

PSICHIATRIA FORENSE

01

*Tullio Bandini
Alessandro Zacheo*

**“ LA PROSPETTIVA MEDICO LEGALE
NELL’ANALISI DEL DISTURBO
DA LUTTO COMPLICATO.
CONSIDERAZIONI SU 58 CASI PERITALI ”**

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno I - n. I - 2007

L'interesse della medicina legale per le conseguenze psicopatologiche correlate con un lutto familiare nasce, per così dire, e si sviluppa sulla spinta della nota sentenza della Corte Costituzionale, n. 372/1994, la quale riconosce che il lutto possa avere una evoluzione in senso patologico e legittima dunque il familiare che ne è vittima a chiedere il risarcimento a titolo di danno biologico.

L'ipotesi che il lutto possa sconfinare nella patologia – fatta propria dalla Giurisprudenza – trova apprezzabili riscontri sul terreno scientifico, con la dimostrazione, da parte della Psichiatria, di conseguenti sindromi depressive o ansiose, abuso di alcool, disturbi fobici, suicidio, ed altro (Parkes, 1986; Prigerson e coll., 1997).

Non mancano neppure comprovate evidenze che dimostrano come la circostanza del lutto si associ a diverse condizioni patologiche di tipo organico, come ad esempio le patologie del sistema immunitario, gli insulti cardiovascolari e persino le patologie neoplastiche (Bierhals e coll., 1995).

Questa maggiore vulnerabilità della persona in lutto rispetto alla malattia corrisponde peraltro ad una consolidata percezione sociale, ben testimoniata dalla locuzione “morto di crepacuore”, conservata nel linguaggio popolare per intendere la morte di una persona in stretta successione cronologica rispetto ad un evento luttuoso particolarmente doloroso. D'altronde – come ricorda Parkes (1986) – sino al XVII secolo il “Lutto” era persino annoverato tra le possibili cause di morte contemplate dal Registro Statistico di Londra.

Affrontare dunque il tema del lutto in una cornice di tipo medico-legale – come osservato da autorevole dottrina (Barni, 1998; Brondolo, Marigliano, 1996; Bucarelli e coll., 1996; Buzzi, 2001; De Fazio, 1997; Farneti, 1996; Fineschi, Salvinelli, 1988; Fiori, 1989; Merzagora, Morini, 1996; Ricci e coll., 1999; Tavani e coll., 1993; Umani Ronchi, Bolino, 1992) – implica la soluzione di complessi interrogativi che riguardano sia la natura della condizione afflittiva (espressione fisiologica del lutto *vs* manifestazione patologica), sia la derivazione causale/concausale dall'evento, sia la dimensione del pregiudizio invalidante.

L'indagine medico legale – anche, e soprattutto, sul terreno più insidioso della psicopatologia – dovrà richiamarsi a modelli clinico-diagnostici fondati sulle migliori evidenze scientifiche, al di là di intuizioni cliniche prevalentemente basate sulle capacità empatiche dell'osservatore o sulla sua personale esperienza clinica e formativa.

Come puntualizzato da Vecchione e coll. (2004) una metodologia, “valida a fini clinici e pienamente accolta in una pratica psichiatrica per sua natura e vocazione tesa a perseguire degli inquadramenti con finalità terapeutiche, farmacologiche e psicodinamiche”, non necessariamente si estende a valutazioni volte ad otte-

nera anche una precisa quali-quantificazione del disturbo psichico, nonché alla riproducibilità del dato acquisito e delle conclusioni formulate, come invece impone il rigore della valutazione medico-legale.

2 • Inquadramento clinico e nosologico del lutto complicato

Il primo momento critico del percorso valutativo medico-legale riguarda, come accennato, la qualificazione dicotomica della condizione afflittiva sul terreno della fisiologia del lutto ovvero della patologia.

Sebbene sia universalmente accettato che l'elaborazione del lutto possa fallire o complicarsi dando luogo a problematiche psicopatologiche riferibili a disturbi di tipo depressivo, ansioso, fobico, ecc., la fase diagnostico-prognostica risulta sempre molto delicata e particolarmente complessa.

È fin troppo chiaro infatti che solo in esito ad una rigorosa impostazione diagnostica il problema potrà essere concretamente trasferito alla dimensione valutativa di tipo medico-legale.

Nell'ambito del più vasto e variegato capitolo delle "reazioni ad eventi" – così definito da autorevole dottrina (Catanesi, 1998; Buzzi, Vanini, 2006) – il lutto costituisce l'evento esistenziale maggiormente stressante per l'uomo, per il quale è richiesta la più alta mobilitazione di energie psichiche e fisiche (Holmes, 1967).

L'esperienza della perdita di una persona amata o, in qualche modo, significativa è infatti paradigmatica di una crisi che colpisce in profondità l'identità stessa di chi la sperimenta, costringendola ad affrontare un doloroso percorso di riorganizzazione e risignificazione che Freud (1915) definisce "*lavoro del lutto*", attraverso il quale l'energia psichica precedentemente investita sull'oggetto viene ritirata verso l'Io.

Il lento processo che sottende il lavoro del lutto assorbe completamente la vita psichica dell'individuo, che risulta interamente impegnata a realizzare quella che Lindemann (1944) definisce "*l'emancipazione dalla schiavitù del deceduto*" attraverso il "*riconoscimento della realtà della perdita, che ha lo scopo di permettere alla persona di riadattarsi ad un ambiente da cui è sparita una persona significativa*".

Le reazioni alla perdita di una persona significativa – come sottolineato da Freud (1915) – appaiono per molti versi assimilabili a quanto accade nella depressione. In entrambe le condizioni, infatti, l'individuo sperimenta una perdita, in seguito alla quale manifesta un "*doloroso e profondo scoramento, il venir meno dell'interesse per il mondo esterno, la perdita della capacità di amare, nonché l'inibizione di fronte a qualsiasi attività*". Nella depressione (o *malinconia*, Freud, 1915), a differenza del lutto, l'individuo si rappresenta come senza valore, incapace di raggiungere qualsiasi cosa, moralmente deprecabile, si accusa, si svilisce e si aspetta di essere abbandonato o punito (Freud, 1915).

Questi aspetti risultano assenti nel normale processo di lutto: in esso è il mondo ad essere divenuto povero e vuoto, nella melanconia è l'Io stesso.

Inoltre, nonostante la somiglianza tra le due condizioni, è da notare che *“nonostante il lutto implichi gravi scostamenti rispetto al modo normale di atteggiarsi di fronte alla vita, non passa mai per la mente di considerarlo uno stato patologico e di affidare il soggetto che ne è afflitto al trattamento del medico. Si confida che il lutto venga superato dopo un certo periodo di tempo e si ritiene inopportuna o addirittura dannosa qualsiasi interferenza”* (Freud, 1915).

Pur trattandosi di un evento esistenziale a carattere universale, numerosi sono i mediatori che agiscono sul lutto, definendone variamente il percorso, la durata, i comportamenti e le manifestazioni. Lo stesso DSM, nel definire il lutto (fisiologico), non trascura di sottolineare che *“la durata e l'espressione del lutto «normale» variano in modo considerevole tra i diversi gruppi culturali”*. Sebbene non si possa definire astrattamente la durata di un lutto normale, appare tuttavia altamente inverosimile il limite cronologico di due mesi che lo stesso Manuale dell'APA individua per definire la durata attesa delle reazioni luttuose, oltre il quale sarebbe diagnosticabile un Disturbo Depressivo Maggiore. Crediamo tuttavia che per le finalità che intende perseguire l'indagine medico-legale, quello della durata del lutto «normale» costituisca un falso problema, largamente superabile effettuando l'indagine tecnica a sufficiente distanza cronologica dall'evento, certamente non prima di un anno, preferibilmente oltre i due.

Relativamente al lutto e alle sue forme patologiche occorre precisare che l'attenzione verso queste ultime è solo relativamente recente, in quanto la cronicizzazione di eventuali sindromi depressive o ansiose veniva in genere interpretata a distanza di tempo come indipendente dal lutto stesso.

Importanti ricerche sul lutto hanno stimato che l'evoluzione in senso patologico coinvolge il 10-20% dei soggetti colpiti dalla perdita di una persona amata o altamente significativa, determinando lo sviluppo di disturbi dell'umore o di disturbi d'ansia (Macias e coll., 2004; Jacobs, 1993; Middleton, 1996). Tale stima potrebbe ragionevolmente assumere proporzioni decisamente superiori qualora fosse circoscritta ai soli lutti conseguenti a morti violente e improvvise, stante il grande rilievo che in letteratura è attribuito a tale circostanza, per la evoluzione del lutto stesso in senso patologico (Rando, 1992; Stroebe e coll., 2001).

Alcuni studi¹ hanno analizzato i fattori di rischio che assumono importanza nello sviluppo di quadri psicopatologici segnalando tra l'altro, particolari eventi: relativi al tipo di morte, alla presenza di mutilazioni, di estesi

1 Per una rassegna: Kristjanson L., Lobb E., Aoun S., Monterosso L.: *“A systematic review of the literature on complicated grief”*, <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/palliativecare-pubs-rsch-grief>.

traumatismi o cattiva conservazione del cadavere, al mancato ritrovamento del cadavere, ad alcune caratteristiche del sopravvissuto quali la giovane età, il genere femminile, precedenti lutti o eventi di vita particolarmente traumatici, pregressi disturbi psichiatrici, eccessiva dipendenza nei confronti della vittima o uno stile di attaccamento insicuro o ansioso/ambivalente, scarsa disponibilità di sostegno sociale, amicale o parentale, scarsa condivisione del dolore all'interno del nucleo familiare.

Senz'altro la morte di un genitore durante l'infanzia rappresenta un insulto psicologico estremamente profondo ed una seria minaccia per lo sviluppo emozionale e sociale del bambino. Studi clinici suggeriscono che il bambino colpito dal lutto abbia un maggior rischio di sviluppare problematiche psicopatologiche e serie difficoltà relazionali, non soltanto nel periodo immediatamente successivo al lutto ma anche in età adulta (*Baker e coll.*, 1992; *Berlinsky, Biller*, 1982; *Bowlby*, 1980, *Brown e coll.*, 1986; *Finkelstein*, 1988; *Kaffman e coll.*, 1987; *Kranzler e coll.*, 1990; *Osterweis e coll.*, 1984; *Raveis e coll.*, 1999; *Siegel e coll.*, 1996; *Tiveed e coll.*, 1989; *Van Eederwegh e coll.*, 1982; *Weller e coll.*, 1991).

Circa alcune differenze di genere, Zisook e De Vul (1983) evidenziano che le donne tendono a manifestare un rifiuto nell'accettazione della morte con sintomi di tipo depressivo in misura significativamente maggiore rispetto agli uomini. Tale dato è confermato anche dalle osservazioni di Carr e coll. (2000), i quali inoltre rilevano che le donne presentano maggiori difficoltà degli uomini nel superare la perdita del partner quando la morte sopraggiunge in modo improvviso e violento; diversamente l'uomo sarebbe più vulnerabile della donna nell'affrontare il lutto per una morte attesa o comunque prevedibile.

Anche l'età avanzata può rivestire un ruolo negativo in considerazione della minore disponibilità di risorse sociali normalmente fruibili dall'anziano e del maggior numero di eventi luttuosi intervenuti nel corso della vita. Giannakopoulos (2000) e Schum (2005) osservano inoltre che tale maggiore vulnerabilità della persona anziana dinanzi al lutto può venire ulteriormente accresciuta per il fatto che spesso l'anziano sperimenta perdite tra loro ravvicinate, così che l'elaborazione di un lutto può arrestarsi per l'intervento di altro lutto successivo, con conseguenti difficoltà di riadattamento.

Macias e coll. (2004) rilevano come la presenza di preesistenti disturbi psichiatrici costituisca un fattore in grado di rendere l'individuo particolarmente esposto al rischio di sviluppi patologici di tipo depressivo in conseguenza di un evento luttuoso, di fatto confermando quanto già precedentemente osservato anche da Surtees e coll. (1999) e Mazure e coll. (2000) attraverso interessanti studi clinici.

In generale, i dati clinici e di ricerca sullo studio del lutto e delle conseguenti reazioni patologiche, evidenziano come molte manifestazioni del lutto complicato non coincidano appieno (Tabella I) con quelle tipiche del

disturbo depressivo maggiore (DDM) e neppure con nessuna delle categorie diagnostiche che più frequentemente si utilizzano per definire i disturbi d'ansia (Disturbo d'Ansia Generalizzato e Disturbo Post-Traumatico da Stress) tanto da suggerire che le manifestazioni osservate costituiscono una condizione patologica autonoma e definita (Shear e coll, 2005).

Tabella I. Similitudini e differenze tra Lutto Complicato e altri Disturbi (DSM-IV), da *Shear e coll. (2005)*

Similitudini tra Lutto Complicato e altri Disturbi (DSM-IV)	
Lutto Complicato e Depressione Maggiore	Lutto Complicato e DPTS
Tristezza, perdita di interessi, riduzione dell'autostima, sentimenti di colpa	Provocato da un evento traumatico, shock emotivo, sentimento di impotenza, immagini intrusive, segni di evitamento
Differenze tra Lutto Complicato, Depressione Maggiore e DPTS	
Depressione Maggiore	Lutto Complicato
Tristezza pervasiva	Tristezza riferita alla perdita del defunto
Perdita del piacere e degli interessi	Conservato interesse nei ricordi del defunto; brama e desiderio di un contatto; memorie piacevoli
Sentimenti di colpa pervasivi	Sentimenti di colpa incentrati sul rapporto con il defunto
Ruminazione sugli errori e fallimenti del passato	Ossessiva preoccupazione riguardante la persona deceduta Immagini intrusive della persona deceduta Evitamento di situazioni e persone che comportano il ricordo della perdita
Disturbo Post-Traumatico da Stress	Lutto Complicato
Provocato da una minaccia fisica	Provocato dalla perdita
L'emozione primaria è la paura	L'emozione primaria è la tristezza
Incubi molto comuni	Incubi rari
Ricordi dolorosi legati all'evento traumatico	Ricordi dolorosi più pervasivi e improvvisi Desiderio struggente e brama per il defunto Memorie piacevoli

Negli ultimi dieci anni si sono succeduti numerosi studi volti a stabilire una definizione del lutto complicato che andasse oltre una mera descrizione clinica, ottenendo cioè una validazione su base sperimentale (Raphael, 1983; Horwitz e coll. 1997; Prigerson e coll. 1995; Raphael e coll. 1997).

I principali ricercatori coinvolti nella definizione di una criteriologia diagnostica autonoma del Lutto Complicato (LC) provengono dalla Scuola Californiana (Horowitz e coll.) e dalla Yale University (Prigerson e coll.). Entrambi questi gruppi di ricerca hanno raccolto evidenze scientifiche a supporto della costituzione di specifici criteri diagnostici e definitivi del Disturbo da LC (Tabelle II e III).

**Tabella II. Criteri per la definizione del Disturbo da Lutto Complicato
proposti da Horowitz e coll. (1997)**

A. Evento / Risposta Prolungata

Lutto (per la perdita del coniuge, di un parente o del partner) almeno 14 mesi prima (per evitare la data dell'anniversario).

B. Segni e Sintomi

Presenza, nell'ultimo mese, di almeno tre dei seguenti sette sintomi, con una intensità che interferisce con il funzionamento quotidiano:

Sintomi intrusivi:

1. Memorie spontanee o pensieri intrusivi collegati alla persona scomparsa;
2. Improvvise ed intense emozioni dolorose collegate alla persona scomparsa;
3. Struggente desiderio che la persona scomparsa sia presente;

Segni di evitamento e di mancanza di adattamento:

4. Sentimento di enorme solitudine o di vuoto interiore;
5. Evitamento di persone, luoghi o attività che ricordano il defunto;
6. Livelli inusuali di interferenza nel sonno;
7. Perdita di interesse nel lavoro, nelle attività sociali, ricreative o nella cura di sé, ad un livello maladattivo;

Tabella III

Criteri per la definizione del Lutto Complicato proposti da Prigerson (2006a)

Criterio A: Cronico e struggente desiderio del defunto, che riflette il bisogno di mantenere un legame con la persona scomparsa che nessun altro può soddisfare. Quotidiana, intrusiva, penosa e distruttiva sofferenza:
Brama/tormento/angoscia

Criterio B: Quattro dei seguenti (8) sintomi che si presentano numerose volte al giorno o con un grado di intensità da risultare distruttivi e stressanti:

1. Difficoltà nell'accettare la morte del congiunto
2. Incapacità di socializzare
3. Eccessiva rabbia o amarezza correlata alla morte
4. Difficoltà nel riprendere in mano la propria vita
5. Sentimento di distacco o mancanza di reattività emozionale
6. Sentire la vita svuotata di significato senza la persona scomparsa
7. Mancanza di prospettive circa il futuro
8. Stato di agitazione

Criterio C: I disturbi producono una severa e persistente disfunzionalità nella sfera sociale, occupazionale o in altri importanti domini.

La diagnosi di Lutto Complicato richiede siano soddisfatti i criteri A, B e C.

È da sottolineare che i criteri di Horowitz sembrano attribuire particolare enfasi all'evitamento traumatico (Parkes, 2006) e più in generale a sintomi di distress post-traumatico, tanto che lo stesso Autore suggerisce la collocazione del Lutto Complicato all'interno di una specifica categoria di "Sindromi di risposta allo stress". Prigerson (2006b), proponendo una criteriologia imperniata sull'ansia da separazione e sulla disfunzionalità sociale ed occupazionale, reputa inopportuna la collocazione del Lutto Complicato tra i disturbi dell'umore o tra quelli dell'ansia, reclamando l'istituzione di una nuova categoria diagnostica dedicata ai "Disturbi dell'Attaccamento".

In attesa che la discussione sul tema approdi a risultati pienamente condivisi dalla comunità scientifica occorre prendere atto che la permanente incertezza definitoria sul piano nosologico dei disturbi da lutto complicato definisce un'ulteriore ambito di perplessità in sede di valutazione medico-legale. L'esigenza di pervenire ad una diagnosi attendibile, anche sul piano nosologico, ossia condivisa dal più alto numero di interpreti, risponde infatti a criteri di oggettivazione e ripetibilità cui deve improntarsi l'indagine tecnica effettuata in ambito peritale.

Molto efficacemente Catanesi e coll. (1998) osservano che *"in clinica è consueto porre anche più diagnosi l'una vicino all'altra, senza che queste si considerino entità autonome ma solo modalità espressive dello stesso disagio, della stessa sofferenza, ma tutto questo complica il giudizio valutativo medico-legale, specie quando si tratta di trasformare il dato clinico in una quantificazione percentuale del danno e le diverse linee guida considerano e valutano separatamente i quadri, attribuendo a ciascuno un punteggio [...]. Una doppia diagnosi, o ancor peggio una doppia diagnosi incompleta (nel senso che vi sono alcuni requisiti ma non sono sufficienti) non fa che creare incertezze che si riflettono direttamente sul giudizio valutativo ed anche sulla possibilità che i lettori "non tecnici" ma interessati delle nostre perizie, ed in primo luogo avvocati e magistrati, si confondano ancor più le idee in ordine alla reale portata ed alle vere conseguenze del trauma patito"*.

Non può trascurarsi, a tale proposito, che il DSM – elaborato dall'American Psychiatry Association e giunto alla rielaborazione denominata DSM-IV-TR – costituisce attualmente lo strumento diagnostico universalmente riconosciuto per la definizione diagnostica di qualunque disturbo mentale, occupando immancabilmente un posto sulla scrivania del clinico come pure su quella del medico-legale.

Seppur con tutti i limiti e le avvertenze che la dottrina non ha tardato di sottolineare (Barbieri, 2002; Buzzi, Vanini, 2006), l'utilizzo di tale strumento nosografico in campo forense ha trovato rapida diffusione e affermazione, per la semplificazione del momento diagnostico, per la uniformità semantica e, almeno astrattamente, per la più alta attendibilità diagnostica.

In verità, nei casi di lutto patologico di cui ci siamo occupati nella nostra esperienza peritale, l'utilizzo di tale strumento nosologico ci è apparso per-

lomeno inadeguato nel descrivere quell'espressività sintomatica e quei vissuti emotivi che più comunemente abbiamo rinvenuto nei nostri pazienti e che, non senza qualche forzatura, abbiamo ricondotto entro le categorie del Disturbo Depressivo Maggiore (DDM), del Disturbo Distimico (DD), del Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG), del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), dei Disturbi dell'Adattamento (DA), del Disturbo d'ansia da Separazione (DAS), al fine di fornire riferimenti diagnostici il più possibile comprensibili ed accettabili per valutazioni medico-legali.

Con l'auspicio di favorire una sempre maggior conoscenza del problema ed un sempre più fruttuoso dialogo tra gli addetti ai lavori, presentiamo i risultati di un'indagine descrittiva relativa alle vittime di lutto complicato delle quali ci siamo occupati, in una cornice, ovviamente, di tipo medico legale.

3 • Le vittime di Lutto Complicato: un campione di 58 osservazioni peritali

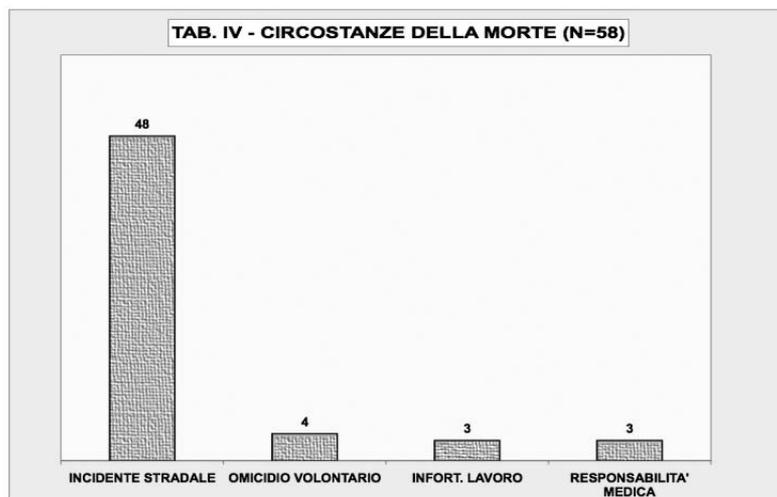
3.1 Descrizione del campione

Il campione oggetto di indagine è composto di 58 individui (22 maschi e 36 femmine) osservati presso la Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense dell'Università di Genova nel quinquennio 2001-2005, nell'ambito di indagini medico legali rivolte all'accertamento di problematiche psicopatologiche riferibili ad una inadeguata elaborazione del lutto. Occorre precisare che tale campione individua unicamente le vittime alle quali è stato riconosciuto un pregiudizio biologico correlato al lutto ed equivale ai 2/3 circa di tutte le osservazioni effettuate nel periodo considerato (88 complessive).

I 30 familiari colpiti da lutto e risultati indenni da pregiudizi che comportassero la valutazione di un danno psichico risarcibile come danno biologico sono stati esclusi da questo studio. Cinque di loro erano affetti da patologie psichiche preesistenti e del tutto indipendenti dal lutto, gli altri venticinque presentavano apprezzabili conseguenze di natura esistenziale che non raggiungevano peraltro una soglia francamente "patologica".

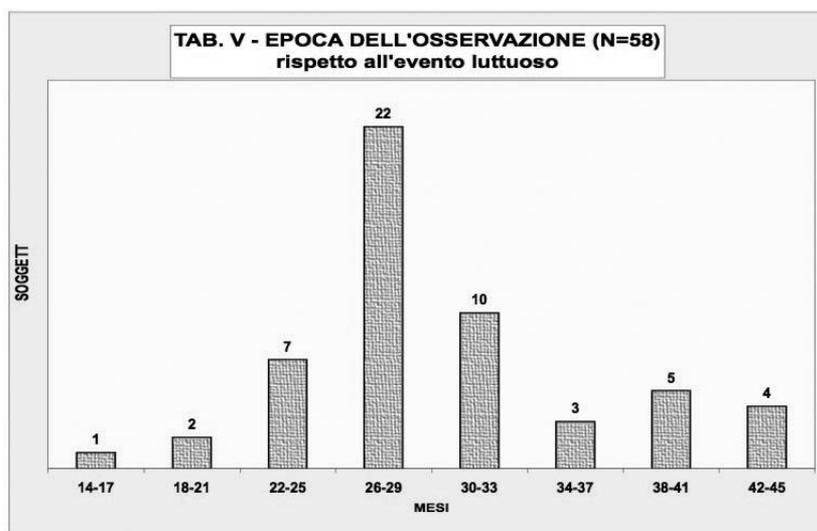
Nella quasi totalità dei casi che sono stati considerati (54; 93%) il parente è deceduto a seguito di un evento violento, improvviso o inaspettato, 47 volte (87%) determinato da incidente stradale, 4 da omicidio volontario (7,4%), 3 da infortunio lavorativo (5,6%). Nei restanti quattro casi la morte non è stata subitanea ma è intervenuta a distanza di tempo dall'evento causalmente rilevante, che in tre casi riguardava problemi di responsabilità professionale medica ed in un caso era dovuto ad incidente stradale (Tabella IV).

Tabella IV



La prima osservazione clinica, per precise scelte professionali, è stata effettuata mediamente 33 mesi dopo l'evento luttuoso, solo in quattro casi tali indagini sono state effettuate prima dei 24 mesi (Tabella V).

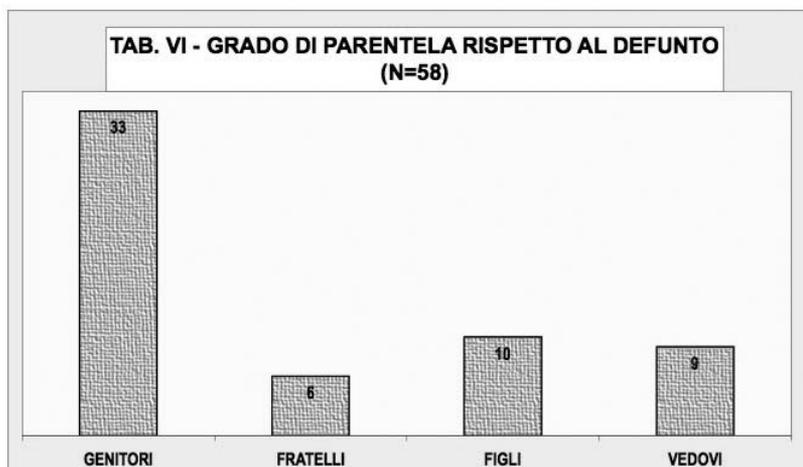
Tabella V



I soggetti sono stati valutati tramite colloqui clinici (almeno tre colloqui), sempre corredati dalla somministrazione di test mentali per la valutazione del profilo di personalità e di problematiche psicopatologiche reattive (Test di Rorschac e MMPI, in tutti i casi, T.A.T., Children's Apperception Test o scale specifiche in casi particolari).

Circa la relazione parentale con il defunto, sono stati esaminati: 13 padri (22,4%), 20 madri (34,5%), 9 vedovi (15,5%), 10 figli (17,3%), 6 fratelli (10,3%) (Tabella VI).

Tabella VI



Nel 78% dei casi si trattava di soggetti appartenenti ad uno stesso nucleo familiare (da due a quattro componenti) mentre nel restante 22% si trattava di un singolo soggetto.

I quadri morbosi rilevati nei 58 soggetti al termine dell'indagine sono stati collocati nosograficamente, secondo i criteri del DSM-IV-TR, nell'ambito del Disturbo Depressivo Maggiore (46,6%), dei Disturbi dell'Adattamento (17,3%), del Disturbo Distimico (10,3%), del Disturbo

Tabella VII

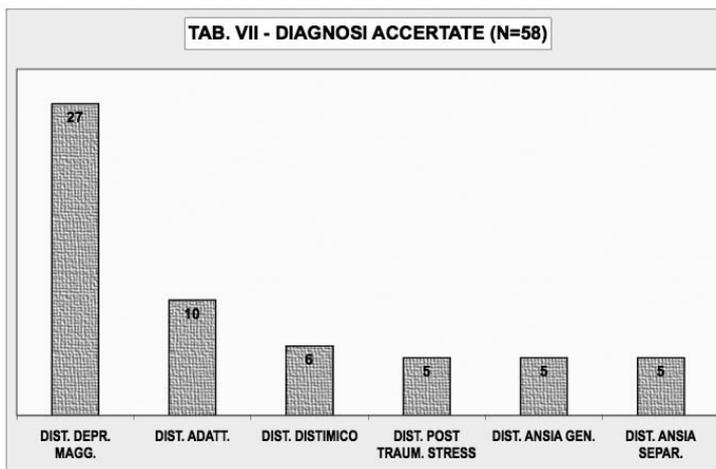


Tabella VIII

TAB. VIII - DIAGNOSI IN RELAZIONE AL RAPPORTO DI PARENTELA (%) (N=58)

	DIST. DEPR. MAGG.	DIST. ADATT.	DIST. DISTIMICO	DIST. POST TRAUM STRESS	DIST. ANSIAGEN.	DIST. ANSIA SEPAR.
MADRI	85%	5%	0%	10%	0%	0%
PADRI	46,1%	30,8%	7,7%	7,7%	7,7%	0%
VEDOV	44,5%	11,1%	33,3%	11,1%	0%	0%
FIGLI	0%	0%	10%	10%	30%	50%
FRATELLI	0%	66,6%	16,7%	0%	16,7%	0%

Post-Traumatico da Stress (8,6%), del Disturbo d'Ansia Generalizzato (8,6%), del Disturbo d'Ansia da Separazione (8,6%), come risulta dalle Tabelle VII e VIII.

Da un punto di vista sintomatologico evolutivo, come riportato nelle Tabelle IX, X e XI, nella quasi totalità dei casi il lutto, fin dall'immediatezza dei fatti, era stato accompagnato da importanti alterazioni:

1. delle funzioni fisiologiche ed in particolare disturbi del sonno (86%), consistenti modificazioni ponderali (48%), calo del desiderio sessuale (76%);

Tabella IX

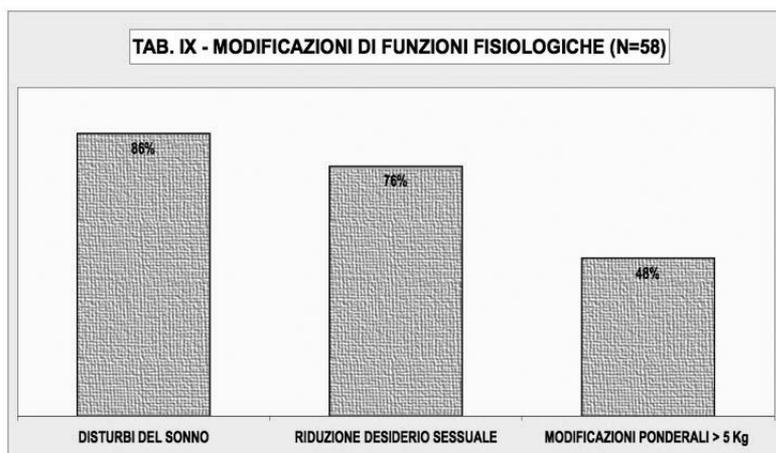
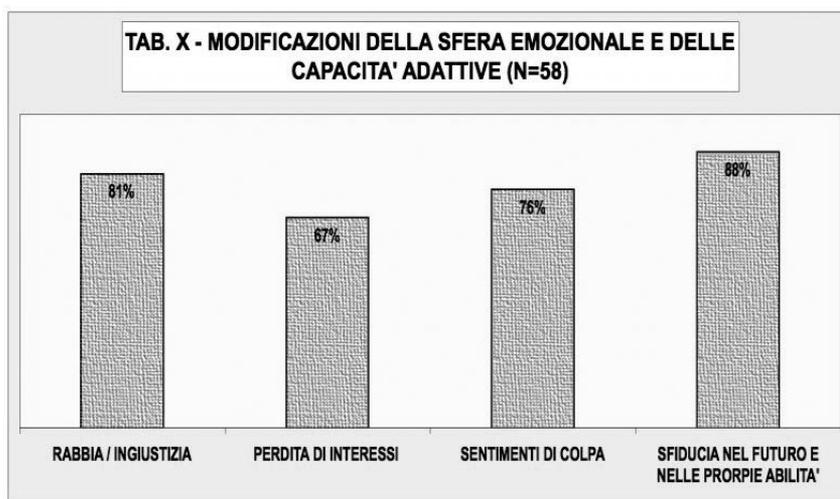
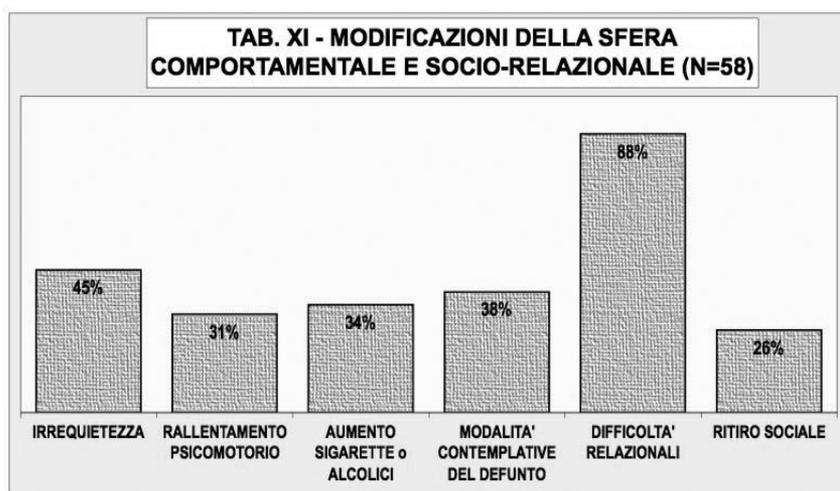


Tabella X



2. della sfera emozionale e cognitiva, con sentimenti di rabbia e di ingiustizia (81%), perdita di interesse nei confronti delle attività quotidiane, dell'attività professionale, del lavoro di casa, degli studi (67%), sentimenti di colpa verso il defunto od altri componenti della famiglia (57%), sfiducia nel futuro e nelle proprie abilità e competenze (88%);
3. del comportamento, con aumento del consumo di sigarette o alcolici (34%), irrequietezza (45%), rallentamento psicomotorio (31%), modalità contemplative del defunto (38%);

Tabella XI



4. degli atteggiamenti socio-relazionali, rappresentati da difficoltà relazionali con gli altri membri della famiglia o con la rete parentale ed amicale (88%), nonché da completo ritiro sociale (26%).

Nella casistica esaminata il 21% dei soggetti risultavano essere stati colpiti da un lutto precoce in età infantile ed il 33% da un evento luttuoso significativo che li aveva coinvolti nel corso dei precedenti cinque anni (Tabella XII).

Tabella XII

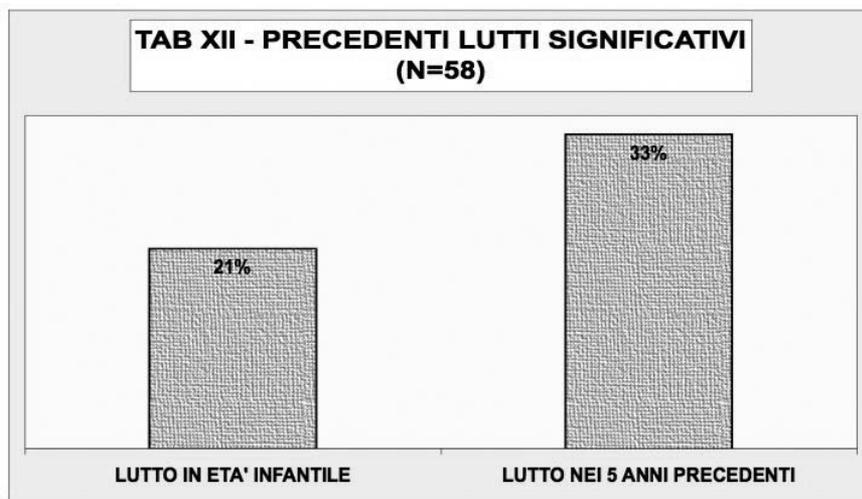


Tabella XIII

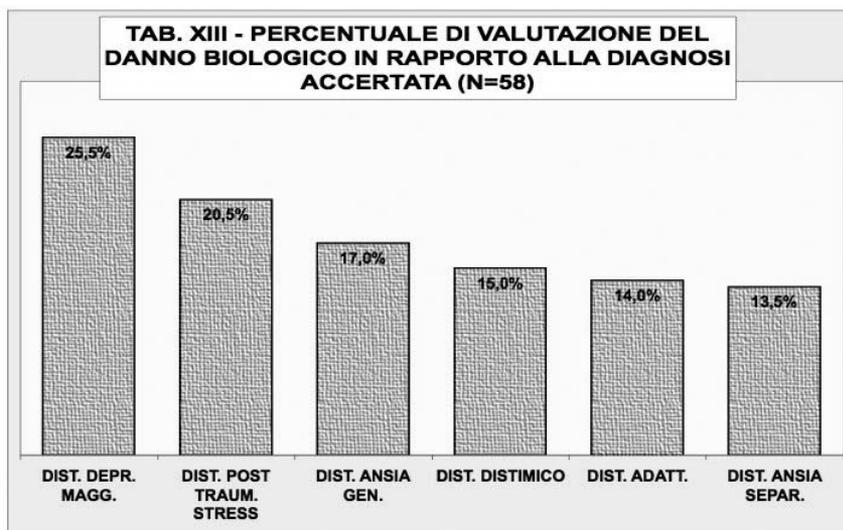
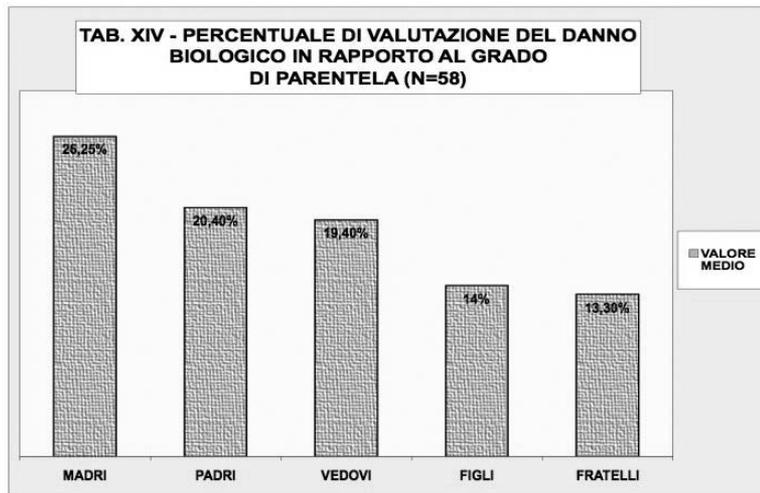


Tabella XIV

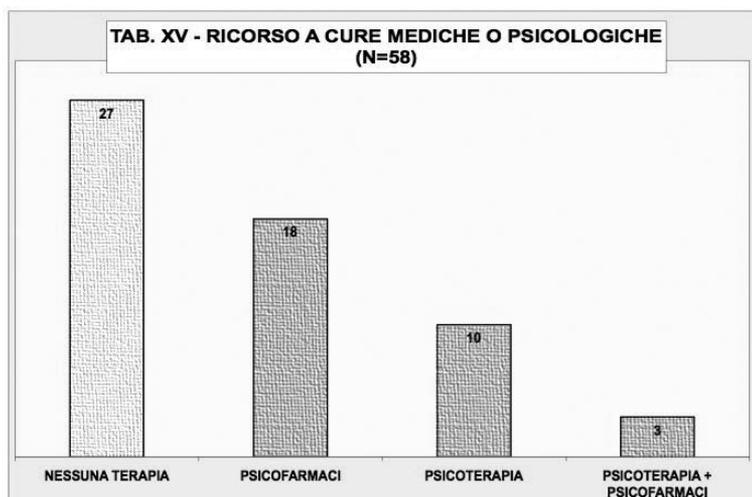


Circa la valutazione quantitativa del danno biologico e le diagnosi accertate (Tabella XIII) si ricava che il DDM è stato stimato mediamente il più grave (25,5%), seguito dal DPTS (20,5%), dal DAG (17%), dal DD (15%), dal DA (14%), dal DAS (13,5%).

Dalla Tabella XIV risulta che le madri sono state valutate con percentuali di danno biologico (26,3%) mediamente superiori a quanto avvenuto per i padri (20,4%), per i vedovi (19,4%), per i figli (14%) e per i fratelli (13,3%).

Relativamente alle terapie sostenute dai 58 soggetti esaminati, dalla Tabella XV si rileva che il 46,6% del campione non ha effettuato alcuna

Tabella XV



cura, il 31% ha fatto ricorso a psicofarmaci, il 17,2% a psicoterapia e il 5,2% a trattamenti sia psicoterapici, sia psicofarmacologici. L'analisi di tale rapporto in relazione al tipo di parentela (Tabella XVI), evidenzia che i padri hanno fatto ricorso a cure mediche o psicologiche con la frequenza minore (15,4%). Il rapporto tra la richiesta di cure e la dimensione percentuale del pregiudizio biologico permanente, illustrato dalla Tabella XVII, evidenzia la mancanza di correlazione tra queste due variabili.

148

• psichiatria forense •

Tabella XVI

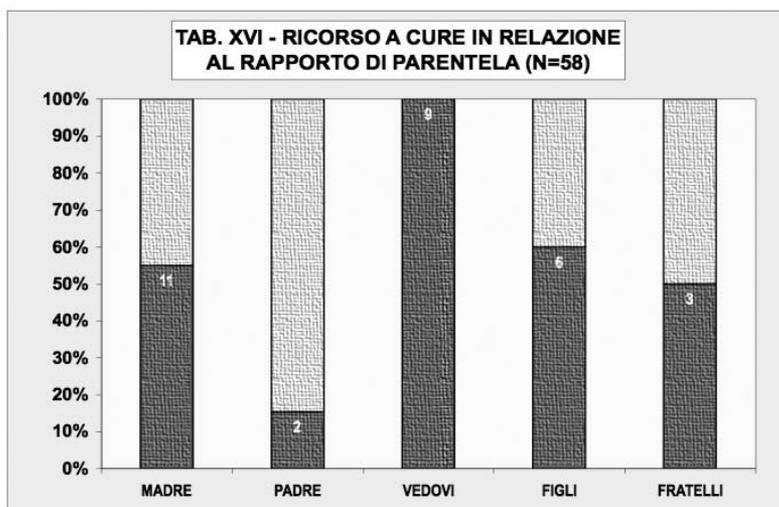
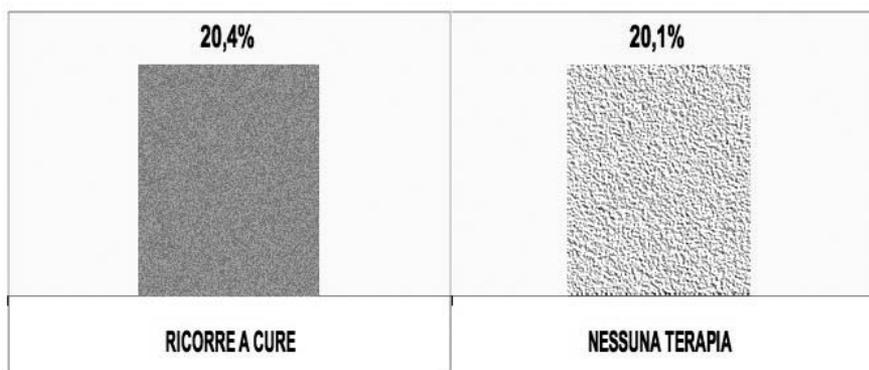


Tabella XVII



3.2 Casi clinici e analisi psicosociale

Al di là dei dati quantitativi che emergono dall'analisi dei casi, sembra utile descrivere alcuni meccanismi ed alcune alterazioni delle singole funzioni psichiche che ricorrono con frequenza nei soggetti colpiti da un lutto familiare e che a volte sembrano caratterizzarli in modo specifico.

A tal fine si sottolinea che l'esame psicodiagnostico è stato utilizzato soprattutto per definire la personalità premorbose dei periziandi, il tipo di vulnerabilità, le capacità generali di adattamento alle situazioni, al fine di consentire una più puntuale analisi delle dinamiche e del significato dei processi psicopatologici.

Sulla capacità di reazione alla iniziale sindrome da lutto sembrano aver agito come fattori maggiormente protettivi le variabili relative alla famiglia di appartenenza, ed in particolare il positivo legame tra la vittima e gli altri familiari, la buona disponibilità comunicativa, l'adeguatezza di ruoli e di funzioni dei vari membri familiari, come peraltro indicato da tutta la letteratura sul lutto.

Circa il rapporto tra la vittima diretta e la vittima indiretta sembra confermato, come segnalato da alcuni studi descrittivi (*Lindemann, 1944; Raphael, 1977*), che la dipendenza eccessiva, l'ambivalenza, a volte l'ostilità o altri conflitti nevrotici possono agire come fattori che rendono estremamente difficoltosa una fisiologica elaborazione del lutto, mentre il buon investimento affettivo tra il defunto e la persona colpita da lutto agisce in senso favorente e positivo.

Nel campione esaminato il genitore che perde un figlio nel momento della sua maggior conflittualità e contrapposizione adolescenziale molte volte si trova a lottare con reazioni emotive difficilmente riconducibili ad un riadattamento psicologico.

Per i genitori che hanno perso un figlio si riscontra una più bassa frequenza di ricorso a cure specialistiche di tipo medico o psicologico rispetto a quanto avviene tra le vedove e tra i figli. Tale differenza si accentua ulteriormente se il confronto, anziché con la categoria dei genitori complessivamente considerati, si effettua con il gruppo dei soli padri.

Nella nostra esperienza di periti nell'ambito della valutazione del danno da lutto complicato non sono mancate occasioni di scontro sull'interpretazione di tale dato in virtù della cattiva abitudine di taluni consulenti di ricercare la prova della malattia nella presenza di documentazione certificativa attestante l'effettuazione di cure psichiatriche. In realtà, se adottassimo l'assioma "nessuna cura-nessuna malattia" dovremmo concludere che la condizione del genitore che perde un figlio costituisce l'esperienza luttuosa di più semplice elaborazione, ribaltando del tutto la realtà dei fatti.

La totalità dei genitori da noi osservati, indipendentemente dalla differenza di genere, definisce la propria sofferenza per la perdita del figlio come

un dolore “pari a nessun altro”, assolutamente “devastante”, che “nessuno può comprendere” e “niente o nessuno può lenire”. Questa percezione così netta, unitamente alla pervasiva perdita di significato della vita e del futuro – tradotta in una quotidianità senza orizzonte, ripiegata sul passato e connotata da modalità comportamentali improntate perlopiù a scarsa partecipazione e disimpegno – fa sì che il dolore venga avvertito come sempre più intenso nel tempo, irrimediabile, inaggravante.

Quanto alla maggiore frequenza con cui si registra il “rifiuto” delle cure da parte dei padri rispetto alle madri è ipotizzabile che concorrano motivazioni rintracciabili nella differenza di ruoli sottesa a quella di genere. Forti condizionamenti culturali mediano l’espressione del lutto genitoriale definendo quale debba essere la appropriata reazione emozionale e comportamentale alla perdita del figlio. In particolare è culturalmente atteso che un padre sia “forte”, non pianga e sostenga i familiari in lutto; all’opposto, le madri sono invitate ad esprimere il proprio lutto più apertamente, a ricercare aiuto e conforto più spesso che i padri.

L’impronta di tali fattori culturali sembra condizionare anche le modalità espressive della sofferenza, connotando differenzialmente gli uomini dalle donne. Gli uomini sembrano rivelare una espressività emozionale più controllata, forse perché il rivelare fragilità o dipendenza riceve tuttora sanzioni culturali; specie dinanzi alla perdita di un figlio, i padri riferiscono più frequentemente rabbia, paura, percezione di scarso controllo, ma anche il desiderio di mantenere privata la loro sofferenza, laddove le madri rispondono più apertamente con tristezza e depressione. La necessità di sostenere un ruolo “forte” all’interno della famiglia e della relazione di coppia, implica una emotività soffocata che sembra riconoscersi nella tendenza dell’uomo a cercare un rifugio “anestetico” nel lavoro più spesso di quanto accade per la donna. Questa stessa modalità comportamentale è stata osservata anche tra le vedove con figli ancora piccoli. Anche in questi casi, alla necessità di “proteggere” i figli dal dolore per la perdita del padre corrisponde un maggior controllo delle emozioni ed un conseguente rifugio in una sorta di affaccendamento frenetico.

Le reazioni differenti di uomini e donne alla perdita del figlio sovente sostengono ed acuiscono le difficoltà comunicative e relazionali all’interno della coppia e della famiglia più in generale. I padri tendono a non essere partecipi delle espressioni di dolore delle loro mogli, non sapendo come rispondere e temendo di perdere il controllo dei loro sentimenti. In alcuni casi le mogli percepiscono la mancanza di disponibilità emozionale dei mariti come un abbandono proprio nel momento in cui avrebbero più bisogno del loro sostegno, sperimentando quindi una doppia perdita e reagendo con una maggiore chiusura e ripiegamento interiore.

In ogni caso, tanto i padri quanto le madri appaiono profondamente pervasi da reciproci sentimenti di colpa e di rabbia. C’è il riconoscimento della

propria incapacità nel portare conforto alla sofferenza del partner ma anche l'aspettativa, frustrata, di ricevere adeguato sostegno dal proprio compagno.

Anche il progressivo isolamento dagli altri e il ritiro ad una dimensione privata – rilevati di frequente nelle nostre osservazioni – possono costituire espressione di un intenso vissuto di colpa per essere sopravvissuti; così pure potrebbe essere interpretato l'appiattimento nella sfera della sessualità – osservato con grande frequenza ed indipendentemente dal genere – come se il “piacere” fosse quasi bandito dalle loro vite, inaccettabile nei confronti della persona scomparsa.

In molti casi, ancora, è stata rilevata l'importanza della fede religiosa nell'esperienza del lutto, con radicali cambiamenti di atteggiamento, dalla radicalizzazione dei sentimenti mistico-spirituale al completo annullamento del sentimento religioso. Gli studi condotti da Walsh e coll. (2002) e da Higgins (2002) suggeriscono che la presenza di una solida fede religiosa rappresenti un fattore facilitante l'elaborazione del lutto, determinando una risoluzione più rapida e associata a più bassi livelli di depressione.

La rabbia (81%) costituisce il sentimento più esasperato tra le vittime di lutto complicato e rappresenta uno dei fattori che ostacola maggiormente una adeguata risoluzione del lutto in senso fisiologico. Nel caso di una morte improvvisa o violenta, quale è il caso specifico del decesso per incidente stradale, la perdita produce un grave senso di impotenza e di violazione che accresce il bisogno di trovare una spiegazione per la morte e di rintracciare un colpevole, al fine di restaurare una percezione di controllo. In alcuni casi la rabbia è diretta nei confronti del responsabile, non tanto per il fatto in sé, ma perché “non si è mai pentito e scusato”, “guidava in stato di ebbrezza”, “procedeva ad alta velocità”, “era un drogato” oppure nei confronti dei soccorritori, che “non sono intervenuti tempestivamente” o che “hanno prodotto nuovi danni”. In altri casi il rancore nei riguardi del responsabile assume i contorni di una vera e propria idea paranoica che non si riesce a controllare e che permea e distrugge tutti i pensieri e le azioni.

La sofferenza dei fratelli è spesso connotata dalla presenza di evidenti sentimenti di inutilità, dovuti al fatto che i genitori rivolgono tutta la loro attenzione sul figlio deceduto, determinando in quello vivente la sensazione di non essere abbastanza importante, mentre altre volte è connotata da sentimenti di inadeguatezza, quando al figlio sopravvissuto viene assegnato un ruolo di semplice “rimpiazzo” o di eccessiva aspettativa, su basi del tutto irrealizzabili.

Molte volte è stata riscontrata la presenza di un precedente grave lutto (perdita di un genitore, di un altro figlio, od altro), elaborato in modo frettoloso, a volte con le modalità del c.d. “lutto assente”, per ragioni personali, familiari o sociali, che in occasione del secondo lutto riappare emotivamente e non consente una fisiologica “cicatizzazione della ferita”. Già

Bowlby (1963) aveva riconosciuto l'importanza, in molti casi di lutto patologico, delle precoci perdite traumatiche occorse durante l'infanzia.

Altre volte, ed in particolare in 7 dei 58 casi esaminati (12%), erano presenti precedenti psichiatrici di un certo rilievo. In un caso si trattava di anoressia transitoria in adolescenza, in due casi di episodi depressivi risoltisi con adeguata terapia, in quattro casi di sindromi ansioso-depressive di lieve o media entità, non comportanti disfunzionalità lavorative, familiari o sociali prima del lutto, ma aggravatesi e stabilizzatesi dopo lo stesso. In questi casi la particolare fragilità psichica, i timori relativi ai precedenti di sofferenza psichica, la presenza di una persistente sintomatologia depressiva, sembrano aver rappresentato una condizione particolarmente negativa per una elaborazione del lutto in modo fisiologico.

Nel complesso i dati della casistica esaminata sembrano suggerire che i fattori più importanti nella determinazione di un lutto complicato siano soprattutto da ricercarsi nella presenza:

- di elementi particolarmente violenti e drammatici insiti nelle circostanze che hanno determinato la morte del familiare;
- di precedenti lutti non adeguatamente elaborati o di precoci perdite di figure di attaccamento;
- di pregressi disturbi psicopatologici dello spettro depressivo, ansioso o fobico-ossessivo;
- di una personalità di base particolarmente fragile, vulnerabile, di tipo endotimico;
- di una relazione conflittuale, dipendente o ambivalente con il familiare scomparso;
- di un nucleo familiare superstite non disponibile alla manifestazione e condivisione del dolore, incapace di ridefinire ruoli e funzioni adeguati alla nuova realtà.

• Considerazioni conclusive

Molto si è già riferito circa le difficoltà inerenti alla dimostrazione del nesso di causa tra evento luttuoso e patologia del familiare e circa fattori sociali e individuali che favoriscono lo sviluppo di un lutto complicato (*Bandini, 2006*).

Anche lo studio di questa casistica conferma che in questo specifico campo di studio non esiste quasi mai una corrispondenza diretta e proporzionale tra l'evento lesivo e le conseguenze dello stesso, come invece si verifica in caso di danno organico posttraumatico, ma ci si deve ogni volta riportare alla reale incidenza che il trauma, ogni trauma, ha avuto concretamente su un individuo, sulla base del vissuto soggettivo attraverso il quale l'individuo stesso lo ha elaborato, in modo diretto o mediato, inserendolo

nella propria esperienza esistenziale e nella propria realtà psichica (Bandini, Lagazzi, 2000).

Quando un evento traumatico entra in contatto con una struttura psichica il significato che tale evento assume “*gli è conferito dalla struttura stessa che lo ‘legge’, utilizzando i suoi codici, non solo semantici, ma anche affettivi*” (Carta e coll., 1996).

Certo è che per comprendere la reazione patologica che eventualmente ne deriva, e che scompensa l’equilibrio psichico preesistente, occorre analizzare compiutamente la struttura psichica che “guida l’attribuzione di significato” all’evento traumatico, e ciò onde poter concretamente valutare la sussistenza del nesso di causalità tra l’evento psicotraumatizzante e le conseguenze psicopatologiche dello stesso.

Un accurato studio clinico può permettere di differenziare le diverse situazioni psichiche che possono determinarsi in seguito alla morte di un congiunto, a volte rappresentate da un semplice periodo di sofferenza e di disagio psico-sociale, altre volte da un lungo periodo di depressione, astenia, isolamento, ovvero, ancora, da una strutturazione definitiva di disturbi psicopatologici, e ciò in modo armonico e proporzionale con la personalità premoribosa del singolo danneggiato, al di là di una semplicistica e diretta rapportabilità della gravità delle conseguenze con l’entità dell’evento traumatico.

Anche nei casi in cui preesistono disturbi psicopatologici, specie della sfera depressiva, non può e non deve essere confuso e sovrapposto quanto rapportabile all’evento luttuoso da quanto indipendente dallo stesso, sia a livello di personalità di base, sia a livello di vera e propria sofferenza psicopatologica.

In questo difficile campo di indagine si riafferma, dunque, la necessità di una valutazione clinica consapevole del fatto che ogni evento psicolesivo può assumere un diverso valore a seconda del significato che gli viene attribuito dal danneggiato, che risponde sempre in modo “armonico” con le proprie predisposizioni di base ed attraverso l’interazione con eventuali precedenti “disturbi”, nella specifica realtà del singolo caso.

Per la dimostrazione del nesso di causa, come già ripetutamente affermato, l’utilizzo acritico dei criteri “cronologico”, di “continuità fenomenologica”, di “efficienza lesiva” e di “esclusione di altre cause”, per non parlare dell’improponibile criterio “topografico”, può portare a confuse semplificazioni piuttosto che a dimostrate seppur complesse esplicazioni.

Ciò non deve esimere dall’applicazione di una corretta metodologia medico-legale nello studio di questi casi, al fine di giungere a valutazioni clinicamente e scientificamente accettabili e ripetibili, che consentano realmente di dimostrare gli spazi di genuinità del disturbo che si è sviluppato e che permettano la costruzione di un ponte a ritroso tra tale condizione e

l'evento traumatico, tenendo in specifico conto la preesistente personalità, la qualità di vita e lo stile relazionale dell'individuo.

I dati della nostra casistica suggeriscono al medico legale di non basarsi più di tanto su eventuali referti di cure mediche o psicologiche, in quanto risulta chiara l'assenza di proporzionalità tra rilevanza del disturbo e richiesta di cure, ed evidenziano come la famiglia della vittima debba considerarsi la più importante risorsa cui attingere elementi preziosi ai fini della comprensione ed anche della spiegazione causale, in quanto le caratteristiche della famiglia e le specifiche dinamiche che si innescano in seguito al lutto spesso assumono un ruolo fondamentale nel determinismo del decorso e della significazione e peculiarità del lutto della vittima e del gruppo familiare nel suo complesso.

Nello specifico di questi casi il medico legale, con l'aiuto dei più idonei specialisti (psichiatri e psicologi) deve comunque considerare l'importanza essenziale del momento diagnostico, e cioè del momento oggettivo della conoscenza del percorso fisiologico ed eventualmente patologico della reazione psichica da lutto, in quel singolo e specifico individuo.

Una diagnosi corretta, in termini descrittivi, circostanziati, fenomenologici e dimensionali, deve rappresentare il sigillo essenziale ed irrinunciabile su cui fondare e costruire un adeguato discorso medico legale.

Una corretta diagnosi non può prescindere, lo si ripete, da una accurata individuazione della personalità premorbose di ogni individuo, in quanto ciascun tipo di personalità *“imprime il proprio sigillo sull'oscillazione depressiva od espansiva”* (Stanghellini, 1997) ed è chiaro che nei casi d'interesse medico legale il legame tra personalità e patologia rappresenta anche un forte elemento di obiettivazione e dimostrazione del nesso di causa. Al proposito non può dimenticarsi che gli antropofenomenologi hanno sottolineato l'importanza del concetto di *“vulnerabilità”*, come elemento cruciale nella dialettica *“diatesi-stress”*. Definendo il concetto di *“vulnerabilità endotimica”*, Stanghellini (1997) postula l'esistenza di un *“continuum di stati affettivi, che congiunge le fisiologiche oscillazioni timiche, ad una estremità, con le disposizioni del temperamento e con i disturbi affettivi nella loro piena espressione clinica, dall'altra estremità”*.

Da un punto di vista nosografico è stato ampiamente sottolineato che il DSM-IV-TR non riconosce uno spazio categoriale definito entro cui inscrivere i disturbi conseguenti al fallimento dell'elaborazione del lutto (Disturbo da Lutto Complicato) e che in questi casi è perciò frequente il ricorso alle categorie meno specifiche del Disturbo Depressivo Maggiore, del Disturbo Distimico, del Disturbo Post-Traumatico da Stress, dei Disturbi dell'Adattamento, del Disturbo d'Ansia Generalizzato o da Separazione, con possibili conseguenze erranee sia sul piano della comprensione reale del disturbo, sia sul piano della valutazione quantitativa del danno.

La questione diagnostica, che ovviamente viene dibattuta soprattutto dai clinici, interessa e coinvolge anche il medico-legale impegnato in questo campo di valutazione, stante la consuetudine (su cui forse in dottrina dovrebbe essere riaperta la discussione) di utilizzare il Manuale diagnostico dell'APA come strumento in grado di definire diagnosi oggettive e ripetibili e, soprattutto stante l'uso spesso strumentale della definizione nosologica ai fini della quantificazione del danno biologico.

In tutti questi casi occorre senz'altro giungere ad una diagnosi circostanziata e nosograficamente riconoscibile, ma ciò potrà e dovrà aiutare il medico legale più per un corretto riconoscimento del nesso di causa che per una valutazione quantitativa del danno, che sarà comunque relativa alla dimostrazione delle menomazioni del soggetto nelle sue varie sfere di competenza e di vita quotidiana, indipendentemente dalla diversa categoria diagnostica che è stata utilizzata, a semplici fini di classificazione ed, a volte, in modo "forzato" se non unicamente "strumentale".

La presentazione dei dati di questa nostra casistica medico-legale, pur nella sua ristrettezza numerica, può comunque fornire lo stimolo per una più concreta discussione dei criteri da considerare per formulare un parere valutativo in merito alla dimensione del danno biologico, nei casi in cui la morte del congiunto abbia realmente menomato la capacità di un individuo di progredire verso nuovi traguardi di vita, di recuperare nuovi significati ed aspettative nel futuro, di sentirsi adeguato e soddisfatto nel suo percorso esistenziale.

Bibliografia

- BANDINI T., (2006): "Il danno psichico da lutto" in *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, (a cura di Volterra V.), Masson, Milano.
- BANDINI T., LAGAZZI M. (2000): *Lezioni di psicologia e psichiatria forense*, Giuffrè, Milano.
- BARNI M. (1998): "Il danno biologico da morte: profili medico legali", in "Il danno alla persona: tutela civilistica e previdenziale a confronto", Atti del Convegno a cura della Scuola di Sanità Militare, Firenze.
- BARBIERI C. (2002): "Riflessioni propedeutiche alla valutazione psichiatrico forense del c.d. danno da lutto", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3-4.
- BIERHALS A.J., PRIGERSON H.G., FRANK E., REYNOLDS C.F., FASICZKA A., MILLER M.D., (1995): "Gender differences in complicated grief among the elderly", *Omega: Journal of Death & Dying*, 32.
- BOWLBY J. (1963): "Pathological mourning and childhood mourning", *Journal of Psychoanalytic Association*, 11.
- BOWLBY J. (1980): "*Attachment and Loss, 3: Loss, sadness and depression*" Basic Book, New York (trad. it. "Attaccamento e Perdita, 3: La perdita della madre", Bollati Boringhieri, Torino, 1983).
- BRONDOLO W., MARIGLIANO A. (1996): *Il Danno Psichico*, Giuffrè, Milano.
- BUCARELLI A., CAFINI D., TANDA A. (1996): "Ulteriori considerazioni sul danno da morte in tema di responsabilità civile", *Jura Medica*, n. 2.

- BUZZI F (2001): "I danni 'riflessi' e la medicina legale", *Responsabilità civile Prev.*, 6.
- BUZZI F, VANINI M. (2006): *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*. Giuffrè, Milano.
- CARR D., JAMES S. HOUSE, RANDOLPH NESSE, CAMILLE WORTMAN, "Forewarning of Spouse's Death and Psychological Adjustment to Widowhood among Older Adults", *PSC Research Report* No. 00-462. November 2000.
- CARTA I., GALVANO G., POTENZIO F (1996): "La personalità" in: *Il danno psichico* (a cura di Brondolo e coll.). Giuffrè, Milano.
- CATANESI R., TROCCOLI G., RINALDI R., (1998): "La valutazione medico-legale della «reazione psicogena ad avvenimenti»", *Zacchia*, 2.
- DE FAZIO F. (1997): "Danno da morte di un congiunto o meglio danno da lutto?", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n. 6.
- FARNETI A. (1996): *Prefazione* al volume "Danno Psichico" (a cura di BRONDOLO W., MARIGLIANO A.), Giuffrè, Milano.
- FINESCHI V., SALVINELLI R. (1988): "Le attuali competenze medico legali nella definizione del danno extra-patrimoniale", *Zacchia*, 61.
- FIORIA A. (1987): "La valutazione medico legale alla persona da responsabilità civile dopo la sentenza n. 184 del 30.6.86 della Corte Costituzionale: in mezzo al guado", *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 11.
- FREUD S. (1980): *Lutto e melanconia*, in *Opere*. Bollati Boringhieri, Torino.
- HIGGINS (2002): "Parental bereavement and religious factors", *The Journal of Death and Dying*, 45.
- HOLMES T.H., RAHE R.H. (1967): "The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*, 11.
- HOROWITZ M.J., SIEGEL B., HOLEN A., BONANNO G.A., MILBRATH C., STINSON C.H. (1997): "Diagnostic criteria for complicated grief disorder", *American Journal of Psychiatry*, 154.
- JACOBS S.C. (1983): *Pathologic Grief: Maladaptation to Loss*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- LINDEMANN E. (1944): "Symptomatology and Management of Acute Grief", *American Journal of Psychiatry*, 151.
- MACIAS C., JONES D., HARVEY J., BARREIRA P., HARDING C., RODICAN C. (2004): "Bereavement in the context of serious mental illness", *Psychiatric Service*, 55.
- MAZURE C., BRUCE M., MACIEJEWSKI P., JACOBS S.C. (2000): "Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response", *American Journal of Psychiatry*, 157.
- MERZAGORA I., MORINI O. (1996): "Il danno alla salute dei congiunti superstiti o dei congiunti del gravemente leso", in: *Danno Psichico* (a cura di BRONDOLO W. e MARIGLIANO A.). Giuffrè, Milano.
- MIDDLETON W., BURNETT P., RAPHAEL B., MARTINEK N. (1996): "The bereavement response: a cluster analysis", *British Journal of Psychiatry*, 169.
- PARKES C.M. (1975): "Determinants of outcome following bereavement", *Omega: Journal of Death & Dying*, 6.
- PARKES C.M. (1980): *Il lutto: studio sul cordoglio negli adulti*. Feltrinelli, Milano.
- PARKES C.M. (1986): *Bereavement*. Tavistock Publications, London.
- PARKES C.M. (2006): "Symposium on complicated grief", *Omega: Journal of Death & Dying*, 52.
- PRIGERSON H., MACIEJEWSKI P., REYNOLDS C.F., BIERHALS A.J., NEWSOM J.T., FASICZKA A., FRANK E., DOMAN J., MILLER M. (1995): "Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss", *Psychiatry Research*, 59.

- PRIGERSON H., BIERHALS A., KARL S.V., REYNOLDS C.F., SHEAR M.K., DAY N., BEERY L.C., NEWSOM J.T., JACOBS S. (1997): "Traumatic grief as a risk factor for physical and mental morbidity", *American Journal of Psychiatry*, 154.
- PRIGERSON H., MACIEJEWSKI P. (2006a): "A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V", *Omega: Journal of Death & Dying*, 52.
- PRIGERSON H., VANDERWERKER L.C. (2006): "Final Remarks", *Omega: Journal of Death & Dying*, 52.
- RANDO T. (1992): "The increasing prevalence of complicated mourning: The onslaught is just beginning", *Omega: Journal of Death & Dying*, 26.
- RAPHAEL B. (1977): "Preventive intervention with the recently bereaved", *Archives of General Psychiatry*, 34.
- RAPHAEL B. (1983): *The anatomy of bereavement*. Basic Books, New York.
- RAPHAEL B., MARTINEK N., (1997): "Assessing traumatic bereavement and Posttraumatic Stress Disorder", in *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (a cura di WILSON J.P., KEANE T.M.). Guilford, New York.
- RICCI P., TARZIA P., MAURELLI G. (1999): "Profili medico legali ed assicurativi in tema di danno psichico", in "Danno Psichico, lutto e stress, profili medico legali ed assicurativi", Casanova, Parma.
- SHEAR K., FRANK E., HOUCK P.R., REYNOLDS C.F. (2005): "Treatment of complicated grief", *JAMA*, 21.
- STANGHELLINI G. (1997): *Antropologia della vulnerabilità*. Feltrinelli, Milano.
- STROEBE W., STROEBE M., SCHUT H. (2001): "Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review" in *Handbook of Bereavement Research*, (a cura di STROEBE M., HANSON R., STROEBE W., SCHUT H.). American Psychological Association. Washington.
- SURTEES PG., WAINWRIGHT N. (1999): "Surviving adversity: event decay, vulnerability, and the onset of anxiety and depressive disorder", *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249.
- TAVANI M., FRANZIA A., POLO L. (1993): "Sul danno morale e sul danno biologico agli aventi diritto per la morte del congiunto: considerazioni medico legali", *Archivio di medicina legale e delle assicurazioni*, 14.
- UMANI RONCHI G., BOLINO G. (1992): "Il danno biologico da uccisione, aspetti medico legali", *Jura Medica*, 2.
- VECCHIONE V., IACOVIELLO P.G., VISAGGI G., APRILE L. (2004): "Il danno psichico e la valutazione in ambito Inail: il D.L. 38/00 necessità e proposte", in *Atti del V Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale*, S. Margherita di Pula.
- WALSH K., KING M., JONES L., TOOKMAN A., BLIZARD R. (2002): "Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study", *BMJ*, 324.

