

POST-INTERVENTO NEL SUICIDIO

Scocco P, Frasson A, Costacurta A, Donà M, Pavan L

Ogni anno nel mondo vi sono circa un milione di decessi per suicidio. E' stato stimato che, per ogni suicida sei persone a lui vicine cadano in un profondo sconforto (Shneidman, 1969).

I primi studi sul processo del lutto conseguente ad un suicidio sembravano evidenziarne una maggiore complessità rispetto a quello vissuto per altre tipologie di morte. Ricerche più recenti, tuttavia, hanno chiarito che il lutto per un suicidio non è necessariamente più grave di un altro, sebbene presenti delle caratteristiche peculiari (McIntosh, 1993; Jordan, 2001). Alcune ricerche suggeriscono che nei sopravvissuti di un suicidio è più elevato il rischio di sviluppare una depressione, più frequente la comparsa di ideazione suicidaria, e maggiore l'incidenza di patologie acute e croniche (Hall et al., 2001). Il lutto ha inizio immediatamente dopo la morte di una persona significativa e i segni e sintomi più tipici sono la tristezza, il ricordo reiterato della persona deceduta, il pianto, l'irritabilità, l'insonnia, la difficoltà a concentrarsi e a svolgere le attività quotidiane. Il processo di elaborazione della perdita dura solitamente alcuni mesi, tuttavia può sfociare in un disturbo depressivo o in un lutto complicato che richiedono un trattamento (Florez, 2002).

Le persone che vivono un lutto non richiedono, in genere, un'assistenza psichiatrica e un invio improprio in tal senso può generare la credenza che provare dolore per la perdita di una persona cara sia innaturale e l'intero processo rischia quindi di venire "patologizzato".

Le fasi del lutto

Il lutto prevede una serie di passaggi che, se adeguatamente completati, conducono al ristabilirsi di un equilibrio e alla cessazione del vissuto di intenso dolore.

Bowlby, Parkes ed Engel hanno proposto le seguenti 4 fasi: la *fase dello shock* (fase iniziale di intensa disperazione, negazione, rifiuto e collera che può durare pochi istanti oppure alcuni giorni); la *fase del desiderio e della ricerca* della persona perduta (che può durare mesi o addirittura anni); la *fase della disorganizzazione e della disperazione*, in cui la realtà della perdita comincia a consolidarsi e il sopravvissuto fatica a vivere nel proprio ambiente, diviene apatico, indifferente, demotivato; infine

la *fase della riorganizzazione*, in cui gli aspetti più dolorosi del lutto cominciano ad alleviarsi e l'individuo prova la sensazione di ritornare a vivere (Bowlby, 1980; Parkes, 1970; Engel, 1962).

I compiti del lutto

Secondo Worden (1991), il soggetto in lutto dovrebbe essere in grado di assolvere a dei *compiti* che permettono di accelerare il processo di ripresa e che possono essere così riassunti:

- 1) accettare la realtà della perdita;
- 2) lavorare sul dolore;
- 3) limitare la presenza nell'ambiente di oggetti che ricordino il defunto;
- 4) disinvestire la relazione con il defunto a favore di altre relazioni.

Il compito del consulente è quello di aiutare il soggetto in lutto a trovare il posto più appropriato per il defunto all'interno della propria vita emozionale senza cancellare la relazione con la persona deceduta.

Lutto e depressione

Molte manifestazioni del lutto normale possono mimare una sindrome depressiva e, d'altra parte, il processo doloroso può sfociare in una depressione clinica.

Le principali differenze tra lutto e disturbo depressivo sono le seguenti:

- nel lutto non v'è perdita di autostima che, invece, viene comunemente riscontrata nella depressione;
- nel lutto eventuali sensi di colpa vengono sempre associati a qualche aspetto specifico della perdita piuttosto che a un generale senso di colpevolezza;
- le alterazioni dell'umore nella depressione sono tipicamente persistenti mentre il lutto è caratterizzato da transitorie fluttuazioni del tono dell'umore. (Kaplan, 1999).

Cause determinanti l'intensità del lutto

La ricerca dell'Harvard Bereavement Study ha identificato alcuni parametri che possono influire sull'intensità del dolore provato da una persona in lutto (Parkes & Weiss, 1983). Per prevedere la risposta di una persona ad un lutto sarà necessario, in primo luogo, indagare la specifica relazione con il defunto e, in particolare, l'intensità del legame, la sicurezza fornita dal legame, l'eventuale ambiguità nella relazione e i conflitti col defunto. Non tutte le tipologie di morte, inoltre, producono lo stesso effetto sulle persone. Schematicamente, è possibile far riferimento a 4 principali modalità di decesso: naturale, accidentale, per suicidio od omicidio. Secondo alcune ricerche, il sopravvissuto di un suicidio vive un particolare e assai difficile processo doloroso. Anche i giovani sopravvissuti di una morte improvvisa necessitano di un periodo più lungo (uno o due anni) per elaborare la perdita. (Parkes & Weiss, 1983). La reazione ad un lutto, poi, è influenzata dall'evoluzione di lutti precedenti e da pregressi episodi di depressione.

Bowlby inoltre, sottolinea l'importanza della personalità del sopravvissuto nella reazione alla perdita (Bowlby, 1980). Le variabili più significative sono: l'età e il sesso della persona; la capacità di manifestare i sentimenti, di gestire l'ansia e di affrontare le situazioni stressanti, il grado di dipendenza dagli altri e le eventuali difficoltà a stabilire delle relazioni; le diagnosi di disturbo di personalità borderline o narcisistica.

Il background sociale, etnico e religioso del sopravvissuto, il grado di supporto morale e sociale, la possibilità di un guadagno secondario (ad es. l'incremento o il rafforzamento della propria rete relazionale), i cambiamenti e altri tipi di crisi concomitanti alla morte del soggetto sono ulteriori variabili in grado di modulare l'intensità del dolore di una persona in lutto.

Il lutto complicato

Uno degli aspetti più complessi del lutto, non ancora completamente chiariti, è quello che si riferisce alla differenza fra la modalità normale e quella patologica. Gli autori che si sono occupati di questo argomento non sono stati in grado di precisare quali fossero i fattori specifici che condizionano l'uno o l'altro aspetto. Persino la scelta dei termini utilizzati per definirli ha suscitato controversie, tanto è vero che, in inglese, alcuni autori insistono nel restringere la denominazione *mourning* (lutto) al lutto patologico, riservando il termine *grief* (dolore) alla reazione considerata normale. Per altri autori, il termine *mourning* dovrebbe essere limitato ai processi che hanno un'evoluzione favorevole. Bowlby, invece, sottolinea che il termine *grief* indica soltanto la sequenza delle condizioni soggettive che fanno seguito alla perdita e accompagnano il lutto, mentre *mourning* include tutto il processo psicopatologico provocato dalla perdita dell'oggetto. Si è assai insistito sulla differenza qualitativa fra l'aspetto normale e quello patologico del lutto, basata sull'intervento di diversi meccanismi di difesa o sul differente funzionamento degli stessi. Così, per esempio, sul fondamento di Freud, si è osservato che nel lutto normale la libido è ritirata dall'oggetto amato perduto e spostata su un altro oggetto, mentre nel lutto patologico la libido rimane orientata verso l'Io, in cui si produce l'identificazione con l'oggetto. Altri analisti, fra cui la Klein, sostengono che la differenza è solo di livello, dovendosi valutare sostanzialmente soltanto l'aspetto quantitativo (Grinberg, 1971).

Secondo Bowlby (1977) si possono individuare tre fasi importanti in ogni lutto. Nella prima esiste l'urgenza di recuperare l'oggetto perduto; il pianto, la rabbia e l'accusa sono espressioni di tale urgenza. La seconda fase consiste nella dolorosa incapacità di iniziare o mantenere una condotta organizzata. Corrisponde ad una fase depressiva e viene considerata dall'autore come una funzione di adattamento in cui si tende a rompere i vecchi modelli di comportamento connessi all'oggetto perduto per poter stabilire modelli nuovi. Nella terza fase, la capacità di tollerare la depressione è caratteristica della persona sana. Queste tre fasi sono state da lui chiamate rispettivamente: Protesta, Disperazione e Separazione. Bowlby suggerisce che il persistente tentativo di unione con l'oggetto definitivamente perduto rappresenta il motivo principale del lutto patologico.

Molto schematicamente, possiamo parlare di lutto complicato quando la durata del lutto risulta eccessiva e non conduce ad una conclusione soddisfacente (*lutto prolungato* o *reazione cronica* al lutto), quando la presenza di sintomi comportamentali o somatici non viene attribuita alla perdita della persona (*lutto mascherato*), quando si assiste ad un'intensificazione della risposta al dolore che opprime la persona e crea un disadattamento (*lutto eccessivamente doloroso*) e quando la risposta di dolore sembra essere stata inibita, soppressa o posticipata (*lutto ritardato*) (Worden, 1991).

Lazare (1979) ha individuato una serie di indizi che, pur non essendo patognomonicamente, possono far sospettare la presenza di un lutto irrisolto. In tale situazione, infatti, la persona non è in grado, generalmente, di parlare del defunto senza provare un intenso e immediato dolore, anche se la morte è avvenuta anni prima (*primo indizio*); alcuni eventi minori, inoltre, scatenano un'intensa reazione dolorosa (*secondo indizio*). Si può notare, ancora, che argomenti inerenti la perdita emergono spontaneamente durante l'anamnesi (*terzo indizio*) e che compare una certa riluttanza a spostare gli oggetti appartenuti al defunto (*quarto indizio*). I pazienti tendono a sviluppare sintomi fisici simili a quelli del defunto prima della morte (*quinto indizio*) e alcuni attuano cambiamenti radicali nelle loro vite escludendo parenti, amici o tutto ciò che possa ricordare la persona scomparsa (*sesto indizio*).

Anche la persona che, dopo la morte di un congiunto, prova uno stato di improvvisa euforia (*settimo indizio*) o manifesta una spinta compulsiva ad imitare il defunto nel tentativo di compensarne la perdita (*ottavo indizio*), può in realtà presentare un lutto irrisolto.

Il terapeuta può sospettare la presenza di un lutto patologico qualora emergano impulsi autodistruttivi (*nono indizio*), fobie per le malattie o per la morte (spesso correlate al tipo di malattia e morte che hanno colpito il defunto, *decimo indizio*) e un'indescrivibile tristezza che tende a ripresentarsi sempre in particolari momenti dell'anno, come vacanze e anniversari (*undicesimo indizio*).

Infine, la conoscenza dei comportamenti manifestati dal soggetto dopo la morte della persona cara (ad es. il rifiuto di partecipare ai riti funebri) può fornire un ulteriore aiuto nel determinare la possibile presenza di un lutto irrisolto (*dodicesimo indizio*).

Il lutto in caso di suicidio

Alcuni studi sostengono che i soggetti in lutto per un suicidio presentano più somiglianze che differenze rispetto a coloro che si trovano in lutto per altre tipologie di morte, soprattutto se accidentale e improvvisa (Van der Waal, 1990). Tuttavia i primi possono presentare un recupero più lento nei due anni successivi al decesso (Farberow et al, 1992) poichè chi è coinvolto in un lutto per suicidio non deve confrontarsi solamente con la perdita, ma anche con la vergogna, la paura, il rifiuto, la rabbia e i sensi di colpa.

Altri aspetti peculiari sono rappresentati dalle tematiche che emergono, dal processo sociale che i sopravvissuti devono affrontare, e dal differente impatto che un suicidio ha sull'equilibrio familiare rispetto ad un altro tipo di morte (Jordan, 2001). I sopravvissuti di un suicidio si interrogano più di altri sui temi che scaturiscono da domande come:

- Perché lo ha fatto?
- Perché non sono intervenuto in tempo?
- Come ha potuto farmi questo?

Numerosi studi hanno rilevato ancora che i sopravvissuti al suicidio percepiscono frequentemente vissuti di responsabilità per quanto accaduto, una maggior difficoltà a capire il senso della morte e una maggior sensazione di essere stati rifiutati. (Jordan, 2001; Grad and Zavasnik, 1996; Reed and Greenwald, 1991; Silverman et al., 1986)

Tra i sentimenti specifici provati da un sopravvissuto di un suicidio, la **vergogna** è uno dei predominanti. Lo stigma associato al suicidio viene spesso vissuto con vergogna dai familiari del suicida e ciò, oltre a minare l'unità familiare, può favorire l'inibizione delle relazioni interpersonali e la creazione da parte degli stessi familiari di un proprio isolamento sociale. (Séguin et al. 1995a)

Anche la **colpa** è un sentimento comune ai sopravvissuti di un suicidio. Essi possono sentirsi in qualche modo responsabili per il gesto compiuto e spesso si interrogano a lungo sulle precauzioni che avrebbero potuto adottare per evitare il suicidio della persona cara (Clark and Goldney, 2000). Il senso di colpa è particolarmente importante nei casi in cui la morte, avvenuta in un contesto di forte conflittualità tra il defunto e il sopravvissuto, genera sollievo nei sopravvissuti (Worden, 1991). Alcune persone gestiscono il senso di colpa proiettandolo sugli altri e incolpando costoro per la morte. Trovare qualcuno da **incolpare** può essere un tentativo di ridare un senso a qualcosa che non si riesce a comprendere e di esprimere la rabbia legata alla percezione del gesto come un ripudio. (Hawton, 2003). Anche la **paura** è un riscontro abituale dopo un suicidio. Farberow e colleghi (1987) hanno riscontrato alti livelli di ansia nei sopravvissuti in seguito ad un suicidio, rispetto a quelli associati a una morte naturale. Un sentimento spesso presente, ma poco consapevole e poco accettato, è l'**aggressività** verso chi se ne andato: è ormai conosciuto che l'atto suicida è un evento terribilmente distruttivo per coloro che rimangono in vita (Gabbard, 2002), ed è più che naturale che il dolore sia spesso accompagnato anche da **rabbia**, sentimento peraltro poco ammissibile sia a se stessi che agli altri. Un altro fenomeno caratteristico è la **distorsione cognitiva**: i sopravvissuti tendono a considerare la morte come accidentale e non come un suicidio. Questo comportamento può rivelarsi utile a breve termine, ma nel lungo periodo non risulta vantaggioso.

La **ricerca di una ragione** che giustifichi il suicidio è un altro fenomeno comune. I familiari esaminano gli eventi e le reazioni che hanno portato alla morte e indagano sul particolare stato emotivo del deceduto (Fine, 1997). Possono nascere domande, ad esempio sulle pressioni esterne agenti sulla persona scomparsa, o sulle cause dell'interruzione della comunicazione, o sul rifiuto di un loro aiuto. Questi interrogativi dolorosi possono contribuire a una “**crisi di valori**”. Van der Waal (1989) usa questo termine per descrivere il rapido declino dell'autostima e la confusione sui valori esistenziali e personali. Durante il lutto **pensieri autosoppressivi** sono comuni e possono riflettere il desiderio di ricongiungersi al deceduto e di chiudere le questioni rimaste aperte, oppure possono essere dovuti ad uno stato depressivo. I timori per la possibilità di un altro suicidio in famiglia possono causare ulteriori complicazioni. L'aumento del rischio di suicidio tra i familiari e i conoscenti di un suicida è stato ricondotto principalmente a 3 fattori (Krysinska KE, 2003):

- 1) il dolore provato dai sopravvissuti
- 2) *clusterizzazione* e patti suicidari (per *clusterizzazione* si intende un raggruppamento di suicidi e/o tentativi di suicidio che si verificano in una data comunità con una frequenza maggiore nel tempo e nello spazio rispetto alla norma. Per “patto”, invece, si intende un mutuo accordo di suicidio in determinate circostanze).
- 3) Conseguenze delle descrizioni di un suicidio da parte dei mass media.

Infine, anche se cronologicamente è il primo evento, vi può essere lo **shock** relativo alla scoperta del cadavere, che può generare emozioni ricorrenti e di lunga durata.

Le reazioni che avvengono a seguito di una morte per suicidio sono quindi molto complesse e mutano con il passare del tempo. Non è raro che il livello di dolore si mantenga elevato per parecchi anni come dimostrato da diversi studi sui coniugi di persone morte suicide in cui è stata rilevata la presenza di dolore significativo fino a due anni e mezzo dopo il lutto (Farberow et al.,1992), e in cui, a 4 anni, il 20% considera il proprio miglioramento solamente come “discreto” o “scarso” (Zisook e Shuchter, 1986).

Quando il sopravvissuto è un operatore

Si stima che circa la metà degli psichiatri e psicoterapeuti debbano affrontare, durante la loro carriera, la perdita di un paziente per suicidio. (Chemtob et al, 1988)

Gli studi volti ad esplorare l'impatto di tale evento su questi professionisti hanno evidenziato che il pattern emozionale evocato risulta sovrapponibile a quello vissuto da familiari e amici di un suicida.

In particolare emerge che, immediatamente dopo aver appreso del suicidio di un paziente, i vissuti più frequenti sono rappresentati dallo *shock* e dall'*incredulità*. Una volta superata questa prima fase la maggior parte dei terapeuti inizia a provare un profondo *dolore* seguito spesso da un disturbante *sensò di colpa* (associato a pensieri intrusivi e comportamenti di evitamento) e dal *timore* di poter essere accusati o coinvolti in un'azione legale.

Non è raro, poi, che si manifestino sentimenti di *rabbia* verso il paziente suicida per la sensazione di essere stati rifiutati e traditi e che le proprie abilità terapeutiche, indipendentemente dall'esperienza accumulata, vengano messe in discussione. Non bisogna dimenticare, inoltre, che il suicidio di un paziente può costringere i terapeuti a confrontarsi con importanti vissuti di *vergogna e di imbarazzo* sebbene per alcuni tale evento rappresenti una sorta di "rito di passaggio" il cui superamento testimonia la solidità del terapeuta e la sua idoneità a svolgere la professione. (Hendin et al, 2000; Gitlin, 1999).

Per poter affrontare adeguatamente il suicidio di un paziente è importante contrastare il senso di isolamento parlando con familiari, amici e colleghi. Anche un'autopsia psicologica ben condotta può contribuire a ridurre l'isolamento caratteristico dell'esperienza purchè non degeneri in una discussione critica e giudicante. A volte nel terapeuta nasce un desiderio di "riparazione" che si concretizza tipicamente nell'aiuto ad altri terapeuti che possono trovarsi nella stessa situazione. (Gitlin, 1999)

Il post intervento

Il termine *postvention* (post intervento) fu coniato da Shneidman nel 1971 per descrivere il sostegno fornito a coloro che hanno perduto una persona cara. Può venire inteso come la possibilità di attuare un intervento indirizzato alle persone che sopravvivono al suicidio, coloro che vengono comunemente indicati come i "sopravvissuti".

Come si è visto, nel lutto vi sono diverse reazioni (rabbia, tristezza, distacco) che possono essere considerate normali. Molti sono in grado di affrontare questi stati d'animo e di assolvere ai quattro compiti dell'elaborazione del lutto riuscendo così ad emergere dalla sofferenza (Worden, 1991), altri incontrano maggiori difficoltà e ciò

può compromettere la possibilità di tornare a una vita normale. L'intervento professionale deve essere modulato in base alla tipologia del lutto: in caso di lutti non complicati una *consulenza* può permettere di conseguire un miglioramento in un breve lasso di tempo, mentre in lutti complicati o sindromi depressive di rilevanza clinica è necessario l'impiego di *modelli psicoterapici* e, a volte trattamenti farmacologici.

La consulenza nel lutto

Il principale obiettivo della consulenza è quello di accompagnare e sostenere la persona in lutto allo scopo di facilitare il processo di elaborazione della perdita.

Secondo Parkes (1983) esistono tre categorie di consulenti: a) medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali; b) volontari debitamente istruiti da professionisti; c) gruppi di autoaiuto, con o senza il supporto di professionisti.

Procedure e regole della consulenza Esistono alcune regole e procedure (Tab. 1) che possono favorire il processo doloroso e che, debitamente seguite, possono essere d'aiuto al consulente per condurre il paziente a lavorare su una situazione di dolore acuto (Worden, 1991).

Tab. 1 La consulenza nel lutto: procedure e regole

- 1: acquisire una più completa coscienza della perdita
- 2: individuare ed esprimere i sentimenti
- 3: riuscire a vivere senza il defunto
- 4: ricollocazione del defunto all'interno della propria vita affettiva
- 5: prevedere una durata del lutto
- 6: psicoeducazione sul processo del lutto
- 7: accettare le differenze tra gli utenti
- 8: fornire un supporto continuo
- 9: esaminare i meccanismi di difesa e i pattern di attaccamento e strategie di coping
- 10: riconoscere le patologie e indirizzare a uno specialista

E' frequente che, alla scomparsa di una persona cara, venga utilizzato come primo meccanismo di difesa la *negazione* dell'evento. Anche in caso di morte prevedibile e/o attesa, è possibile che emerga un vissuto di irrealtà, come se non fosse veramente accaduto. In tal caso il consulente può accompagnare il soggetto all'acquisizione di una più completa coscienza della perdita e della sua irreversibilità e può facilitare l'espressione di sentimenti particolarmente problematici (rabbia, colpa, ansietà ed impotenza).

Talvolta può essere fornito un aiuto alle persone che, trovandosi a vivere un lutto, non si sentono più in grado di affrontare le problematiche quotidiane che, in precedenza, venivano gestite soprattutto dal defunto. Il consulente, inoltre, favorendo un disinvestimento graduale del rapporto con la persona deceduta e una nuova collocazione nella vita affettiva di chi rimane, permetterà al soggetto in lutto di proseguire la propria esistenza e di instaurare nuove relazioni.

Il processo del lutto, in quanto volto a sciogliere i legami con una persona importante, può rivelarsi estremamente doloroso. E' necessario, pertanto, rispettare i tempi di ciascuna persona e rassicurarla fornendo delle chiare informazioni riguardo alle reazioni e ai comportamenti tipici di questa fase, senza dimenticare che le risposte individuali risultano estremamente variabili.

Una buona assistenza al processo del lutto richiederebbe, infine, la disponibilità ad un supporto continuativo (almeno nelle fasi iniziali) e la conoscenza dei meccanismi di difesa che il soggetto utilizza o ha utilizzato per affrontare situazioni di perdita e di abbandono.

Nel caso in cui le problematiche della persona che sta vivendo il lutto dovessero sfociare in un disturbo clinicamente significativo, si rende necessario l'intervento di uno specialista.

Consulenza del lutto in gruppi

La consulenza del lutto può essere effettuata anche attraverso un gruppo. Questa non solo si rivela molto efficace, ma offre altresì il supporto emozionale che la persona sta cercando. La formazione di un gruppo richiede l'individuazione di obiettivi precisi (supporto emozionale, educazione, o scopi sociali), di un tipo di strutturazione (durata limitata o illimitata) e di una logistica (numero dei componenti, durata e numero degli incontri). La formulazione di alcuni criteri di inclusione è importante affinché il gruppo risulti omogeneo e comprenda pertanto persone che abbiano subito perdite simili. E' opportuno non reclutare utenti che siano in lutto da meno di sei settimane e bisogna porre particolare attenzione nell'escludere i soggetti con seri problemi emozionali o patologie gravi per i quali risulterà più utile una terapia individuale (McIntosh, 1993).

La terapia nel lutto

Nella terapia del lutto, l'obiettivo è quello di individuare e risolvere i conflitti interni e le problematiche di separazione che impediscono il completamento delle fasi del lutto. Tale terapia risulta più appropriata nelle seguenti situazioni:

- 1) lutto prolungato
- 2) lutto mascherato, in cui i sintomi comportamentali o somatici non vengono attribuiti alla perdita della persona
- 3) lutto eccessivamente doloroso
- 4) lutto ritardato (la risposta di dolore sembra essere stata soppressa) (Worden, 1991)

In una terapia di tipo individuale è importante stabilire il numero degli incontri e la loro durata. Durante questi incontri, in genere sufficienti per l'elaborazione del lutto, possono emergere problematiche più complesse che richiedono una prosecuzione del trattamento.

Secondo Worden (1991) è opportuno porre diagnosi differenziale con disturbi a livello somatico e esplicitare il setting e i contenuti che verranno affrontati durante la terapia (in particolare il rapporto del paziente con il defunto).

All'inizio è opportuno ricostruire un ricordo positivo del defunto affinché tale immagine sostenga il soggetto nel corso della terapia. Solo verso il termine del processo diventa possibile affrontare assieme al paziente anche gli aspetti relazionali negativi per permettergli di esprimere la quota di aggressività normalmente presente e finora negata.

E' fondamentale accertare quale dei quattro compiti dell'elaborazione del lutto non è stato completato e, una volta individuato il punto di *impasse*, aiutare il paziente ad affrontare e superare l'ostacolo.

Tra gli elementi che possono impedire il normale decorso del lutto figurano talora quegli oggetti che permettono di mantenere un legame con il defunto (una fotografia; un oggetto a portata di mano al momento della notizia della morte; una cosa appartenuta al defunto). Il loro significato è paragonabile a quello dell'*oggetto transizionale* per i bambini, la cui assenza scatena una forte ansia (Volkan, 1972, 1985). Questo fenomeno può essere iscritto all'interno di ciò che Volkan chiama "speranza cronica di riunione", giacché non tutti i soggetti realizzano subito l'irreversibilità della situazione (Volkan, 1972).

La rinuncia a ogni desiderio di ricongiungimento rappresenta l'auspicabile fase finale di un percorso lungo e complesso, all'interno del quale è importante soffermarsi anche sulle fantasie relative alla rinuncia al dolore.

Tecniche terapeutiche

In materia di assistenza al lutto, ferma restando l'assoluta priorità di una profonda comprensione empatica della persona, possono risultare utili alcuni accorgimenti tecnici riconducibili a differenti scuole di pensiero (tab. 2).

Tab. 2 Tecniche terapeutiche

- **Contenuto affettivo/emozionale**
- **Livello latente**
- **Astrazione genotipica**
- **Linguaggio evocativo**
- **Simboli**
- **Scrivere/Disegnare**
- **Ristrutturazione cognitiva**
- **Psicodramma**
- **Immaginazione diretta**
- **Tecnica della "sedia vuota"**
- **Tecnica del "gioco dei ruoli"**

Il terapeuta, ad esempio, dovrebbe permettere al paziente di discutere dei sentimenti, del carico affettivo correlati all'evento piuttosto che focalizzarsi solo sul "fatto" in sé. Dovrà inoltre porre attenzione a ciò che non viene chiaramente espresso, a ciò che costituisce il "livello latente" della conversazione. Potrebbe rivelarsi utile, inoltre, ricercare nella narrazione fornita dal paziente sulla sua storia personale, analogie, similitudini, sovrapposizioni con quanto sta sperando con il lutto attuale. Ciò permetterà di operare un'*astrazione genotipica* della vita psicologica del paziente che consenta al terapeuta di elaborare riflessioni utili sulla persona in cura (Pasnau, 1975). Il professionista, poi, dovrebbe privilegiare la scelta di espressioni e parole che permettano al paziente di affrontare la realtà della perdita e di esprimere, in particolare, i vissuti più dolorosi. Ci si può anche servire, a tal scopo, di foto, materiale epistolare, registrazioni audiovisive del defunto oppure della stesura di lettere rivolte alla persona scomparsa e diari quotidiani sull'esperienza di lutto. Il terapeuta dovrebbe altresì porre particolare attenzione nell'individuare, discutere e affrontare sentimenti disforici derivanti da idee irrazionali (ad es. la paura di non essere mai più amati da nessuno).

Altre strategie mutuata dal filone dello *psicodramma* prevedono la possibilità di creare una raffigurazione mentale del defunto a cui ci si può rivolgere esplicitamente, o di interloquire direttamente con lui attraverso la tecnica della “sedia vuota” (Worden 1991) o del “gioco dei ruoli”.

La psicoterapia interpersonale da sola o integrata con tecniche più strettamente comportamentali è specificatamente utilizzata per il superamento del lutto traumatico (Scocco et al, 2001, Shear et al, 2001). La tabella 5 riassume gli obiettivi da raggiungere e le strategie da seguire nella terapia del lutto.

Per un intervento individuale può essere indicata anche la Psicoterapia della Crisi Emozionale (PCE; Pavan e Banon, 1996; Pavan, 2003).

Tabella 5 Terapia del lutto in Psicoterapia Interpersonale

<i>Obiettivi</i>	Facilitare il processo del lutto Fare in modo che il paziente trovi nuovi interessi e stabilisca nuove relazioni
<i>Strategie</i>	Approfondire la relazione tra sintomi e perdita della persona cara Riorganizzare il rapporto tra il paziente e il defunto Descrivere la sequenza degli avvenimenti legati alla morte, anche precedenti o successivi ad essa, e le sue conseguenze Analizzare i sentimenti associati.

Modificata da Scocco et al., 2001

L’assistenza ai “sopravvissuti”

Le persone sopravvissute ad un suicidio tendono ad elaborare l’evento luttuoso in modo incompleto e posticipato rispetto ad altre tipologie di persone in lutto e rappresentano un gruppo a rischio per comparsa di problemi psicosociali e comportamenti suicidari. Tuttavia i programmi di intervento specificamente indirizzati a questa categoria di soggetti risultano estremamente scarsi. In molti casi i medici di base sono le prime figure coinvolte nell’assistenza ai sopravvissuti poiché conoscono, in genere, sia il defunto che la persona in lutto (Hawton, 2003). Anche amici e conoscenti possono rappresentare un’importante fonte di sostegno per i soggetti che stanno vivendo la perdita di una persona cara (specialmente se tale perdita è avvenuta per suicidio). Tale supporto può concretizzarsi innanzitutto in un aiuto di tipo economico (es. per il funerale), per la cura della casa e per i bisogni personali (Morris, 1968). In linea con il precedente lavoro di Morris sulle possibilità di intervento da parte di amici e conoscenti, Osterweis (1984) descrive sei aspetti in grado di garantire un buon sostegno ai sopravvissuti ad un suicidio (Hall et al, 2001):

- 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 cui eventualmente indirizzare la persona.

Farberow (1998) nel revisionare i 52 stati membri dell'Associazione Internazionale per la Prevenzione dei Suicidi (IASP), concluse che solo nel 27% dei casi esistevano dei programmi di intervento strutturati rivolti ai sopravvissuti (soprattutto gruppi di supporto sostenuti da fonti non governative e non professionali).

Le proposte assistenziali (individuali, di gruppo o familiari) possono spaziare dall'intervento di crisi e ai molteplici presidi psicoterapici e farmacologici, dai gruppi di autoaiuto a quelli di reinserimento sociale. Alcune persone in lutto preferiscono il supporto di soggetti che hanno vissuto un'esperienza analoga e vari gruppi di auto aiuto si sono costituiti proprio per questo motivo. Una revisione dei gruppi di supporto operanti negli USA ha stabilito che l'accesso avviene principalmente per accordo verbale e che esiste una penuria di servizi per determinate categorie, come bambini, adolescenti e alcuni gruppi etnici (Campbell, 1997; Rubey e McIntosh, 1996).

Il principio basilare della prevenzione terziaria è rappresentato dal tempestivo intervento sulle reazioni dei sopravvissuti volto a ridurre la morbilità e la mortalità conseguenti all'atto suicida, mentre gli obiettivi più importanti sono l'assistenza dei sopravvissuti nel processo di elaborazione del lutto, l'identificazione e la presa in carico dei soggetti che potrebbero essere a rischio di suicidio, la presentazione di accurate informazioni sul suicidio allo scopo di ridurre al minimo i fenomeni mimetici. (Hazell, 1993; Underwood and Dunne-Maxim, 1997)

La prevenzione a questo livello coincide, quindi, con le terapie tradizionali anche se è necessario porre particolare attenzione a evitare quell'isolamento sociale che risulta essere uno dei principali fattori esacerbanti il disagio delle persone in difficoltà.

A tal proposito, nella tab. 3 vengono elencati alcuni degli obiettivi specifici del post intervento per i sopravvissuti (Fizzotti-Gismondi, 1991)

Tab. 3 Obiettivi del post intervento

- fare riferimento alla persona e alla società
- operare sul territorio, sulle istituzioni, sulle relazioni sociali
- effettuare interventi multilaterali nella sfera del pubblico, del sociale, del giuridico, dell'economico, del sanitario, dell'etico, del religioso
- differenziare gli interventi: informazione, animazione del territorio, formazione, sensibilizzazione
- scoprire la dimensione partecipativa e relazionale di ogni intervento preventivo, con il coinvolgimento di un sempre maggiore numero di persone e istituzioni direttamente o indirettamente implicate
- riconoscere l'esigenza di stimolare un continuo processo di anticipazione disturbi promossi dal disagio sociale.

Nella maggior parte dei programmi di post intervento, l'identificazione dei soggetti maggiormente vulnerabili risulta essere uno degli aspetti più delicati. Nel caso del suicidio di un ragazzo giovane, ad esempio, i soggetti a rischio vengono normalmente identificati negli amici del suicida, negli amici dei fratelli, nelle persone con problematiche di abuso di droga e alcool o con problemi emozionali o precedenti ideazioni/tentativi di suicidio, in studenti identificati da compagni, corpo docente o genitori. (Underwood e Dunne-Maxim, 1997). Ancora, se a compiere l'atto suicidario è stato uno studente, gli interventi vanno rivolti anche all'ambiente scolastico (tab. 4)

Tab. 4 Il post intervento nella scuola

- Non interrompere la scuola per il funerale
- Non commemorare il defunto con gli studenti
- Non celebrare l'evento o la persona davanti agli studenti
- Non tenere una lunga riunione per comunicare il fatto
- Chiarire che si tratta di un suicidio
- Organizzare consulenze individuali e di gruppo
- Sottolineare che nessuno è responsabile per il suicidio
- Illustrare i supporti disponibili e incoraggiare il dialogo

- Ricordare che il suicidio può essere prevenuto
- Prendere contatti con la famiglia

Figure e strutture di riferimento

- Sapere chi sono
- Sapere in che modo gestiscono un suicidio
- Sapere a chi fanno riferimento
- Pronto soccorso
- Centro di salute mentale
- Esperti in materia
- Linee telefoniche dedicate

Aiutare i sopravvissuti

- Iniziare il prima possibile
- Non mettere fretta al processo di elaborazione
- Mantenere un atteggiamento di ascolto
- Utilizzare il nome del defunto
- Sollecitare tutti i ricordi del defunto (positivi e negativi)
- Essere un uditore attivo
- Ripetere fa parte della cura
- Non tentare di rispondere al “perchè?”

La consulenza al sopravvissuto di un suicidio

E' noto che sulla morte per suicidio grava un inveterato tabù per cui risulta molto difficile poterne parlare. E' necessario, pertanto, aiutare i sopravvissuti ad affrontare questo argomento e a ricolmare il distacco venutosi a creare con i componenti del loro ambiente sociale. La consulenza può mirare a ridimensionare i sentimenti di eccessiva colpa e di rifiuto dei familiari del defunto. La domanda "perché si è suicidato?" può diventare logorante, e, in questo caso, indirizzare l'attenzione dei soggetti sopravvissuti su altri problemi può rivelarsi molto utile. E' importante anche stimolare il confronto con la realtà del loro senso di colpa, o con la tendenza a colpevolizzare. Tanto più irrealistico risulta il senso di colpa tanto più facilmente l'esame di realtà fornirà un certo sollievo all'individuo. Qualora i sensi di colpa avessero un fondamento reale, il consulente dovrà aiutare il paziente ad affrontarli.

Un altro compito del consulente è quello di aiutare i soggetti a correggere il rifiuto e le distorsioni della realtà. I sopravvissuti devono affrontare la realtà del suicidio per poter essere poi in grado di elaborarla. Utilizzare espressioni forti come "uccidere sé stessi", "impiccarsi" può favorire il processo elaborativo. Le persone coinvolte nel suicidio sono tormentate, a volte, dalle immagini della scena. Pertanto, la correzione dell'immagine distorta del defunto creata dal sopravvissuto e la sua ridefinizione costituiscono un altro momento importante della terapia.

E' utile indagare le fantasie e le aspettative del paziente riguardo al proprio futuro senza l'estinto e lavorare sui sentimenti di rabbia e collera per rinforzarne il controllo e consentirne lo sfogo.

Il vissuto d'abbandono conseguente ad un atto suicidario è probabilmente una delle sue conseguenze più devastanti. Esso compare persino a seguito di una morte per cause naturali e si può, quindi, ben immaginare quanto più profondamente possa venire avvertito nel caso di morte volontaria.

Psicoterapia di gruppo

In presenza di un numero sufficiente di persone che hanno subito la perdita di una persona cara per suicidio, è possibile costituire un gruppo di psicoterapia. La psicoterapia di gruppo presenta caratteristiche diverse da quella individuale. La partecipazione al gruppo può aiutare il paziente a uscire dal contesto di isolamento e di vergogna che può contribuire al mantenimento del problema. In genere, le persone in lutto presentano condizioni di salute alterate particolarmente nei primi 3 anni del

periodo di lutto. Sono inoltre caratteristici un aumento dei livelli di depressione e di distress psicologico e un insoddisfacente adattamento sociale. (Farberow, 1992).

Le caratteristiche della psicoterapia interpersonale di gruppo la rendono particolarmente adatta agli obiettivi del superamento del lutto (Scocco et al, 2002; Scocco & Frank, 2002).

In uno studio volto a valutare l'*effectiveness* di due interventi di gruppo (uno di tipo psicoterapico e l'altro più focalizzato sulla socializzazione) indirizzati ai sopravvissuti al suicidio di un coniuge, non sono emerse differenze statisticamente significative rispetto alle variabili prese in esame (livelli di depressione, distress psicologico, risoluzione del dolore e adattamento sociale). Questo risultato potrebbe indicare che il più significativo fattore terapeutico sia individuabile nel semplice processo di confronto con un gruppo di altri sopravvissuti ad una morte per suicidio, indipendentemente dal focus del gruppo. (Constantino et al, 2001)

Gruppi di autoaiuto

I gruppi di autoaiuto sono composti da persone impegnate ad affrontare uno specifico problema o una fase di crisi comune a tutti i partecipanti e, generalmente, sono organizzati in modo da svolgere particolari compiti. Tali gruppi non si pongono l'obiettivo di esplorare in profondità le dinamiche individuali o di modificare la personalità, ma sono in grado di migliorare lo stato di salute emozionale e il benessere dei partecipanti.

La condivisione del medesimo problema e delle singole esperienze personali (positive e negative) facilita l'espressione emozionale e l'offerta di mutuo sostegno.

Recentemente si è assistito ad un notevole aumento dei gruppi di sostegno per sopravvissuti al suicidio, dovuto probabilmente a una generale diminuzione dei tabù sociali riguardanti il suicidio (McIntosh, 1987). I gruppi di autosostegno per i sopravvissuti sembrano rispondere alla richiesta d'aiuto di coloro che, attraverso le tradizionali procedure dei centri di salute mentale, non avrebbero mai richiesto alcuna assistenza. L'utilizzo all'interno di gruppi di autoaiuto di esperti di salute mentale che non siano essi stessi dei sopravvissuti genera polemiche (Heilig, 1985). Secondo Farberow il maggior vantaggio si ottiene quando si creano gruppi in cui sia contemporaneamente presente un terapeuta esperto e un moderatore, anch'esso sopravvissuto. Dati empirici dimostrano che questi gruppi sono efficaci nell'aiutare i pazienti ad affrontare il proprio dolore (Farberow, 1992).

I farmaci

I principi per cui vengono utilizzati gli antidepressivi sono i medesimi di altre situazioni cliniche, con la sola avvertenza di scegliere antidepressivi a basso rischio in caso di overdose, per ridurre al minimo il rischio di esito fatale in caso di comportamento suicidario in un gruppo particolarmente vulnerabile. E' opportuno sottolineare che questi farmaci vanno associati, e non sostituiti, ad un lavoro psicologico sul dolore.

Il dolore del consulente

Prima di concludere si vogliono prendere in considerazione anche le emozioni del consulente. Offrire consulenze sul lutto si presenta come una sfida importante per chi lavora nell'ambito della salute mentale poiché spesso ci si trova in una situazione di impotenza, di difficoltà ad aiutare chi è venuto a richiedere un appoggio. La perdita di una persona amata è una delle esperienze più difficili e dolorose che si possano provare ed è altrettanto difficile stare al fianco di queste persone sofferenti (Bowlby, 1980).

Il consulente dovrebbe valutare le perdite personali, in modo da poter usare la propria esperienza per meglio comprendere il processo del lutto, e poter agire con maggior efficacia sui pazienti. Ciò consente altresì di valutare le modalità più opportune per affrontare il processo e di stimarne la durata.

Permette di valutare le risorse personali utilizzabili dal soggetto in lutto e guida il consulente nella scelta delle cose da dire e da non dire.

Occuparsi della comunicazione e dell'elaborazione della morte richiede alla persona incaricata di interrogarsi sulla propria morte: quanto più questa riflessione risulterà intollerabile e dolorosa, tanto più questo compito professionale comporterà sofferenza oppure l'assunzione di un atteggiamento difensivo che arriverà a negare ogni componente affettiva di questo lavoro.

Progetto SOPRoxi

Nel Veneto si suicidano in oltre 300 persone all'anno, quindi si stimano in circa duemila i soggetti coinvolti in un lutto per tale causa. Proprio l'assenza, nella nostra realtà, di programmi di sostegno destinati a coloro che sono in lutto per una perdita a seguito di un suicidio ha suggerito l'idea di sviluppare il progetto SOPRoxi. Il termine

SOPRoxi deriva dall'unione delle parole *sopravvissuti* e *prossimi*. I *sopravvissuti*, come è noto, sono coloro che avevano una relazione stretta con il defunto e che sopravvivono alla sua morte. Il termine *prossimi* indica esattamente il forte legame che esisteva con il defunto.

Il progetto SOPRoxi si sviluppa a vari livelli; innanzitutto si pone l'obiettivo di individuare quelle persone che necessitano veramente di un aiuto supplementare per superare il processo di lutto.

Il medico di base, favorito da un maggior contatto con queste persone, svolge, a tal proposito, un ruolo fondamentale nell'assistenza, in quanto dovrebbe saper individuare i lutti richiedenti uno studio più rigoroso e quindi indirizzarli ad uno specialista.

Alcune persone, prostrate dal dolore, cercano direttamente un consulente professionista che li aiuti ad affrontare i loro pensieri, sentimenti e comportamenti.

Una volta individuate le persone che necessitano di un sostegno psichiatrico è necessaria una valutazione con strumenti clinici e psicometrici del disagio psicologico. E' importante scoprire a che livello è necessario intervenire, la gravità della situazione e il migliore intervento attuabile sull'utente.

Per alcuni pazienti possono risultare sufficienti alcuni colloqui di approfondimento per riuscire a completare il processo del lutto.

Per altri saranno necessarie delle visite psichiatriche e l'utilizzo di farmaci.

Un passo ulteriore può essere rappresentato dalla psicoterapia di gruppo la cui peculiarità risiede nella possibilità di amplificazione delle potenzialità strategiche della psicoterapia individuale, consentendo al paziente di apprezzare il suo apporto allo sviluppo e al mantenimento dell'incontro relazionale con gli altri.

Un'ulteriore possibilità terapeutica per i soggetti in lutto è rappresentata dall'aggancio ad un gruppo di autoaiuto che può essere autogestito o condotto da un moderatore esperto.

Riassumendo, il progetto SOPRoxi consiste in:

- Accoglimento e valutazione della domanda d'aiuto
- Valutazione (clinica e psicometrica) del disagio psicologico
- Proposta d'intervento:
 1. Colloqui d'approfondimento
 2. Visite psichiatriche + farmacoterapia
 3. Psicoterapia di gruppo

4. Aggancio ad un gruppo di autoaiuto

Conclusioni

Sopravvivere da sopravvissuti: una realtà su cui riflettere ed elaborare adeguate ed efficaci strategie di intervento, oppure un inutile gioco di parole?

Nella realtà si stima che per ogni persona che muore per suicidio, altre sei (tra cui familiari, amici, colleghi di lavoro, operatori sanitari, etc.) rimangano a fronteggiare il disagio del lutto, che, non infrequentemente, può condurre ad un disturbo psichico importante, che richieda l'attenzione e le cure di uno specialista.

Il lutto per alcuni può rappresentare un momento critico, una empassa, difficile da elaborare e superare, integrando cioè l'evento traumatico in una cornice esistenziale adeguata.

Il termine *postvention* (post intervento) fu coniato negli anni '70 per descrivere il sostegno fornito a coloro che hanno perduto una persona cara. La consulenza del lutto, le terapie, l'assistenza ai sopravvissuti, i gruppi di auto-mutuo aiuto, il progetto SOPROXI, rappresentano realtà possibili e praticabili, che si pongono l'obiettivo di migliorare la qualità di vita delle persone che si trovano in difficoltà per le ragioni succitate.

E' auspicabile che nel prossimo futuro, anche nella nostra realtà nazionale, si possa assistere alla nascita di programmi e progetti d'intervento strutturati, che abbiano l'obiettivo di rispondere in maniera adeguata al dolore delle persone che sopravvivono alla morte di una persona cara.

Bibliografia

Bowlby J: Il processo del lutto. In Willard G, il significato della disperazione. Astrolabio, Roma, pp. 202-241, 1973.

Bowlby J: Attachment and loss: Loss, sadness, and depression (vol III). New York: Basic Books, 1980.

Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a casecontrol study.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32:521-529, 1993a.

Brent DA, Perper JA, Moritz GM, Allman C, Liotus L, Schweers J, Roth C, Balach L, Canobbio R: Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32: 1189-1197, 1993b.

Brent DA, Perper JA, Moritz GM, Friend A, Schweers J, Allman C, McQuiston L, Boylan MB, Roth C, Balach L: Adolescent witness to a peer suicide. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32: 1184-1188, 1993c.

Brent DA, Perper JA, Moritz GM, Liotus L, Schweers J, Canobbio R: Major depression or uncomplicated bereavement? A follow-up of youth exposed to suicide. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33: 231-239, 1994.

Campbell FR: Changing the legacy of suicide. Suicide and Life Threatening Behavior, 27 (4); 329-338, 1997.

Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY: Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. Am J Psychiatry, 145:224-228, 1988.

Clark SE, Goldney RD: The impact of suicide on relatives and friends. In: Hawton K, Van Heeringen K, eds. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley: 467-84, 2000.

Constantino RE, Sekula LK, Rubinstein EN: Group intervention for widowed survivors of suicide. Suicide and Life Threatening Behavior, 31(4): 428-441, 2001.

Dunn RG, Morrish-Vidners D: The psychological and social experiences of suicide survivors. Omega. IX (3); 175-215, 1987.

Engel GL: Psychological development in health and disease. Saunders, Philadelphia, 1962. Tr. It. Medicina psicosomatica e sviluppo psicologico. Cappelli, Bologna, 1981.

Farberow N: The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. Crisis. 13 (1); 23-34, 1992.

Farberow N: Suicide survivor programs in IASP member countries; a survey. R.J. Kosky. H.S. Eshkevari. R.D. Goldney and R. Hassan (Eds). Suicide Prevention: The Global Context. New York: Plenum, 1998.

Farberow N, Gallagher DE, Gilewski M, Thompson L: An examination of the early impact of psychological distress in survivors of suicide. The Gerontologist. 27 (5); 592-598, 1987.

- Farberow N, Gallagher-Thompson DE, Gilewski M, Thompson L: Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*.47 (6): 357-366, 1992a.
- Farberow N, Gallagher-Thompson DE, Gilewski M, Thompson L: The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural death. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 22 (I); 107-124, 1992b.
- Fine C: No time to say goodbye. Surviving the suicide of a loved one. Main street books Ed, New York, 1997.
- Fizzotti E , Gismondi A: Il suicidio . Vuoto esistenziale e ricerca di senso, SEI, Torino, 1991.
- Gabbard G: *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Gitlin MJ: A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry*, 156: 1630-1634, 1999.
- Gould MS, Petrie K, Kleinman M, Wallenstein S: Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *International Journal of Epidemiology*, 23: 1185-1189, 1994.
- Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH, O'Carroll P, Mercy J: Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80: 211-212, 1990a.
- Grad OT, Zavasnik A: Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and after traffic fatalities in Slovenia. *Omega*. 33(3); 245-251, 1996.
- Grinberg L: *Colpa e depressione*. Casa Editrice Astrolabio, 1971.
- Hall Bl, Epp HL: Can professionals and nonprofessional work together following a suicide? *Crisis* 22(2):74-8, 2001.
- Hawton K, Simkin S: Helping people bereaved by suicide. *BMJ*; 327:177-178, 2003.
- Hazell P: Adolescent-suicide clusters: evidence, mechanisms, and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27: 653-665, 1993.
- Hendin H, Lipschitz A, Maltzberger JT, Pollinger Haas A, Wynecoop S: Therapists' reaction to patients' suicides. *Am J Psychiatry*, 157: 2022-2027, 2000.

Jordan JR: Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 31: 91-102, 2001.

Kaplan H, Sadock B: *Synopsis of Psychiatry*. 8th Edition. Baltimore: Williams & Wilkens, 1998.

Krysinska KE: Loss by suicide. *J Psych Nurs* July 41,7: 34-40, 2003.

Lazare A: Unresolved grief In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (pp. 498-512). Baltimore: Williams & Wilkens, 1979.

McIntosh JL: Survivor family relationships: literature review. In EJ. Dunne, JL. McIntosh and K. Dunne-Maxim (Eds). *Suicide and Its Aftermath. Understanding and Counselling the Survivors*. New York: W.W. Norton, 1987.

McIntosh JL: Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide and Life Threatening Behavior* 23:146-161, 1993.

Parkes CM: The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33, 444-467, 1970.

Parkes CM, Weiss RS: *Recovery from bereavement*. New York: Basi, 1983.

Pavan L, Banon D: *Trauma, Vulnerabilità, Crisi. Il Trattamento della Crisi Emozionale*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.

Pavan L: *Psicoterapia della crisi emozionale*. Franco Angeli Editore, 2003.

Rubey CT, McIntosh JL: Suicide survivors groups: results of a survey. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 26 (4): 351-358, 1996.

Scocco P, Frank E: *Psicoterapia Interpersonale di gruppo*. In: Scocco P, De Leo D, Pavan L (Eds). *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*. Bollati Boringhieri, Torino, 2001.

Scocco P, De Girolamo G, Frank E: *Psicoterapia Interpersonale*. In: Scocco P, De Leo D, Pavan L (Eds). *Manuale di Psicoterapia dell'anziano*. Bollati Boringhieri, Torino, 2001.

Scocco P, De Leo D, Frank E: Is Interpersonal Psychotherapy in group format a therapeutic option in late-life depression? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 9: 68-75, 2002

Seguin M, Lesage A, Kiely MC: Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 25 (4): 489-498, 1995a.

Shneidman ES: Prologue, In E.S. Schneidman (Ed.), *On the Nature of Suicide*. San Francisco. CA: Jossey-Bass, 1969.

Silverman PR: *Widow to widow*, New York: Springer Publishing Company, 1986.

- Underwood MM, Dunne-Maxim K: Managing sudden traumatic loss in the schools. In University of Medicine and Dentistry of New Jersey: New Jersey Adolescent Suicide Prevention Project, pp. 1-134, 1997.
- Van der Wal J: The aftermath of suicide: a review of empirical evidence. *Omega*, 20(2):149-171, 1989.
- Volkan V: The linking objects of pathological mourners. *Archive of General Psychiatry*, 27, 215-221, 1972.
- Volkan VD: Complicated mourning. *Annual of Psychoanalysis*, 12, 323-348, 1985.
- Worden JW: *Grief Counseling & Grief Therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 1991.
- Zisook S, DeVaul RA: Grief related facsimile illness. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 7, 329-336, 1976.
- Zisook S, Shuchter SR: The first four years of widowhood. *Psychiatric Annals*, 16: 288-294, 1986.