenza e salute pubblica: scenari, responsabilità e prospettive", 18/02/2016
- Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 pandemic in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1119-1125.

- Iaquinta, A. (2019). *La morte estromessa e l'educazione all'impronunciabile*. MeTis. *Mondi educativi. Temi, indagini, suggestioni* 9(1)
- Iorio, C. (2018). La relazione d'aiuto in emergenza. In S. Mariantoni & A. Vaccarelli (A cura di), *Individui, comunità e istituzioni in emergenza*. FrancoAngeli.
- Iseron, K. V. (2000). Notifying survivors about sudden, unexpected deaths. *Western Journal of Medicine*, 173(4), 261-265.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). *Psychosocial perspectives on post-traumatic stress*. Clinical Psychology Review, Vol. 15. No. 6, pp. 515-544.
- Kennedy, O., Deane, F. P., & Chan, A. Y. (2019). In limbo: A systematic review of psychological responses and coping among people with a missing loved one. *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 791-812.
- Kristensen, P., Dyregrov, A., Weisæth, L., Straume, M., Dyregrov, K., Heir, T., & Bugge, E. A. (2017). Optimizing visits to the site of death for bereaved families after disasters and terrorist events. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(2), 134-141.
- Krüll, S. (2008). *Come affrontare la perdita di una persona cara. Un percorso emozionale consapevole e attivo per elaborare il lutto*. Il Punto d'Incontro.
- Krysinska, K. E. (2003). Loss by suicide: A risk factor for suicidal behavior. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 234-245.
- Kubany, E. S., & Manke, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 27-61.
- Lavanco, G. (2003). *Psicologia dei disastri: Comunità e globalizzazione della paura*. FrancoAngeli.
- Lavanco, G. (2003). *Introduzione*. In G. Lavanco (A cura di), *Psicologia dei disastri*. FrancoAngeli.
- Lavanco, G., & Novara, C. (2003). *Disastri, catastrofi ed emergenze: Analisi dei maggiori contributi*. In G. Lavanco (A cura di), *Psicologia dei disastri*. FrancoAngeli.
- Lebel, A., Lépine, J., & Brillon, P. (2024). Mental health of homicidally bereaved individuals: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*.
- Lenferink, L. I., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2018). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, 35(1), 35-43.
- Mancini, F. (1997). Il senso di colpa: Un'analisi cognitiva. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 3(2), 12-24.
- Manik, J., Djelantik, A. A., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*

- Maxfield, L. (2019). *A Clinician's Guide to the Efficacy of EMDR Therapy*. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 13, Number 4
- Migliorini, L., & Tartaglia, S. (2021). *Reti e sostegno sociale*. In C. Arcidiacono et al. (A cura di), *Psicologia di comunità: Vol. 1*. FrancoAngeli.
- Naik, M. (2013). Death in the hospital: Practices and procedures for clinicians. *Journal of Clinical Medicine*.
- Nicolucci, V. (2019). Nicolucci, V. (2019). A death-positive videogame for death education of adolescents. *Italian Journal of Educational Technology*, 27(2), 186-197.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Noventa, A. (2020). *Operatori professionali e gruppi di auto-mutuo aiuto*. In *I giorni rinascono dai giorni. Condividere la perdita di una persona cara in gruppo di auto-mutuo aiuto*. A cura di Crozzoli Aite, L. & Mander R.
- Onofri, A., & La Rosa, C. (2015). *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore.
- Onofri, A. (2015). *Il lutto e la terapia EMDR*. In *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore
- Onofri, A., La Rosa, C., & Dantonio, M. (2015). *Fenomenologia del lutto*. In *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore
- Onofri, A., La Rosa, C., & Dantonio, M. (2015). *Fattori che influenzano il lutto*. In *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore
- Onofri, A., La Rosa, C., & Dantonio, M. (2015). *Il lutto patologico*. In *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore
- Page, D. (2008). Death notification: Breaking the bad news. *Law Enforcement Technology*, 32, 1–5.
- Palestini, L., Prati, G., Villano, P., & Marcon, G. (2007). Comunità vulnerabili: La rappresentazione del disastro di Crevalcore nella stampa italiana. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza*, 1(2), 45-58.
- Pangrazzi, A. (2004). Accompagnamento ai superstiti di un suicidio. In A. Pangrazzi (A cura di), *Il suicidio: Dalla resa alla lotta per la vita*. Edizioni Camilliane.
- Pangrazzi, A. (2020). *Il ruolo del facilitatore nei gruppi di mutuo aiuto per il lutto*. In *I giorni rinascono dai giorni. Condividere la perdita di una persona cara in gruppo di auto-mutuo aiuto*. A cura di Crozzoli Aite, L. & Mander R.
- Pescaroli, G., & Alexander, D. E. (2015). A definition of cascading disasters and cascading effects: Going beyond the “toppling dominos” metaphor. *Planet@Risk*, 3(1), 58–67.

- Pietrantoni, L., Prati, G., & Palestini, L. (2008). *Il primo soccorso psicologico nelle maxi-emergenze e nei disastri*. Carocci.
- Pompili, M. (2013). Perdere una persona cara per suicidio: I “survivors”. In M. Pompili, *La prevenzione del suicidio*. Il Mulino.
- Procentese, F., Novara, C., & Esposito, C. (2021). *Emergenze collettive*. In C. Arcidiacono et al. (A cura di), *Psicologia di comunità: Vol. 2*. FrancoAngeli.
- Pyszczynski, T., Lockett, M., Greenberg, J., & Solomon, S. (2021). Terror management theory and the COVID-19 pandemic. *Current Opinion in Psychology*, 38, 121-125.
- Ranzato, L. (2018). Il lungo passato e la storia breve della psicologia dell'emergenza. *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria* Numero 19
- Ranzato, L., Galliano, A., & Mayol, J. (2021). Il lungo passato e la storia breve della psicologia dell'emergenza in Italia (parte seconda). *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria* Numero 24
- Rheingold, A. A., Baddeley, J. L., Williams, J. L., Brown, C., Wallace, M., Correa, F., & Rynearson, E. K. (2015). Restorative retelling for violent death: An investigation of treatment effectiveness, influencing factors, and durability. *Journal of Loss and Trauma*, 20(4), 289-303.
- Roberts, A. R., & Yeager, K. R. (2012). *Gli interventi sulla crisi: Manuale per la pratica clinica e il pronto soccorso psicologico* (Trad. italiana). FrancoAngeli.
- Roe, J. (2012). Practical strategies for death notification in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 38(2), 150-155.
- Romanoff, B. D., & Terenzio, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies*, 22(8), 697-711.
- Romão, S., Belli, A., Jumayeva, S., Visonà, G., Woodthorpe, K., Setti, A., & Barelo, S. (2025). Death Education in Practice: A Scoping Review of Interventions, Strategies, and Psychosocial Impact. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, Vol. 0(0) 1–68
- Santinello, M., Canale, N., & Prati, G. (2021). *Prevenzione*. In Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., & Marta, E. (A cura di). (2021). *Psicologia di comunità: Vol. 1. Prospettive e concetti chiave*. FrancoAngeli.
- Sbattella, F. (2020). *Manuale di psicologia dell'emergenza* (2^a ed.). FrancoAngeli.
- Sbattella, F., & Tettamanzi, M. (2007). Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali. *Quaderni di Psicologia dell'Emergenza*. Numero 1
- Scocco, P., Costacurta, A., Frasson, A., & Pavan, L. (2005). Il post-intervento: Progetto SOPRoxi. In *Suicidio. E poi...? Famiglia e suicidio: I vissuti di chi resta*. A cura di Messina, S., La Cascia, C. & Nuccio L. FrancoAngeli.
- Solomita, B., & Franza, F. (2020). Lutto senza corpo: Gli effetti psicologici della pandemia da COVID-19. *Psichiatria dell'Emergenza*, 9(2), 45-52.

- Solomon, R. (2022). *Lutto e EMDR. Dalla diagnosi all'intervento clinico* (B. Farina, A cura di; ed. italiana). Raffaello Cortina Editore.
- Solomon, R. M. (2018). EMDR Treatment of Grief and Mourning. *Clinical Neuropsychiatry* 15, 3, 137-150
- Solomon, R. M., & Hensley, B. J. (2020). EMDR therapy treatment of grief and mourning in times of COVID-19 (Coronavirus). *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(3), 162-174.
- Solomon, R. M., & Rando, T. A. (2015). *Utilizzo dell'EMDR nel trattamento del dolore del lutto*. In Onofri, A., & La Rosa, C. (2015). *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore.
- Stewart, A. E. (1999). Complicated bereavement and post-traumatic stress disorder following fatal car crashes: Recommendations for death notification practice. *Death Studies*, 23(4), 289–321.
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-grief interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 185-201.
- Taylor, A. J. (1987). A taxonomy of disasters and their victims. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 25(6), 26-31.
- Taylor, A. J. (1999). Towards the classification of disasters and victims. *Traumatology*, 5(2), 1-11.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2008). Beyond the Concept of Recovery: Growth and the Experience of Loss, *Death Studies*, 32: 27–39
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *What Is Posttraumatic Growth?* In *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- ten Boom, A., & Kuijpers, K. F. (2012). Victims' needs as basic human needs. *International Review of Victimology*, 18(2), 155–179.
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: Psicologia del morire e Death Education*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I. & Mosso C. (2015). *Dai gruppi alla comunità. Problemi umani e società inclusiva*. UTET
- Testoni, I. (2016). Psicologia del lutto e del morire: Dal lavoro clinico alla death education. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 50(2), 229-252
- Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 disappeared: From traumatic to ambiguous loss and the role of the internet for the bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 620583.

- Valenzano, N. (2016). *L'educazione alla morte tra rimozione, limite e responsabilità*. In *Mors certa, hora incerta. Tradiciones, representaciones y educación ante la muerte*. González Gómez, S., Pérez Miranda, I., & Gómez Sánchez, A. M. (Eds.). Salamanca: FahrenHouse
- Venturi, M. (2022). *Viaggio nel lutto ai tempi del Covid-19*. Edizioni ETS.
- Walsh, F. (2008). *La resilienza familiare*. Cortina Raffaello.
- Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family Process*, 59(3), 898-911.
- Walsh, T. (2023). *Giving hope to rebuild lives: Practical and emotional support for those bereaved by road traffic collisions*. RoadPeace Report.
- Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V., Jamison, J. R., Brymer, M. J., & Rheingold, A. A. (2024). An open trial of Skills for Psychological Recovery for sudden loss survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1), 58–71
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.; ICD-11). World Health Organization.
- Xu, J., Herrman, H., Tsutsumi, A., & Fisher, J. (2013). Psychological and social consequences of losing a child in a natural or human-made disaster: A review of the evidence. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 25(3), 211-223.
- Young, B. H., Ford, J. D., Ruzek, J. I., Friedman, M. J., & Gusman, F. D. (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze: Guida per gli operatori della cura e del soccorso*. Centro Studi Erickson.