



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

Dottorato in Scienze Psicologiche e Sociali
Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione
Settore Scientifico Disciplinare M-PSI/08

MAFIA E COSTI PSICHICI:

LE RICADUTE NEI FAMILIARI DELLE VITTIME DI OMICIDIO

DOTTORANDA:

Dott.ssa Giusy CANNIZZARO

COORDINATORE:

Prof.ssa Alida LO COCO

TUTOR:

Prof.ssa Maria Di Blasi

CO TUTOR:

Prof.ssa Cecilia GIORDANO

CICLO XXVI

*A tutte le vittime innocenti di mafia e
ai loro familiari*

INDICE

Abstract	1
Capitolo 1	
Homicide survivors: una rassegna della letteratura	
21.1 Sopravvivere: quando qualcuno che ami viene ucciso	2
1.2 <i>Survivors</i> : i familiari delle vittime di omicidio	3
1.3 Cosa intende la letteratura per perdita traumatica?	4
1.4 Conseguenze psicopatologiche in risposta a perdite traumatiche	6
1.5 Una rassegna critica della letteratura sull'impatto dell'omicidio nei <i>survivors</i> ..	10
1.5.1 Metodologia.....	10
1.5.2 Criteri di inclusione e di esclusione.....	11
1.5.3 Risultati della rassegna	18
a) Impatto dell'omicidio sui familiari delle vittime: reazioni emotive e conseguenze psicopatologiche	19
b) Omicidio: ricadute psicosociali nella vita dei familiari delle vittime	26
c) <i>Grief process</i> : fattori protettivi e di rischio	27
d) Interventi di supporto e trattamenti terapeutici rivolti ai familiari delle vittime di omicidio	31
1.5.4 Sintesi e conclusioni della rassegna.....	34
1.6 Perché pensare ad uno studio sui sopravvissuti delle vittime innocenti di mafia?	36

Capitolo 2

Studio 1 - Omicidi di mafia e <i>outcomes</i> psicologici in un campione di familiari di vittime innocenti: il ruolo delle strategie di coping e del supporto sociale.....	40
2.1.Introduzione	40
2.2.Obiettivi dello studio	43
2.3 Metodologia.....	44
2.3.1 Partecipanti e procedure.....	44
2.3.2 Strumenti.....	46
a) Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti e caratteristiche dell'evento.....	46
b) Valutazione della sintomatologia <i>trauma-related</i>	47
c) Valutazione del numero di esperienze traumatiche lifetime	47
d) Valutazione delle strategie di coping	48
e) Valutazione del supporto sociale percepito	50
2.3.3 Analisi statistiche	50
2.4 Risultati	51
2.5 Discussioni	61
2.6 Conclusioni.....	69

Capitolo 3

Studio 2 - <i>Surviving</i>: il vissuto dei familiari delle vittime uccise dalla mafia	71
3.1 Introduzione.....	71
3.2 Obiettivi dello studio	72
3.3 Metodologia.....	73
3.3.1 Partecipanti	75
3.3.2 Team di ricerca	76
3.3.3 Strumenti.....	77
3.3.4 Procedure	77

3.3.5 Analisi dei dati	79
3.4 Risultati	80
3.4.1 Risposte psicologiche iniziali all'omicidio di un familiare	84
3.4.2 Ricadute psicologiche nel medio e nel lungo periodo	86
3.4.3 Ricadute sullo stato di salute fisica	98
3.4.4 Ricadute sul sistema familiare.....	98
3.4.5 Ricadute sociali	102
3.4.6 Ricadute in ambito professionale	104
3.4.7 Vittimizzazione secondaria	106
3.5 Discussioni	108
3.6 Conclusioni.....	119
Capitolo 4	
4.1 Riflessioni conclusive e implicazioni per la pratica clinica e la ricerca	120
Bibliografia	124

Abstract

La letteratura mostra che la morte di un familiare a causa di un omicidio rappresenta una perdita traumatica in grado di provocare un elevato *distress* (caratterizzato dal “sinergismo” di trauma e lutto) associato all’aumento del rischio di gravi conseguenze sia sulla salute psichica che sulla qualità della vita in generale (Green, 2000; Rynearson & McCreery, 1993). Recenti *reviews* (van Denderen et al., 2013; Connolly & Gordon, 2014) hanno messo in evidenza un’elevata incidenza di problematiche psicologiche a medio e a lungo termine nei familiari definiti dalla letteratura “ *survivors*” (Hertz et al., 2005). Tuttavia, ancora pochi sono gli studi sistematici sulle esperienze di lutto traumatico in questa popolazione. Nessuno studio empirico, inoltre, è mai stato realizzato con un campione di vittime secondarie della mafia.

Il lavoro di tesi, dopo la presentazione di una rassegna della letteratura sugli *Homicide Survivors*, si articola in due studi che mirano a valutare le ricadute psicologiche della perdita traumatica di un familiare a causa di un omicidio commesso dalle organizzazioni criminali di stampo mafioso (Cosa nostra e ‘Ndrangheta).

Lo Studio 1 - *Omicidi di mafia e outcomes psicologici in un campione di familiari di vittime innocenti: il ruolo delle strategie di coping e del supporto sociale* - ha valutato la presenza di *distress* psicologico in un gruppo di familiari di vittime di omicidio mafioso confrontato con un gruppo di soggetti con esperienze potenzialmente traumatiche differenti dalla morte violenta di un familiare. Inoltre, lo studio indaga la relazione tra la sintomatologia post-traumatica e alcuni fattori personali (sesso, età, numero di esperienze traumatiche, strategie di coping), ambientali (supporto sociale) e relativi all’esperienza traumatica (anni trascorsi dall’evento).

Lo Studio 2 - *Surviving: il vissuto dei familiari delle vittime innocenti uccise dalla mafia* - attraverso l’utilizzo di una metodologia qualitativa (*Consensual Qualitative Research – CQR*; Hill, 2012), esplora l’esperienza *post-homicide* e le conseguenti ricadute psicosociali in un gruppo di 17 familiari di vittime di mafia al quale è stata somministrata un’intervista clinica semi-strutturata costruita *ad hoc*.

Parole chiave:

Sopravvissuti, omicidio, mafia, trauma, coping, supporto sociale

Keywords:

Survivors, homicide, mafia, trauma, coping, social support

Capitolo 1

Homicide survivors: una rassegna della letteratura

1.1 Sopravvivere: quando qualcuno che ami viene ucciso

Il titolo di questo primo capitolo è lo stesso utilizzato da Redmond (1989) in uno dei primi lavori sugli *homicide survivors*, ed è stato scelto, perché rispecchia il principale obiettivo del lavoro di tesi presentato: esplorare i vissuti dei familiari sopravvissuti alle vittime innocenti degli omicidi di mafia.

La letteratura mostra che la morte di un familiare a causa di un omicidio rappresenta un evento traumatico in grado di provocare un elevato *distress* caratterizzato da un “sinergismo” di trauma e perdita (Green, 2000; Rynearson & McCreery, 1993), che risulta essere associato all’aumento del rischio di gravi conseguenze sia sulla salute psichica che sulla qualità della vita in generale.

Recenti *reviews* (van Denderen et al., 2013; Connolly & Gordon, 2014) sulle ricadute che l’omicidio ha sui *survivors*, ossia i familiari o le persone care che sopravvivono alla vittima (Hertz et al., 2005), mettono in evidenza un’elevata incidenza di problematiche psicologiche a medio e a lungo termine, ed in particolare reazioni legate ad uno spettro di disturbi post-traumatici quali: disturbo post-traumatico da stress, disturbi depressivi, disturbi d’ansia, disturbi da abuso di sostanze.

Alcuni ricercatori (Clements & Burgess, 2002; Clements, Faulkner, Manno, 2003) che da anni si occupano dello studio della cosiddetta *post-homicide experience* dei familiari delle vittime, affermano che tra i crimini contro la persona, la violenza interpersonale e l’omicidio, sono connessi a risposte emotive e reazioni traumatiche estremamente severe, tanto che Thompson (1995) definisce l’omicidio come un *never-ending* trauma per la sua capacità di attivare una serie di reazioni a catena che rischiano di inficiare il funzionamento psicosociale e lo stato di salute dei soggetti coinvolti.

Nonostante il potenziale traumatico dell’evento e il conseguente impatto sulla salute psichica dei *surviving family members*, il lavoro di rassegna di Connolly e Gordon (2014), mette in evidenza l’esiguità di studi sistematici sulle esperienze di lutto traumatico in questa popolazione. Nessuno studio empirico, inoltre, è mai stato realizzato con un campione di vittime secondarie della mafia.

A partire da queste premesse, il lavoro di ricerca, ha avuto l'obiettivo di valutare l'impatto (psicologico, psicopatologico e sul piano delle relazioni sociali) che l'omicidio di matrice mafiosa ha sui familiari delle vittime innocenti.

Considerata l'assenza di studi empirici sulla popolazione dei sopravvissuti alle vittime di omicidio a livello nazionale, prima di presentare i due studi che costituiscono il fulcro del lavoro di tesi, in questo primo capitolo si riporta un lavoro di rassegna della letteratura internazionale sugli *homicide survivors*.

Survivors: i familiari delle vittime di omicidio

Nella letteratura italiana, in particolare nell'ambito della vittimologia e della giurisprudenza, i familiari delle vittime di reato sono definite "vittime indirette", "secondarie" o "di rimbalzo" (Sicurella, 2010), poiché si riconosce loro il danno e le ripercussioni fisiche e mentali seguite al danno subito dalle vittime dirette.

La letteratura internazionale, principalmente statunitense, definisce i familiari di chi perde la vita in situazioni violente (suicidi, incidenti e omicidi), *co-victims* (Spungen, 1998) in quanto soggetti spesso impegnati a difendere il proprio caro presso le sedi di giustizia, o più frequentemente, *homicide survivors* (Hertz et al., 2005).

Il termine *homicide survivors* sembra quasi un ossimoro. Come sostengono Hertz, Prothorow-Stith e Chery:

«By definition, the victim of a homicide did not survive. There are two categories of victims in every homicide, however: the direct victims who are murdered and the associated victims who are the surviving family, friends, and loved ones, the survivors. Although the term homicide survivor could also be broadened to include multiple communities (e.g., the neighborhood, the school, the religious congregation) that are affected by the homicide ... we define it as the family and close friends of the direct victim» (Hertz, Prothorow-Stith & Chery 2005, pag 288).

Seppur i termini *survivors* e *victims* sono spesso utilizzati in maniera "intercambiabile" (Clements & Averill, 2004, pag 144), in questa sede, per riferirci ai familiari delle vittime di omicidio, utilizzeremo il termine *sopravvissuti* e non vittime (dal latino *victima*: vittima, animale offerto in sacrificio). In linea con le riflessioni di Van Dijk (2009), autorevole voce nel campo della vittimologia internazionale, riteniamo infatti controproducente

l'utilizzo di questo termine, poichè rimanda ad una preclusione di qualsiasi speranza di recupero dalla perdita traumatica (Green 2000; Raphael et al. 2004). Inoltre il termine vittima rischia di mettere in luce la sola condizione dei familiari come soggetti sofferenti, oscurando la capacità che contraddistingue alcune persone (anche grazie a possibili risorse interne ed esterne) di continuare a vivere "salvandosi" dalle ricadute devastanti di un evento drammatico come la perdita di una persona cara per omicidio.

Vigil e Clements (2003) definiscono l'*homicide loss* come quell'esperienza di perdita connessa a quell'atto, aggressivo e inaspettato, attraverso cui un individuo in maniera intenzionale "prende" la vita di un'altro individuo.

L'omicidio infligge un danno massiccio sulla realtà intrapsichica e interpersonale dei familiari delle vittime (Mesters et al., 1988, pag 109) ed infatti gli studi sulle conseguenze che quest'evento innesca sui *survivors*, convergono nel dimostrare che questa categoria di soggetti è sensibilmente *distressed* (Thompson, Norris & Ruback, 1996) dalle ricadute di quella che la letteratura chiama *traumatic loss* (Green et al. 2001).

1.3 Cosa intende la letteratura per perdita traumatica?

Alcuni autori (Colombo & Mantua, 2001) sostengono che affinché un episodio possa essere definito come evento traumatico potenzialmente in grado di generare un disturbo post traumatico da stress (PTSD) questo debba essere caratterizzato da tre elementi distintivi: acuzie, imprevedibilità e minacciosità. Un trauma viene definito infatti come un evento imprevedibile, che arriva inaspettato impedendo ai soggetti coinvolti di utilizzare difese adeguate. La sua comparsa è repentina, fulminea e non lascia il tempo di abituarsi al cambiamento che impone. È inoltre imponente nella sua gravità e spesso non lascia vie di fuga (*ibidem*).

Perdere un familiare a causa di un omicidio, a differenza di altri lutti che in genere si configurano come eventi ordinari nella vita di ognuno, implica spesso la compresenza delle tre caratteristiche sopra citate, configurandosi a tutti gli effetti come un "trauma psicologico" (Caretti & Capraro, 2008) che sottopone gli interessati a tutta una serie di difficoltà e risposte di differente intensità e gravità.

Raphael e coll. (2004) definiscono le perdite connesse a morti violente e improvvise "*traumatic loss*", poichè risultano più stressanti, complicate e difficili delle perdite per morte naturale. Perdite traumatiche presentano infatti un alto rischio di recupero

complicato, soprattutto in assenza di un'adeguata valutazione delle specifiche caratteristiche che le rappresentano e di interventi mirati rivolti ai *survivors* (Walsh, 2004). Le morti premature, improvvise e/o violente sono infatti le più comuni fonti di trauma rintracciate nella popolazione generale (Norris, 2002). Nel campo delle *traumatic loss* sta aumentando l'interesse per la valutazione dell'intreccio tra trauma, perdita e lutto (Figley, 1998; Lattanzi-Licht & Doka, 2003; Litz, 2004; Neimeyer, 2001).

Rynearson e McCreery (1993), nel loro lavoro *Bereavement after homicide: a synergism of trauma and loss*, hanno infatti osservato che negli *homicide survivors* il *separation distress* (risposte di perdita caratterizzate da tristezza, ricerca continua della persona scomparsa, pensieri ossessivi e angoscianti rivolti verso il defunto, sentimenti di profonda solitudine) era associato alla perdita della relazione con la vittima mentre il *trauma distress* (pensieri e ricordi intrusivi, evitamento di stimoli legati all'omicidio, *iperarousal*) era associato con l'"innaturalità" della morte. Così gli autori descrivono la peculiarità dei vissuti scaturiti nei *survivors* a seguito dell'omicidio:

«Any one whose family member has been killed by a homicide will be changed. Homicide is a "change" that is, to some extent, dialectic rather than homeostatic. The internalized trauma and reenactment imagery will diminish with time but it will not go away. It will change from a horrific and private chronicle into a bearable narrative that can be shared and revised – but it will always be. The family member may reprocess the homicide and try to connect this homicidal narrative with the narrative of the family member before they were killed and their own ongoing narrative as well. The task of somehow weaving this thread of homicide into a coherent and balanced pattern is as impossible as it is inevitable. When something within or without resonates or pulls at that homicidal thread it will kindle an inner awareness of being torn or uneven. The subjective and internalized flaw is private. It is difficult to express through a standardized measure – perhaps impossible. However, this inner confound remains and can have long term effects. Relationships, values, life purpose, hope, and confidence in the future, spiritual stability – all these idiosyncratic supports may be reassessed and challenged by the homicidal experience» (Rynearson & McCreery, 1993, pag. 259).

Come si evince dalle parole degli autori, chi subisce la perdita di un familiare per cause violente come un omicidio è sottoposto ad un vero e proprio cataclisma nel suo sistema psichico perchè deve affrontare il tema della morte e quello della violenza dell'essere umano sul proprio simile, con una velocità che gli impedisce di procedere ad una spiegazione ed un'accettazione di quanto sta accadendo. Tutti i suoi sistemi di riferimento, la sua visione

del mondo, i suoi sistemi valoriali, il senso di sicurezza su cui si fonda la continuità per la propria sopravvivenza e quella del mondo degli affetti che lo circonda, vengono di fatto demoliti e il soggetto si trova a dover cercare spiegazioni e risposte a qualcosa che non solo sfugge alla sua comprensione, ma gli è impossibile “integrare” (Mucci, 2014).

1.4 Conseguenze psicopatologiche in risposta a perdite traumatiche

I ricercatori nel campo del “lutto traumatico” suggeriscono che la perdita di una persona cara a causa di omicidio risulta essere un grave trauma che, in molti casi, lascia profonde cicatrici sui sopravvissuti. Dal punto di vista psicologico, alcuni *survivors* sembrano far fronte al trauma della perdita del proprio familiare, facendo ricorso alle proprie risorse mentali e fisiche, altri mostrano criteri sottosoglia o vere e proprie configurazioni psichiatriche principalmente ascrivibili ai disturbi dello spettro depressivo e ansioso, al disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e a forme di lutto patologico caratterizzate da un prolungamento del normale processo del lutto con effetti negativi sulla salute fisica e mentale e con conseguenze rilevanti sulla qualità della vita dei soggetti in lutto e dei loro familiari. Queste forme di lutto patologico sono state denominate, dai primi autori che si sono occupati di studiarle (Horowitz et al. 1997; Prigerson et al. 1999), disturbo da *lutto complicato* (CG).

Considerato il “sinergismo” di *trauma and loss* (Green, 2000) caratteristico dell’esperienza di chi perde una persona cara in circostanze violente, la letteratura si è molto focalizzata sulla valutazione dell’incidenza del Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e del lutto complicato (CG) in questa specifica popolazione.

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), che fino al DSM-IV-TR (APA, 2000) veniva inserito nel capitolo dei Disturbi d’Ansia, attualmente, con l’uscita del DSM-5 (APA, 2013), si trova collocato all’interno dei *Trauma and Stress Related Disorders*. Una nuova categoria che include i disturbi che riconoscono nella loro eziopatogenesi un evento traumatico intorno al quale ruota l’intera gamma di reazioni psicopatologiche in risposta ai fattori di stress ambientale. I *Trauma and Stress Related Disorders* comprendono, oltre al PTSD, altre cinque categorie diagnostiche: *Reactive Attachment Disorder*, *Disinhibited Social Engagement Disorder*, *Acute Stress Disorder*, *Adjustment Disorder*, *Trauma-or-Stressor-Related Disorder Not Elsewhere Classified* (Friedman et al., 2011b).

I criteri diagnostici del *lutto complicato*, denominato dalla Task Force del DSM-V (APA, 2013) “*Disturbo da lutto persistente complicato*”, sono invece stati inclusi, in via sperimentale, nella sezione “condizioni che necessitano di ulteriori studi”.

Di seguito si riportano nella tabella 1 i criteri diagnostici relativi a questi disturbi così come inseriti nel DSM – V (APA, 2013).

Tabella 1.1 – Post Traumatic Stress Disorder e Persistent Complex Bereavement Disorder

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Le caratteristiche cliniche richieste dal DSM-5 per porre diagnosi di PTSD prevedono il soddisfacimento del criterio riguardante l'esposizione al trauma (Criterio A) e di quattro criteri sintomatologici (Criteri B, C, D ed E), oltre alla menomazione significativa della funzione sociale, lavorativa o di altre aree importanti per l'individuo (Criterio F) (Friedman *et al.*, 2011a; Calhoun *et al.*, 2012).

Criterio A - Esposizione, reale o minacciata, a morte, lesioni gravi o violenza sessuale. L'individuo può essere:

- 1) vittima diretta del trauma;
- 2) assistervi in qualità di testimone;
- 3) venirne a conoscenza quando la vittima dell'evento traumatico è un membro della famiglia o un amico intimo (purché si sia trattato di un evento inatteso, violento e accidentale);
- 4) essere esposto ripetutamente o in modo estremo a dettagli ripugnanti di un evento traumatico (come nel caso di servizi di primo intervento per la raccolta di resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli relativi a violenze sui minori), ma con la specificazione che questa condizione non si deve applicare all'esposizione attraverso strumenti elettronici, televisione, film o fotografie, a meno che non sia legata all'attività lavorativa del soggetto.

Criterio B – Presenza sintomi intrusivi non presenti prima dell'evento traumatico. In particolare per la diagnosi deve essere soddisfatto almeno uno dei seguenti sintomi:

- 1) ricordi intrusivi spiacevoli riguardanti l'evento traumatico, involontari, spontanei o innescati da qualcosa che lo ricorda;
- 2) incubi ricorrenti il cui contenuto o significato rimanda all'evento traumatico;
- 3) reazioni dissociative (*flashbacks*) in cui l'individuo prova sensazioni o si comporta come se l'evento stesse accadendo nuovamente in quel momento; malessere psicologico intenso o prolungato all'esposizione a stimoli interni o esterni che simboleggiano o ricordano un aspetto dell'evento traumatico;
- 5) marcata reazione fisiologica all'esposizione a stimoli interni o esterni che simboleggiano o ricordano l'evento traumatico.

Criterio C - Presenza di almeno un sintomo di evitamento attivo degli stimoli associati al trauma, ovvero tentativi di evitare:

- 1) pensieri, sensazioni o percezioni sensoriali;

2) conversazioni, luoghi, persone, oggetti, attività e situazioni che ricordano l'evento o che sono a esso correlati.

Criterio D - Alterazioni negative della cognitiv  e dell'umore associate all'evento traumatico, richiede il soddisfacimento di almeno tre sintomi tra i seguenti:

- 1) incapacit  a ricordare aspetti importanti dell'evento traumatico (amnesia dissociativa, non dovuta a sostanze stupefacenti n  a danno organico cerebrale);
- 2) persistente ed esagerata sfiducia nel futuro riguardo se stessi, gli altri o il mondo in generale;
- 3) incolpare in modo distorto se stessi o gli altri per le cause o le conseguenze dell'evento traumatico;
- 4) stato emotivo pervasivo negativo, come paura, orrore, rabbia, senso di colpa o di vergogna;
- 5) significativa riduzione dell'interesse o della partecipazioni ad attivit  importanti;
- 6) senso di distacco o estraniamento nei confronti degli altri;
- 7) persistente incapacit  di provare emozioni positive (ottundimento affettivo).

Criterio E – Marcate alterazioni dell'*arousal* e reattivit  associate all'evento traumatico, che si sono manifestate o che sono peggiorate dopo l'evento traumatico. I sintomi necessari per il soddisfacimento del Criterio E sono almeno tre tra i seguenti:

- 1) comportamento aggressivo o irritabile;
- 2) messa in atto di comportamenti maladattativi o autodistruttivi;
- 3) ipervigilanza; esagerata risposta d'allarme;
- 5) problemi a mantenere la concentrazione;
- 6) disturbi del sonno, per esempio la difficolt  ad addormentarsi o a mantenere il sonno, oppure un sonno non ristoratore.

Il DSM-5 prevede due sottotipi clinici per il PTSD: il *Preschool Subtype*, riguardante i bambini in et  prescolare (sotto i sei anni di et ), e il *Dissociative Subtype*, per i soggetti che presentano sintomi persistenti o ricorrenti di depersonalizzazione e/o derealizzazione.

Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD)

I criteri proposti dal DSM-V per una diagnosi di *Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD)* sono:

Criterio A - Un individuo che ha sperimentato la morte di qualcuno con cui lui o lei aveva una stretta relazione.

Criterio B - Dal momento della morte, almeno uno dei seguenti sintomi   stato sperimentato per pi  giorni, si   rivelato clinicamente di grado significativo e si   protratto per almeno 12 mesi dopo la morte, nel caso di adulti in lutto e 6 mesi per bambini in lutto:

1. Desiderio/nostalgia persistente per il defunto. Nei bambini piccoli il desiderio pu  essere espresso in giochi e comportamenti;
2. Intenso cordoglio e dolore emotivo in risposta alla morte;

3. Preoccupazione per il defunto;

4. Preoccupazione per le circostanze della morte. Nei bambini, la preoccupazione per il defunto può essere espressa attraverso i temi di giochi e comportamenti e può estendersi alla preoccupazione per la possibile morte di altri a loro vicini;

Criterio C - Dal momento della morte, almeno sei dei seguenti sintomi è stato sperimentato per più giorni, si è rivelato clinicamente di grado significativo e si è protratto per almeno 12 mesi dopo la morte nel caso di adulti in lutto e 6 mesi per bambini in lutto:

Distress reattivo alla morte

1. Marcata difficoltà ad accettare la morte. Nei bambini, questo è conseguente alla capacità del bambino a comprendere il significato e la permanenza della morte;

2. Mostrare incredulità e ottundimento emotivo per la perdita;

3. Difficoltà nell'abbandonarsi a ricordi positivi del defunto;

4. Amarezza o rabbia legati alla perdita;

5. Valutazioni maladattative su se stessi in relazione al defunto o alla morte (per es. senso di colpa);

6. Eccessivo evitamento per i ricordi della perdita (per es. evitare persone, posti o situazioni associate al defunto; nei bambini, questo può includere l'evitamento di pensieri e sentimenti riguardanti il defunto);

Perdita d'identità e distacco sociale

7. Desiderare di morire per ricongiungersi con il defunto;

8. Difficoltà del fidarsi di altre persone dal momento della perdita;

9. Sentirsi solo o disinteressato alle altre persone dal momento della perdita;

10. Avere la sensazione che la vita sia priva di senso o vuota senza il defunto o avere la convinzione che uno non possa funzionare senza il defunto;

11. Essere confusi circa il proprio ruolo nella vita o provare un diminuito senso della propria identità (per es. sentire che una parte di se è morta con il defunto);

12. Difficoltà o riluttanza nel perseguire interessi dal momento della perdita o nel pianificare il proprio futuro (per es. amicizie, attività).

D. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o una compromissione sociale, occupazionale o di altre importanti aree del funzionamento.

E. La reazione al lutto è sproporzionata o in contrasto con le usanze culturali religiose o con l'età.

Specificare se:

Con lutto traumatico: lutto causato da un omicidio o suicidio con persistenti preoccupazioni riguardanti la natura traumatica della morte (spesso in risposta a ricordi relativi alla perdita), tra cui gli ultimi momenti del defunto, il grado di sofferenza e le lesioni mutilatorie, o la natura dolosa o intenzionale della morte.

Un recente lavoro di rassegna di van Denderen, de Keijser, Kleen e Boelen (2013) “*Psychopathology Among Homicidally Bereaved Individuals*” presenta i risultati di numerosi studi che hanno riscontrato un’elevata incidenza di problematiche psicopatologiche riconducibili principalmente al disturbo post-traumatico da stress e, in misura inferiore, al lutto complicato.

La letteratura sugli *homicide survivors* mostra come la morte di un familiare in tali circostanze violente rappresenti un’esperienza traumatica associata all’aumento del rischio di gravi conseguenze sia sulla salute psichica che sulla qualità della vita in generale (Green, 2000; Rynearson & McCreery, 1993).

Diversi autori suggeriscono che, tra i crimini contro la persona, la violenza interpersonale e l’omicidio nello specifico, sono connessi a risposte emotive e reazioni traumatiche estremamente severe (Clements & Burgess, 2002; Clements, Faulkner & Manno, 2003).

A partire da queste considerazioni, verrà di seguito presentata una rassegna della letteratura di riferimento, realizzata al fine di individuare i risultati emersi sin ora dalle ricerche che valutano l’impatto della perdita violenta di una persona cara sulla vita di questa specifica popolazione di soggetti in lutto.

1.5 Una rassegna critica della letteratura sull’impatto dell’omicidio nei *survivors*

Nonostante il fatto che l’omicidio sia un evento devastante che in Italia coinvolge centinaia di famiglie, non esistono ad oggi studi empirici, a livello nazionale, su questa categoria di soggetti e la letteratura esistente sul campo risulta essere principalmente internazionale (soprattutto americana). Tuttavia, come sottolineato in una recente review da Connolly e Gordon (2014) anche a livello internazionale vi sono pochi lavori sistematici che esplorano le esperienze di lutto traumatico in quelle che Spungen (1998) chiama *Hidden Victims* (*vittime nascoste*).

1.5.1 Metodologia

Gli articoli riportati in tabella 1.2, sono stati selezionati attraverso una ricerca condotta su Medline/PubMED e Scopus, utilizzando come parole chiave: “homicide”, “murder,” “survivors¹”, “co-victims”.

¹ La parola chiave “survivors” è stata suggerita dal vocabolario Mesh di Medline/PubMed come termine maggiormente utilizzato per riferirsi a questa categoria di soggetti

La ricerca ha mostrato che questa categoria di soggetti viene definita in letteratura con oltre 10 sinonimi tra cui: *bereaved*, *victims*, *family survivors of homicide victims* (Amick McMullan et al., 1989), *surviving family members* (Amick-McMullan et al., 1991), *secondary victim* (Peay, 1997), *homicide victim/victims*, *co-victims of homicide* (Armour, 2002), *homicidally bereaved individuals* (McDevitt-Murphy et al., 2012), *families of homicide victims* (Horne, 2003), *loved one* (Zinzow et al., 2009), *homicide survivor/survivors* (Zinzow et al., 2011).

Considerata la molteplicità dei termini utilizzati in letteratura per riferirsi a questa popolazione di soggetti in lutto, al fine di non trascurare eventuali studi rilevanti non individuati attraverso la ricerca, sono state altresì consultate le rassegne sul campo e i capitoli dei volumi più rilevanti dedicati all'argomento (e.g. *Homicide: the hidden victims*, Spungen, 1998).

1.5.2 Criteri di inclusione e di esclusione

Sono stati presi in esame i lavori pubblicati tra il 1971 e il 2015. Considerata l'esiguità di studi in questo specifico ambito di ricerca, anche in virtù delle caratteristiche di questa popolazione spesso restia a partecipare a studi sulla valutazione delle ricadute psichiche e sociali post-omicidio, sono stati selezionati i lavori pubblicati su riviste internazionali sia di natura empirica (quantitativi e qualitativi) che clinica (e. g. *case study*)

Criteri di inclusione

Relativamente ai criteri di inclusione, i campioni delle ricerche riportate in rassegna dovevano essere costituiti da soggetti che avevano esperito la perdita traumatica di una persona cara a causa di un omicidio. Considerata l'esiguità di ricerche in questo specifico ambito, poiché alcuni studi interessanti non indicavano la tipologia di legame con la vittima o dichiaravano che il campione di *survivors* era composto sia da familiari che da amici delle vittime, si è deciso di includere anche gli studi che non hanno coinvolto esclusivamente familiari.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi invece gli articoli che trattavano di omicidi intrafamiliari (e. g. infanticidio, uxoricidio), i lavori su campioni coinvolti in contesti di guerra (e. g. sopravvissuti a vittime di genocidi, guerre civili,...) e i lavori che approfondivano le reazioni di persone coinvolte in fatti di violenza scaturite dall'uccisione di persone "non

vicine” (e. g. studenti che sopravvivono a sparatorie nelle scuole o persone che assistono ad omicidi commessi per strada).

Sono stati esclusi, inoltre, gli articoli che riportavano studi di tipo quantitativo in cui non era chiara la distinzione tra soggetti in lutto per suicidio, omicidio, incidenti².

I 74 studi riportati in tabella 1.2 sono esito della ricerca effettuata sia attraverso le banche dati utilizzate (Medline/PubMED e Scopus) sia attraverso la revisione dei riferimenti bibliografici dei lavori di rassegna consultati. La tabella riporta le informazioni relative a: autori, anno di pubblicazione, caratteristiche del campione, tipologia dello studio (S1: quantitativo; S2: qualitativo; S3: osservazionale/descrittivo; S4: quali-quantitativo; S5: servizi offerti ai familiari delle vittime – vedi nota) e principali risultati.

Tabella 1.2 - Review della letteratura sull’impatto dell’omicidio sui sopravvissuti alle vittime

AUTORE/I	ANNO	CARATTERISTICHE CAMPIONE	TIPOLOGIA DI STUDIO*	RISULTATI**
Williams & Rheingold	2015	47 Homicide survivors Stati Uniti	S1	Depressione, DPTS, CG (lutto complicato). Difficoltà accedere ai servizi di cura
Sharpe	2015	Survivors afroamericani Stati Uniti	S2	Strategie di coping, supporto sociale e fattori culturali che influenzano le strategie di coping
Baumann & Stark	2015	Campione non specificato Stati Uniti	S2	Impatto procedure di indagine sul processo di elaborazione del lutto
Baddeley et al.	2015	130 treatment-seeking survivors Stati Uniti	S1	DPTS, depressione e CG (lutto complicato)
Vincent, McComarck & Johnson	2015	Studio su 20 servizi di supporto alle vittime di omicidio Stati Uniti	S5	Proposta <i>comprehensive conceptual program model</i> per il supporto alle vittime di omicidio
Van Denderen et al.	2014	312 survivors (familiari	S1	DPTS, CG (lutto complicato).

² È questo il caso, ad esempio, di un interessante lavoro di Kaltman e Bonanno (2003) che, confrontando due gruppi di coniugi in lutto (morte violenta - morte non violenta), hanno riscontrato che la perdita per morte violenta di un compagno era predittiva di sintomi connessi al PTSD e persistenza di disturbo depressivo *over time*.

		e amici) Europa		Influenza variabili socio- demografiche e relative all'evento sulla sintomatologia
Wellman	2014	Familiari vittime di omicidio irrisolto Stati Uniti	S2	Religione e fede come fattore protettivo
Simmons, Duckworth & Tyler	2014	137 co-victims	S2	Sintomi post-traumatici, soddisfazione della vita e strategie di coping
Saindon et al.	2014	51 survivors di morti violente	S3	<i>Restorative retelling.</i> Valutazione efficacia trattamento nella riduzione dei sintomi post-traumatici
Englebrecht, Mason & Adam	2014	Familiari di vittime di omicidio Stati Uniti	S2	Sentimenti di marginalizzazione e rivittimizzazione da parte del sistema di giustizia
Aldrich & Kallivayalil	2013	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Obiettivi del trattamento: promuovere, attraverso un modello ecologico, l'integrazione dei servizi comunitari e clinici
Lichtenthal et al.	2013	10 genitori di vittime di omicidio (confronto con 145 genitori in lutto per morti violente e non violente)	S2	<i>Sensemaking.</i> Valutazione fattori che ostacolano la possibilità di dare senso alla perdita
Sharpe, Joe & Taylor	2013	5 familiari Stati Uniti	S2	Ricadute psicologiche e strategie di coping
Rynearson	2012	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Trattamento terapeutico <i>Imaginative exposure</i>
Williams et al.	2012	47 familiari Stati Uniti	S1	DPTS
Tuck et al.	2012	8 familiari	S2	Valutazione trattamento attraverso <i>focus group</i>
Rheingold et al.	2012	333 giovani survivors (familiari e amici) sottogruppo di un campione <i>national representative</i>	S1	DPTS, depressione, uso droghe e alcol
McDevitt-Murphy et al.	2012	54 familiari e amici di vittime di omicidio Afro americane	S1	DPTS, depressione e lutto complicato
Englebrecht	2011	28 membri della famiglia Stati Uniti	S2	Processo di lutto ritardato e influenza del sistema di giustizia criminale
Zinzow et al.	2011	268 survivors (amici e genitori) di vittime di omicidio sottogruppo di un campione <i>national representative</i>	S1	DPTS
Sharpe & Boyas	2011	8 familiari Stati Uniti	S2	Supporto sociale informale; supporti formali di agenzie sanitarie e organizzazioni comunitarie. Strategie di coping

				spirituale, coping sociale e attitudine positiva
Ogataet al.	2011	49 familiari e amici (sottogruppo di un campione di 156 survivors- omicidio, suicidio morte naturale) Giappone	S1	DPTS
Stretesky et al.	2010	Familiari vittime omicidio irrisolto Stati Uniti	S2	Vittimizzazione secondaria e difficoltà <i>sense making</i> negli omicidi irrisolti
Burke, McDevitt- Murphy & Neimeyer	2010	48 Genitori; 7 fratelli; 7 bambini e 5 coniugi Stati Uniti	S1	DPTS, Depressione, lutto complicato Ruolo del Supporto sociale rispetto al <i>bereavement outcome</i>
Zinzowet al.	2009	Sottogruppo di 169 survivors	S1	DPTS, depressione e uso di sostanze
Miller	2009	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Perdita di fiducia, paura e cambiamento visione del mondo
Miller	2009	Campione non specificato Stati Uniti	S3	<i>Contextual therapy</i> Importanza supporto ai survivors nella richiesta di assistenza medica e legale
Sharpe	2008	2 Fratelli e 2 bambini Stati Uniti	S2	Supporto sociale formale e informale (famiglia, famiglia allargata e amici)
Blakley & Mehr	2008	6 adulti partecipanti ad un gruppo di supporto Stati Uniti	S3	Autoaiuto dei survivors nella gestione relazione con il sistema di giustizia criminale
Baliko & Tuck	2008	8 familiari adulti	S2	Intense risposte emotive, lutto complicato e ricadute relazionali
Malone	2007	41 Membri della famiglia Inghilterra	S2	Ricadute psicosociali e occupazionali
Gross	2007	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Reazioni emotive: collera, e sensi di colpa
Hertz Prothow-Stith & Chery	2005	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Conseguenza psicologiche, fisiche e sociali Attenzione alle reazioni dei bambini (sentimenti di paura)
Asaro, Clements, Henry & McDonald	2005	Campione non specificato Stati Uniti	S1	DPTS; Cambiamenti comportamentali e problematiche psicologiche in bambini e adolescenti
King	2004	17 familiari Stati Uniti	S2	Informazioni insufficienti dal sistema di giustizia; insensibilità dei media
Charmaine & Mahoney	2004	5 giovani familiari Jamaica	S1	Ansia, depressione e DPTS
Murphy et al.	2003^(a)	Genitori in lutto per	S1	DPTS

		omicidio(confronto con genitori in lutto per suicidio e incidenti) Stati Uniti		
Murphy et al.	2003 ^(b)	Genitori in lutto per omicidio(confronto con genitori in lutto per suicidio e incidenti) Stati Uniti	S1	DPTS
Miranda Molina & MacVane	2003	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Ansia, depressione e PTSD
Horne	2003	112 Famiglie Stati Uniti	S3	<i>Patterns</i> di utilizzo di servizi di supporto alle vittime
Vigil & Clements	2003	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Sentimenti di incertezza, inadeguatezza, percezione del mondo come dannoso , problematiche scolastiche
DeYoung & Buzzi	2003	Genitori di bambini uccisi Stati Uniti	S2	Strategie di coping Ricadute psicosociali e occupazionali
Armour	2003	38 membri della famiglia	S2	Trattamento terapeutico familiare volto a incoraggiare i sopravvissuti a impegnarsi in attività per trovare senso alla loro vita
Hatton	2003	116 <i>survivors care providers</i> (psicologi, counsellor, membri di gruppi di auto-aiuto, operatori sociali)	S3	Efficacia <i>griefcounseling</i> e terapia familiare
Adkins	2003	7 ParentsUnits Stati Uniti	S3	Insoddisfazione a causa di informazioni insufficienti dalsistema di giustizia
Nzewiet. al.	2002	16 Genitori (13 donne e 3 uomini) Stati Uniti	S2	Importanza supporti religiosi
Mezey, Evan & Hobdell	2002	35 Membri della famiglia (6 coniugi; 20 genitori; 9 bambini) Stati Uniti	S2	Ricadute psicosociali e occupazionali
Dannemiller	2002	3 Padri e 8 madri Stati Uniti	S2	Insoddisfazione a causa di informazioni insufficienti dalsistema di giustizia
Clements & Burgess	2002	13 Bambini Stati Uniti	S2	Ricadute sociali. Problematiche scolastiche
Armour	2002	14 familiari Stati Uniti	S2	Reazioni emotive (shock, alienazione, solitudine). Ricadute sociali. Strategie di coping
Salloum, Avery & McClain	2001	45 adolescenti (11/19 anni) altre caratteristiche non specificate	S1	Efficacia della terapia di gruppo nella riduzione dei sintomi DPTS
Moss & Raz	2001	12 fratelli sopravvissuti	S3	Importanza supporti religiosi

Israele				
Asaro	2001(a)	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Risposte emotive DPTS, depressione, ansia
Asaro	2001(b)	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Strategie di coping
Murphy et al.	1999	271 Genitori Stati Uniti	S1	PSTD
Beard & Kashka	1999	2 Parents Units Stati Uniti	S3	Trattamento insensibile dei survivors da parte del sistema di giustizia
Thompson, Norris & Ruback	1998	150 Membri della famiglia Stati Uniti	S1	Ansia, depressione e PSTD
Riches & Dawson	1998	5 Parenti della famiglia Inghilterra	S2	Processo di lutto ritardato
Thompson & Vardaman	1997	150 Membri della famiglia (genitori, fratelli e coniugi) Stati Uniti	S2	Importanza supporti religiosi
Temple	1997	5 famiglie Stati Uniti	S3	<i>Contextual therapy</i> Supporto in attività per preservare la memoria della vittima e nel progettare il futuro
Thompson, Norris & Ruback	1996	150 Membri della famiglia Stati Uniti	S2	Trattamento insensibile da parte del sistema di giustizia e da parte dei media
Levy & Wall	1996	5 famiglie con bambini Stati Uniti	S3	Valutazione trattamento utile aridurre i fenomeni di emarginazione
Freeman, Shaffer & Smith	1996	15 fratelli Stati Uniti	S4	DPTS, depressione, ansia
Rynearson	1995	32 familiari adulti (confronto tra soggetti treatment-seeking) e non	S1	Sintomi posttraumatici (intrusione, evitamento)
Freedy et al.	1994	62 familiari adolescenti e adulti	S1	DPTS
McCreery & Rynearson	1993	18 Famiglie Stati Uniti	S1	Ansia, depressione e DPST
Lexius, Lyon & Moore	1992	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Studio su trattamento volto a educare i survivors sul sistema di giustizia e a supportare i familiari per far fronte alla perdita
Amick-McMullan, Kilpatrick & Resnich	1991	Su un campione <i>National representative</i> 115 familiari e amici	S1	DPTS
Persons	1990	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Ricadute sul sistema familiare
Amick-McMullan et	1989	13 Genitori e 5 fratelli	S1	Ansia, depressione e DPTS

al.		Stati Uniti		
Rinear	1988	331 Genitori Stati Uniti	S1	Alienazione sociale
Friedman, Getzel & Masters	1988	Campione non specificato Stati Uniti	S2	Reazioni emotive: collera, sensi di colpa
Klass & Peach	1987	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Alienazione sociale
Burgess	1975	Campione non specificato Stati Uniti	S3	Esplorazione processo di lutto

Nota* S1 = Studi quantitativi che, attraverso questionari e interviste cliniche strutturate, riportano la percentuale di disturbi psicopatologici riscontrati tra i *survivors* reclutati nello studio (familiari e/o amici di vittime omicidio) o i risultati ottenuti dagli strumenti di valutazione utilizzati per indagare le ricadute post-omicidio. La sigla descrive anche gli studi quantitativi che confrontano gruppi di soggetti in lutto per omicidio con gruppi *non-homicide survivors* (e. g. soggetti in lutto per altre morti violente come suicidio o incidenti); S2 = Studi qualitativi effettuati attraverso interviste cliniche e focus group; S3= lavori osservazionali/descrittivi; S4= studi quali-quantitativi; S5= indagini sui servizi offerti ai familiari delle vittime di omicidio.

Nota** La colonna “Risultati” riassume brevemente il campo di indagine su cui si focalizza ogni studio, con un breve accenno ai risultati principali.

Come si evince dalla tabella, la maggior parte degli studi ha indagato l’impatto dell’omicidio in termini di ricadute post-traumatiche e peculiarità del processo di lutto attraverso studi di tipo quantitativo (S1: n.23), valutando in alcuni casi anche quei fattori che contribuiscono ad influenzare l’elaborazione della perdita (strategie di coping, vissuti connessi all’esperienza con il sistema di giustizia penale, sostegno sociale formale (e. g. da parte delle istituzioni o delle ed agenzie di cura) e informale (e.g. sostegno familiare e amicale). Esigui sono i contributi con disegni di ricerca di tipo quantitativo che hanno confrontato gli *homicide survivors* con gruppi di controllo composti da soggetti non in lutto per morte traumatica; più studi, invece, hanno coinvolto campioni composti da soggetti in lutto per morti traumatiche (causa omicidio, suicidio e incidenti) che hanno fatto un confronto tra sottogruppi di *survivors*.

Un numero considerevole di studi, di natura qualitativa, hanno esplorato le ricadute sulla sfera familiare, sociale e occupazionale a seguito della perdita traumatica di una persona cara (S2: n.26). Gli studi di tipo osservazionale/descrittivo si sono concentrati sull’approfondimento dell’utilità e/o dell’efficacia di alcuni interventi o servizi offerti ai familiari per far fronte alle ricadute psicosociali provocate dall’omicidio (S3: n.23).

Relativamente ai risultati degli studi, descritti sinteticamente in tabella, si riscontra un *distress* generale che ha un impatto sulla salute psichica e sulla sfera familiare, relazionale e occupazionale (Connolly & Gordon, 2014).

1.5.3 Risultati della rassegna

Analisi del contenuto

Considerata la diversa natura delle ricerche selezionate e degli obiettivi perseguiti in ogni lavoro, i contenuti degli studi presentati risultano molteplici. Per tale ragione, dopo aver consultato tutti gli articoli, attraverso l'applicazione di una metodologia qualitativa basata sulla *Consensual Qualitative Research*³ (Hill et al. 1997; Hill, 2012), un team di ricerca composto da tre giudici e un supervisore, ha individuato i domini o *topic areas* che rispecchiano i principali risultati della rassegna ricerca. Prima dell'individuazione dei domini, il team ha discusso i *bias*. Tra i *bias* prevalenti, la conoscenza delle modalità più utilizzate per organizzare le rassegne sul tema (e in genere), è stato il *bias* più discusso. Grazie al consenso tra i giudici, ogni articolo è stato inserito all'interno del dominio che rispecchiava maggiormente i risultati dello studio.

I quattro domini individuati dal *team* sono:

1. Impatto dell'omicidio sui familiari delle vittime: risposte emotive e conseguenze psicopatologiche
2. Omicidio: ricadute psicosociali nella vita dei familiari delle vittime
3. *Grief process*: fattori protettivi e di rischio
4. Interventi di supporto e trattamenti terapeutici rivolti ai familiari delle vittime di omicidio

Il dominio "*Impatto dell'omicidio sui familiari delle vittime: reazioni emotive e conseguenze psicopatologiche*" comprende un numero di 29 studi che indagano le ricadute *homicide-related*, in termini di risposte emotive (nel breve e nel lungo periodo), e conseguenze psicopatologiche (e.g. tipologia di problematiche riscontrate, incidenza, decorso).

Il dominio “*Omicidio: ricadute psicosociali nella vita dei familiari delle vittime*” comprende un numero di 9 articoli che, principalmente attraverso metodi qualitativi, esplorano l’impatto e le ricadute che l’omicidio ha sulla vita familiare, sociale e professionale dei soggetti coinvolti.

Il dominio “*Grief process: fattori protettivi e di rischio*” è costituito da 23 ricerche che indagano, attraverso studi sia quantitativi che qualitativi, le caratteristiche del processo di lutto dei *survivors* e gli eventuali fattori che ne influenzano l’esito ad esempio il supporto percepito e ricevuto (formale ed informale), le strategie di coping e i vissuti connessi al contatto con il sistema giudiziario.

L’ultimo dominio “*Trattamenti terapeutici e interventi di supporto rivolti ai familiari delle vittime di omicidio*” comprende 13 lavori che indagano gli interventi sia clinici che di supporto più ampio (gruppi psicoeducazionali, *advocacy services*, gruppi di autoaiuto, etc), che si sono dimostrati efficaci nell’aiuto di questa popolazione.

Poiché alcuni studi, in base alle variabili prese in esame e ai risultati emersi, potrebbero rientrare in più domini, ai fini del conteggio, si è proceduto individuando l’inserimento di ogni studio nel dominio che più rispecchiava i risultati principali.

Di seguito verranno commentati i risultati emersi in ciascun dominio.

a) Dominio 1. Impatto dell’omicidio sui familiari delle vittime: risposte emotive e conseguenze psicopatologiche

L’ambito relativo all’indagine sull’impatto psico(pato)logico connesso all’omicidio di un familiare ha ricevuto maggiore attenzione da parte dei ricercatori.

Nello specifico gli studi mettono in evidenza un’elevata incidenza di problematiche psicologiche caratterizzate principalmente da: (a) intense risposte emotive (nel breve e nel lungo periodo) caratterizzate da rabbia, sensi di colpa, paura, impotenza; e a sintomi psicopatologici (o vere e proprie diagnosi) riferibili per lo più a disturbi post-traumatici, depressivi, ansiosi e da uso/abuso di sostanze.

Risposte emotive

Gli studi che hanno messo in evidenza le principali risposte emotive riportano sia reazioni di shock, incredulità e negazione (presenti soprattutto nel periodo più prossimo alla perdita) sia, risposte psicologiche nel lungo periodo caratterizzate da *distress* che a volte

può condurre ad una diagnosi psicopatologica, soprattutto in mancanza di interventi e trattamenti *ad hoc*.

Mezey e coll. (2002), dopo aver intervistato 35 familiari di vittime di omicidio, hanno riscontrato che nei *survivors* le risposte iniziali di incredulità e intorpidimento erano seguite da un profondo senso di nostalgia per la vittima e dal sentirsi sopraffatti da vissuti di disperazione e perdita di speranza; erano inoltre presenti forti sentimenti di rabbia (connessi ad aggressività verbale e fisica) e fantasie di vendetta sia nei confronti dell'assassino che di chiunque non sia stato in grado di evitare l'omicidio. Questi vissuti negativi erano inoltre accompagnati da sentimenti di tradimento e perdita di fiducia nei confronti del sociale, e da sentimenti negativi verso se stessi principalmente connessi a forti sensi di colpa.

Come sottolineato da Gross (2007), a causare quella che l'autore chiama *survivor guilt*, potrebbe essere il senso di impotenza sperimentato per l'impossibilità di salvare la vittima. I familiari, in molti casi, si rimproverano di non aver compreso per tempo i rischi che correva la vittima o di non essere stati in grado di adottare strategie preventive. Oltre a queste credenze, i *survivors* possono rimproverarsi di non aver impedito alla vittima di coinvolgersi in attività o ambienti che potevano ledere la sua stessa vita (Friedman et al., 1988), credenze queste, che si traducono spesso in un senso di ipercontrollo verso gli altri familiari rimasti in vita (Rinear, 1988).

L'omicidio scatena una serie di sentimenti negativi verso l'esterno. Alcuni autori hanno riscontrato forti sentimenti di rabbia, sfiducia nei confronti del sociale e una paura pervasiva di subire ulteriori minacce o violenze (Miller, 2009a). I familiari delle vittime temono per la propria sicurezza e per quella dei propri familiari anche in virtù di una visione del mondo persecutoria e minacciosa (Vigil & Clements, 2003). Questa paura può portare i familiari a modificare il loro stile di vita restringendo sensibilmente il loro coinvolgimento (e quello dei loro familiari, soprattutto dei figli) in molteplici attività (Miller, 2009a). Queste limitazioni e trasformazioni nella propria quotidianità possono comportare vissuti di isolamento, perdita di autostima, sentimenti di solitudine, perdita di fiducia in sé stessi (*ibidem*).

Reazioni emotive negative conseguenti l'omicidio di un familiare, caratterizzano anche i bambini e gli adolescenti che perdono un *caregiver*, un fratello o un amico a causa di un omicidio. La letteratura che indaga l'impatto dell'omicidio sui bambini e sugli adolescenti

non è molto ampia. Un interessante studio risulta essere quello di Freeman, Shaffer e Smith (1996) che nel loro lavoro definiscono appunto questa categoria di soggetti come *neglected victims*. Gli autori hanno effettuato un interessante studio quali-quantitativo con l'obiettivo di valutare le conseguenze connesse alla perdita di un fratello/sorella su un gruppo di 15 fratelli (afroamericani e latinoamericani) di età compresa tra i 7 e i 18 anni. Tutti i partecipanti allo studio (fratelli/sorelle e le loro madri) hanno compilato dei questionari e si sono sottoposti a un'intervista clinica. L'analisi dei trascritti delle interviste ha rilevato che per quanto concerne le risposte emotive conseguenti la perdita dei fratelli, i partecipanti mostravano rabbia e conseguenti comportamenti aggressivi soprattutto a scuola; senso di irrealtà, forte nostalgia del fratello e un estenuante investimento in strategie di evitamento dei ricordi legati al fratello. Molti avevano difficoltà a parlare del fratello sia a causa dello sforzo di evitare i ricordi intrusivi e dolorosi sia a causa della difficoltà a comunicare con i genitori, anch'essi sofferenti e impegnati a gestire l'impatto delle emozioni scaturite dall'omicidio.

Come sostengono Masters e coll. (1988) il recupero dalla *traumatic loss* è reso più complesso da una serie di perdite cumulative: la perdita del proprio familiare, la perdita dell'illusione della sicurezza e del senso di invulnerabilità propria e dei propri cari, la perdita del precedente sistema di valori, la perdita della fiducia nella comunità d'appartenenza provocano che ha come ricaduta la messa in discussione *in toto* dell'identità pre-omicidio dei survivors..

In tal senso il contributo di Mezey e coll. (2002) riporta un dato molto interessante, raramente messo in evidenza in letteratura, e che ha a che fare con il processo di identificazione con la vittima. Come sostengono gli autori, infatti, i *survivors* possono identificarsi con la vittima e provare sentimenti di dolore, di rabbia e *distress* come se fossero loro stessi le vittime dirette del crimine. Ma diversamente dalle vittime dirette che sopravvivono ad un crimine, e che possono decidere se perdonare o meno colui/coloro che le hanno danneggiate, chi sopravvive all'omicidio di una persona cara può sentire di essere rimasto con l'onere e la responsabilità di portare avanti la memoria di ciò che è accaduto per conto della vittima diretta, sentimenti di rabbia e collera inclusi (Mezey et al, 2002, pag 72-73).

Problematiche psicopatologiche

La letteratura che si è occupata dello studio delle ricadute psicopatologiche dell'omicidio sui familiari delle vittime mostra costi psichici elevati caratterizzati da sintomi generali di *distress* e serie problematiche sulla salute psichica.

Già i primi *anecdotal reports* (e. g. Burgess, 1975), e le prime indagini cliniche (Rinear 1988; Amick-McMullan et al., 1989) mettevano in evidenza l'elevata incidenza di fenomeni post-traumatici.

Gli studi sulle conseguenze psicopatologiche che caratterizzano la popolazione degli *homicide survivors* sembrano infatti essersi focalizzati maggiormente (a) sulla valutazione dei *trauma-specific symptoms* come DPTS e depressione (Amick-McMullan, Kilpatrick & Resnick, 1991; Harris-Hendricks, Black & Kaplan, 1993; Freedy et al., 1994; Rynearson, 1995; Murphy et al., 1999; Evans, Hobdell & Mezey, 2002; Murphy, Johnson, Chung & Beaton, 2003; Asaro, Clements, Henry & McDonald, 2005; Zinzow et al., 2011; Ogata et al., 2011);

(b) sulla valutazione dell'eventuale comorbidità tra DPTS e altre problematiche psicopatologiche tra cui depressione, ansia, abuso di sostanze e lutto complicato (Amick-McMullan, Kilpatrick, Smith & Veronen, 1989; Rynearson & McCreery, 1993; Freeman, Shaffer & Smith, 1996; Thompson, Norris & Ruback, 1998; Baliko & Tuck, 2008; Burke, McDevitt-Murphy & Neimeyer, 2010; Zinzow et al., 2011; Rheingold et al., 2012; Baddeley et al., 2015).

Questi studi, seppur con caratteristiche molto differenti rispetto al disegno di ricerca, ai gruppi coinvolti (numerosità, sesso, etnia, rapporto con la vittima) e agli strumenti di valutazione utilizzati, riportano una sensibile prevalenza di sintomi post-traumatici (anche sottosoglia) e di problematiche psicologiche connesse a disturbi depressivi, ansia e abuso di sostanze.

Rynearson e coll. da diversi anni sono impegnati nella valutazione delle ricadute psicopatologiche dell'omicidio sui sopravvissuti, affermando che l'eredità con cui sono costretti a fare i conti i familiari e le persone vicine alle vittime, è caratterizzata dal complesso "sinergismo" di *trauma and loss* (Rynearson et al., 1984; 1993; 1995; 2012; 2014; 2015). Come sostiene l'autore, attraverso un processo di *over-identification* con l'orrore e l'impotenza della morte, la *separation distress* (risposte di perdita caratterizzate da tristezza, ricerca continua della persona scomparsa e desiderio di riconciliazione con il

deceduto) e il *trauma distress* (immagini intrusive circa la morte, l'evitamento, *hyperarousal*) risultano essere associati. Inoltre, il *trauma distress* nei *survivors* è associato a conseguenze più deleterie sulla salute psichica (Rynearson, 2012, pag 247).

Per citare solo alcuni dei risultati più rilevanti rispetto all'incidenza del DPTS nei *survivors*, di seguito verranno riportati i risultati emersi dai pochi studi presenti in letteratura che hanno effettuato un confronto tra gruppi. (Freedy et al, 1994; Freeman et al., 1996). Nello studio di Freedy et al. (1994), gli autori, su un sottogruppo di 62 familiari, adulti e giovani-adulti, di vittime di omicidio, hanno riscontrato che il 71% riportava un DPTS (tempo trascorso dall'omicidio in media tre anni). Nello studio di Freeman e coll. (1996), gli autori hanno riscontrato, su un gruppo di 15 bambini e adolescenti sopravvissuti all'omicidio di un fratello, che l'80% mostrava disturbi psichici (a una distanza media dall'omicidio di circa 5 mesi) tra cui depressione, PTSD, ansia e in particolare disturbo d'ansia da separazione. Queste ricerche mostrano che una percentuale sensibile di *survivors* presenta, al momento della valutazione (effettuata in un periodo relativamente vicino all'omicidio), un disturbo che soddisfa i criteri diagnostici per il DPTS; inoltre è stata constatata una bassa percentuale di soggetti che avevano usufruito di un trattamento specialistico. Gli autori (Freedy et al, 1994; Freeman et al., 1996), sottolineano il forte rischio di cronicizzazione dei sintomi nel lungo periodo in questa specifica categoria di soggetti. .

Rispetto alla variabile tempo, uno studio di Amick-McMullan et al. (1991), ha evidenziato la presenza di DPTS, con una prevalenza del 19,1%, su un campione di *survivors* a distanza (in media) di 16.6 anni dall'omicidio.

Altri studi, come quello di McDevitt-Murphy et al. (2012) hanno riscontrato che la variabile tempo (trascorso dall'omicidio) non è associata ai livelli di depressione e lutto complicato. Attraverso uno studio longitudinale condotto dallo stesso gruppo di ricerca (Williams et al. 2012), i familiari in lutto da circa 1.67 anni (valore medio), dopo sei mesi avevano un decremento nei livelli sintomatologici connessi a depressione e lutto complicato ma non connessi a DPTS.

Anche Mezey e coll. (2002) ottengono un risultato simile riscontrando che, mentre i punteggi che i soggetti ottenevano alle scale relative alla valutazione del "benessere generale" aumentavano con il tempo, le scale che valutavano la sintomatologia post-traumatica mostravano un profilo piatto.

Questi risultati mettono in luce il rischio che sintomi di natura post-traumatica una volta stabiliti, senza un trattamento specifico, rischiano di diventare cronici e di inficiare sensibilmente la salute psichica dei sopravvissuti.

Tuttavia, sono ancora pochi gli studi longitudinali e i lavori che indagano l'influenza della variabile "tempo trascorso dall'omicidio".

In tal senso i risultati di uno studio longitudinale di Murphy e coll. (1999) sono molto interessanti. Gli autori infatti riscontrano, a distanza di 4 mesi dalla morte di un figlio, una prevalenza del DPTS nel 60% delle madri e nel 40% tra i padri (sottogruppo di genitori in lutto a causa di omicidio di un campione più ampio composto da 171 genitori in lutto per morte violenta); sempre lo stesso gruppo di ricerca al *follow-up* (due anni dopo l'omicidio) ha riscontrato che il 21% delle madri e il 14% dei padri continuava a presentare i criteri per una diagnosi di DPTS e che, dopo 5 anni dall'omicidio (Murphy et al, 2003), i genitori continuavano a presentare sintomi connessi a DPTS con incidenze pressoché costanti (28% delle madri e 12.5% dei padri).

Rispetto alla prevalenza del DPTS, uno studio di Zinzow et coll. (2011), ha rilevato che su 268 *homicide survivors* (familiari e amici) facenti parte di un campione *national representative* (1763 soggetti intervistati telefonicamente), il 15% riportava tutti e tre i criteri per la diagnosi di DPTS. Gli autori hanno confrontato questo gruppo (n° 268) con vittime di altri crimini e hanno riscontrato che i sopravvissuti dimostravano di avere una maggiore probabilità di soddisfare i tre criteri del DPTS rispetto alle vittime di altri reati . Anche Zinzow e coll. (2009) hanno evidenziato che gli *homicide survivors* (omicidi connessi a crimine o omicidi di strada) avevano più probabilità di riportare sintomi post-traumatici, depressione e abuso/dipendenza da sostanze rispetto ad un gruppo di soggetti *non victims*.

La letteratura mostra, inoltre, che alcuni sintomi post-traumatici rispetto ad altri hanno una maggiore influenza sui livelli di DPTS, lutto complicato e depressione.

Baddeley e coll. (2015), ad esempio, hanno realizzato uno studio su un campione di 130 *survivors* (media dall'omicidio 3,5 anni). I risultati mostrano che frequenza di immagini di *reenactment*, principalmente connesse a fantasie di salvataggio e di vendetta, presenti soprattutto tra i genitori delle vittime, risultano associate a DPTS, depressione e lutto complicato.

Se i risultati degli studi fin qui presentati mostrano ripercussioni consistenti in termini di problematiche psicologiche tra i *survivors* appartenenti alla fascia d'età adulta, come evidenziato nel paragrafo che riguarda le risposte emotive, nei bambini e negli adolescenti le conseguenze psicopatologiche sembrano essere anche più severe a causa della loro condizione di vulnerabilità.

Clements e Burgess (2002) hanno riscontrato infatti che i bambini e gli adolescenti sopravvissuti all'omicidio di un familiare, presentano gravi sintomi connessi a DPTS e altre problematiche psichiatriche.

Uno studio di Rheingold e coll. (2012) su un campione di 333 adolescenti americani tra i 12 e i 17 anni ha individuato la presenza di DPTS sul 6% dei soggetti. Sebbene la maggior parte avesse perso un amico o un familiare appartenente alla famiglia allargata (e. g. zio, cugino), lo studio ha mostrato che gli *outcome* in termini di compromissione della salute mentale erano significativi.

La letteratura (e.g. Thompson et al., 1998), infatti, ha messo in evidenza l'importanza di alcuni specifici fattori (ad esempio, il vivere con la vittima al momento dell'omicidio, l'aver un alto grado di vicinanza/parentela con la vittima e vedere la vittima regolarmente prima dell'omicidio) che risultano essere predittivi di una sintomatologia post-traumatica (DPTS).

Oltre alle problematiche psichiche fin qui riportate, Mezey, Evans e Hobdell (2002) hanno riscontrato nel loro campione, composto da 35 soggetti, oltre ai sintomi post-traumatici e al *distress* generale, anche un aumento del consumo di alcol (14%) e sigarette (94%) e un aumento del consumo di psicofarmaci (il 56% inizia una terapia psicofarmacologica dopo l'omicidio).

Infine, sebbene i risultati di molti studi riportano elevati livelli di *distress* generale, molti soggetti non presentano i criteri per diagnosi psichiatriche conclamate ma solo alcuni sintomi "sottosoglia". Tuttavia, i risultati dello studio di Zinzow e coll. (2011), mettono in luce una questione importante che ha a che fare con l'alta prevalenza di sintomi *subthreshold* (sottosoglia) connessi a DPTS. In particolar modo gli autori hanno riscontrato che non solo una diagnosi di DPTS ma anche solo la presenza di alcuni sintomi⁴

⁴ Ad esempio sintomi intrusivi associati all'omicidio (pensieri/ricordi ricorrenti), evitamento persistente di stimoli e ricordi legati all'evento e ancora alterazioni dell'arousal.

riconducibili al disturbo, si associavano a livelli maggiori di depressione e consumo di alcol e a una maggiore compromissione sociale e occupazionale.

b) Omicidio: ricadute psicosociali nella vita dei familiari delle vittime

Le problematiche di *distress* generale e i disturbi psicopatologici presentati nei paragrafi precedenti, spesso hanno, inevitabilmente, un impatto deleterio sul funzionamento sociale, familiare e professionale dei *survivors*.

Relativamente alla qualità dei rapporti sociali, la letteratura ha evidenziato vissuti di isolamento e abbandono nei *survivors* (Mezey et al., 2002), spesso connessi alla sensazione di rottura che l'omicidio crea con il mondo, anche a causa di dinamiche connesse a vissuti di vergogna, isolamento e stigmatizzazione.

La perdita di fiducia e il crollo delle credenze relative alla natura “buona ed affidabile” nei confronti delle relazioni sociali, porta i familiari delle vittime uccise a chiudersi rispetto all'esterno, diminuendo sensibilmente il proprio coinvolgimento in svariate attività. Questa chiusura, e la frustrazione che ne deriva, ha spesso delle conseguenze sia sulle relazioni familiari che sulle relazioni con le persone più prossime (e. g. amici, colleghi) e con gran parte della comunità d'appartenenza, e porta i familiari delle vittime a sperimentare conflitti interpersonali e talvolta alienazione sociale (Klass & Peach, 1987; Rinear, 1988).

Queste dinamiche interpersonali nei *survivors* adulti, possono provocare problematiche occupazionali e in alcuni casi sfociare nella perdita o nell'abbandono del lavoro (Mezey et al. 2002; DeYoung & Buzzi, 2003; Malone, 2007). Per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, invece, le problematiche interpersonali sembrano alimentare difficoltà con i pari e difficoltà intra-familiari, spesso legate alla convivenza con genitori depressi e meno disponibili emotivamente a causa del lutto (Freeman et al., 1996). Quest'ultima considerazione è stata connessa dai ricercatori con la tendenza da parte dei bambini/adolescenti, di tenere dentro i loro sentimenti per non aggiungere altro dolore a quello dei genitori. Questi giovani *survivors* trovano modalità differenti di espressione del proprio dolore al di fuori dall'ambiente familiare.

Gli studi, ad esempio, mettono in evidenza che i bambini e gli adolescenti tendono a mostrare comportamenti aggressivi a scuola (in alcuni casi perché si sentono scherniti e isolati dai compagni), e, anche a causa di queste dinamiche, a volte, a seguito dell'omicidio abbandonano il percorso formativo (Clements, Vigil, 2003; Charmaine, Mahoney, 2004).

Il vissuto di stigmatizzazione è esperito con molta sofferenza anche dai *survivors* adulti, che si sentono rifiutati dal sociale proprio nel momento in cui avrebbero più bisogno di percepirne il sostegno. Questo processo di stigmatizzazione e marginalizzazione è inoltre alimentato da informazioni non veritiere, o nel migliore dei casi incomplete, circa la vittima e le cause dell'omicidio; questi fenomeni ostacolano i contatti con l'esterno e portano i familiari a compattarsi per far fronte alle sfide che la perdita del proprio caro innesca (Armour, 2002). Queste sfide hanno a che fare sia con i cambiamenti cui va incontro la famiglia a seguito della perdita del proprio caro (e. g. ruoli familiari da ridefinire e negoziare, difficoltà economiche) sia con tutta una serie di fattori esterni difficili da gestire (e. g. rapporti con il sistema di giustizia, media, pratiche legali,...).

In generale, la letteratura mette in evidenza che questa popolazione di soggetti si sente incompresa, invisibile e trascurata tanto da percepire un vissuto di tradimento e abbandono sia da parte delle istituzioni formali (sistema di giustizia, servizi di cura) che da parte del sociale più ampio (famiglia allargata, amici, comunità d'appartenenza).

c) Grief process: fattori protettivi e di rischio

La perdita traumatica con cui si confrontano i familiari delle vittime è caratterizzata anche da un *grief process* che in molti casi sembra non seguire gli stadi "normali" del lutto, vale a dire quelle fasi che comunemente seguono a una morte naturale (Malone, 2007).

La complessità e il "prolungamento" delle fasi del lutto, in questa popolazione, risultano essere influenzate sia dalla natura della perdita (violenta, improvvisa e provocata dall'intenzionalità di un altro soggetto) sia da una serie di fattori, interni ed esterni allo stesso tempo, come, ad esempio, alcune strategie di coping disfunzionali, la difficoltà a chiedere o ricevere supporto esterno (sia formale che informale), e molto spesso, la valutazione negativa dell'operato del sistema di giustizia criminale (Stretesky et al., 2010; Englebrecht, Mason & Adam, 2014).

Relativamente ai fattori che la letteratura ha individuato come "protettivi", ritroviamo alcune specifiche strategie di coping principalmente connesse a: capacità personali di *problem solving*, fede e spiritualità, e possibilità di ricercare e usufruire del supporto formale (istituzioni, servizi di salute, organizzazioni a sostegno delle vittime del crimine) e informale (famiglia, amici, colleghi, associazioni di familiari).

Tra le capacità personali di *problem solving* gli studi hanno riscontrato che i *survivors* spesso utilizzano strategie caratterizzate dallo sforzo di controllare/modificare le proprie emozioni angosciose; questa strategie possono essere connesse a quelle che la letteratura ha indicato come *action based strategies* (Asaro, 2001b). Questo tipo di strategie attiene a un elevato coinvolgimento da parte dei *survivors* in molteplici attività utili a affrontare e gestire i vissuti legati alla perdita.

Questa tipologia di strategie di coping è caratterizzata da: a) attività di indagine connesse all'omicidio (che aiuta i familiari a trovare un senso alla morte del proprio caro); b) attività di testimonianza della propria storia e di quella del familiare ucciso (anche attraverso la scrittura); c) attività di supporto ad altri familiari di vittime di omicidio; d) volontariato ed altre attività di natura etico-morale (Asaro, 2001b; DeYoung & Buzzi, 2003).

L'investimento in comportamenti proattivi sembra aiutare i familiari a riappropriarsi di quel senso di controllo sulla propria vita distrutto dall'omicidio (Armour, 2002).

Diversi studi hanno inoltre riscontrato una maggiore prevalenza di strategie di *coping spirituali* (Thompson & Vardaman, 1997; Moss & Razz, 2001; Nzewi et al., 2002; Sharpe & Boyas, 2011; Wellman, 2014).

Uno studio qualitativo di Wellman (2014) ha mostrato l'importanza delle religione e della fede (*coping spirituale*) tra i sopravvissuti a un omicidio irrisolto, soprattutto poiché, come sottolinea l'autore, la fede spesso aiuta i *survivors* a non perdere la speranza circa la risoluzione del loro caso. Inoltre la fede risulta essere di conforto soprattutto poiché attraverso essa, e la credenza dell'esistenza di una vita dopo la morte, i familiari confidano sul fatto che un giorno potranno ricongiungersi con i loro cari (Nzewi et al. 2002).

Altri studi qualitativi come quello di Sharpe e Boyas (2011) hanno messo in evidenza che, tra i *survivors* afroamericani, sia il coping spirituale che alcune forme di *collective coping* connesse al ricercare e offrire vicinanza rappresentassero dei fattori protettivi poiché promuovevano processi supportivi e di cura reciproca.

Come sottolinea la letteratura, poiché l'omicidio è un evento pubblico e rappresenta un crimine perpetrato non solo ai danni della famiglia della vittima ma anche dello Stato e della comunità d'appartenenza, nel momento in cui una persona cara viene uccisa, la sua perdita non è una questione meramente familiare ma coinvolge profondamente il sociale a livello istituzionale e comunitario. Pertanto, l'esperienza di lutto può essere profondamente influenzata sia dal significato che la famiglia dà all'omicidio sia dal significato che il

sociale attribuisce all'evento, e da questi significati dipendono la ricerca e l'offerta di supporto.

A tal proposito, gli studi sottolineano che l'attribuzione di significato che i *survivors* e il sociale attribuiscono all'omicidio, abbia un'influenza sulla "priorità data ai bisogni dei familiari delle vittime, alla cura e alla compassione loro offerta, all' verificarsi di cambiamenti personali e di credenze e alla possibilità di ristabilire ordine e significato alla propria vita" (Stretesky et al., 2010).

Nel lavoro qualitativo *Journey of family members of homicide victims* (Armour, 2002), effettuato attraverso l'intervista a 14 familiari che avevano perso il proprio caro in un arco temporale dai 18 mesi ai 23 anni, i risultati, estremamente interessanti, hanno infatti messo in luce che l'esperienza post-omicidio è profondamente influenzata da un *interplay* tra le risposte familiari, sociali e istituzioni (Armour, 2002, pag.380).

In particolare la letteratura ha mostrato che i *survivors* sembrano ricevere maggiore supporto informale, proveniente principalmente dalla famiglia e dagli amici (Sharpe, 2008, 2015) o dai membri delle comunità ecclesiali di cui fanno parte (Thompson & Vardamar, 1997). Esiguo invece sembra essere il supporto formale proveniente dalle istituzioni, dai servizi di salute mentale e dalle organizzazioni rivolte al supporto delle vittime del crimine (Sharpe & Boyas, 2011; Williams & Rheingold, 2015).

Per quanto concerne le difficoltà connesse alla richiesta di supporto formale, gli studi suggeriscono che spesso i familiari sono restii a chiedere aiuto a persone esterne alla famiglia. Altre difficoltà sembrano invece essere connesse a problematiche economiche (antecedenti o sopraggiunte a seguito dell'omicidio), livello socio-culturale, problematiche di salute e inadeguatezza delle informazioni fornite a questi soggetti (Williams, Rheingold, 2015).

Un ulteriore fattore da non trascurare, connesso alla difficoltà a richiedere ad esempio aiuto psicologico specialistico, sembra riguardare la *stigmatizzazione* che le co-vittime percepiscono in quanto familiari di persone uccise. Questo vissuto le porta ad evitare di usufruire di cure psicologiche adeguate per non aggiungere al loro stigma quello della malattia psichiatrica (Mezey et al. 2002)

Il processo di stigmatizzazione è anche esito della mancata richiesta e offerta di supporto sociale, di cui invece i familiari necessiterebbero per affrontare tutte le conseguenze che la

morte per omicidio impone (e. g. problematiche psicologiche, finanziarie, sociali, giudiziarie).

Tra i fattori che ostacolano il *grieving process* la letteratura evidenzia la povertà di supporto sociale (formale ed informale) percepito dai familiari e la valutazione che le vittime fanno del sistema di giustizia penale.

Oltre alla perdita del proprio caro spesso le *surviving families* si trovano coinvolti in una serie di attività che comportano ripetuti contatti con il sistema di giustizia penale: processi, interrogatori, coinvolgimento nelle indagini. Dagli studi che indagano il loro grado di soddisfazione rispetto al sistema di giustizia si evince che spesso questo risulta alquanto problematico, tanto che alcuni studi, per lo più qualitativi, hanno evidenziato profondi sentimenti di sfiducia nei confronti delle istituzioni; le vittime di questi studi riportano di essersi sentiti abbandonati e “rivittimizzati” dallo stesso sistema che dovrebbe tutelarli (Englebrecht, Mason & Adams, 2014). Le esperienze negative che i soggetti riportano sono principalmente connesse al loro coinvolgimento nelle procedure di indagine, agli esiti delle indagini e al processo (sia rispetto all’assistere alle udienze che rispetto alla sentenza).

I familiari coinvolti negli studi hanno inoltre riferito di aver percepito insensibilità da parte delle forze dell’ordine già a partire dalle prime fasi di notifica e riconoscimento del corpo (Kaska & Beard, 1999; Riches & Dawson, 1998).

Le fasi iniziali come la notifica, il riconoscimento del corpo o la comunicazione degli esiti dell’autopsia, se non adeguatamente curate, possono anch’esse inficiare il processo di lutto (Baumann & Stark, 2015).

I familiari inoltre in qualità di *co-victims* si trovano spesso a dover difendere presso le sedi giudiziarie i loro congiunti assassinati. La loro esperienza con il sistema di giustizia penale risulta nella maggior parte dei lavori consultati estremamente negativa (Thompson, Norris & Ruback, 1996) poiché sembra alimentare vissuti di “impotenza, frustrazione e sofferenza” (Mezey, 2002, pag 71).

La scarsa abilità da parte del sistema di giustizia di riconoscere e far fronte ai bisogni di questa categoria di soggetti, e la conseguente insoddisfazione e frustrazione dei familiari, risultano connesse alla severità dei disturbi post-traumatici, depressivi e ansiosi (Amick-McMullan, Kilpatrick, Resnick, 1991).

Il processo di elaborazione della perdita è spesso posticipato dal fatto che le indagini giudiziarie si protraggono nel tempo e pertanto, la possibilità che i *survivors* affrontino il

proprio dolore è sospesa nell'attesa di giustizia (Master et al., 1988; Riches & Dawson, 1998; Adkins, 2003; Vigil & Clements, 2003).

L'assenza di informazioni sulle cause dell'omicidio, in aggiunta alla mancata individuazione di un colpevole o all'impunità stesso del reato, ostacolano il già difficile processo di *sense making*⁵ (Currier, Holland & Neimeyer, 2007; Lichtenthal et al., 2013).

I fenomeni fin qui descritti alimentano i vissuti di sofferenza dei *survivors* e sembrano avviare pericolosi processi di vittimizzazione secondaria (Stretesky et al, 2010) possono inibire le abilità delle *co-victims* ad affrontare il processo di lutto e possono rappresentare dei fattori di rischio per lo sviluppo di un PTSD e ostacolare il processo di elaborazione del lutto (Englebrect, 2011).

La vittimizzazione secondaria può assumere diverse forme tra cui la minimizzazione della sofferenza, il biasimo e la svalutazione (Fanci, 2011) che possono venire sia dalle istituzioni formali che dalla società.

M. Regina Asaro (2001a), a partire dalla sua esperienza clinica con familiari sopravvissuti ad omicidio, sottolinea quanto l'intrusione dei media, il coinvolgimento con il sistema di giustizia penale e lo stigma sociale si configurino a tutti gli effetti come fenomeni di vittimizzazione secondaria che acutizzano la condizione di sofferenza delle vittime.

d) Interventi di supporto e trattamenti terapeutici rivolti ai familiari delle vittime di omicidio

Perdere un proprio caro per omicidio è certamente un'esperienza terribile poiché la natura di queste morti (improvvisi, spaventosi e stigmatizzanti), costringe i familiari a farsi carico di una serie di sfide e problematiche connesse sia a questioni pragmatiche (gestione e costi dei funerali, rapporti con le forze dell'ordine e il sistema di giustizia, rapporti con i media, etc) che a una serie di ricadute psicosociali e talvolta psicopatologiche, ampiamente illustrati nei precedenti paragrafi.

⁵ Il *sense-making* si riferisce ad un processo di attribuzione di significato agli eventi traumatici che aiuterebbe i familiari ad accettare la morte di un proprio caro come una parte della propria vita. Questo processo influenza il processo di elaborazione del lutto soprattutto nei casi in cui i familiari sono costretti a confrontarsi con morti violente per definizioni *senselessness* (Walsh, 2007). Per un approfondimento di questo processo e degli interventi che lo promuovono si rimanda al *Meaning-making model* di Nadeaus (1998).

Gli autori degli studi riportati in rassegna sembrano concordare sull'importanza che i *survivors* possano usufruire di servizi pensati *ad hoc* che offrano trattamenti individuali e di gruppo nel breve e nel lungo periodo che li supportino nel delicato e complesso processo di recupero dalla perdita traumatica (Aldrich & Kallivayalil, 2013, pagg. 375-376).

La letteratura riporta l'esistenza di trattamenti terapeutici e servizi di supporto rivolti ai familiari delle vittime di omicidio, caratterizzati da obiettivi e *mission* differenti.

Potremmo suddividere la natura di questi interventi in trattamenti terapeutici *strictu sensu* (terapia familiare, gruppal e trattamenti cognitivo-comportamentali centrati sui sintomi post-traumatici), e interventi psicoeducazionali che possono anche comprendere servizi di supporto per i bisogni pragmatici (Vincent, McComarck & Johnson, 2015).

Come già sottolineato, l'omicidio ha un impatto devastante sulla vita di ogni singolo membro della famiglia e sulla famiglia come sistema, poiché ne devasta l'equilibrio.

I sopravvissuti sono spesso costretti a mettere in discussione il loro ruolo all'interno della famiglia (non senza conflitti), e a far "fronte comune" per affrontare lo stigma e le incombenze che l'omicidio impone.

In tal senso, non stupisce che alcuni autori definiscano la terapia familiare come il trattamento elettivo per le *homicide bereavement family* (Hatton, 2003), poiché questi trattamenti favoriscono la ricostruzione dei legami familiari intaccati dalla brutalità dell'omicidio, e li rafforza attraverso la condivisione della sofferenza e la risoluzione dei conflitti (Miranda et al. 2003).

Tra i trattamenti familiari i lavori individuati sottolineano l'efficacia della *existential empowerment family therapy* (Armour, 2003; Mac Vane et al. 2003; Miller, 2009b) e della *contextual therapy* (Temple, 1997; Miller, 2009b) che mirano, rispettivamente a: promuovere l'impegno in attività che permettono di trovare nuovi significati nella vita dei sopravvissuti (e. g. assistere altre vittime del crimine, investire in attività di impegno morale, narrare la propria storia); lavorare sui legami intrafamiliari e promuovere e incoraggiare la pianificazione di progetti futuri.

Gli interventi psicoeducazionali rivolti ai *survivors*, invece, sono principalmente strutturati in assetto gruppal e mirano ad informare e formare i familiari circa le questioni connesse al sistema di giustizia penale, le strategie di coping più adattive (Lyon & Moore, 1992) e l'importanza di usufruire di servizi di cura per affrontare e superare l'impatto dell'omicidio (Blakley & Merh, 2008).

Gli studi sottolineano l'importanza degli interventi psicoeducazionali poiché consentono ai familiari di condividere le loro difficoltà e la loro storia con altri familiari che comprendono la loro sofferenza (Levy & Wall, 1996) promuovendo nel lungo periodo il costituirsi di gruppi di autoaiuto e *community of survivors* (Vincent et al., 2015), prezioso network di supporto informale. Ciò nonostante alcuni studi hanno ipotizzato che la partecipazione a gruppi di auto-aiuto potevano portare alcuni survivors a “rinforzare”, attraverso il confronto con altri soggetti in lutto, processi di *vittimizzazione* che potevano inficiare l'adattamento alla perdita (van Denderen et al., 2014).

Tra gli interventi terapeutici invece, gli studi selezionati sembrano essersi concentrati sulla valutazione di alcuni trattamenti focalizzati sulla riduzione delle sintomatologie post-traumatiche connesse principalmente alle immagini e ai ricordi intrusivi.

In tal senso, le tecniche di *imaginative exposure* sembrano contribuire al superamento di fenomeni di identificazione massiccia con l'orrore e l'impotenza della morte, che risulta associata al mantenimento di sintomi intrusivi che intensificano il disadattamento alla perdita (Rynearson, 2012).

Le tecniche di soppressione delle immagini traumatiche, tuttavia, seppur efficaci per il superamento dei dolorosi fenomeni di intrusione, sembrano raccomandate soprattutto nei casi di lutto complicato, poiché talvolta, per taluni soggetti traumatizzati, si sono mostrate potenzialmente dannose (Hatton, 2003).

Anche a partire da queste ultime considerazioni, Saindon e coll. (2014), hanno recentemente indagato l'efficacia e la “tollerabilità” di un intervento di gruppo strutturato, il *restorative retelling*, che mira a promuovere strategie di coping funzionali e a facilitare l'integrazione dei ricordi del defunto con le memorie traumatiche. Il *restorative retelling*, grazie all'ausilio dello strumento gruppo e alla facilitazione della ricostruzione narrativa della “storia traumatica” è risultato efficace nel ridurre la sintomatologia post-traumatica, depressiva e connessa a lutto complicato.

Per concludere, la letteratura sembra concordare sul fatto che i trattamenti rivolti a questa peculiare popolazione di *survivors* debbano essere in grado di accogliere e trattare contemporaneamente i sintomi traumatici e quelli legati al lutto poiché «il lutto di questi sopravvissuti è differente, non complicato, ma differente: è un lutto traumatico» (Spungen, 1998, p. 23).

1.5.5 Sintesi e conclusioni della rassegna

Come si evince dalla rassegna, l'omicidio di un familiare ha un impatto devastante su vaste aree della vita degli *survivors* ed è associato all'aumento del rischio di gravi conseguenze sulla salute psichica.

Nello specifico gli studi hanno evidenziato:

- problematiche psicologiche riguardanti vissuti emotivi caratterizzati da rabbia, senso di colpa, vergogna, impotenza, paura, vulnerabilità;
- problematiche psicopatologiche attinenti a DPTS, disturbi d'ansia, depressione, lutto complicato, uso di sostanze;
- compromissione del funzionamento sociale caratterizzato da conflitti familiari, isolamento relazionale, difficoltà a portare avanti le attività quotidiane antecedenti l'omicidio (anche lavorative);
- mancato adattamento alla perdita caratterizzato da un processo di lutto prolungato, che non segue le “normali” fasi del lutto connesse a morte naturale e che può sfociare in reazioni di lutto complicato.

Inoltre:

- la letteratura si è concentrata maggiormente sulla valutazione delle conseguenze psicopatologiche (anche perché la maggior parte dei campioni era costituita da soggetti che affluivano a servizi di supporto alle vittime) mentre poco è conosciuto su quei soggetti che hanno invece elaborato l'evento facendo leva sulle proprie risposte resilienti
- alcuni lavori hanno indagato quei fattori che possono ulteriormente complicare il già difficile processo di lutto, come i fenomeni di vittimizzazione secondaria (principalmente connessi al confronto con il sistema di giustizia e a marginalizzazione e stigmatizzazione da parte del sociale).
- Gli studi degli ultimi anni hanno investito in disegni di ricerca che tengono conto della valutazione di entrambe le risposte (*grief distress e trauma distress*) che seguono un omicidio e hanno valutato il rapporto di reciproco influenzamento. influenzando si.
- Gli studi più recenti, seppur ancora esigui, si soffermano maggiormente sulla valutazione dei fattori di protezione che sostengono le *co-victims* nel processo di

elaborazione dell'evento, come le strategie di coping, il supporto sociale (formale ed informale) e la possibilità di usufruire di interventi costruiti *ad hoc*.

Limiti degli studi

- Gli studi della letteratura sulle conseguenze psico(pato)logiche, ottengono percentuali di incidenza di malattia psichica molto differenti. Questo può essere connesso al fatto che le ricerche differiscono notevolmente in termini di dimensioni del campione (molto ridotte), etnia, sesso e età e strategia di reclutamento (campioni di convenienza), disegno dello studio, tempo dalla perdita, e rapporto tra i soggetti coinvolti e le vittime (van Denderen, de Keijser, Kleen, Boelen, 2013). Per tali ragioni i risultati dei differenti studi sono difficilmente confrontabili e generalizzabili;
- Gli studi presentati sono tutti retrospettivi e pertanto non tengono conto dello stato di salute psichica di questi soggetti antecedente l'omicidio;
- La maggior parte degli studi quantitativi utilizza questionari self report e interviste standardizzate che però differiscono nei diversi studi, impedendo in molti casi un confronto
- Pochi, seppur preziosi in termini di ricchezza dei risultati, risultano essere gli studi qualitativi che esplorano l'esperienza post-homicide dei survivors
- La maggior parte degli studi si ispira a un modello intrapsichico/individuale trascurando approcci più ecologici che tengano conto dell'influenza dinamico e complesso *interplay* tra famiglie e contesto storico-culturale, sociale e istituzionale.

Indicazioni per la ricerca futura:

- I lavori di rassegna e i risultati degli studi suggeriscono l'importanza di investire in studi sistematici che indagano i fattori di rischio e protezione influenzano connessi all'impatto dell'omicidio;
- Modelli più ecologici che possano promuovere una comprensione più approfondita delle determinanti sociali e culturali che intercorrono nel definire il danno psicologico degli *homicide survivors*; ciò consentirebbe di progettare delle *policies* e degli interventi adeguati ai bisogni di questa popolazione.

1.6 Perché pensare ad uno studio sui sopravvissuti delle vittime innocenti di mafia?

Come si evince dal lavoro di rassegna, la letteratura sulle ricadute che l'omicidio di un familiare ha su quelle che vengono definite *surviving family members*, anche se esigua è in espansione.

Questo lavoro di tesi intende contribuire ad accrescere i contributi di ricerca in questo specifico campo di studi attraverso l'esplorazione dell'esperienza e dei vissuti di coloro che sopravvivono a un familiare ucciso dalle organizzazioni criminali di stampo mafioso. La mafia italiana rappresenta un fenomeno complesso, dato dall'intreccio di fattori storici, antropoculturali e psicosociali (Lo Verso, 1998; Giordano, Lo Verso, 2014) che hanno portato all'istituzione di 4 differenti organizzazioni criminali, Cosa Nostra (Sicilia), 'Ndrangheta (Calabria), Sacra Corona Unita (Puglia) e Camorra (Campania), radicate originariamente (a metà del XIX secolo) nel sud Italia e oggi diffuse in tutto il mondo (Sciarrone R., 1998; Becchi A, 2000; Costantino S. 2004; Santino U., 2006; Lupo S., 2009), anche a causa della loro capillare infiltrazione in differenti territori nazionali ed internazionali (European Committee on Crime Problems and Committee of Experts on Criminal Law and Criminological Aspects of Organised Crime, 1999).

I principali scopi dell'organizzazione criminale sono il potere politico-economico, i traffici illeciti e il controllo del territorio che vengono perseguiti attraverso strategie e azioni illecite (La Sorte, 2004; Caselli G., Ingroia A., 2001; Pepino L., 2008) che, soprattutto nei periodi di massima applicazione dell'uso indiscriminato della violenza, ha portato a migliaia di omicidi (Chinnici & Santino, 1989).

Le vittime sono principalmente membri dell'organizzazione cadute in faide tra cosche rivali e vittime innocenti, uccise perché impegnate nel contrasto alla mafia (magistrati, giudici, agenti, preti, giornalisti, ...). Alcune vittime innocenti sono state uccise perché si sono ribellate a richieste estorsive, altre in qualità di testimoni scomodi di reati criminosi, altre ancora sono vittime accidentali coinvolte in agguati e stragi.

Sebbene negli ultimi anni i tassi di omicidio commessi dalle organizzazioni criminali di stampo mafioso in Italia risultano in sensibile decremento⁶, la violenza mafiosa ha segnato

⁶ Si consulti per un approfondimento il *Rapporto sulla Criminalità in Italia. Analisi, Prevenzione, Contrasto* del Ministero dell'Interno (2010, 2014)

profondamente l'intera nazione provocando serie ricadute psicosociali nelle comunità ad alta infiltrazione e soprattutto nelle vittime del crimine e nei loro familiari (Giordano & Lo Verso, 2015). Infatti, il costo imposto dalla mafia non attiene esclusivamente alle perdite umane ma, anche, alla grave ferita che queste provocano nei familiari sopravvissuti e in intere comunità. Vivere in territori ad alta infiltrazione mafiosa e essere vittime del crimine provoca una serie di ripercussioni sulla salute psicofisica e sulla qualità delle relazioni sociali che, precedenti studi sulla psicologia del fenomeno mafioso, hanno indicato essere caratterizzati da: disturbi d'ansia, rotture dei legami familiari, senso di fallimento/depressione, sfiducia nei confronti delle istituzioni, prevalenza di un pensiero paranoide, solitudine e isolamento, frammentazione delle reti sociali (Lo Verso, 2013; Coppola et al., 2011; Giordano, 2010). Il *prezzo della sfiducia* (Gambetta, 2000), che caratterizza i territori storicamente attraversati dalla presenza del fenomeno mafioso, non si paga solo in termini di sottosviluppo economico ma provoca depauperamento dei legami comunitari che si rispecchia in un sociale incapace/impossibilitato ad offrire supporto a chi subisce un reato di qualsiasi natura da parte della mafia.

Dal punto di vista della salute psichica, ad esempio, la presenza di sistemi criminali espone la popolazione ad eventi traumatici come attentati, pestaggi, rapine, furti, estorsioni, a cui si partecipa come vittima, testimone o familiare. A questi eventi si associano reazioni psicologiche caratteristiche, che però vengono evidenziate solo di rado, poiché il dibattito moderno sulle mafie è più spesso polarizzato su approfondimenti sociologici e politici, e molto meno sulle ricadute psicologiche. Anche se negli ultimi anni l'associazionismo e le politiche di contrasto alla criminalità hanno consentito una maggiore attenzione a questi temi ed un maggiore sostegno alle vittime di reati mafiosi, di fatto a volte c'è poco raccordo con i servizi pubblici e la domanda di aiuto spesso rimane sommersa (De Rosa, Giunta, 2010).

In Italia, dalla fine del 1800 ad oggi, sono circa mille le vittime innocenti della criminalità organizzata⁷. Di queste, la maggior parte sono state riconosciute, attraverso un Decreto del Presidente della Repubblica, vittime innocenti della criminalità organizzata, altre attendono di ottenere il riconoscimento. Per vittime innocenti della criminalità organizzata si intendono: "cittadini innocenti che rimangono uccisi in seguito ad azioni mafiose e della

⁷ Fonte Libera. Libera. Associazioni, Nomi e numeri contro le Mafie (www.libera.it).

criminalità organizzata individuati dalla competente autorità” (legge n. 302 del 20 ottobre 1990).

Il picco di questi omicidi è stato negli anni delle cosiddette *fasi stragiste*; tuttavia, ancora oggi, la criminalità organizzata, in Italia, continua ad utilizzare una politica della violenza e ad uccidere vittime innocenti ritenute di ostacolo per le attività dell’organizzazione o cadute accidentalmente in agguati mafiosi.

Sebbene le stime degli omicidi mafiosi siano facilmente identificabili dai rapporti redatti dal Ministro dell’Interno è invece difficile fare una stima esatta delle vittime dichiarate “innocenti” dal Presidente della Repubblica, ed è ancora più complesso individuare quanti sopravvissuti abbiano subito la perdita di un familiare per omicidio.

Alcuni studi stranieri, studiando i genogrammi di centinaia di persone assassinate, hanno indicato che ogni omicidio coinvolge dai 6 ai 10 familiari diretti delle vittime (Redmond, 1989; Kilpatrick & Aciero, 2003; Gross, 2007).

Tenendo in considerazione la stima di questi lavori, appare chiara la vastità del costo che la mafia ha imposto a migliaia di familiari e, indirettamente, anche alle comunità dei territori dove questi omicidi si sono consumati (Coppola et al. 2009; Giordano & Lo Verso, 2013).

Tuttavia, questa specifica popolazione di soggetti in lutto per omicidio non ha ancora ricevuto molte attenzioni scientifiche a livello nazionale, specie se si considerano i sopravvissuti alle vittime innocenti delle organizzazioni criminali di stampo mafioso (cosa nostra, ‘ndrangheta, camorra, sacra corona unita).

Ciò che emerge dai lavori presentati in rassegna sugli *homicide survivors*, è un *distress* generale causato da una perdita che si configura a tutti gli effetti come un lutto traumatico (Horowitz et al., 1997) e che comporta una severa ricadute psicosociali difficili da superare, soprattutto in mancanza di adeguato supporto di figure professionali competenti.

Tenuto conto dei risultati della rassegna, e come sottolineato dagli autori dei primi lavori di rassegna sistematica sugli *homicide survivors* (van Denderen et. al., 2013; Connolly & Gordon, 2014), stupisce il riscontrare che pochi studi abbiano investigato la natura e la prevalenza dei sintomi emotivi conseguenti l’*homicidal bereavement* e che i risultati di questi lavori spesso risultino non supportati da evidenze empiriche.

Van Denderen e coll. (2013) a tal proposito affermano:

“for the bereaved community, it may be of considerable importance whether or not such claims are based upon empirical evidence. If these claims are not based upon such evidence, they may serve as a reinforcement for pathological behavior and catastrophizing cognitions. In theory, this may increase the subjective psychological pain or pathological behavior and may thereby even prolong the time in which the bereaved suffer from psychological complaints” (VanDenderen et al., 2013, pag 2).

Come si evince dalle parole degli autori, per comprendere l’impatto che la perdita traumatica di un proprio caro ha sui familiari sopravvissuti, risulta indispensabile indagare, in modo scientifico, i loro vissuti emotivi, le risposte psicologiche e l’eventuale presenza di problematiche psicopatologiche scaturite a seguito dell’evento.

A tal proposito, condurre uno studio sui familiari delle vittime innocenti della mafia potrà consentire di esplorare i vissuti di una popolazione trascurata dalla letteratura scientifica e di indagare empiricamente l’impatto dell’omicidio in termini di risposte traumatiche e fattori di rischio e/o di protezione.

I risultati della ricerca, attraverso un’indagine che rifletta l’*objective reality* delle ricadute che caratterizzano l’esperienza dei familiari delle vittime di mafia, e, tramite l’individuazione degli eventuali fattori di rischio e di protezione che concorrono ad influenzare le risposte all’omicidio, potrebbero rappresentare un’utile risorsa, per i ricercatori e i clinici, al fine di sviluppare a livello individuale, gruppale e di comunità delle linee di intervento che consentono una elaborazione positiva dell’evento “omicidio mafioso”.

Capitolo 2

Studio 1 - Omicidi di mafia e *outcomes* psicologici in un campione di familiari di vittime innocenti: il ruolo delle strategie di coping e del supporto sociale

2.1 Introduzione

Gli studi che indagano l'impatto psicologico di un omicidio sui familiari delle vittime, evidenziano elevati livelli di *distress* e serie problematiche di salute psichica sui *survivors* (van Denderen, de Keijser, Kleen & Boelen, 2013; Connolly & Gordon, 2014).

La letteratura sulle conseguenze psicologiche dell'omicidio nei *surviving family members* sembra essersi concentrata maggiormente sulla valutazione dei *trauma-specific symptoms* come PTSD e depressione (Evans, et al. 2002; Murphy, et al. 2003; Asaro et al. 2005; Zinzow, et al. 2011; Ogata, et al. 2011) e sulla valutazione dell'eventuale comorbidità tra PTSD e altre problematiche psicopatologiche tra cui depressione, ansia, abuso di sostanze e lutto complicato (Baliko & Tuck, 2008; Burke et al. 2010; Rheingold, et al. 2012; Baddeley, et al. 2015). Esigui risultano invece gli studi che indagano l'influenza del supporto sociale e delle strategie di coping sugli *outcomes* post-traumatici dei *survivors* (Hibberd, Elwood & Galovski, 2010).

Diversi autori (vedi rassegna di Kristensen, Weisaeth & Heir, 2012), soprattutto negli ultimi anni, hanno sottolineato l'importanza di studiare le potenziali conseguenze psicologiche delle perdite traumatiche. Tuttavia ad oggi, per quanto di nostra conoscenza, a livello nazionale non sono state condotte ricerche che forniscono evidenze empiriche sul tema. In ambito internazionale, invece, e soprattutto nell'ultimo ventennio, si assiste all'incremento di contributi di ricerca sulla valutazione dell'impatto che un omicidio ha in termini di sintomatologia post-traumatica e compromissione del funzionamento psico-socio-relazionale sui familiari delle vittime.

L'impatto di un evento traumatico, come emerge da alcuni studi meta-analitici (e.g. Bewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer et al., 2008) sembra essere influenzato negativamente da alcuni fattori quali: mancanza di supporto sociale, bassa intelligenza, scarsa istruzione, contesto familiare, storia psichiatrica pregressa e strategie di coping, unitamente ad aspetti della risposta stessa al trauma. È possibile ipotizzare che che l'inverso, di alcuni di questi fattori, possa predire un funzionamento resiliente (Bonanno, 2005).

Relativamente ai *survivors* di morti violente, Hibberd, Elwood e Galovski (2010), nel loro lavoro di meta-analisi “*Risk and Protective Factors for Posttraumatic Stress Disorder, Prolonged Grief, and Depression in Survivors of the Violent Death of a Loved One*”, sostengono l’importanza di investire in progetti di ricerca che indaghino sia i fattori interni alla persona come strategie di coping e storia traumatica che i fattori esterni che possono influenzare gli outcome psicologici come la natura della morte violenta, la relazione con il defunto e il supporto sociale.

Coerentemente con queste considerazioni, abbiamo scelto di verificare il possibile ruolo predittivo sulla sintomatologia *trauma-related* di alcune specifiche variabili ancora scarsamente indagate negli studi sul campo.

In tal senso, fattori come coping e sostegno sociale percepito, a nostro avviso, rappresentano due importanti elementi da indagare nello studio di fenomeni, come l’omicidio mafioso, consumati all’interno di contesti depauperati di risorse sociali, culturali ed economiche, in cui per le vittime di mafia sembra difficile ricevere e richiedere supporto (Lo Verso, 2013; Coppola et al., 2009; Coppola et al., 2011; Giordano & Lo Verso, 2015).

A partire da queste premesse, il presente lavoro rappresenta - a livello nazionale - un primo studio orientato alla comprensione dell’impatto che l’omicidio può avere sul benessere psicologico dei familiari sopravvissuti alla vittima. A tal fine, attraverso un disegno *cross-sectional*, un gruppo di *Homicide survivors (HS)* è stato confrontato con un gruppo di soggetti che, nell’arco della propria vita, ha riportato esperienze sfavorevoli non connesse a morti violente per omicidio *Non Homicide Survivors (Non HS)*

Sebbene, come già evidenziato nella sezione introduttiva del lavoro, ad oggi non esistono studi empirici sulle vittime secondarie degli omicidi commessi dalla criminalità organizzata di stampo mafioso, abbiamo ipotizzato che il gruppo dei familiari delle vittime presentasse, anche a distanza di molti anni dall’omicidio, livelli di sintomatologia *trauma-related* significativamente più elevati rispetto ad un gruppo *Non HS (Ipotesi 1)*. Questa ipotesi si basa sui risultati della letteratura internazionale sugli *homicide survivors* che ha mostrato come la natura violenta della morte di un familiare aumenti la probabilità di essere a rischio di sviluppare problematiche psicologiche rispetto a gruppi composti da soggetti in lutto per incidenti o suicidi (Murphy et al., 2003; Currier et al., 2006) o da soggetti *non-victims* (Zinzow et al., 2009) o da vittime dirette di violenza interpersonale (Zinzow et al.,

2011).

La letteratura che indaga l'impatto di eventi traumatici sullo stato di salute psico-fisica mostra che gli *outcome* post-traumatici possono essere influenzati dalla complessa interazione tra fattori ambientali, caratteristiche dell'evento e della persona, livelli di supporto e interventi offerti (Violanti & Paton, 1999).

Numerosi studi mostrano, inoltre, un effetto *buffering* del supporto sociale (Berkman & Glass, 2000; Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000; Stice & Seeley, 2004; Cohen 2004; Michael et al., 2009) e delle strategie di coping (Littleton, Horsley, John & Nelson, 2007) sulla sintomatologia *trauma-related* in soggetti che subiscono esperienze potenzialmente traumatiche di varia natura. A partire da queste considerazioni e tenuto conto dei risultati provenienti dalle ricerche empiriche sui possibili fattori di rischio e protezione connessi alle risposte di perdita traumatica (Walsh, 2007; Hibberd, Elwood & Galovski, 2010; Kristensen, Weisaet & Heir, 2012), e alle risposte *post-homicide* nello specifico (Asaro, 2001a, 2001b; van Denderen, de Keijser, Kleen & Boelen, 2013), si ipotizza che gli *outcomes* psicopatologici connessi all'omicidio siano influenzati da alcune variabili: caratteristiche personali (variabili demografiche, stili di coping, numero di esperienze traumatiche), caratteristiche relative all'evento (età del partecipante al momento del trauma e anni trascorsi dall'evento) e alcune variabili ambientali (supporto sociale percepito).

Nello specifico si ipotizza di riscontrare relazioni significative di segno negativo fra i livelli di supporto sociale e lo stato di salute psicologica dei partecipanti (Sharpe, 2008; Burke, Neymer & McDevitt-Murphy, 2010) (**Ipotesi 2**).

Rispetto alle strategie di coping, ci si aspetta di riscontrare livelli di sintomatologia *trauma-related* più severi nei soggetti che utilizzano più strategie orientate all'evitamento (**Ipotesi 3**). Alcuni studi hanno mostrato, infatti, che le strategie di evitamento, se utilizzate in assenza di strategie di "confronto" con l'evento, nel lungo periodo, sembrano influenzare negativamente la sintomatologia post-traumatica (Stroebe, Shut & Stroebe, 2005; Littleton, Horsley, John & Nelson, 2007).

Relativamente all'età dei partecipanti al momento dell'omicidio invece, in linea con alcuni studi sui familiari delle vittime di omicidio (Amick-McMullan, Kilpatrick & Resnick, 1991), si ipotizza che l'età al momento del trauma non sia in relazione con la sintomatologia post-traumatica (**Ipotesi 4**).

Relativamente al "tempo trascorso dall'evento", coerentemente con i risultati dello studio

di Amick-McMullan, Kilpatrick e Resnick (1991) condotto su un campione di *survivors* che avevano perso un familiare diversi anni prima della ricerca ($M=16.62$, $SD=14.74$), si ipotizza che gli anni trascorsi dall'omicidio non abbiano un'influenza sullo stato di salute psichica del gruppo HS (**Ipotesi 5**).

Per quanto riguarda le variabili demografiche, in accordo con la letteratura sul trauma, ci si aspetta di riscontrare maggiore sintomatologia tra le donne di entrambi i gruppi (Brewin, Andrews & Valentine, 2000) (**Ipotesi 6**).

Infine per quanto riguarda il numero di esperienze traumatiche *lifetime*, poiché non sono mai stati condotti studi empirici sui sopravvissuti ad omicidi di mafia, non avevamo alcuna aspettativa circa l'eventuale differenza in termini di esperienze traumatiche tra il gruppo HS e il gruppo *non HS*; ciò nonostante abbiamo ipotizzato che un numero maggiore di esperienze traumatiche contribuisse ad accrescere i livelli di sintomatologia post-traumatica in entrambi i gruppi (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999, 2014). (**Ipotesi 7**).

2.2 Obiettivi dello studio

Obiettivo principale del presente studio è quello di valutare l'impatto che un evento traumatico come l'omicidio, può avere sullo stato di salute psicologica di un gruppo di familiari di vittime innocenti di mafia.

Abbiamo confrontato un gruppo di familiari di vittime innocenti di omicidio di mafia (gruppo HS) con un gruppo di individui bilanciato rispetto alle caratteristiche socio-demografiche (gruppo *Non HS*) che ha vissuto eventi potenzialmente traumatici non riconducibili all'omicidio (e. g. morte prematura di un familiare o di una persona cara per cause naturali, minaccia alla propria vita a causa di un incidente automobilistico o di una grave malattia, minaccia alla vita di un familiare a causa di una malattia o di un incidente). Nello specifico ci si è chiesti se l'omicidio di un familiare da parte della mafia, proprio per le caratteristiche "uniche" di questa specifica perdita traumatica, potesse rappresentare per il gruppo HS un evento in grado di aumentare la vulnerabilità a sviluppare sintomatologia post-traumatica rispetto ad esperienze traumatiche di natura differente.

Come mostrano ormai numerose evidenze scientifiche, l'esito dell'esposizione ad un trauma è connesso certamente alle caratteristiche dell'evento, ma è anche influenzato da altre variabili, quali, innanzitutto, caratteristiche specifiche della persona (e. g. genere, età),

stili di risposta soggettiva ad eventi stressanti e/o traumatici (e. g. strategie di coping), tipologia e numero di esperienze potenzialmente traumatiche vissute durante la vita e supporto sociale (Briere, 1997; Eisen et al., 1999).

Conseguentemente, il presente studio ha perseguito i seguenti obiettivi specifici:

- Obiettivo 1: Valutare l'eventuale differenza di sintomatologia post-traumatica tra il gruppo HS e il gruppo Non HS;
- Obiettivo 2: Valutare possibili differenze tra i due gruppi (HS e NON HS) nei livelli di supporto sociale percepito, nelle strategie di coping tipicamente utilizzate per far fronte ad eventi difficili o stressanti della vita e nella "storia traumatica" dei partecipanti (intesa come numero *lifetime* di esperienze potenzialmente traumatiche);
- Obiettivo 3: Valutare il potenziale ruolo predittivo di sintomatologia *trauma-related* di alcune caratteristiche dei partecipanti (età anagrafica, sesso, età al momento del trauma, numero di eventi traumatici *lifetime*) e dell'evento traumatico (anni trascorsi), delle strategie di coping e del supporto sociale percepito.

2.3 Metodologia

2.3.1 Partecipanti e procedure

Il gruppo di partecipanti è composto da 82 soggetti e rappresenta un campione di convenienza reclutato in due regioni del Sud Italia (Sicilia e Calabria), caratterizzate da un forte radicamento delle associazioni criminali di stampo mafioso più diffuse in Italia (Cosa nostra e 'Ndrangheta)⁸. Relativamente ai criteri di inclusione tenuti in considerazione per il reclutamento, i partecipanti dovevano possedere le seguenti caratteristiche:

Gruppo HS: a) avere compiuto la maggiore età e non avere più di 75 anni; b) essere familiari diretti (genitori, figli, fratelli/sorelle, coniugi) di vittime innocenti di mafia.

Gruppo Non HS: a) avere compiuto la maggiore età e non avere più di 75 anni; b) avere caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, titolo di studio) simili al gruppo HS; c) riportare almeno un'esperienza potenzialmente traumatica nel corso della propria vita diversa dalla perdita di un familiare in circostanze violente (omicidio).

⁸Per un approfondimento si consulti il *Rapporto sulla criminalità in Italia. Analisi, Prevenzione, Contrasto* (2014). Ministero dell'Interno.

Il gruppo dei partecipanti, considerato il disegno *cross sectional* dello studio, è suddiviso in due sottogruppi: 41 familiari di vittime innocenti uccise dalla mafia (*Gruppo Homicide Survivors – HS*)⁹ e 41 soggetti che rappresentano un gruppo di confronto composto da non familiari di vittime innocenti di mafia (gruppo *Non Homicide Survivors – NHS*).

I partecipanti del gruppo *HS* rappresentano un campione di convenienza ampliato con la procedura *snowball*¹⁰ (palla di neve). Durante una fase preliminare della ricerca sono stati contattati alcuni membri dell'associazione *Libera. Associazioni, nomi e numeri contro le mafie* e alcuni referenti dell'associazione *Avviso Pubblico. Enti locali e Regionali per la formazione contro le mafie, Solidaria, società coop. sociale onlus*, che, dopo aver promosso il progetto con alcuni familiari, ci hanno messo in contatto con un numero iniziale di 10 soggetti poi ampliato, tramite procedura a “palla di neve”, a 41 soggetti.

I partecipanti del gruppo di controllo (*Non-Hs*) rappresentano un campione di convenienza reclutato attraverso pubblicizzazione del progetto di ricerca o contatti personali dei ricercatori.

Tutti i soggetti coinvolti sono stati adeguatamente informati in un setting *vis a vis* sulle modalità e sugli scopi della ricerca.

Successivamente, previo consenso informato, a tutti i partecipanti (gruppo *Hs* e gruppo *Non HS*) è stato consegnato un protocollo contenente gli strumenti di ricerca. La ricerca ha previsto l'utilizzo di questionari *self-report*; ciò nonostante alcuni partecipanti, su loro richiesta, sono stati assistiti nella compilazione dai ricercatori mentre altri hanno scelto di procedere in autonomia e hanno poi consegnato il protocollo in busta chiusa ai referenti

⁹ Come già sottolineato, quello presentato rappresenta il primo studio empirico che mira a valutare l'impatto in termini di ricadute psicologiche su un gruppo di familiari di vittime innocenti di mafia, pertanto, sebbene ad oggi siano presenti in letteratura diversi studi sull'utilizzo del TSI (e. g. Wallis, 2002; McDevitt-Murphy, Weathers & Adkins, 2005; Goldenberg & Matheson, 2005; Adams & Riggs, 2008; Snyder et al. 2009), e nonostante lo strumento sia stato validato in Italia (Gambetti et al., 2011), questo non è mai stato applicato per valutare la presenza di sintomatologia *trauma-related* in una popolazione di sopravvissuti ad omicidio mafioso. Pertanto, non sono facilmente identificabili delle ipotesi statistiche per la stima di una adeguata numerosità campionaria. Il criterio secondo il quale si è stabilito di arruolare circa 40 soggetti per gruppo è dunque suggerito dal teorema del limite centrale, che implica le proprietà di correttezza, efficienza e consistenza degli stimatori delle medie, delle proporzioni e delle varianze campionarie che se ne otterranno.

¹⁰Lo *Snowball Sampling* (campionamento a palla di neve) è un tipo di campionamento non causale utilizzato per studiare caratteristiche rare nella popolazione o nei casi in cui lo studio coinvolga popolazioni difficili da reclutare. Si procede selezionando un piccolo gruppo iniziale, di solito tramite campionamento causale semplice o per autoselezione. Si effettua l'intervista e si chiede al rispondente di identificare amici o conoscenti (nel nostro caso altri familiari dell'intervistato ovvero altri familiari di vittime innocenti). Si intervistano le nuove unità individuate e si continua a chiedere di identificare altri amici o conoscenti.

delle associazioni coinvolte o ai membri del *team* di ricerca.

A tutti i partecipanti è stato garantito l'anonimato e il diritto a ritirare il proprio consenso alla ricerca in qualsiasi momento.

Per garantire la privacy dei soggetti del gruppo HS, in accordo con i referenti delle associazioni coinvolte, la prima fase di contatto dei potenziali partecipanti, è stata seguita da alcuni responsabili della gestione dei rapporti con i familiari delle vittime, pertanto, non conoscendo il numero dei familiari a cui è stato proposto il progetto di ricerca, non ci è possibile fare una stima delle adesioni e dei rifiuti.

2.3.2 Strumenti

Tutti i partecipanti coinvolti hanno compilato un protocollo composto da un questionario costruito *ad hoc* e da una serie di strumenti self-report volti ad indagare le variabili oggetto di studio.

a) Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti e caratteristiche dell'evento

Grazie ad un questionario costruito *ad hoc* che si compone di due parti abbiamo rilevato le variabili relative a:

- 1) *Dati socio-demografici*. Età, stato civile, titolo di studio ed occupazione attuale, informazioni relative al luogo di provenienza e di residenza attuale;
- 2) *Variabili legate all'evento traumatico*. Al gruppo *HS* si è chiesto di indicare il grado di parentela con la vittima uccisa dalla mafia. Al gruppo *NON HS* è stato invece chiesto di riportare e descrivere brevemente un evento *lifetime* valutato come particolarmente doloroso e traumatico.

Inoltre questa parte del questionario ha permesso di rilevare alcune caratteristiche degli eventi traumatici caratterizzanti l'esperienza dei partecipanti rispetto agli anni trascorsi dall'evento, all'età al momento dell'evento, all'eventuale esperienza di un percorso psicologico per l'elaborazione dell'evento, all'uso di psicofarmaci a seguito dell'evento, all'adesione ad associazioni di sostegno ai familiari di vittime di mafia (variabile rilevata solo per il gruppo *HS*).

b) Valutazione della sintomatologia *trauma-related*

Per valutare la presenza di sintomatologia trauma-related abbiamo utilizzato il Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995; validazione italiana Gambetti et al., 2011) poiché è un test che fornisce una valutazione complessiva e ad ampio spettro della sintomatologia traumatica, consente di discernere le caratteristiche del disturbo post-traumatico da stress da altre condizioni di natura simile e permette di rilevare sintomi legati a difficoltà inter ed intrapersonali spesso associate a traumi psicologici cronici (McDevitt-Murphy et al., 2005). L'inventario è composto da 100 items a cui ai partecipanti è richiesto di rispondere su una scala a 4 punti che va da 0 = mai a 3 = spesso.

Rispetto alle altre misure simili, il TSI, permette di verificare attraverso l'utilizzo di 10 sottoscale, la presenza di più quadri psicopatologici afferenti al verificarsi di un trauma psicologico. Le sottoscale cliniche, invece, includono: l'attivazione ansiosa (AA), la depressione (D), la rabbia/irritabilità (AI), le esperienze intrusive (IE), l'evitamento difensivo (DA), la dissociazione (DIS), le preoccupazioni sessuali (SC), i comportamenti sessuali disfunzionali (DSB), inadeguato senso del sé (ISR), l'utilizzo di comportamenti volti a ridurre la tensione (TRB).

Inoltre, presenta tre scale di validità (livello di risposta – RL; risposte atipiche – ATR; risposte incoerenti – INC) per valutare l'atteggiamento del soggetto rispetto al test.

Lo strumento ha una validazione italiana (Gambetti et al., 2011) e la coerenza calcolata mediante l'alpha di Cronbach (nelle varie sottoscale cliniche varia da 0.75 a 0.90).

c) Valutazione del numero di esperienze traumatiche lifetime

Per valutare la presenza di differenti esperienze potenzialmente traumatiche accadute nell'arco della vita dei soggetti coinvolti nello studio abbiamo utilizzato la Traumatic Experiences Checklist (TEC; Nijenhuis et al., 2002; Trad. it. di Schimmenti, Mulè) un questionario self-report che riguarda 29 tipi di eventi potenzialmente traumatici, inclusi quelli indicati nel criterio A del disturbo post-traumatico da stress (“esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno o più dei seguenti modi: 1 fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i; 2 assistere direttamente all'evento/i traumatico/i accaduto ad altri; 3 venire a conoscenza di un evento/i traumatico/ accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto” – DSM-V, pag 314) e altri potenziali eventi traumatici: perdita di figure significative, minacce alla propria vita a

causa di malattia o di episodi violenti, esperienze di guerra, trascuratezza emotiva, abuso emotivo, abuso fisico, molestie sessuali e traumi sessuali.

Ai soggetti viene chiesto di indicare l'eventuale presenza di esperienze traumatiche nella propria storia, specificando eventualmente l'età al momento dell'evento traumatico e il grado di supporto che sentono di aver ricevuto.

L'inventario permette di ottenere sia un punteggio totale sia alcuni punteggi specifici per misurare trascuratezza emotiva, abuso emotivo, l'abuso fisico, molestie sessuali, abuso sessuale, e la minaccia fisica di una persona.

Per tutti i tipi di trauma interpersonali viene calcolato un punteggio dicotomico (sì/no). Il punteggio totale va da 0 a 29. Per ogni items viene valutato se l'evento è accaduto o no, l'età in cui si è verificato, e l'impatto dell'evento su una scala da 1 = per niente a 5 = molto. Nel nostro studio lo strumento è stato utilizzato al fine di rilevare il numero totale di esperienze traumatiche vissute dai partecipanti.

Studi scientifici che hanno utilizzato questo inventario, mostrano una buona coerenza interna ed una affidabilità test-retest abbastanza soddisfacente (Nijenhuis et al., 2002).

d) Valutazione delle strategie di coping

Al fine di rilevare gli stili di coping maggiormente utilizzati dai partecipanti abbiamo scelto il Coping Orientation to the Problems Experienced - NVI (COPE-NVI; Sica et al. 2008). Prendendo spunto sia dal modello di coping di Lazarus e Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) sia dal modello di auto-regolazione del comportamento di Carver e Scheier (Carver et al., 1989), il COPE è stato pensato con l'obiettivo di misurare le differenze individuali nell'adoperare strategie di coping.

Il questionario è costituito da 60 item e chiede di valutare con quale frequenza il rispondente mette in atto – nelle situazioni difficili o stressanti- quel particolare processo di coping; le possibilità di risposta sono quattro, da 1= “di solito non lo faccio” a 4 = “lo faccio quasi sempre”. Nelle istruzioni si sottolinea che il soggetto non deve fare riferimento a uno stress specifico ma pensare piuttosto a come abitualmente si comporta nelle situazioni stressanti.

Lo strumento è composto da 15 sottoscale costituite da 4 item ciascuna.

Ciascuna sottoscale prende in considerazione un meccanismo di coping:

a) Attività: intraprendere qualche tipo di azione per eliminare lo stress o attutirne gli effetti;

- b) Pianificazione: riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema;c)
- Soppressione di attività competitive: mettere da parte ogni altra attività, evitare la distrazione per poter trattare più efficacemente il problema;
- d) Contenimento: aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress, trattenersi dall'agire impulsivamente;
- e) Ricerca di informazioni: chiedere consigli, assistenza, informazioni;
- f) Ricerca di comprensione: ottenere sostegno morale, rassicurazioni, comprensione;
- g) Sfogo emotivo: esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti;
- h) Reinterpretazione positiva e crescita: elaborare l'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana;
- i) Accettazione: accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla;
- l) Dedicarsi alla religione: cercare aiuto o conforto nella religione;
- m) Umore: prendersi gioco della situazione, ridersi sopra;
- n) Negazione: rifiutare l'esistenza della situazione critica, tentare di agire come se lo stress non esistesse;
- o) Distacco comportamentale: riduzione degli sforzi e dei tentativi di soluzione nell'affrontare la situazione stressante;
- p) Distacco mentale: distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo, «immergersi» nella televisione, ecc.;
- q) Uso di droghe o alcol: usare alcol o droghe per tollerare lo stress;

Un'analisi fattoriale condotta sui punteggi ottenuti dai soggetti alle diverse scale (quindi un'analisi fattoriale di «secondo ordine») ha messo in evidenza quattro dimensioni di base: strategie orientate alla risoluzione del problema, ricerca di sostegno sociale, strategie di evitamento e visione positiva.

Nello specifico ognuna di queste dimensioni raggruppa alcune specifiche strategie come di seguito riportato:

Strategie di evitamento (scala molto eterogenea che comprende l'utilizzo di negazione, uso di sostanze, distacco comportamentale e mentale).

Attitudine positiva (atteggiamento di accettazione, contenimento e reinterpretazione positiva degli eventi).

Orientamento al problema (utilizzo di strategie attive e pianificazione).

Sostegno sociale (ricerca di comprensione, di informazioni e sfogo emotivo).

Orientamento trascendente (gli item fanno riferimento alla religione e all'assenza di umorismo).

Nel nostro studio per verificare le strategie di coping messe in atto dai partecipanti abbiamo fatto riferimento a queste cinque dimensioni di base.

Lo strumento si è dimostrato utile e psicometricamente valido per la misura degli stili di coping nel contesto italiano (Sica et al., 2008).

e) Valutazione del supporto sociale percepito

Infine per la valutazione del livello di supporto sociale percepito dai partecipanti è stata utilizzata la Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito (SMSSP; Zimet, Dahlem, Zimet e Farle, 1988; trad. it. di Prezza e Principato, 2002) è uno strumento che misura la percezione del sostegno ricevuto da parte di familiari, amici e persone significative.

Lo strumento, composto da 12 items, misura la percezione del sostegno ricevuto da parte di familiari, amici e persone significativi.

A ciascun partecipante è stato chiesto di rispondere a ciascun item, indicando la propria preferenza su una scala a 7 punti, da 1 = fortemente in disaccordo a 7 = fortemente d'accordo.

Il punteggio totale viene calcolato sommando i risultati di tutte le voci, e il range è di 12 – 84. Quanto maggiore sarà il punteggio totale, tanto maggiore sarà il supporto sociale percepito. Ulteriori tre sottoscale possono essere ricavate, suddividendo gli items in base alla fonte del supporto percepito: famiglia, amici e persone significative.

La validità dello strumento è stata confermata da diversi studi (Canty-Mitchell, Zimet, 2000). In uno studio su campione italiano (Prezza & Principato 2002) l'alpha di Cronbach è risultata 0.880.

2.3.3 Analisi statistiche

Tutte le variabili continue sono state sintetizzate come media e deviazione standard, mentre le variabili categoriali tramite frequenze assolute e relative. I confronti tra i gruppi di soggetti HS e non HS sono stati effettuati attraverso il test *t* di Student, nel caso in cui siano state verificate le assunzioni di normalità ed omoschedasticità; in caso contrario è stato effettuato il test di Welch per il confronto tra gruppi non omoschedastici. Tutte le

variabili categoriali sono state confrontate nei due gruppi attraverso il test X^2 o il test esatto di Fisher.

L'analisi esplorativa delle relazioni multivariate tra le variabili quantitative è stata effettuata mediante l'utilizzo di matrici di correlazione stratificate per gruppo. I coefficienti di correlazione lineare (ρ) significativamente diversi da 0, hanno suggerito le eventuali interazioni da tenere in considerazione in un modello di regressione lineare multipla.

Nello specifico, la correlazione di Pearson è stata impiegata per valutare le relazioni bivariate tra i livelli di sintomatologia *trauma-related* e le variabili relative alle caratteristiche dei partecipanti (età anagrafica, sesso, età al momento del trauma, numero di eventi traumatici *lifetime*), alle caratteristiche legate all'evento traumatico (anni trascorsi), alle strategie di coping e al supporto sociale percepito.

L'analisi principale è stata svolta mediante la stima di un modello di regressione lineare multipla con l'obiettivo di studiare le differenze tra il gruppo *HS* e il gruppo *non HS* misurando l'effetto di potenziali variabili esplicative (gruppo *HS* vs gruppo *Non HS*, sesso, età anagrafica, età al momento del trauma, tempo trascorso dall'evento, strategie di coping - evitante, sostegno sociale, attitudine positiva, orientamento al problema, trascendente - e il supporto sociale - familiare, amicale e sociale) sulla sintomatologia *trauma-related* (TSI_TOT).

Per selezionare le variabili del predittore lineare è stata applicata la procedura *stepwise* di tipo *backward and forward*, con *p-value entry* pari a 0.15 e *p-value exit* pari a 0.20. Il modello saturo iniziale prevedeva le interazioni fino al secondo ordine.

Tutte le analisi sono state effettuate attraverso il software SPSS versione 19. Tutti i test sono stati considerati significativi per relativi valori *p-value* ≤ 0.05 .

2.4 Risultati

Nella tabella n. 2.1 sono riportate le caratteristiche socio-demografiche e relative all'evento, rilevate attraverso il questionario costruito ad hoc. Il gruppo dei familiari è composto da 15 uomini (29,7%) e 26 donne (70,3%) mentre il gruppo di controllo da 12 uomini (36,6%) e 29 donne (63,4%). L'età media dei soggetti è di 44,1 anni (S.D. 12,0) per il gruppo di riferimento (*HS*) e di 43,4 (S.D. 12,3) per il gruppo di controllo (*Non HS*).

Tabella 2.1 -Caratteristiche socio-demografiche del campione e caratteristiche relative all'evento

VARIABILI	<i>HS</i>		<i>non HS</i>	
	(N, %)	(M, SD)	(N, %)	(M, SD)
Età		44.1 (12.0)		43.4 (12.3)
Genere (F)	29 (70.7%)		26 (63.4%)	
Stato civile				
Celibe/Nubile	14 (34.1%)		9 (21.9%)	
Coniugato/A	22 (53.7%)		23 (56.1%)	
Divorziato-Separato	3 (7.3%)		3 (7.3%)	
Vedovo/A	2 (4.9%)		6 (14.6%)	
Titolo di Studio				
Licenza Elementare o Media	8 (19.5%)		8 (19.5%)	
Licenza Superiore	24 (58.5%)		25 (61%)	
Minilaurea/Laurea	9 (21.9%)		8 (19.5%)	
Occupazione				
Impiegato	28 (68.3%)		30 (73.2%)	
Pensionato	3 (7.3%)		4 (9.8%)	
Disoccupato/Inoccupato	10 (24.4%)		7 (17.1%)	
Regione di Provenienza				
Sicilia	27 (65.8%)		19 (47.5%)	
Calabria	14 (34.1%)		22 (53.6%)	
Trattamento psicofarmaco				
Si	8 (19.5%)		2 (4.9%)	
No	33 (80.5%)		39 (95.1%)	
Evento traumatico				
Familiare Ucciso			-	
Padre	23 (56.1%)		-	
Fratello/Sorella	5 (12.2%)		-	
Padre E Fratello	2 (4.9%)		-	
Coniuge	5 (12.2%)		-	
Figlio	6 (14.6%)		-	
Perdita di un membro della propria famiglia (genitore, Fratello/sorella, coniu- ge)			15 (36.5%)	

Perdita di una persona cara	-	7 (17.07%)	
Minaccia alla propria vita	-	9 (21.9%)	
causa di incidente/malattia			
Minaccia alla vita di un familiare	-	2 (4.8%)	
causa incidente/malattia			
Divorzio dei genitori	-	2 (4.8%)	
Proprio divorzio	-	2 (4.8%)	
Essere testimone o essere a conoscenza di un trauma subito da un'altra persona	-	5 (12.2%)	
Età al momento dell'evento	20.3 (14.9)		28.2 (14.0)
Anni trascorsi dall'evento	23.8 (9.2)		15.5 (8.7)
Richiesta e ottenimento benefici in favore dei familiari delle vittime della criminalità organizzata			
Si	29 (70.7%)	-	
No	12 (29.3%)	-	
Percorso Psicologico per elaborare l'evento			
Si	9 (21.9%)	1 (2.44%)	
No	32 (78.1%)	40 (97.56%)	
Adesione Assoc. Sostegno Vittime			
Si	29 (70.7%)	-	
No	12 (29.3%)	-	

Rispetto al confronto tra gruppo HS e Non Hs, la maggior parte di entrambi i gruppi è composta da partecipanti coniugati (53.6% gruppo 0 vs 56.1% gruppo 1) e con un titolo di studio secondario superiore (58.5% gruppo 0 vs 61.0% gruppo 1). Considerati i criteri di reclutamento del gruppo di controllo, i due gruppi risultano bilanciati per sesso (p-value 0.481), età (p-value 0,79) e titolo di studio (p-value 0.961).

Anche i livelli occupazionali risultano bilanciati tra i due gruppi. Come si evince dalla tabella la maggior parte di entrambi i gruppi è composta da soggetti che hanno un'occupazione lavorativa (68.3% gruppo *Non Hs* vs 73.2% gruppo HS). Infine, sebbene il

gruppo *Non HS* rispetto al gruppo *HS* sia composto da un numero maggiore di partecipanti residenti in Sicilia (65% vs 46.3%), non vi è una differenza dal punto di vista statistico (p-value 0.08), per cui i gruppi risultano bilanciati anche rispetto alla regione di provenienza.

Relativamente alle caratteristiche dell'evento traumatico, la maggior parte del gruppo di soggetti *HS* (56.1%) ha riportato l'omicidio del padre.

Gli eventi sfavorevoli più frequenti per il gruppo *Non HS* sono stati la perdita di un membro della famiglia (genitore, fratello/sorella, coniuge) o di una persona cara ossia di un familiare appartenente alla famiglia allargata o di un amico (17.7%) per cause diverse dall'omicidio (36.6%) e la minaccia alla propria vita a causa di una malattia o un incidente (21.9%).

Il 70.7% del gruppo *HS* ha richiesto e ottenuto, da parte dello Stato o della Regione d'appartenenza, alcuni benefici in favore dei familiari delle vittime della criminalità organizzata (risarcimento economico e/o assunzione presso un ente della pubblica amministrazione).

Nove partecipanti (21.9%) del gruppo *HS* ha seguito un percorso psicologico e/o psicoterapico per elaborare l'omicidio del proprio familiare mentre un solo soggetto del gruppo *Non HS* ha intrapreso un percorso di natura psicologica per far fronte alle conseguenze dell'evento negativo riportato. La richiesta di supporto psicologico tra i due gruppi mostra una differenza statisticamente significativa (p-value 0.01).

Il 19.5% del gruppo *HS* ha riportato nel questionario di aver intrapreso un trattamento psicofarmacologico a seguito dell'omicidio mentre solo il 4,8% di partecipanti del gruppo *Non HS* ha fatto uso di psicofarmaci a seguito dell'evento riportato.

Infine la maggior parte del gruppo *HS* (70.7%) ha dichiarato di aderire ad associazioni di supporto alle vittime della mafia (prime fra tutte Libera. Associazioni, nomi e numeri contro le mafie) riportando nel questionario di ricevere principalmente consulenze legali e sostegno da parte degli altri familiari attraverso la partecipazione ad iniziative promosse dall'associazione, come, ad esempio, la *Giornata della Memoria* organizzata ogni anno il 21 marzo in ricordo di tutte le vittime innocenti delle mafie.

Relativamente agli obiettivi 1 e 2 dello studio, le tabelle 2.2 e 2.3 riportano medie e deviazioni standard delle variabili indagate per il gruppo *HS* e *Non HS* e la differenza delle medie tra i due gruppi.

Nello specifico la tabella 2.2 riporta il confronto dei punteggi ottenuti dai due gruppi allo

strumento volto ad indagare la sintomatologia *trauma-related* (TSI totale e scale cliniche) mentre la tabella 2.3 riporta le differenze relative alle variabili: età al momento dell'evento, anni trascorsi dall'evento, numero di esperienze traumatiche, strategie di coping e sostegno sociale percepito.

Nelle tabelle sono riportati i p-value dei test t per confrontare le medie delle diverse variabili fra i due gruppi, in seguito a verifica dell'assunzione di uguaglianza delle varianze.

Questi risultati si riferiscono ad analisi marginali in cui non si tiene conto del potenziale effetto di altre variabili.

Tabella 2.2 - Differenze tra i punteggi medi ottenuti dal gruppo HS e Non HS al Trauma Symptom Inventory (TSI_TOT¹¹ e scale cliniche)

	<i>HS</i>		<i>Non HS</i>		Differenza	p-value	
	Media	DS	Media	DS			
TSI_TOT	102,0	52,5	58,1	34,6	43,9	0,000	***
ISR	10,8	6,4	5,5	3,9	5,3	0,000	***
D	10,0	6,1	4,7	4,7	5,3	0,000	***
IE	11,3	5,8	6,1	4,2	5,2	0,000	***
DIS	10,3	7,1	5,1	3,9	5,2	0,000	***
AA	13,1	6,3	8,3	5,1	4,8	0,000	***
TRB	4,7	4,4	2,0	1,6	2,7	0,001	**
AI	11,1	5,7	7,9	4,9	3,2	0,009	**
DA	9,5	5,4	6,4	5,1	3,1	0,011	*
SC	4,7	5,5	2,2	2,9	2,5	0,013	*
DSB	2,9	4,9	1,4	2,5	1,5	0,101	

Nota: TSI_TOT si riferisce al punteggio totale riportato a tutte le scale del Trauma Symptom Inventory. ISR= inadeguato senso del sé; D= depressione; IE= esperienze intrusive; DIS= dissociazione; AA= attivazione ansiosa; TRB= utilizzo di comportamenti volti a ridurre la tensione;

¹¹Il TSI_TOT si riferisce alla somma di tutte le scale che compongono il TSI (10 scale cliniche e 3 scale di validità). Le 10 scale cliniche riportate in tabella si riferiscono invece alle scale volte a valutare le specifiche problematiche psicologiche *trauma-related* individuate da Briere (1995).

(AD)= rabbia/irritabilità; DA= evitamento difensivo; SC= preoccupazioni sessuali; DSB i comportamenti sessuali disfunzionali.

* <0.05, ** <0.01, *** <0.001

Come si evince dalla tabella 2.2 emerge una differenza statisticamente significativa ($p < .001$) tra i due gruppi rispetto ai livelli di sintomatologia post-traumatica totale presentati al momento della rilevazione. I soggetti del gruppo *HS* presentano infatti un punteggio medio più alto di 43.9 punti.

Relativamente alle scale cliniche dello strumento, tutte presentano una differenza significativa tra i gruppi, ad eccezione della scala DSB.

Nello specifico il gruppo *HS* presenta un punteggio medio pari a 102,0 (SD 52,5; min. 21 max. 218) mentre il gruppo *Non HS* ottiene un punteggio medio di 58,1 (SD 34,6; min. 11 max. 167).

Tabella 2.3 - Differenze tra i punteggi medi relativi a: Età al momento del trauma, anni trascorsi dall'evento, strategie di coping, numero di eventi traumatici *lifetime* e supporto sociale percepito

	<i>HS</i>		<i>Non HS</i>		Differenza		
	Media	DS	Media	DS			
Età evento (anni)	20.3	14.9	28.2	14.0	-7.9	0.02	*
Anni trascorsi	23.8	9.2	15.5	8.7	8.3	0.00	***
cope_sost	28.9	8.6	40.1	6.5	-11.2	0.00	***
cope_evitamento	26.8	6.5	23.2	5.1	3.6	0.01	**
cope_att_pos	29.4	6.2	24.6	4.9	4.8	0.00	***
cope_orient_probl	26.8	5.7	27.7	7.0	-0.9	0.51	
cope_orient_trasc	23.0	4.6	20.0	4.2	3.0	0.00	**
TEC_tot	3.8	3.0	2.7	2.2	1.1	0.06	
Mspss_tot	63.0	20.3	59.9	15.3	3.1	0.44	

Mspssfam	21.4	7.4	20.3	4.9	1.1	0.44	
Mspssfri	17.1	6.2	15.3	3.9	1.8	0.12	
Mspssso	46.0	23.1	55.0	14.1	-9.0	0.04	*

Nota: “Età evento” si riferisce all’età dei partecipanti al momento dell’evento traumatico; “anni trascorsi” di riferisce al tempo trascorso dall’evento; Cope_soc= copingorientato al sostegno sociale; Cope_evitamento= strategie di coping evitanti; Cope_att_pos= coping di attitudine positiva; Cope_orient_probl= coping orientamento al problema; Cope_trasc= coping orientamento trascendente; Tec_tot= numero totale di esperienze traumatiche *lifetime*; Mspss_tot= punteggio totale sostegno sociale percepito; Mspss_fam= sostegno percepito dalla famiglia; Mspss_fri= sostegno percepito dagli amici; Mspss_soc= sostegno sociale percepito da “altri significativi”.

* <0.05, ** <0.01, *** <0.001

Come si evince dalla tabella, i soggetti del gruppo HS hanno vissuto l’evento in età più precoce rispetto al gruppo Non Hs(20.3 vs 28.9 anni, p-value<0.05). Il tempo medio trascorso dall’evento per il gruppo Hs è di anni 23.8 e di anni 15.5 per il gruppo non HS (p-value<0.001).

Differenze statisticamente significative sono state riscontrate, inoltre, rispetto alla percezione del supporto sociale da parte di “altri significativi” (p<.05) e rispetto alle strategie di coping sociale (p<.001), attitudine positiva (p<.001), coping trascendente (p<.05) e coping evitante (p<.05).

I familiari delle vittime di omicidio riportano, infatti, punteggi più bassi rispetto al gruppo di controllo nella percezione del supporto sociale proveniente “da altri significativi” e nello stile di copingorientato alla ricerca di supporto sociale, mentre riportano punteggi più elevati relativamente a coping di tipo evitante, coping trascendente e attitudine positiva.

Per evidenziare possibili correlazioni tra i livelli di sintomatologia post-traumatica e le variabili quantitative prese in esame si è proceduto con il calcolo dei coefficienti di correlazione lineare di Pearsonp per entrambi i gruppi (HS e Non HS).

Le tabelle 2.4 e 2.5 mostrano rispettivamente le correlazioni delle variabili prese in esame con i punteggi del TSI per entrambi i gruppi *HS* e *NON HS*.

Tabella 2.4 – Correlazioni sintomatologia *trauma-related* (TSI_TOT) gruppo HS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Età	1,00										
Eta_evento	0,79	1,00									
Anni_trascorsi	0,03	-0,59	1,00								
Tsi_tot	-0,06	0,20	-0,40**	1,00							
Tec_tot	0,03	0,18	-0,24	0,54***	1,00						
Cope_sost	-0,06	-0,19	0,23	-0,01	0,09	1,00					
Cope_evitamento	-0,18	-0,07	-0,12	0,64***	0,29	0,12	1,00				
Cope_att_pos	-0,07	-0,18	0,20	-0,22	-0,13	0,47***	0,12	1,00			
Cope_orient_probl	0,04	0,09	-0,10	0,14	0,18	0,51***	0,24	0,42**	1,00		
Cope_orient_trasc	0,29	0,37*	-0,22	0,00	0,12	-0,10	0,11	-0,19	0,12	1,00	
Mspss_tot	0,06	0,08	-0,05	-0,07	-0,24	0,05	0,09	0,11	0,07	-0,05	1,00

Nota: “Età evento” si riferisce all’età dei partecipanti al momento dell’evento traumatico; “anni trascorsi” di riferisce al tempo trascorso dall’evento; Cope_soc= coping orientato al sostegno sociale; Cope_evitamento= strategie di coping evitanti; Cope_att_pos= coping di attitudine positiva; Cope_orient_probl= coping orientamento al problema; Cope_trasc= coping orientamento trascendente; Tec_tot= numero totale di esperienze traumatiche *lifetime*; Mspss_tot= punteggio totale sostegno sociale percepito

Come si evince dalla matrice di correlazione condizionata al gruppo HS, il TSI risulta correlato positivamente con il punteggio TEC (numero di esperienze traumatiche), con il coping evitamento, con l’Età al momento dell’evento e con il coping orientamento trascendente.

Il TSI mostra invece una correlazione di segno negativo con gli anni trascorsi dall’evento. Un migliore orientamento al problema è correlato con un migliore coping orientato alla ricerca di sostegno sociale e con l’attitudine positiva; inoltre il coping attitudine positiva e il coping sostegno sociale risultano correlati tra loro.

Tabella 2.5 - Correlazioni sintomatologia *trauma-related* (TSI_TOT) gruppo *Non HS*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Età	1,00										
Eta_evento	0,79	1,00									
Anni_trascorsi	0,14	-0,50	1,00								
Tsi_tot	0,13	0,01	0,13	1,00							
Tec_tot	-0,14	-0,15	0,01	0,40**	1,00						
Cope_sost	-0,18	-0,21	0,07	0,20	0,28	1,00					
Cope_evitamento	0,11	-0,07	0,25	0,48***	0,27	0,23	1,00				
Cope_att_pos	0,00	-0,13	0,19	0,20	0,33*	0,79***	0,53***	1,00			
Cope_orient_probl	-0,15	-0,18	0,07	0,24	0,35*	0,78***	0,31*	0,75***	1,00		
Cope_orient_trasc	0,23	0,25	-0,05	0,25	0,05	0,40**	0,11	0,33*	0,34*	1,00	
Mspss_tot	-0,36*	-0,20	-0,16	-0,45***	-0,15	0,03	-0,42**	-0,12	-0,19	-0,37*	1,00

Nota: “Età evento” si riferisce all’età dei partecipanti al momento dell’evento traumatico; “anni trascorsi” di riferisce al tempo trascorso dall’evento; Cope_soc= coping orientato al sostegno sociale; Cope_evitamento= strategie di coping evitanti; Cope_att_pos= coping di attitudine positiva; Cope_orient_probl= coping orientamento al problema; Cope_trasc= coping orientamento trascendente; Tec_tot= numero totale di esperienze traumatiche *lifetime*; Mspss_tot= punteggio totale sostegno sociale percepito.

Condizionatamente al gruppo *Non HS*, il TSI risulta correlato positivamente con il punteggio TEC e con il coping evitamento.

Per il gruppo *Non HS* emerge, a differenza del gruppo *HS*, una relazione tra il TEC e il coping attitudine positiva e tra il TEC e il coping di orientamento al problema. Infine, diversamente dal gruppo *HS*, per il gruppo di confronto abbiamo riscontrato correlazioni di segno negativo tra livelli di supporto sociale percepito (MSPSS) e la sintomatologia post-traumatica (TSI_TOT), il coping evitamento, il coping trascendente e l’età anagrafica.

Relativamente al terzo obiettivo, è stato utilizzato un modello di regressione lineare multipla con lo scopo di individuare eventuali predittori di maggiore sintomatologia post-traumatica. Dopo procedure di selezione del modello di tipo stepwise, inserendo le potenziali interazioni suggerite dalla tabella di correlazione, si è pervenuti al seguente modello finale riportato in tabella n. 2.6.

Tabella 2.6 - Predittori sintomatologia trauma-related (TSI_TOT)

TSI	beta	SE	t	p-value	
Intercetta	-189,5	79,05	-2,40	0,02	
gruppo (HS)	43,44	64,08	0,68	0,50	
Genere (F)	18,56	6,94	2,67	0,01	
Età	0,72	0,29	2,44	0,02	
cope_sost_sociale	1,02	0,55	1,86	0,07	
cope_evitamento	8,86	2,90	3,05	0,00	
cope_att_positiva	2,02	2,67	0,76	0,45	
cope_orient_trasc	0,79	1,19	0,66	0,51	
tec_tot	4,34	1,39	3,12	0,00	
msssfam	2,79	2,42	1,15	0,25	
msssfri	-5,08	2,81	-1,81	0,08	
gruppo#orient_trasc	-3,84	1,59	-2,42	0,02	*
gruppo#evitamento	2,72	1,27	2,14	0,04	*
gruppo#msssfam	-5,18	2,63	-1,97	0,05	*
gruppo#c.msssfri	8,04	3,08	2,61	0,01	*
att_positiva#evitamento	-0,20	0,10	-2,00	0,05	*

Il modello ha mostrato che le variabili predittive di maggiore sintomatologia post-traumatica per entrambi i gruppi risultano essere: l'età anagrafica, il sesso, le strategie di coping di tipo evitante e il numero di traumi vissuti.

Le variabili evidenziate in grassetto hanno infatti p-value significativi e mostrano un'associazione con la sintomatologia *trauma-related* comune ad entrambi i gruppi.

Il TSI aumenta al crescere del punteggio TEC per entrambi i gruppi. La distanza tra i due gruppi è significativa (p-value<0.01), ovvero il gruppo HS mantiene un punteggio medio TSI più alto rispetto al gruppo non HS all'aumentare del TEC.

Il TSI aumenta al crescere dell'età dei soggetti in entrambi i gruppi. Più il soggetto è giovane più si abbassa il suo TSI, considerando però che il gruppo HS ha sempre un TSI più alto al variare dell'età (p-value 0.02).

Inoltre, il gruppo (HS vs Non HS) risulta influenzare significativamente le relazioni tra TSI e coping trascendente, coping evitamento, supporto familiare e supporto amicale.

Nello specifico quando il coping trascendente aumenta di 1 punto per il gruppo HS, il TSI diminuisce di 3.83 punti (p-value 0.02) mentre per il gruppo non HS non vi è un miglioramento del TSI che rimane pressoché costante. Il coping evitamento predice punteggi maggiori in entrambi i gruppi. Nello specifico quando l'evitamento aumenta di 1 punto per il gruppo HS, il TSI aumenta di 2.7 punti (p-value 0.04) mostrando un peggioramento in termini di sintomatologia post-traumatica rispetto ai partecipanti del gruppo Non HS. A valori alti di coping evitamento infatti la distanza tra i due gruppi rispetto alla sintomatologia *trauma-related* diventa più marcata.

Se per il gruppo HS il supporto familiare diminuisce di 1 punto, il TSI aumenta di 5.2 punti (p-value 0.05) e quando invece il supporto degli amici aumenta di 1 punto il TSI aumenta di 8 punti (p-value 0.01). Il TSI per il gruppo HS quindi aumenta al crescere del supporto degli amici e diminuisce al crescere del supporto familiare mentre, per il gruppo non HS, all'aumentare del supporto degli amici il TSI migliora e all'aumentare del supporto familiare il TSI peggiora.

Il modello indica infine un'associazione significativa tra coping attitudine positiva e coping evitamento (p-value 0.05) per entrambi i gruppi. Nello specifico i risultati mostrano che se aumenta l'attitudine positiva e contemporaneamente aumenta l'evitamento il TSI in entrambi i gruppi presenta una lieve riduzione pari a 0.2 punti.

Tutte le variabili non presenti nel modello sono da considerare con p-value > 0.20, perché sono state escluse dalla procedura stepwise.

Il modello ha una buona bontà di adattamento ($R^2 = 0.74$, $F_{(19, 60)} = 8.84$, $p < 0.001$).

2.5 Discussioni

Lo scopo principale del presente studio è stato quello di rispondere alla domanda di ricerca: può l'omicidio di un familiare da parte della mafia rendere i *survivors* più vulnerabili e a rischio di sviluppare problematiche psicologiche anche a distanza di molti

anni dall'evento?

Relativamente al primo obiettivo dello studio che mirava a valutare la differenza di sintomatologia post-traumatica tra un gruppo di familiari di vittime di omicidio mafioso (*HS*) e un gruppo di controllo (*Non HS*), i risultati della ricerca, coerentemente con gli studi che mostrano elevato *distress* nelle di vittime secondarie di omicidio (Asaro, 2001a; van Denderen, de Keijser, Kleen, Boelen, 2013; Connolly & Gordon, 2014), mostrano livelli di sintomatologia *trauma-related* statisticamente più elevati nel gruppo degli *homicide survivors* coinvolto nello studio.

Sebbene oltre il 50% del gruppo *Non HS* abbia riportato la morte di un componente della propria famiglia e di una persona cara come evento traumatico di maggiore impatto nella propria vita, la perdita violenta di un familiare per omicidio, sembra aver contribuito alla promozione di una compromissione psichica maggiore rispetto al lutto per cause naturali o accidentali e rispetto alla minaccia alla propria vita o a quella dei propri cari per cause legate a malattie o incidenti (esperienza del 27% del gruppo *Non HS*). Tale risultato risulta in linea con gli studi della letteratura che, confrontando la natura delle risposte psichiche dei sopravvissuti a morti traumatiche con quella di soggetti in lutto per morte naturale, hanno riscontrato ricadute sintomatologiche maggiormente disadattive nei soggetti in lutto per circostanze violente (Demi & Howell, 1991; Murphy, 1996,1998; Klass, 1999a; Klass, Silverman & Nickman, 1996) e con i risultati sono coerenti con i risultati di alcuni studi che hanno confrontato gruppi di *homicide survivors* con gruppi di soggetti in lutto per cause naturali (Ogata et al., 2011).

I risultati mostrano infatti delle differenze statisticamente significative tra i due gruppi in quasi tutte le scale del TSI. Il gruppo di familiari di vittime di omicidio ha riportato punteggi maggiori del gruppo di controllo nelle 10 scale del TSI, con una differenza maggiore (in termini di punteggi medi) nelle scale relative alla *percezione di un inadeguato senso del sé* (es. item: sentirsi come se non sapessi chi sono realmente, essere confuso rispetto a ciò che pensava o credeva, sentire le emozioni mescolate a quelle di qualcun altro), alla *depressione* (es. item: tristezza, voglia di piangere, sentirsi senza speranza, sentire come se la vita non fosse degna di essere vissuta), alle *esperienze intrusive* (es. item: incubi e brutti sogni, flashback, improvvisi ricordi disturbanti, improvvisi pensieri spaventosi e sconvolgenti), alla *dissociazione* (es. item: sentirsi come fuori dal corpo, non riuscire a sentire le sue emozioni) e all'*attivazione ansiosa* (es. item: forte ansia, trasalire o

spaventarsi per rumori improvvisi). Sebbene con una significatività più moderata, il gruppo HS ha mostrato inoltre punteggi medi più elevati relativamente all'utilizzo di *comportamenti volti a ridurre la tensione* (es. item: minacce o tentativi di suicidio, farsi intenzionalmente del male – graffiarsi, tagliarsi o bruciarsi – anche se non pensava di suicidarsi, iniziare liti per sfogare la sua rabbia), e a vissuti di *rabbia/irritabilità* (es. item: arrabbiarsi quando non voleva, sentirsi furioso o arrabbiato dentro). La differenza seppur significativa si assottiglia nelle scale *evitamento difensivo* (es. item: evitare di pensare al passato, scacciare dalla mente i ricordi dolorosi) e *preoccupazioni sessuali* (es. item: insoddisfazione riguardo alla sua vita sessuale) e, seppur leggermente superiore nel gruppo HS, non mostra una differenza significativa nella scala *comportamenti sessuali disfunzionali* (es. item: usare il sesso per sentirsi potenti o importanti, avere dei problemi a causa del sesso).

Nel nostro studio, l'utilizzo del *Trauma Symptom Inventory* ci ha permesso di valutare un ampio spettro di problematiche psicologiche che intervengono a seguito di un evento traumatico, ed in tal senso, i risultati mostrano che gli *Homicide survivors* presentano punteggi statisticamente più elevati alle cinque scale che indagano i sintomi caratteristici del DPTS (AA, D, AI, IE, DA) e alle quattro scale (DIS, SC, DSB, ISR TRB) connesse a disfunzioni del sé e dell'identità che rappresentano problematiche tipicamente presenti a seguito di esperienze traumatiche (Briere, 1995).

Questi risultati sono inoltre in linea con quanto emerso da alcuni studi di Zinzow e coll. (2009, 2011) che, confrontando un gruppo di *homicide survivors* (omicidi connessi a crimine o omicidi di strada) con un gruppo di soggetti *non victims* e con un gruppo di vittime di violenza interpersonale hanno riscontrato che i primi avevano più probabilità di riportare sintomi post-traumatici tra cui PTSD, depressione e uso di alcol.

Come evidenziato nella sezione dei risultati, anche in considerazione di alcuni criteri di selezione del gruppo di confronto, il gruppo di familiari di vittime di omicidio e il gruppo di non familiari, risultano bilanciati in termini di età, sesso, titolo di studio, stato occupazionale, stato civile e Regioni di provenienza, pertanto, è presumibile che la differenza nei punteggi post-traumatici non sia attribuibile a differenze socio-demografiche.

Coerentemente con alcuni studi sugli *homicide survivors* (Asaro, 2001a, 2001b; Vigil & Clements, 2003; Miller;2009a), i familiari delle vittime di omicidio mafioso del nostro

campione mostrano maggiori difficoltà a richiedere e percepire supporto sociale proveniente da membri esterni al proprio nucleo familiare o amicale rispetto ai partecipanti del gruppo *Non HS*.

Questi risultati sembrano coerenti con recenti studi sulle vittime dirette del racket delle estorsioni e sulle vittime indirette della mafia (Lo Verso, 2013; Coppola et al., 2011) che hanno mostrato profondi vissuti di sfiducia nei confronti del sociale (anche elicitati da un processo di isolamento e stigmatizzazione), in grado di promuovere isolamento e inibizione della ricerca di relazioni extrafamiliari; dinamiche simili sembrano caratterizzare anche i familiari delle vittime innocenti di mafia, promuovendo un inferiore utilizzo di strategie di coping orientate al supporto sociale e la percezione di un ridotto supporto sociale proveniente da “altri significativi” (intesi come persone non appartenenti alla famiglia o agli amici).

L'utilizzo di maggiori strategie di coping trascendente (e. g. affidarsi a Dio, pregare), da ttitudine positiva (e. g. cercare di dare un senso alla morte del proprio caro anche attraverso l'impegno in attività di volontariato) e evitamento (e. g. tenersi molto impegnati per evitare di pensare) risulta coerente con uno studio di R. Asaro (2001b) che indica queste modalità di coping come le più utilizzate da parte dei familiari delle vittime di omicidio.

Sempre rispetto al secondo obiettivo, la ricerca ha permesso di mettere in evidenza un dato particolarmente interessante che proviene dalla valutazione del numero *lifetime* di esperienze potenzialmente traumatiche (TEC-TOT), riportate dai soggetti dei due gruppi. Il gruppo *HS* riporta (in media) un solo evento in più rispetto al gruppo *Non HS* e questa differenza non risulta significativa. Questa rilevazione ci permette di affermare che, presumibilmente, nel gruppo *HS* del nostro campione sia proprio la specifica natura differente dell'evento traumatico “omicidio” a rendere questi *survivors* più vulnerabili al distress psicologico e non un numero statisticamente superiore di esperienze traumatiche *lifetime*.

I risultati, infine, consentono di individuare specifici predittori di sintomatologia post-traumatica (obiettivo 3).

Nel nostro studio il sesso femminile, la maggiore età anagrafica, la “storia traumatica” e le strategie di evitamento sembrano rappresentare predittori significativi di maggiore sintomatologia *trauma-related* nel gruppo totale dei partecipanti.

Come già sottolineato, secondo alcuni studi, caratteristiche personali quali sesso ed età

possono costituire dei fattori di vulnerabilità per l'insorgenza e i livelli di gravità delle risposte post-traumatiche (Breslau, 2001). Nel nostro studio i livelli di maggiore sintomatologia post-traumatica tra le donne di entrambi i gruppi sono coerenti con gli studi sulle ricadute psichiche nelle vittime di traumi (Breslau et al., 1997; Brewin et al. 2000) e con gli studi che hanno indagato l'influenza del genere sull'intensità delle ricadute psicologiche a seguito di un omicidio (Van Denderen, de Keijser, Huisman & Boelen, 2014).

In linea con le nostre aspettative e con gli studi esistenti (Brewin et al. 2000), i risultati mostrano il ruolo predittore dell'età sulla sintomatologia post-traumatica mostrando come i soggetti più adulti siano più a rischio di sviluppare problematiche psicologiche. Inoltre poiché in entrambi i gruppi l'età non correla con il tempo trascorso dall'evento, è possibile ipotizzare che quei soggetti che hanno vissuto l'evento traumatico in età più adulta siano stati meno capaci di attingere a risorse interne ed esterne funzionali a gestire l'impatto dell'evento traumatico subito.

Coerentemente con le nostre aspettative ma in disaccordo con i risultati di un recente studio di van Denderen, de Keijser, Huisman e Boelen (2014) e con uno studio di Prigerson e Jacobs (2001), gli anni trascorsi dall'evento non influenzano la sintomatologia *trauma-related*. Nonostante la differenza significativa tra il tempo trascorso dall'omicidio e il tempo trascorso dall'evento riportato dal Gruppo *Non HS* (23.8 anni v/s 15.5 anni), i risultati della ricerca mostrano punteggi di sintomatologia post-traumatica più elevati nel gruppo *HS* rispetto al gruppo *Non HS*. In tal senso i nostri risultati sembrano confermare quanto emerso in alcuni studi (Mezey et al., 2002; Murphy et al., 2003) che hanno mostrato come i sintomi post-traumatici presentati dai familiari delle vittime di omicidio, con il passare del tempo mostravano un profilo piatto o sembravano acutizzarsi probabilmente a causa di un diminuito utilizzo di difese evitanti non accompagnato da difese più funzionali. Questo dato, sembra avvalorare la tesi secondo cui, anche a distanza di molti anni dall'omicidio, nei sopravvissuti alle vittime di mafia, in assenza di uno trattamento specifico, le problematiche psicologiche una volta stabilite rischiano di diventare croniche (Amick-McMullan et al., 1991).

Per quanto riguarda l'influenza del numero di esperienze traumatiche sulla sintomatologia *trauma-related* in entrambi i gruppi, questo risultato è in linea con le nostre aspettative e con la letteratura sulle risposte attivate a seguito di un evento traumatico (Breslau et al.,

1999), che indica la “storia traumatica” del soggetto come variabile capace di influenzare la qualità delle risposte *trauma-related*.

Il ruolo predittore delle strategie di evitamento sulla sintomatologia post-traumatica, riscontrato in entrambi i gruppi, è in linea con la letteratura che mette in evidenza come, l'utilizzo di queste strategie di coping, può risultare utile nel breve tempo per gestire le forti emozioni scaturite da un evento traumatico (specie se non prevedono un possibile controllo e/o risoluzione come nel caso della morte di una persona cara) tuttavia, se utilizzate nel lungo periodo, ostacolano l'utilizzo di risorse più funzionali; ciò sembra alimentare una sospensione del processo di elaborazione dell'evento traumatico che contribuisce alla cronicizzazione di problematiche psicologiche (Stroebe & Schut, 1999; Armeli, Gunthert & Cohen, 2001; Littleton et al. 2007) e, nel caso degli *homicide survivors* può avere contribuito alla promozione di esiti più negativi di adattamento alla perdita traumatica (Vessier-Batchen & Douglas, 2006).

I risultati sembrano suggerire infatti come l'aumento delle strategie di coping evitante contemporaneamente all'aumento di strategie di attitudine positiva risulti predittivo di *outcomes* post-traumatici meno severi. Questo dato è coerente con le teorizzazioni di Stroebe, Shut e Stroebe (2005) che individuano l'importanza, per l'elaborazione positiva del lutto, di un processo dinamico di *oscillazione* tra strategie di coping orientate all'evitamento e strategie di coping orientate al confronto con la perdita (Stroebe & Schut, 1999). .

Per quanto concerne invece il ruolo che l'appartenenza al gruppo svolge nella relazione tra predittori e sintomatologia post-traumatica, sebbene, da alcuni studi (Armeli et al., 2001; Cordova et al., 2001; Frazier et al., 2004; Park et al., 1996), il coping basato sull'evitamento, la reinterpretazione positiva dell'evento e il coping religioso sembrano influire sulla *crescita post-traumatica* (intesa come elaborazione positiva dell'evento), nei familiari delle vittime di omicidio solo le strategie di coping trascendente e coping attitudine positiva svolgono una funzione “protettiva” rispetto alla sintomatologia *trauma-related*. L'utilizzo di strategie evitanti, in linea con le nostre aspettative, contribuisce invece all'aumento dei livelli sintomatici.

Questi risultati sono coerenti con alcuni studi (Sica et al., 2008) che mostrano come le strategie di evitamento risultino maggiormente correlate con il disagio emotivo e come invece l'attitudine positiva sia associata ad un minor disagio e maggior benessere, specie

nei casi in cui un evento non modificabile impedisce di attivare strategie di coping orientate alla risoluzione del problema.

Inoltre i risultati sull'influenza del coping trascendente nel gruppo *Hs* sono coerenti con diversi studi della letteratura (Asaro, 2001b; Moss & Raz, 2001; Nzewi et. al., 2002 Sharpe & Boyas, 2011; Wellman; 2014).

Nel caso dei familiari delle vittime di mafia infine, il sostegno sociale proveniente da “altri significativi” non predice la sintomatologia post-traumatica, contrariamente a molte ricerche che dimostrano un'associazione positiva fra supporto sociale e cambiamento positivo (O'Leary et al., 1998). Risulta essere importante, invece, il sostegno percepito dai familiari che contribuisce a ridurre la sintomatologia post-traumatica.

Un dato particolarmente interessante del nostro studio è la peculiare influenza del supporto sociale sulle risposte post-traumatiche nei familiari delle vittime di omicidio mafioso.

Nello specifico il solo supporto familiare ha un effetto *buffer* sulla sintomatologia post-traumatica.

La letteratura sui familiari delle vittime di omicidio mostra come i *survivors* tendano a limitare le loro relazioni all'interno del proprio nucleo familiare mostrando una sensibile chiusura verso il sociale e gli amici (Mezey, Evans & Hobdell, 2002). In tal senso poter usufruire di un adeguato supporto da parte dei familiari ha una funzione “protettiva” soprattutto poiché molto probabilmente questo supporto rappresenta per molti familiari del nostro gruppo l'unica risorsa esterna cui possono attingere a causa della sfiducia e della chiusura relazionale verso il sociale che li caratterizza come popolazione di co-vittime.

Sebbene le nostre aspettative siano state confermate dal ruolo protettivo della variabile supporto familiare sulla sintomatologia post-traumatica, i risultati dello studio mostrano un dato interessante che ha a che fare con una maggiore sintomatologia post-traumatica all'aumento della percezione di supporto amicale.

Questo dato è suscettibile di differenti interpretazioni.

Dal nostro punto di vista, se da un lato questo risultato potrebbe essere connesso al fatto che soggetti con maggiori livelli di sofferenza, proprio per la loro condizione di vulnerabilità, sono maggiormente sostenuti dagli amici, dall'altro potrebbe dalla specificità delle relazioni amicali dei familiari delle vittime di mafia.

Alcuni studi internazionali mettono in luce la ricerca da parte dei *survivors* di relazioni con altri familiari di vittime di omicidio poiché considerati i soli a poter comprendere nel

profondo la loro sofferenza (Asaro, 2001b); e anche la letteratura sulle vittime del crimine in genere riporta una tendenza simile (Cullen, 1994; Cullen, Wright, Chamlin, 1999; Colvin et al., 2002). Questa tendenza si esplica soprattutto in comportamenti volti a supportare ed essere supportati da persone di cui potersi fidare in quanto colpite anch'esse in maniera drammatica da esperienze simili.

La maggior parte dei partecipanti del gruppo HS ha dichiarato di far parte di un'associazione di contrasto alle mafie che tra le sue attività promuove incontri tra i familiari di vittime di mafia (non di natura terapeutica).

Secondo Weiss (2004), se le persone che affrontano un evento traumatico si confrontano con persone simili che hanno sperimentato una crescita post-traumatica (intesa come elaborazione positiva dell'evento), la probabilità di incorrere in processi simili di sviluppo positivo aumenta. Di contro, confrontarsi ripetutamente con persone che hanno esperito il medesimo evento traumatico e che non hanno avviato alcun processo di elaborazione, potrebbe fungere da fattore di mantenimento di vissuti negativi e quindi acutizzare la sintomatologia clinica post-traumatica.

In tal senso ad esempio in un loro studio Asaro e Clements (2005) hanno riportato che i soggetti che partecipavano a gruppi di supporto tra familiari di vittime di omicidio riportavano livelli di sintomatologia post-traumatica più elevati poiché, secondo gli autori, la partecipazione a questi gruppi promuoveva la persistenza dei sintomi post-traumatici. Gli autori, hanno spiegato questa dinamica, ipotizzando che far parte di un gruppo di auto-aiuto poteva contribuire ad una più forte identificazione con il ruolo di vittima secondaria e agire come un rinforzo positivo per comportamenti psicopatologici o per la persistenza dei sintomi post-traumatici.

Risultati simili sono stati evidenziati anche da un recente studio di De Groot e Knollen (2013), che hanno riscontrato maggiori sintomi di lutto complicato in persone in lutto per suicidio che partecipavano a gruppi di sostegno tra *survivors*.

In tal senso una delle possibili spiegazioni del nostro risultato, anche avvalorata dai risultati dello studio qualitativo riportati nel capitolo successivo, è che i partecipanti con maggiore supporto amicale siano quelli che intrattengano relazioni di amicizia con altri familiari di vittime di mafia e questo, coerentemente con quanto esposto sopra, potrebbe contribuire all'aumento di problematiche psicologiche.

Quanto esposto fin qui, potrebbe dunque spiegare la non correlazione tra sintomatologia

post-traumatica e il livello di supporto sociale percepito proveniente da “altri significativi” che, invece, ha mostrato una correlazione negativa con la sintomatologia *trauma-related* nel gruppo *Non HS*.

La non predittività del supporto sociale proveniente da “altri significativi” per il gruppo *HS* sembra rispecchiare quanto messo in evidenza da McCart, Smith e Sawyer (2010) rispetto alle specifiche caratteristiche di *help seeking* delle vittime del crimine. Gli autori infatti, a partire dalla revisione della letteratura sul campo, riscontrano che le vittime del crimine sono tendenzialmente più inclini a richiedere supporto informale proveniente principalmente dalla famiglia.

Per concludere, nei sopravvissuti alle vittime di mafia del nostro campione, le specifiche influenze del supporto sociale accompagnate al ridotto utilizzo di coping orientato alla ricerca di supporto sociale e ad un maggiore uso di strategie di evitamento, sembrano promuovere la cronicizzazione di problematiche di natura post-traumatica (Brewin et al. 2000; Littleton et al. 2007).

In tal senso, i risultati del nostro studio, in linea con la letteratura sugli *Homicide Survivors* (Sprang, McNeil & Wright, 1989; Conrad, 1998; Rynearson, 1984,1993; Parkes, 1993; Rynearson & McCreery, 1993; Kashka & Beard, 1999; Stevens-Guille, 1999; Green, 2000; Asaro, 2001a; van Denderen, de Keijser, Kleen & Boelen, 2013; Connolly & Gordon, 2014), sembrano avvalorare la nostra tesi, secondo cui, i familiari delle vittime di mafia, anche a distanza di molti anni dall’omicidio, sono più vulnerabili e a rischio di sviluppare problematiche psicologiche *trauma-related* che necessiterebbero di adeguate valutazioni e supporti specialistici.

2.6 Conclusioni

Lo studio ha mostrato che le conseguenze sulla salute psichica di un trauma come l’uccisione di un familiare da parte della mafia sono evidenti e rendono gli *homicide survivors* più vulnerabili al *distress* psicologico rispetto a un gruppo di soggetti che nell’arco della vita ha vissuto lutti “prematuri” o altri traumi non connessi a fenomeni di violenza interpersonale.

L’interpretazione dei risultati devono tuttavia tenere conto delle limitazione dello studio tra cui possiamo considerarne due maggiori: l’esiguità numerica del campione rispetto alla

popolazione italiana di vittime secondarie di omicidi di mafia e la natura di convenienza del campione che limita la generalizzabilità dei risultati.

Ciò nonostante, poiché la popolazione di familiari di vittime di omicidio mafioso ha sinora ricevuto poca attenzione in letteratura, i risultati ottenuti possono rappresentare un'utile risorsa per la pratica clinica e per la ricerca futura.

Lo studio effettuato, infatti, rappresenta il primo lavoro empirico su questa categoria di vittime secondarie del crimine che, oltre a valutare la presenza di sintomatologia postraumatica, ha contribuito a mettere in luce alcuni possibili fattori di rischio e/o protezione rispetto alle risposte psicologiche conseguenti l'omicidio di un familiare.

Dal punto di vista clinico, ad esempio, i risultati suggeriscono di "investire" su interventi che possano promuovere risposte adattive alla perdita traumatica mostrando attenzione ai bisogni dei singoli sopravvissuti e alla cura dei legami familiari e sociali.

Nello specifico risulterebbe utile progettare degli interventi che possano promuovere un utilizzo meno rigido di strategie di coping evitante e contribuire allo sviluppo di strategie orientate alla ricerca di supporto sociale e di attitudine positiva rispetto all'evento tale da promuovere la possibilità per i partecipanti di richiedere aiuto formale (e. g. ai servizi di salute mentale) o informale (e. g. familiari, associazioni, sociale ampio), utile all'elaborazione positiva del trauma.

La costruzione di questi interventi tuttavia non può prescindere da uno studio approfondito, anche di natura qualitativa, che esplori le peculiarità dei "costi psichici" procurati dalle mafie anche attraverso l'individuazione di quegli specifici fattori che contribuiscono ad influenzare l'impatto post-traumatico di queste perdite.

Capitolo 3

Studio 2 - *Surviving*: il vissuto dei familiari delle vittime uccise dalla mafia

3.1 Introduzione

La letteratura sulle ricadute psicologiche che un omicidio ha sui *surviving family members* si arricchisce ogni anno di nuovi contributi empirici. Tuttavia, ancora pochi, sebbene preziosi in termini di ricchezza dei risultati, risultano essere gli studi qualitativi che esplorano l'esperienza *post-homicide* dei familiari delle vittime.

Come riportato nella sezione dedicata alla rassegna della letteratura, la maggior parte degli studi che si sono dedicati a questo specifico ambito di ricerca hanno adottato un modello intrapsichico/individuale orientato principalmente alla valutazione delle ricadute psichiche *post-homicide*, mediante l'utilizzo di strumenti quantitativi, volti a individuare la presenza di disturbi psichici *trauma-related* (come PTSD, lutto complicato, depressione, ansia). Solo un numero limitato di ricerche di natura qualitativa ha invece approfondito, anche attraverso un approccio ecologico, l'esplorazione delle dinamiche familiari, sociali, contestuali e culturali che possono influenzare non solo gli *outcomes* psicologici ma anche altre specifiche ricadute emotive, cognitive e interpersonali, che possono caratterizzare l'esperienza degli *homicide survivors*.

A partire dalla constatazione dell'esiguità di studi qualitativi fondati su metodologie rigorose e sistematiche, il presente studio vuole porsi quale utile contributo al fine di accrescere le conoscenze sull'impatto che l'omicidio ha sui *survivors* delle vittime di mafia. In tal senso l'utilizzo della Consensual Qualitative Research (*CQR*) (Hill et al, 1997; Hill et al, 2005; Hill, 2012; Blasi & Hill, 2015) in questa specifica area di ricerca, ancora poco esplorata, può rappresentare quale valido strumento per i ricercatori per cogliere la ricchezza delle narrazioni dell'esperienza *post-homicide* di una specifica popolazione di *survivors*, i familiari delle vittime innocenti della mafia.

A tal fine, lo studio, attraverso una rigorosa metodologia qualitativa, mira a rispondere alle seguenti domande: cosa accade nella vita di un individuo a seguito dell'omicidio di un proprio familiare da parte della mafia? Può questo evento, in assenza di risorse personali adattive e di un adeguato supporto formale e/o informale, assumere le caratteristiche di un

never-ending trauma (Thompson, 1995)? Quale impatto ha l'omicidio nel mondo intrapsichico e interpersonale dei familiari delle vittime innocenti della mafia? Come si configura il dolore per la perdita nei familiari delle vittime di mafia? Cosa accade nell'individuo quando l'evento che ha portato al trauma è reale ed è connesso alla violenza perpetrata dalla mano umana, e nello specifico, da un gruppo criminale organizzato profondamente radicato nel proprio ambiente d'appartenenza? Quale vicinanza o supporto possibile per questi soggetti in contesti paranoici, diffidenti e violentati da un sistema saturo e totalizzante, come la mafia (Giordano & Lo Verso, 2015).

Abbiamo ipotizzato, tenendo conto delle riflessioni scaturite dagli studi sulla psicologia del fenomeno mafioso (Lo Verso, 2002; Coppola et al., 2009; Coppola et al., 2011; Giordano 2010) e dalla letteratura straniera presentata in rassegna, che l'esperienza della perdita di un familiare a causa di un omicidio mafioso avesse per questi soggetti un impatto drammatico con conseguenti ricadute sia sulla salute psichica che sul funzionamento sociale.

Secondo alcuni autori, infatti, non si può parlare di eventi traumatici in modo assoluto senza considerare la "sensibilità" propria del soggetto (Laplanche & Pontalis, 1967, pag.656) e senza altresì tener conto di un fattore estremamente trascurato in letteratura: il contesto sociale in cui il trauma ha luogo (Mucci, 2014), che influenza il significato che l'individuo vi attribuisce e le risposte adattive o disadattive che ne conseguono.

In particolare, abbiamo ipotizzato, che se ci si trova in un contesto in cui l'evento traumatico che si subisce implica l'allontanamento da parte del sociale, come nel caso dei reati commessi dalla mafia, può anche accadere che l'isolamento e il rinnegamento dell'evento da parte del sociale infligga alle vittime una traumatizzazione, se possibile, più dolorosa dell'evento stesso.

3.2 Obiettivi dello studio

Lo scopo principale di questo studio è rappresentato dalla necessità di far luce sull'esperienza *post-homicide* vissuta dai familiari delle vittime innocenti della mafia appartenenti a due regioni italiane ad alta densità mafiosa: Sicilia e Calabria. Nello specifico, tale obiettivo, muove dalla volontà di contribuire allo sviluppo di una

comprensione profonda dell'impatto che un evento così traumatico può avere sulla vita dei familiari sopravvissuti proprio a partire dai loro racconti.

In tal senso gli obiettivi specifici dello studio sono stati:

- Indagare le ricadute psicologiche, che hanno caratterizzato l'esperienza *post-homicide* nel breve e nel lungo periodo;
- Comprendere l'impatto che l'omicidio ha avuto sul sistema familiare, sociale e professionale dei soggetti coinvolti;
- Valutare la presenza di fenomeni che possono ostacolare il difficile processo di elaborazione e recupero dall'evento traumatico quali ad esempio fenomeni di seconda vittimizzazione (Montada, 1994).

3.3 Metodologia

Data la natura esplorativa dello studio e gli obiettivi prefissati, il disegno di ricerca si colloca nell'ambito metodologico della Ricerca Consensuale Qualitativa (CQR) descritta da Hill, Thompson e Williams (1997) e successivamente ridefinita nel lavoro della Hill del 2012 "Consensual qualitative research: a practical resource for investigating social science phenomena".

La CQR è un metodo di ricerca qualitativa rigoroso e sistematico che si propone di indagare in profondità l'esperienza soggettiva dei partecipanti. Si fonda, in base a quanto affermato da Rennie (2004), su di una modifica del metodo della Grounded Theory sviluppato agli inizi in ambito sociologico da Glaser e Strauss (1967, 2009). Questi due autori furono tra i primi a dimostrare con successo come teorie sociologiche e psicologiche possano fondarsi su dati di natura qualitativa e come tali dati abbiano valore intrinseco e non debbano venire intesi unicamente come sostegno ai dati quantitativi (Giorgi, Giunta, Coppola, Lo Verso, 2009, pag. 58).

Dal nostro punto di vista, la scelta di questa metodologia di ricerca qualitativa muove dalla convinzione che la CQR sia il metodo elettivo per il presente studio, per una serie di motivazioni. Innanzitutto, l'impatto di un omicidio di mafia sui familiari sopravvissuti rappresenta un'area di ricerca ancora inesplorata dalla letteratura empirica e, pertanto, l'apertura a tutti i risultati e la natura *discovery-oriented* di questa metodologia la rendono particolarmente adatta per il fenomeno indagato. Inoltre, rispetto allo scopo principale del presente studio, questa metodologia risulta particolarmente utile al fine di rilevare un ricco

e completo resoconto dei vissuti e dei significati che i partecipanti hanno attribuito al fenomeno indagato (Morrow & Smith, 2000; Ponterotto, 2005; Heppner et al., 2007).

Attraverso l'applicazione del metodo CQR, infatti, la possibilità di analizzare copiosi materiali qualitativi è garantita dall'enfasi che l'approccio dà all'accordo consensuale e al confronto tra i membri del *team* di ricerca (giudici e *Auditor*) per giungere ad un significato e ad una classificazione condivisa dei dati (Hill, 2012).

La CQR rappresenta, infatti, una metodologia di ricerca qualitativa mista, tra le più diffuse e accreditate nell'ambito dei metodi misti, (Scillato, 2009) che permette di determinare, utilizzando l'analisi induttiva e il consenso tra i membri del team, le frequenze degli aspetti peculiari dei fenomeni studiati.

Una delle sue caratteristiche è lo sviluppo di una rete concettuale di costrutti correlate ad un fenomeno piuttosto che alla formulazione di una qualche realtà preesistente (Chenitz, Swanson, 1986).

Questa metodologia fa del team di ricerca e del consenso, il fondamento del processo di ricerca. L'uso del consenso è infatti importante in quanto ha dimostrato di migliorare le qualità di decisione (Michaelsen, Watson & Nero, 1989) e affinché venga raggiunto, il processo del CQR richiede che i membri del team discutano disaccordi e sentimenti, e che gli stessi abbiano buone capacità interpersonali.

Nella CQR, il ricercatore, per garantire la coerenza nelle risposte all'interno di un campione omogeneo, deve prestare particolare attenzione alla definizione del campione e alla raccolta dei dati usando lo stesso protocollo. La metodologia prevede lo studio di pochi casi in dettaglio e lo strumento principalmente utilizzato per la raccolta dei dati è rappresentato da interviste semi-strutturate tendenzialmente costruite *ad hoc* attraverso l'accordo tra i membri del team e la supervisione dell'*Auditor*.

La metodologia CQR prevede una serie di *step* propedeutici alla raccolta dei dati, che hanno a che fare con la definizione degli obiettivi della ricerca, la scelta e la valutazione della popolazione da coinvolgere, l'individuazione dei giudici che comporranno il team di ricerca. A seguito dell'individuazione dei giudici che compongono il team di ricerca primario, questi, di concerto con l'*auditor*, procedono alla creazione del protocollo di ricerca, alla realizzazione delle interviste, e infine all'analisi dei dati qualitativi provenienti dai trascritti di ciascuna intervista. Successivamente, secondo le indicazioni della Hill

(2012), segue un processo strutturato nei tre *step* (creazione dei domini, trasformazione materiale in *core ideas* e *cross analysis*) descritti nel dettaglio nella sezione procedure.

3.3.1 Partecipanti

Lo studio ha coinvolto un campione di convenienza di 17 familiari di vittime innocenti di mafia reclutato attraverso un campionamento di tipo *snowball*¹² in due regioni del Sud Italia caratterizzate da un'alta infiltrazione mafiosa (Sicilia e Calabria). Nello specifico il gruppo di soggetti coinvolti è costituito da 10 maschi e 7 femmine di età media 52,06 anni (DS 11,93). La più giovane dei partecipanti al momento dell'intervista aveva 30 anni e la più adulta 74. La maggior parte dei soggetti (n.11) è coniugato. Circa il 50% dei partecipanti ha un livello di istruzione secondaria superiore; 5 partecipanti hanno un livello di istruzione primaria/secondaria inferiore e 4 intervistati hanno compiuto studi universitari. Poco più del 50% dei partecipanti è occupato¹³, 5 partecipanti sono pensionati e 3 partecipanti sono inoccupati o disoccupati.

Circa il 50% dei partecipanti ha perso il padre, quasi un terzo ha perso il figlio, due soggetti hanno perso il fratello, un soggetto ha perso il marito e una sola partecipante ha perso due familiari (padre e fratello).

All'epoca dell'omicidio i partecipanti, avevano in media 32,3 anni (SD 16,2) e gli anni trascorsi dall'evento al momento in cui sono state condotte le interviste hanno una media di 19,7 anni (SD 10,3). La maggior parte dei partecipanti (n. 13) ha usufruito dei benefici che la legge nazionale e/o statale elargisce in favore dei familiari delle vittime innocenti delle organizzazioni criminali di stampo mafioso. Solo 3 partecipanti hanno consultato uno psicologo/psicoterapeuta per l'elaborazione dell'omicidio del proprio familiare mentre 10 partecipanti hanno iniziato un trattamento psicofarmacologico a seguito dell'evento. Infine,

¹²Lo *Snowball Sampling* (campionamento a valanga) è un tipo di campionamento non causale utilizzato per studiare caratteristiche rare nella popolazione o nei casi in cui lo studio coinvolga popolazioni difficili da reclutare. Si procede selezionando un piccolo gruppo iniziale, di solito tramite campionamento causale semplice o per autoselezione. Si effettua l'intervista e si chiede al rispondente di identificare amici o conoscenti (nel nostro caso altri familiari dell'intervistato ovvero altri familiari di vittime innocenti). Si intervistano le nuove unità individuate e si continua a chiedere di identificare altri amici o conoscenti.

¹³ N. 7 familiari hanno usufruito della L.R. 13.9. 1999 n.20 art. 4 che prevede il diritto all'assunzione presso l'Amministrazione Regionale, gli enti locali o le aziende sanitarie in favore dei familiari delle vittime innocenti di azioni mafiose o della criminalità organizzata.

con differenti livelli di coinvolgimento, n. 14 familiari fanno parte di associazioni la cui *mission* è il contrasto alle mafie e il sostegno delle vittime della mafia.

Relativamente ai criteri di inclusione tenuti in considerazione per il reclutamento, i partecipanti dovevano avere le seguenti caratteristiche: a) avere conseguito la maggiore età e non avere più di 75 anni e b) essere familiari diretti della vittima (padri, madri, figli/e, fratelli/sorelle, coniugi).

I partecipanti siciliani sono stati contattati grazie alla collaborazione di alcuni referenti dell'associazione *Libera. Associazioni, nomi e numeri contro le mafie* e dell'associazione *Solidaria, società coop. sociale onlus*. Per quanto riguarda invece i familiari appartenenti al territorio calabrese, tutti e sette sono stati individuati grazie alla collaborazione di un referente dell'associazione *Avviso Pubblico. Enti locali e Regionali per la formazione contro le mafie*. A tutti i familiari coinvolti (e anche ad altri contattati che hanno deciso di non aderire al progetto) è stata inviata tramite mail una lettera che illustrava il progetto e i suoi obiettivi. In seguito, i familiari che hanno acconsentito a partecipare al progetto, sono stati contattati per concordare tempi e modalità dell'intervista.

3.3.2 Team di ricerca

La *Consensual Qualitative Research* secondo le indicazioni della Hill (2012) prevede il coinvolgimento di un team di ricerca. Il team della presente ricerca è formato da 3 giudici e da 1 auditor che ha supervisionato il lavoro *step by step*.

Il team per il presente studio è stato composto da:

- Una psicologa e Dottoranda di ricerca in Scienze psicologiche e Sociali presso l'Università degli Studi di Palermo, esperta nell'applicazione del metodo CQR (ricercatore che ha condotto tutte le interviste);
- Due psicologhe esperte nell'applicazione del metodo CQR;
- Un auditor esterno, ricercatore presso l'Università degli Studi di Palermo, docente in psicologia clinica e psicologia del fenomeno mafioso ed esperta nell'applicazione del metodo CQR.

3.3.3 Strumenti

Il team di ricerca in linea con le indicazioni di C. Hill (2012), dopo aver approfondito la letteratura sui *survivors family members of homicide*, ha costruito sotto la supervisione dell'Auditor, gli strumenti utilizzati nel presente studio.

Il lavoro di ricerca, nello specifico, si è avvalso di una scheda informativa costruita e di un'intervista clinica approfondita semi-strutturata di seguito illustrate.

La *scheda informativa* si compone sostanzialmente di tre parti:

- 1) **anagrafica:** in cui sono stati raccolti dati riguardanti età, stato civile, titolo di studio ed occupazione attuale, informazioni relative al luogo di provenienza e di residenza attuale;
- 2) **relativa all'esplorazione dell'omicidio:** in cui sono state raccolte informazioni relative grado di parentela con il familiare ucciso, agli anni trascorsi dall'evento, all'età del partecipante al momento dell'omicidio, alla presenza di minacce pregresse l'omicidio;
- 3) **relativa al supporto ricevuto:** in cui è stata indagata la richiesta/offerta di supporto psicologico, sociale ed economico utile al superamento delle difficoltà scaturite a seguito dell'omicidio. Inoltre, si è indagata l'adesione ad associazioni di supporto per i familiari delle vittime di mafia.

L'*Intervista clinica semi-strutturata* attraverso domande *open-ended* ha mirato ad indagare le seguenti aree:

- Impatto dell'omicidio in termini di ricadute emotive e di compromissione del funzionamento psicologico, familiare, sociale e professionale;
- Ricadute sul sistema familiare e ricadute dell'evento sugli altri membri della famiglia sopravvissuti all'omicidi;
- Rappresentazione del Sistema Giustizia e del sociale;
- Percezione del supporto ricevuto dalle Istituzioni formali e informali.

Prima di procedere alla realizzazione delle interviste il team di ricerca insieme all'Auditor ha discusso in merito ai propri *bias*, alle aspettative e alle credenze circa l'impatto che l'omicidio aveva potuto avere sulla vita dei partecipanti.

3.3.4 Procedure

Interviste

Dopo aver letto e firmato il consenso informato i partecipanti hanno compilato la scheda informativa, attraverso la quale sono stati raccolti i dati socio-demografici e alcune

caratteristiche relative al reato subito e al grado di supporto ricevuto da specialisti, dalle Istituzioni e da associazioni di supporto alle vittime di mafia. Tutte le interviste sono state realizzate in un *setting vis a vis*.

Nella consapevolezza che raccontare dell'omicidio del proprio caro comportasse uno stress che necessitava di particolari cautele, ad ogni partecipante è stata data la possibilità di scegliere il luogo dell'intervista. La maggior parte delle interviste sono state effettuate presso le abitazioni dei partecipanti (tot. 10; n.7 intervistati residenti in Calabria e n. 3 in Sicilia); 3 interviste sono state invece svolte presso la sede dell'Associazione Libera – sede provinciale Palermo - e 3 interviste sono state svolte presso l'ufficio dell'Auditor della ricerca. Prestare attenzione alla creazione di un ambiente confortevole per l'intervistato e promuovere un clima accogliente, affidabile e sicuro, ha rappresentato la base per la creazione di una buona alleanza tra intervistatore e intervistato, poiché nella ricerca qualitativa la qualità della relazione tra ricercatore e partecipante ha una forte influenza sulla ricchezza dei dati e sulla validità degli stessi (Kvale, 1996; Adler & Adler, 2002; Knox & Burkard, 2009).

Prima di condurre qualsiasi intervista, si è proceduto con uno studio approfondito della storia della vittima, effettuato tramite ricerca on-line, documentari e articoli di giornale.

Le interviste hanno avuto una durata media di circa 2,5 ore (min 1 ora; max 4 ore).

Quasi tutte le interviste (n. 14) si sono concluse in un unico incontro; solo 3 interviste sono state effettuate in due incontri per esigenze dell'intervistato legate ad impegni personali (questo è accaduto soprattutto nei casi in cui l'intervista ha avuto una durata maggiore).

Infine, tutti i partecipanti sono riusciti a gestire le emozioni scaturite dall'intervista anche grazie al supporto dell'intervistatore e nessuno ha interrotto l'intervista prima della conclusione di tutte le domande.

Trascritti

Tutte le interviste sono state audio-registrate e integralmente trascritte. A tutela della privacy degli intervistati, i dati sensibili e alcuni particolari, che potrebbero permettere l'identificazione dei partecipanti, sono stati omessi o modificati (come ad esempio nel caso dei nomi o dei territori di provenienza).

3.3.5 Analisi dei dati

Dopo aver trascritto tutte le interviste il materiale qualitativo è stato sottoposto ad analisi attraverso un processo che seguendo le indicazioni del metodo CQR si è basato sul consenso dei membri del team.

Prima di procedere allo *step* iniziale, che consiste nella creazione dei domini e in seguito dei *core ideas*, il team si è riunito insieme all'auditor per concordare le modalità da seguire per il processo di analisi e discutere eventuali disaccordi al fine di giungere ad un accordo finale sulle procedure di lavoro.

Questo confronto si è, inoltre, rivelato importante, perché ha consentito al giudice che ha condotto le interviste di condividere le emozioni scaturite dall'incontro con i partecipanti con i membri del team e con l'Auditor; questi a sua volta ha avviato un processo di confronto sui sentimenti che la ricerca alimentava in ogni componente del team poiché tutti provenienti da differenti territori siciliani ad alta densità mafiosa. Questa fase ha consentito di limitare eventuali *bias* che se non discussi opportunamente avrebbero potuto influenzare il processo di analisi dei dati. Nel valutare il valore dei risultati, infatti, il consenso tra i giudici e i ripetuti confronti con l'Auditor hanno garantito l'attendibilità dei risultati emersi e ha consentito di rappresentare accuratamente e coerentemente l'esperienza dei partecipanti (Hill, Thompson & Williams, 1997; Hill, 2005; Blasi & Hill, 2015).

Creazione dei domini e core ideas

Come indicato da C. Hill (2012) ogni membro del team ha proceduto in maniera indipendente alla revisione di tre interviste al fine di individuare delle aree tematiche generali suggerite sia dal protocollo dell'intervista, che dagli spunti forniti dalla letteratura sulla tematica oggetto di studio. A partire dall'analisi delle interviste, ogni giudice ha sviluppato una lista di domini. Dopo una prima fase di confronto che aveva individuato dieci possibili domini individuati, il team ha raggiunto un accordo su una riduzione a sette domini (ampiamente illustrati nella sezione risultati).

Mentre i domini identificano gli ambiti all'interno dei quali avviene la raccolta dei dati, i *core ideas* rappresentano invece degli *abstract* che esprimono il contenuto dei dati riguardanti i diversi domini (Del Corno & Rizzi, 2010). Pertanto ogni giudice, dapprima in maniera indipendente, ha sintetizzato il contenuto grezzo di ogni dominio per un dato caso. Questa fase è definita anche "*boiling down or abstracting*" (Strauss & Corbin, 1990). In

questa fase è stata richiesta la partecipazione specifica dell'auditor, che ha effettuato un lavoro di revisione dei domini e dei core ideas e che, ove ritenuto opportuno, ha dato dei suggerimenti relativamente alla denominazione dei domini.

Cross-analysis

In questa fase caratterizzata da un lavoro di astrazione il team ha proceduto all'analisi di tutti i *core ideas* all'interno dei domini e, prima in maniera indipendente e poi attraverso un processo consensuale ha determinato in che modo i dati provenienti dai *core ideas* potessero essere raggruppati in categorie in base all'individuazione di similarità tra i casi. Le categorie, in questa fase, sono state estrapolate dai dati e non da teorie precedenti. Alla fine di questa fase i *core ideas* sono stati distribuiti all'interno delle varie categorie create. Successivamente, considerata la ricchezza dei risultati preliminari, le numerose categorie sono state accorpate per similarità di contenuto. Per descrivere le variazioni delle categorie all'interno del campione sono state adottate le convenzioni di C. Hill (2012) che considera: *General* le categorie che si applicano a tutti i casi o tutti meno uno; *Typical* quelle categorie che si applicano a metà o più del campione; *Variant* le categorie che riguardano i casi inferiori al 50% del campione; *Rare* che, nei casi in cui il campione supera 17 partecipanti, secondo le indicazioni dell'autrice attiene a 1 o 2 casi.

Auditing

L'Auditor, in accordo con le indicazioni della Hill (2012), ha supervisionato ogni *step* del processo di ricerca e ha valutato la validità dei risultati che è stata ulteriormente garantita dall'implemento di una procedura a rotazione di revisione interna (Hill et al., 2005). Inoltre, il ruolo svolto dall'auditor si è mostrato fondamentale nel promuovere e supervisionare un adeguato processo di "*bracketing*", che attiene alla possibilità che ogni membro del team rifletta e condivida le proprie prospettive, i pregiudizi, e le aspettative per i risultati della ricerca (Heppner, Wampold & Kivlighan, 2007).

3.4 Risultati

In questa sezione saranno presentate le aree tematiche (domini) risultanti dall'analisi delle 17 interviste. Nello specifico, come sopra esplicitato, l'intervista clinica semi-strutturata mirava in prima battuta a raccogliere nella maniera più fluida e libera possibile per

l'intervistato, tutte le informazioni le caratteristiche specifiche dell'omicidio del proprio familiare e invitava il partecipante a raccontare del proprio familiare e della qualità della loro relazione; oltre a queste informazioni l'intervista si è concentrata sull'esplorazione dell'esperienza *post-homicide* dei partecipanti; in tal senso, l'interesse si è focalizzato sull'impatto dell'omicidio sulla salute psicofisica dei partecipanti e degli altri membri della famiglia sopravvissuti alla vittima; sulle ricadute familiari, sociali e occupazionali conseguenti l'omicidio e sulla percezione del Sistema Giustizia e del sociale (formale ed informale) in generale.

L'analisi dei trascritti ha permesso di individuare sette Domini o *topic areas*. Secondo le indicazioni di C. Hill e coll. (1997, 2005, 2012) entro ciascun dominio i dati sono stati organizzati in categorie. Due categorie hanno ottenuto l'etichetta *General* (17/16 partecipanti); 19 categorie sono state etichettate come *Typical* (da 15 a 9 partecipanti) mentre 25 categorie sono state etichettate come *Variant* (da 8 a 3 partecipanti).

La presentazione dei risultati è strutturata a partire dalla disamina dei sette domini emersi dall'analisi dei trascritti: (1) Risposte psicologiche iniziali all'omicidio di un familiare, (2) Ricadute psicologiche nel medio e nel lungo periodo, (3) Ricadute sullo stato di salute fisica, (4) Ricadute sul sistema familiare, (5) Ricadute sociali, (6) Ricadute in ambito professionale, (7) Vittimizzazione secondaria.

Tabella 3.1 Domini, categorie e frequenze

Domini	Categorie	Frequenze*
1. Risposte psicologiche iniziali all'omicidio	Shock e sintomidissociativi	Typical
	Negazione e senso di incredulità	Variant
	<i>Non Response</i>	Variant
2. Ricadute Psicologiche nel medio e nel lungo periodo	Dolore e intensa nostalgia per il familiare	General
	Rabbia e collera	Typical
	Paura	Typical
	Assenza di speranza	Typical

	Vergogna legata al reato subito	Variant
	Senso di colpa	Variant
	Disturbi dell'umore	Typical
	Disturbi d'ansia	Typical
	Pensieri/ricordi intrusive	Typical
	Ritiro sociale	Typical
	Significativi cambiamenti di personalità	Typical
	Sottocategorie	
	- Irrepressibilità	Typical
	- Irrascibilità	Variant
	- Ipercontrollo e insicurezza	Variant
	Uso psicofarmaci	Typical
	Consapevolezza bisogno supporto psicologico	Typical
	Evitamento stimoli e ricordi legati all'evento	Variant
	Disturbi del sonno	Variant
	Ideazione suicidaria/tentato suicidio	Variant
	Sintomi dissociativi	Variant
	Altre problematiche psicologiche	Variant
3. Ricadute sullo stato di salute fisica	Compromissione salute fisica	Typical
	Sottocategorie	
	- Neoplasie	Variant
	- Ipertensione	Variant
	- Problemi cardiaci	Variant
	- Dolori e stato di affaticamento	Variant
	- Disturbi gastrici	Variant
4. Ricadute sul	Conflitti e frammentazione nella famiglia attuale, d'origine e allargata	General

sistema familiare	Difficoltà di condivisione della sofferenza in famiglia	Typical
	Problematiche psicologiche degli altri familiari dei partecipanti sopravvissuti alla vittima	Typical
	Assunzione del ruolo della vittima all'interno del nucleo familiare	Variant
	Preoccupazione trasmissione transgenerazionale del trauma	Variant
	Lutti cumulativi	Variant
	Problematiche economiche	Variant
5. Ricadute Sociali	Difficoltà e/o mancanza di interesse a instaurare relazioni sociali	Typical
	Sfiducia nei confronti del sociale e delle istituzioni formali	Typical
6. Ricadute in ambito professionale	Trasformazione\rinuncia progetti professionali	Typical
	Iper-investimento nell'attività professionale	Variant
	Difficoltà nel portare avanti l'attività professionale/formativa	Variant
7. Vittimizzazione secondaria	Rimozione sociale collettiva	Typical
	Impatto negativo delle procedure di indagine e dell'iter giudiziario	Typical
	Stigma/maldicenze sulle cause della morte	Variant
	Rifiuto/sofferenza per la percezione dell'attribuzione sociale dello status di <i>privilegiato</i>	Variant
	Percezione/fastidio commiserazione altrui	Variant

***Nota:** *General* si riferisce alle categorie che rappresentano le risposte di 16 o 17 partecipanti; *Typical* si riferisce alle categorie che invece descrivono le risposte di 9-15 partecipanti; *Variant* attiene alle categorie che descrivono le risposte di meno del 50% dei partecipanti (8-3).

3.4.1 Risposte psicologiche iniziali all'omicidio di un familiare

L'analisi del primo dominio "Risposte psicologiche iniziali all'omicidio di un familiare" effettuata attraverso la metodologia *CQR* ha generato 3 categorie.

Nello specifico, le reazioni riscontrate nei partecipanti nei momenti più prossimi all'omicidio (dall'apprendimento della morte del proprio familiare sino alle prime settimane dall'evento) sono meglio rappresentate dalla categoria *shock e sintomi dissociativi (Typical)*. La categoria descrive le risposte attraverso cui i partecipanti hanno raccontato di aver reagito all'omicidio ovvero stati di alterazione della coscienza, sintomi dissociativi (e.g. depersonalizzazione e derealizzazione), sintomi dissociativi somatoformi (e.g. svenimenti), stati confusionali. La maggior parte dei partecipanti ha, infatti, risposto alla domanda che esplorava le reazioni psicologiche iniziali, riportando risposte di shock talvolta caratterizzate inoltre dalla difficoltà e/o incapacità a sentire qualsiasi tipo di emozione come se fossero "bloccati emotivamente", in una sorta di anestesia o stato di ottundimento emotivo.

La madre di un ragazzo calabrese di 19 anni, bruciato vivo da alcuni esponenti della 'ndrangheta per cause ancora sconosciute, ha descritto così la sua reazione nei primi momenti successivi al ritrovamento del figlio (dall'apprendimento dell'omicidio al riconoscimento del corpo) fino alle prime settimane successive alla perdita:

"li ricordo bene quei momenti sono ricordi limpidi, immagini molto limpide vissute però come se fossi fuori dal mio corpo, come se mi guardassi dall'esterno...ero bloccata, psicologicamente ero totalmente bloccata... lo sono stata per un po', non so quanto, ma il primo periodo è stato così".

Le reazioni di shock sono state tra le risposte riportate dalla maggior parte dei partecipanti. Nello specifico, queste risposte hanno a che fare con stati confusionali emalori di varia natura che in taluni casi hanno rappresentato un rischio per la sicurezza dei partecipanti e anche dei loro familiari (e.g. guida sotto shock). La notizia della morte del proprio familiare per 8 partecipanti è stata appresa in un ambiente "protetto" come la propria abitazione o la stazione dei carabinieri ed è stata comunicata da un familiare o dalle forze

dell'ordine che, all'occorrenza, hanno provveduto a supportare i partecipanti e contenere le intense reazioni di shock. Gli altri 9 partecipanti hanno, invece, appreso dell'omicidio perché si trovavano nei pressi dell'accaduto ovvero sono stati raggiunti dalla notizia mentre si trovavano in luoghi non "protetti" (per strada, presso un locale pubblico,..). Per questi partecipanti le reazioni di shock hanno rappresentato un serio pericolo per la loro salute.

In riferimento a ciò, la madre di un ragazzo di 19 anni, vittima accidentale di un regolamento di conti tra cosche 'ndranghetiste, ha raccontato quanto segue:

"Io ho avuto la notizia da mio marito, ero dalla vicina con mia figlia la piccolina, che all'epoca aveva 8 anni, mio marito è stato chiamato al telefono da una conoscente che aveva avuto la notizia, lui era già andato dove era mio figlio, ha aiutato i soccorritori a tirarlo fuori dal burrone dove era finito con la macchina, quando mio marito è venuto a prendermi non era lui! tu vedevi un cadavere vivente, aveva la schiuma alle labbra, e mi ha detto: Maria Maria, Carlo Carlo dobbiamo correre all'ospedale dobbiamo scappare, e quando siamo arrivati qui vicino casa mi ha detto che avevano sparato a Carlo ... cosa? a Carlo? ma dove? Come? Ero scioccata ..non ho capito più niente siamo saliti in macchina e siamo scappati, la macchina ha fatto due volte testa coda e allora ho sentito gridare e lì mi sono accorta che la bambina era salita in macchina di nascosto perché ha gridato "adesso moriamo tutti!"

O ancora un partecipante che ha perso il padre quando aveva 18 anni ha così descritto la sua reazione:

"..ero in macchina e un ragazzo che mi ha visto mi ha detto "ma che ci fai qua? Hanno ammazzato tuo padre!... e io gli ho detto "ma che dici, non dire fesserie!" "no..lo hanno ammazzato in piazza a (paese dell'omicidio) ma io non ci ho creduto ... non ricordo granché ricordo solo che ho detto ad un mio amico "andiamo a vedere" e così ho dimenticato totalmente il percorso da X alla piazza di Y. Ricordo solo che c'era la piazza piena di gente e la gente che si allontanava da me, fuggiva; questa folla si apriva e io passavo in mezzo. Non ho capito più niente, non ricordo come sono arrivato a casa, ho ricordi confusi"

Un numero inferiore di partecipanti ha, invece, riportato come risposte difensive all'evento, reazioni di incredulità e negazione che in taluni casi si sono protratte fino ai primi giorni o settimane successivi all'omicidio. Questa categoria che secondo le indicazioni della CQR è stata classificata come *Variant*, è ben descritta dalle seguenti risposte:

“Quando mio marito mi ha detto che mio figlio è stato ucciso ho iniziato a colpirlo gli dicevo “non mi dire queste cose!”, non ci credevo, non è facile da accettare, non si possono accettare queste cose”

O ancora il figlio di un uomo vittima accidentale di un regolamento di conti tra cosche ha affermato:

“Il periodo successivo all’omicidio l’ho vissuto in modo strano: ogni giorno arrivavo a casa ed ero convinto di trovare mio padre a casa; era come se non fosse mai successo, vedevo la macchina e mi dicevo “papà è a casa”, è durato per un po’”

Pochi partecipanti hanno avuto difficoltà a rispondere alla domanda che esplorava le reazioni successive all’omicidio, pertanto una categoria chiamata *Non response* (Variant) ha descritto frasi come “Io non so come ho reagito.... non lo so dire” oppure “Non lo ricordo come ho reagito, ho cercato di dimenticare, anche se a casa ho la gigantografia di mio fratello e io lui non lo dimentico”

3.4.2 Ricadute psicologiche nel medio e nel lungo periodo

L’analisi delle narrazioni dei partecipanti relative al dominio “*ricadute psicologiche nel medio e nel lungo periodo*” comprende 18 categorie che, in accordo con le indicazioni di C. Hill (2012), al fine di esplicitare al meglio le peculiarità dei fenomeni descritti, in alcuni casi sono state suddivise in sottocategorie. Il dominio descrive sia le emozioni che caratterizzano l’esperienza emotiva dei partecipanti a seguito dell’omicidio sia vere e proprie problematiche psicologiche di varia natura, che in taluni casi sono state diagnosticate da specialisti della salute mentale (in gran parte psichiatri) consultati dai partecipanti, come vere e proprie sindromi cliniche. L’analisi del dominio evidenzia che il vissuto emotivo dei partecipanti dopo l’omicidio risulta caratterizzato da un dolore intenso e difficile da superare, perché spesso accompagnato da un’intensa nostalgia per il familiare ucciso (General).

Una donna che all’età di circa 60 anni ha perso l’unico fratello, con il quale viveva, ha così descritto ciò che prova a distanza di otto anni dall’omicidio:

“Quello che provo è un dolore che non passa, non mi passa proprio niente, è un dolore troppo forte, qualcuno dice: “mah ora è da 8 anni...ancora?” Ancora sì!

Perché passa? Devono provare per credere, il dolore è sempre uguale anzi va a peggiorare perché più tempo passa...e poi ci sono i ricordi di mio fratello”.

O ancora una donna che ha perso il padre e il fratello perché ribellatisi al racket, ad oltre venti anni dagli omicidi ha dichiarato:

“Mi mancano, mi mancano terribilmente, mi manca mio padre terribilmente, però ora cerco di andare avanti.....per molti anni sono stata chiusa nel dolore, troppo chiusa, non riuscivo nè a raccontare, nè ad avercontatti con la gente ed è stato un periodo buio”.

Le risposte emotive riportate dalla maggior parte dei partecipanti hanno, inoltre, a che fare con sentimenti di rabbia (Typical), paura (Typical) e con una marcata assenza di speranza (Typical) ma anche vergogna (Variant) e senso di colpa (Variant).

In particolare un elevato numero di familiari ha riportato di aver sperimentato, a seguito dell'omicidio, intensi sentimenti di rabbia mai sperimentati prima e forti vissuti di paura, tali da modificare il proprio stile di vita.

Nello specifico, la categoria *Rabbia* (Typical), descrive le risposte in cui questa emozione è spesso associata a manifestazioni aggressive, derivanti dalla difficoltà a gestire sentimenti di ira rivolti principalmente: a) verso gli assassini; b) verso le istituzioni per la mancata tutela verso i familiari uccisi e per le questioni legate alla giustizia per la vittima; c) verso il sociale per il mancato supporto accompagnato a fenomeni di marginalizzazione e stigmatizzazione ma anche per l'omertà che i familiari riscontrano soprattutto nelle comunità d'appartenenza.

Un partecipante, ad esempio relativamente alla rabbia nei confronti degli assassini ha affermato:

“[...] mi è scoppiata questa rabbia, inizialmente non sapevo cosa fare ero pronto a tutto perché il paese è piccolo, più o meno ci conosciamo tutti, a maggior ragione quando abbiamo avuto quasi la certezza di chi erano i mandanti, c'erano pure quelli che vivono ancora qui” (si riferisce al suo paese d'origine).

E ancora un altro partecipante ha così descritto ciò che prova nei confronti del sociale e delle Istituzioni:

“Mi fa stare male non essere stato supportato (si riferisce alle istituzioni e alle persone del suo paese), mi arrabbio, mi incazzo ogni volta che penso a queste cose, mi fa sentire male, è un tradimento”.

Vissuti di intensa *Paura* (Typical) hanno inoltre, caratterizzato l’esperienza di molti dei partecipanti e delle loro famiglie. La morte del proprio caro, ha leso il senso di sicurezza e invulnerabilità esperito prima dell’omicidio, poiché la perdita violenta del proprio familiare ha elicitato nei *survivors* vissuti di vulnerabilità e impotenza alimentati dalla preoccupazione per la propria vita e per quella dei propri cari sopravvissuti. Le risposte descritte dalla categoria si riferiscono, infatti, alla paura principalmente connessa ad un potenziale ulteriore reato da parte della mafia o alla paura di perdere prematuramente la vita per cause accidentali così come lo è stato per il proprio familiare.

Rispetto a questi vissuti, un familiare cui hanno ucciso il fratello perché ritenuto un nemico di cosa nostra a causa del suo impegno antimafia, ha così raccontato il periodo successivo all’omicidio:

“[...] per i primi mesi avevamo paura, i carabinieri ci tranquillizzavano però noi pensavamo che ..com’era la mafia che se c’era un pentito sterminava tutta la famiglia ... si stava attenti... c’era la paura che potevano fare del male a mia figlia, a mia cognata”.

O ancora un figlio che, all’età di 18 anni, ha quasi assistito all’omicidio del padre avvenuta dopo 10 lunghi anni di minacce e attentati da parte della mafia, durante l’intervista ha raccontato:

“C’era questa paura, mi ricordo nei giorni più prossimi, io e mio cugino siamo andati a prendere la macchina, perchè dovevamo comprare delle cose per la casa, e avevamo paura ad accendere la macchina ... allora mio cugino si abbassò per vedere se c’era una bomba... è successo! Ma una volta successo questo (si riferisce all’omicidio del padre), capisci che può succedere altro, per un periodo cercavo di non fare tardi la sera e mi preoccupavo per i miei fratelli”.

La madre di un ragazzo, vittima accidentale di un proiettile destinato a un boss della ‘ndrangheta, ha raccontato della forte paura che ciò che è accaduto al figlio possa riaccadere alle altre sue figlie:

“Io ho paura quando le mie figlie devono uscire, ho paura che accada di nuovo, infatti loro sanno che non devono mai uscire da sole, la maggiore per fortuna non esce o se esce è con il fidanzato ma la piccola adesso mi chiede di andare in gita e io non ce la faccio a mandarla, ho paura”.

E ancora un uomo che ha perso il padre quando aveva 12 anni ha descritto la paura provata in questi anni:

“Il primo periodo abbiamo avuto tanta paura, io e i miei fratelli più grandi dormivamo con mia madre in quattro in un letto, chiusi a chiave nella stanza era arrivata una chiamata dove un uomo diceva che nessuno di noi doveva fare domande o doveva informarsi perché altrimenti non si sarebbero fermati! La paura è durata tanti anni ... poi due anni fa si è di nuovo scatenata ... Tutti mi hanno sempre detto che tra i miei fratelli io ero quello che più somigliava a mio padre e non so perché ma due anni fa quando ho fatto 46 anni, l'età in cui è morto mio padre, per un anno intero mi sono svegliato ogni mattina con questa paura, dicevo oggi muoio!”

E infine, rispetto alla paura di morire per una morte improvvisa e violenta come accaduto al proprio familiare, un intervistato ha raccontato della sua lotta contro la paura che affronta giornalmente:

“Attualmente io ho paura della casualità, trovarmi nel posto sbagliato che è la causa per cui è morto mio padre ... ho paura. Questa paura non mi ha portato a modificare le mie abitudini; nel senso che io sfido questa paura, quando sono andato alla presentazione di un libro di mafia, sapevo sin dall'inizio che avrei vissuto questa paura però sono andato sono rimasto una mezz'oretta ma poi non ce l'ho fatta più; però sono rimasto, così come quando sono in mezzo al traffico e c'è una scorta e magari rimane intrappolata nel traffico e io sono là vicino mi viene da scappare, però resto ma se mi passa accanto una scorta io ho paura”.

Molti familiari, a differenza dell'intervistato appena citato, sembrano non aver trovato le risorse per reagire ai vissuti dolorosi scaturiti dalla perdita, parlandoci di un *Assenza di speranza* (Typical), che sembra “inchiodare” i familiari ad un presente bloccato, privo di slancio verso il futuro, perché attanagliato dal dolore del passato traumatico. In questa categoria, sono state raggruppate le risposte attraverso le quali gli intervistati hanno parlato appunto di un vissuto di irreparabilità del danno subito e della sensazione che l'omicidio avesse stravolto la vita di tutti i familiari della vittima senza che vi fosse la possibilità di un possibile, seppur parziale, processo di recupero.

La madre di un ragazzo ci ha così descritto il suo vissuto:

“Il periodo successivo all’omicidio è stato tremendo, la nostra vita si è spenta, ci siamo arresi....Non volevo nemmeno vedere il sole, io e mio marito stavamo tutto il giorno al buoi sul divano, non parlavamo, chiedevo solo che ore erano e poi la domanda di ogni giorno “Ci ammazziamo?”

O, ancora, una partecipante ha così risposto alla domanda che indagava i suoi vissuti e i suoi pensieri sul futuro:

“Io al futuro non penso mai... non riesco ad immaginarlo ..Penso solo che devo dare giustizia a mio fratello ... ma...no, al mio futuro mai ... spero per il futuro dei miei figli ... ma io non riesco ad immaginare il mio di futuro... riesco solo a pensare all’immediato”.

Meno rappresentativi dei vissuti dei partecipanti sono stati le emozioni di *Vergogna* (Variant) e i *Sensi di Colpa* (Variant).

I sentimenti di vergogna, sono risultati maggiormente connessi alla perdita del proprio caro a causa di un omicidio commesso dalla mafia. Nello specifico, i familiari hanno parlato come di un imbarazzo paralizzante scatenato dalla preoccupazione che qualcuno potesse credere che il proprio familiare fosse implicato in affari collegati all'organizzazione criminale. La vergogna che derivava da queste credenze portava i familiari che hanno riportato questi vissuti a non parlare del proprio familiare, a chiudersi nel silenzio, a non raccontare delle cause dell'omicidio o talvolta a mentire sulle cause della morte affermando che il proprio caro fosse morto per cause naturali. Questi vissuti erano, inoltre, connessi alle maldicenze alimentate dal sociale e dagli stessi appartenenti alla mafia, circa la morte del proprio familiare (e. g. allusione a movente passionale dell'omicidio per depistare le indagini).

Ad esempio, una familiare, che ha lottato per anni affinché fosse riconosciuto lo status di vittima innocente ai propri familiari uccisi ha affermato:

“All’inizio sapere che i miei erano vittime di mafia, che io ero una familiare di vittime di mafia mi faceva sentire ...quasi vergogna perché io pensavo nella mia testa: “la gente pensa chissà che cosa hanno fatto questi due, per averli uccisi” e quindi mi sentivo proprio male di sta cosa, poi ho capito che bisogna veramente far capire alla gente che non è così e la reazione deve essere quella di raccontarle le storie, di non chiuderci, perché il loro gioco (si riferisce ai mafiosi) è questo,

buttano fango, e ti dicono chissà che cosa ha fatto! è questo il loro gioco e noi (si riferisce a tutti i familiari delle vittime di mafia) dobbiamo stare attenti a questo, dobbiamo proprio sollevarci, alzare la testa e dire: "Vedete che non è così, sono delle vittime!" invece il gioco è diverso; mi hanno fatto sentire per tanti anni quasi sta cosa: vergogna".

E ancora un uomo che ha rotto il silenzio sulla storia di suo padre dopo molti anni dall'omicidio ci ha parlato così di questa sua *grande vergogna*:

"La mia storia ha influenzato molto il mio rapporto con le persone, nel senso che io ho vissuto per 25 anni in una grande vergogna nell'aver il padre ammazzato e sicuramente questa vergogna non è stata tolta dal fatto che la questura piuttosto che i carabinieri hanno con le loro indagini asserito, confermato e sottoscritto che mio padre è innocente ed è stato una vittima del caso, così come non mi ha sollevato dalla vergogna l'essere stato riconosciuto familiare di vittima innocente di mafia. Lo status di vittima innocente non mi ha sollevato dalla vergogna perché sapevo che il mio interlocutore non avrebbe mai fatto caso alle indagini dei carabinieri, avevo questa sensazione; io dentro di me pensavo che il mio interlocutore in qualche modo potesse pensare che mio padre fosse un mafioso".

Il vissuto di vergogna, oltre e influenzare il rapporto con il sociale, ha anche in alcuni casi compromesso il percorso di crescita professionale di alcuni partecipanti come nel caso di questo partecipante che ha dichiarato:

"Io a scuola mi sentivo diverso, mi sentivo osservato, portavo il gilet nero in segno di lutto. Quando qualcuno dei miei compagni delle superiori che non erano del mio paese mi chiedevano di mio padre... Io dicevo questo che mio padre era morto di infarto, è che avevo una specie di vergogna, cioè, io ero figlio di una persona ammazzata, capito? Il pensare che la gente poteva pensare che io ero figlio di un ammazzato, era ancora più terribile e questa vergogna già al primo anno mi ha fatto lasciare gli studi".

Il senso di colpa è un vissuto che abbiamo riscontrato soprattutto nei genitori che hanno perso un figlio e nei casi in cui l'intervistato al momento dell'omicidio aveva un'età che gli potesse consentire di dare un potenziale supporto alla vittima; e ancora nei casi in cui a seguito dell'omicidio i partecipanti hanno vissuto con colpa il non essere riusciti a supportare gli altri membri della famiglia sopravvissuti soprattutto nei casi in cui la sofferenza di questi ultimi ha avuto esiti infausti, come il suicidio o il tentato suicidio.

La madre di un giovane ragazzo ucciso perché testimone di un delitto, dopo vent'anni dall'omicidio è ancora attanagliata dai sensi di colpa:

“Mio figlio amava tanto la vita, per me è quasi una colpa perché quel posto (al cimitero) era il mio non di mio figlio, un figlio deve piangere i genitori non i genitori un figlio, da quando mi hanno costretto a prendere gli psicofarmaci e sto un po' meglio riesco ad uscire in balcone e vedo il sole e mi sento in colpa perché mio figlio il sole non può vederlo più”.

Relativamente alla difficoltà a condividere la sofferenza tra i familiari e quindi a supportarsi vicendevolmente nel difficile percorso di recupero dalla perdita traumatica, un intervistato ha raccontato del suo senso di colpa nel non essere riuscito ad aiutare il fratello a superare il dolore per la morte del padre:

[...] si era da poco concluso il processo che aveva visto condannare i colpevoli per l'omicidio. Mio fratello si era fatto carico del processo ..quella mattina sono andato a cercarlo, volevo stargli vicino, dopo la conclusione del processo aveva iniziato a stare peggio, ma non rispondeva ... quella mattina si è ucciso e là sono stato in conflitto con me stesso: "Ah se fossi venuto il giorno prima, forse l'avrei potuto salvare”.

La sofferenza psichica, conseguente l'omicidio riscontrata tra i partecipanti, è risultata essere caratterizzata da problematiche connesse a: (a) disturbi dell'umore, (b) disturbi d'ansia (tra cui disturbi da attacco di panico), (c) sintomi post-traumatici da stress (pensieri e ricordi intrusivi, sensazioni di rivivere l'esperienza traumatica, allucinazioni, episodi dissociativi, evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale, aumentato *arousal*), (d) disturbi del sonno, (e) disturbi psicosomatici (principalmente connessi a problemi gastrici o senso di affaticamento) e sensibili cambiamenti di personalità.

Nello specifico l'analisi del dominio 2 ha prodotto, oltre alle categorie sopra descritte, altre 12 categorie alcune delle quali sono state suddivise in sottocategorie al fine di esplicitare al meglio la ricchezza e la peculiarità dei risultati.

La categoria *Disturbi dell'umore* (Typical) si riferisce alle risposte in cui i soggetti riportano problematiche connesse a sbalzi d'umore, tono dell'umore depresso, fino a vere e proprie diagnosi di disturbo depressivo, effettuate da psichiatri consultati a seguito

dell'omicidio; queste si caratterizzano soprattutto per mancanza di interesse e motivazione per la cura di sé e per le attività che prima erano ritenute piacevoli.

Una frase che bene descrive questa categoria è la seguente:

“Dopo la morte di mio padre ho passato un periodo brutto, non mi muovevo più dal letto, non andavo a lavoro, ho avuto un crollo bruttissimo, il medico di famiglia iniziò a curarmi con delle punture perché ero depressa”.

La categoria *Disturbi d'ansia* (Typical) si riferisce invece alle risposte in cui i soggetti riportano problematiche connesse a stati ansiosi, fobici, ipervigilanza che talvolta sono sfociati in attacchi di panico.

Frase esemplificative di questa categoria sono quelle provenienti dalle interviste di questi tre partecipanti:

“Certe volte mi dico, certe volte a battuta io dico: “Io anche dentro la mia bara tremo di ansia, perché proprio...”, è più forte di me, sono molto ansiosa. Debbo dire grazie a questi mafiosi veramente, di essere cambiata in questa maniera, io non ero così assolutamente, mi hanno lasciato questo...eh sì”.

“Io soffro di ansia, mi viene sudorazione, palpitazione, pure se suona il campanello”.

“Quando si è aperto il processo per l'omicidio, un giorno mentre ero in moto, ho pensato “adesso questo camion mi travolge, adesso muoio!” e da quel momento ho iniziato a soffrire di attacchi di panico”.

La categoria *Ricordi e pensieri intrusivi* (Typical) si riferisce a pensieri e/o ricordi ricorrenti connessi al corpo della vittima sulla scena del crimine, alla relazione che l'intervistato aveva con la vittima, nonché a pensieri intrusivi su cosa abbia pensato e provato la vittima prima di morire.

La madre di un ragazzo il cui corpo è stato deturpato dai proiettili e dall'incidente automobilistico, conseguente alla sparatoria, ha così raccontato dei ricordi del figlio che spesso durante la giornata le “invadono” la mente:

“Non riesco più a ricordare mio figlio, il suo viso, spesso durante la giornata sono sopraffatta da immagini terribili del suo viso e del suo corpo, mio figlio ha preso una pallottola in testa e dopo lo sparo è caduto in un burrone, ha riportato

46 fratture era irriconoscibile Io non riesco ad andarlo a trovare al cimitero perché mi vengono delle brutte immagini del suo corpo che si sta decomponendo”.

La categoria *Ritiro sociale* (Typical) è un'altra categoria che rappresenta una delle conseguenze scaturita dall'omicidio che accomuna la maggior parte dei partecipanti. I familiari durante le interviste hanno parlato di uno stato di chiusura in sé stessi che li ha portati ad allontanare alcuni membri della famiglia o a chiudersi in maniera massiccia rispetto al sociale. Le risposte parlano soprattutto della difficoltà ad incontrare persone al di fuori della famiglia nucleare che sfocia in alcuni casi in ansia sociale.

“Dopo l'omicidio io stavo male mio marito mi diceva: "usciamo", appena arrivavamo io dicevo subito "andiamo, non me la sento!"; non ci riuscivo, paura, angoscia, mi guardavo attorno come estraniata, per molti anni questa cosa è andata avanti, per molti anni”.

Tra le problematiche psicologiche che hanno caratterizzato l'esperienza di una percentuale inferiore di partecipanti abbiamo riscontrato uno sforzo di evitare ricordi o stimoli legati all'omicidio, disturbi del sonno, alcune esperienze dissociative e problematiche psicologiche (disturbi dell'alimentazione o un aumentato uso di sostanze principalmente alcool e tabacco).

La categoria *Evitamento stimoli e ricordi legati all'evento*(Variant) include le risposte connesse alle strategie di evitamento di luoghi, stimoli e ricordi legati all'evento e le risposte in cui il soggetto esprime il suo rifiuto a parlare o a ricordare l'evento.

Una frase che ben descrive quanto appena descritto è la seguente:

“[...]mia figlia la piccolina poco tempo fa è stata male, mi hanno detto che dovevo portarla in ospedale ma io da quando è morto mio figlio, non riesco più ad andare negli ospedali sono entrata nel panico, ho detto prima ricoverate lei e poi me se sono costretta ad andare in ospedale”.

La categoria *Disturbi del sonno* (Variant) si riferisce ad alterazioni del sonno caratterizzate principalmente da insonnia ed incubi come descritte dalle due risposte di seguito riportate:

“Ho disturbi del sonno nel senso che raramente ho cominciato a dormire in maniera serena, troppo spesso mi capita di avere dei sogni disturbati”.

“Spesso quando dormo grido, sento come se qualcuno mi sta addosso e mi bloccasse”

La categoria *Ideazione suicidaria/tentato suicidio* (Variant) si riferisce alle risposte in cui i soggetti riportano di avere pensato al suicidio o di aver realmente tentato di togliersi la vita. In tal senso si riportano rispettivamente due frasi che rappresentano la categoria:

“Tante volte con mio marito abbiamo pensato di farla finita perché non si poteva vivere e non si può vivere, poi pensavamo all’altro figlio (il fratello sopravvissuto della vittima) che non ce lo perdonerebbe e quindi siamo andati avanti”.

“Dopo la morte di mio marito ho tentato il suicidio ingerendo molti farmaci...mi ha trovato a terra mia figlia che aveva 7 anni anche questo trauma ha dovuto subire”.

Un numero relativamente esiguo di partecipanti ha inoltre riportato *Sintomi dissociativi* (Variant) che persistono anche dopo molti anni dall’omicidio. Nello specifico questi sintomi attengono a perdita di contatto con la realtà, come se si sentissero fuori dal loro corpo ovvero in stato confusionale; fenomeni di derealizzazione o depersonalizzazione e sintomi dissociativi somatoformi che perdurano nel tempo.

Due partecipanti hanno così spiegato le difficili problematiche descritte dalla categoria:

“Da quando è morto mio figlio ogni volta che provo una forte emozione o anche che mi taglio un dito io svengo”

“Una volta ero qui sul divano e non riuscivo a parlare, a muovermi, però vedevo mio figlio, l’ho visto due tre volte in questo modo, una volta ero a quella finestra, sempre che non riuscivo a respirare a parlare però lo vedevo ero in piedi davanti la finestra e le mie figlie lo hanno capito e mi hanno stratonato ero contenta che mi hanno svegliato ma poi ho pensato che magari mio figlio voleva dirmi qualcosa”.

Infine, la categoria *Altre problematiche psicologiche* (Variant) riguarda problematiche psicologiche meno frequenti presentate da uno o due soggetti che pertanto sono state raggruppate in un’unica categoria. Questi disturbi si riferiscono a problematiche del comportamento alimentare e all’aumentato consumo e/o abuso di sostanze - nello specifico alcol e tabacco - e a comportamenti autolesivi come ad esempio procurarsi delle ferite.

Di seguito si riporta una frase per ognuna delle problematiche sopra descritte:

“Ho sofferto di anoressia, non a livello grave, comunque ho smesso anche di mangiare, poi mi sono catapultata nella bulimia, a mangiare e vomitare”.

“Non è facile mai ... infatti, prima pensi non fumerò mai poi ti trovi a fumare cinquanta sessanta sigarette... e a Natale ad esempio sei costretto a stonarti con qualcosa da bere”.

“Da quando è avvenuto l’omicidio io mi sento bloccata non riesco a parlare di quello che sento, non riesco più a ridere e nemmeno a piangere e allora mi succede una cosa brutta (si scopre le braccia). Vede, queste sono cose che mi faccio io [...] basta una zanzara che mi punge o altro .. io inizio tolgo le croste e le faccio diventare così, poi mi vergogno, sai perché magari esteticamente sono brutte, ma in quel momento non ci penso, ci penso poi dopo, mi sforzo di non farlo, ma se ho il momento di crisi o di panico”.

L’analisi del dominio 2, ha permesso di rintracciare dei *Significativi cambiamenti di personalità* (Typical), principalmente connessi a una condotta morale ineccepibile e ad un estremo senso del dovere. Questi cambiamenti di personalità, insieme alle risposte in cui il soggetto parla del suo desiderio di essere trattato e guardato come una persona “normale” e non come un “simbolo di legalità”, sono meglio descritti dalla sottocategoria *Irreprensibilità* (Typical).

Relativamente a questo vissuto un partecipante ha affermato:

“La mia storia mi ha modificato, non posso essere un ragazzo come gli altri che.. possono prendere vizi io.. non ho mai preso vizi e le persone che sono vicine a me uguale, come mio figlio che è un ragazzo positivo, non fuma, non beve, dico non è che deve essere perfetto però, lui dalla mia esperienza ha capito che certe cose non le può fare”.

O ancora un altro partecipante:

“So che tutto quello che faccio è più oggetto di attenzione e sto attento ..a volte mi manca essere normalissimo”.

Infine, le altre sottocategorie meno frequenti (Variant), che descrivono i cambiamenti di personalità percepiti dai partecipanti a seguito dell’omicidio, sono state chiamate *Irrascibilità e Ipercontrollo e insicurezza*.

Queste attengono rispettivamente: alla percezione di una maggiore irritabilità spesso connessa a scoppi di irae alla sensazione che l'omicidio abbia contribuito a trasformare i partecipanti in persone controllate, poco spontanee (specie nei rapporti con le persone esterne al nucleo familiare) e pervase da vissuti di insicurezza, inadeguatezza e perdita di autostima.

Relativamente a questi vissuti due partecipanti hanno così parlato dei cambiamenti di carattere percepiti a seguito dell'omicidio:

“Io ero una persona sorridente che andava d'accordo con tutti ora non sono più spontanea, ho bisogno di avere sempre tutto sotto controllo.... È cambiato il mio carattere, io mi ricordo che ero molto solare, ridevo sempre mentre dopo l'uccisione dei miei non riesco a ridere, non ci riesco, ma neanche a piangere, raramente io riesco a piangere”.

“L'omicidio di mio padre mi ha trasformato, mi ha provocato grande dolore, grandi disagi e mi ha tolto la sicurezza. Io quando ero ragazzino ero sicuro di me, non avevo problemi a relazionarmi con nessuno, io adesso da quando ho perso mio padre ho perso la sicurezza, ho perso la sicurezza a manifestare ciò che sono; spesso mi nascondo, anche quando sono convinto di avere ragione mi manca la sicurezza. Mio padre mi garantiva una sicurezza che non ho mai più avuto.... Da quando è morto mio padre ho perso la sicurezza in me stesso non riesco a far valere le mie idee e così spesso scoppio. Quello che mi è successo mi ha cambiato non mi ricordo neanche più com'ero prima”.

Le problematiche psicologiche fin qui presentate in molti casi hanno portato i partecipanti a fare uso di psicofarmaci¹⁴ (Typical) e a maturare la Consapevolezza del bisogno di un supporto psicologico (Typical) sia nell'immediato che nel lungo periodo.

Una partecipante ha così parlato della consapevolezza del bisogno di un supporto psicologico:

“Se io, allora, avessi avuto dico un supporto psicologico, sarebbe stato diverso, potevo affrontare le cose più velocemente, non passare tutti questi anni in questo dolore, bloccata, a prendere farmaci. Io chiedo questo, qua bisogna che ci aiutino da questo punto di vista,e noi siamo stati completamente lasciati soli...E io

¹⁴ Nessuno dei partecipanti ha dichiarato di aver fatto uso di psicofarmaci o di aver sofferto di problematiche psicologiche prima dell'omicidio del proprio familiare. La maggior parte dei partecipanti che ha riportato di aver iniziato una terapia psicofarmacologica a seguito dell'omicidio ha dichiarato di assumere o avere assunto ansiolitici e antidepressivi.

penso che siamo tutti allo stesso livello (si riferisce agli altri familiari di vittime di mafia), nel senso che tutti abbiamo bisogno di un sostegno io incontro e frequento molti familiari, quindi per questo si deve far fronte e bisogna che questa cosa venga fatta; l'aiuto...il sostegno c'è bisogno, c'è bisogno; abbiamo bisogno di parlare, in questa maniera ecco, perché è tutta una vita diversa, siamo quasi in un altro pianeta, ecco. Chi ha contatti con tanti familiari lo sa”.

3.4.3 Ricadute sullo stato di salute fisica

Oltre alle problematiche di natura psichica, i partecipanti hanno parlato di *ricadute sullo stato di salute fisica* (Typical) caratterizzate da ipertensione, problemi cardiaci, dolori e affaticamento, disturbi gastrici e neoplasie.

3.4.4 Ricadute sul sistema familiare

Relativamente al dominio “*ricadute sul sistema familiare*” tutti i soggetti hanno riportato a seguito dell’omicidio alti livelli di *Conflitti e frammentazione nella famiglia attuale, d’origine e allargata* (General) principalmente connessi alle trasformazioni cui è andato incontro l’intero sistema familiare a seguito dell’omicidio.

Per fare un esempio, relativamente ai conflitti interni al nucleo familiare dei partecipanti, si riporta la frase di una madre cui la ‘ndrangheta ha ucciso un figlio circa venti anni fa:

“[...]l’altro mio figlio (fratello sopravvissuto della vittima) veniva, entrava e usciva, non sopportava di vedere me e mio marito in quelle condizioni e c’era un muro tra noi e mio figlio, non perché non gli volevamo bene, ma c’era un muro perché non riuscivamo a comunicare con lui, non riuscivo a guardarlo perché somigliava troppo a mio figlio (la vittima); lui si è chiuso, non ha buttato mai una lacrima ma ha sofferto più di noi soffriva internamente e un giorno ci disse “voi non mi avete mai compreso” e so io quanto ho sofferto, io gli ho detto “sai la situazione com’è, noi non eravamo in grado di parlare o fare altro” e poi lui ha deciso di andarsene a ancora oggi abbiamo dei problemi”.

Rispetto ai conflitti con la famiglia allargata questi sono stati principalmente connessi alla percezione di non aver avuto da questa alcun supporto o vicinanza, fino a veri e propri fenomeni di allontanamento a seguito dell’omicidio.

A tal proposito, un’intervistata ha così raccontato di questa frammentazione dei rapporti con alcuni membri della famiglia allargata:

“[...] mio zio, il fratello di mio padre (vittima dell’omicidio) faceva lo stesso mestiere dei miei e quindi io mi sarei aspettata che dopo la morte di papà lui ci potesse aiutare con l’azienda mentre mio zio e i suoi figli si sono allontanati per paura e anche per il fatto di dimostrare a questi qua che avevano ucciso mio padre e mio fratello che con noi lui non aveva niente a che vedere, e lo ha dimostrato perché non ci ha più cercati”.

Un’altra categoria che rispecchia le ricadute familiari riportate dalla maggior parte dei partecipanti si riferisce alla *Difficoltà nel condividere la propria sofferenza con gli altri familiari* (Typical) che i *survivors* sentono/hanno sentito sia nei momenti antecedenti all’omicidio nei casi di minacce pregresse sia a seguito dell’omicidio.

Le frasi che seguono, rappresentano un esempio di questa compromissione della capacità di supportarsi e condividere vicendevolmente i vissuti negativi conseguenti l’omicidio:

“Fra di noi in famiglia c’era un clima estremamente pesante perché non si riusciva a vivere la serenità dello stare insieme a tavola, tra silenzi e tra l’impossibilità di scambiarsi e dirsi quello che si stava vivendo Io ho parlato di mio padre davanti ai miei familiari a mia madre e i miei fratelli solo pochi giorni fa, dopo quasi trent’anni perché non ero mai riuscito a farlo e per la prima volta e per me riuscire finalmente a fare questo mi ha fatto togliere un fardello, l’ho fatto durante la sua commemorazione e ne ho parlato dicendo “per la prima volta parlo di mio padre a mia madre e ai miei fratelli” mi sono rivolto a loro per la prima volta ed è stato per me momento un molto toccante però è stata una sorta di liberazione, perché avevo bisogno di parlarne e ho bisogno di parlarne ancora ora”.

O, ancora, il padre di un giovane ragazzo ucciso ha così descritto le sue difficoltà e quelle dei familiari nel parlare della sofferenza per la perdita del figlio:

“La morte di mio figlio ha trasformato la nostra vita, è cambiato tutto non lo so nemmeno spiegare posso dire che non è facile. Tra di noi evitiamo sempre di parlarne, perché fa male a tutti ed è meglio evitareeee ognuno nasconde il suo dolore... io e mia moglie cerchiamo di evitare di parlarne per non fare soffrire le nostra figlie ma lo facciamo anche per noi stessi, perché stiamo male, ognuno cerca di nascondere il suo dolore a proprio modo, cerchiamo di fare finta ... per cercare di andare avanti”.

Come è possibile intuire dalla frase appena riportata, le ricadute sul sistema familiare e le difficoltà nella condivisione della sofferenza sembrano strettamente connesse alla constatazione da parte dei partecipanti delle *Problematiche psicologiche degli altri familiari sopravvissuti alla vittima* (Typical) a seguito dell’omicidio. Dall’interviste è stato

possibile, infatti, rilevare un elevato grado di sofferenza e dolore tra gli altri familiari che in molti casi ha portato, allo sviluppo di problematiche psicologiche principalmente connesse a disturbi d'ansia (nei figli minori ansia da separazione), disturbi dell'umore, isolamento relazionale (nei figli minori problematiche relazionali con il gruppo dei pari), disturbi del sonno, rabbia e comportamenti aggressivi ed altri problemi psicologici non specificati che rimandano a serie conseguenze psicologiche sui familiari, che il partecipante non sa bene descrivere.

In tal senso, la partecipante il cui giovane figlio è stato brutalmente ucciso dalla 'ndrangheta per cause ancora non conosciute ha così descritto la reazione di suo marito all'omicidio:

“Dopo l'omicidio di mio figlio come dire la prima conseguenza fu lo scasso mentale di mio marito, ancora oggi lui non crede che quel corpo irriconoscibile fosse quello di mio figlio”

Sempre rispetto a questa categoria un'altra partecipante ha così descritto le conseguenze psicologiche che l'omicidio ha provocato nei suoi familiari:

“Mio marito ha delle crisi, ha crisi di pianto, ha crisi di nervi, se deve rompere qualcosa la rompe, per la rabbia, mentre mia figlia la minore che ha 9 anni ha problemi a scuola, le maestre mi hanno chiamato perché in classe ha dei comportamenti aggressivi, quando chiamano l'appello in classe ad esempio c'è un bambino che si chiama come mio figlio e allora lei inizia a gridare e a strappare i quaderni, anche con me si è molto attaccata non fa che chiedermi “mamma mi vuoi bene?” e passa tutto il giorno attaccata a me non va neanche nell'altra stanza da sola, ha paura e io devo accompagnarla anche in bagno”.

La categoria *Problematiche economiche* (Variant) ha rappresentato l'esperienza di pochi partecipanti e nello specifico di coloro i quali dopo aver perso il padre, fonte primaria del reddito familiare, si sono trovate senza il supporto di una rete familiare o sociale pronta ad ovviare a tali difficoltà.

In tal senso una partecipante che ha perso il padre da bambina ha raccontato:

“Quando è morto mio padre io ero piccola e andavo ad aiutare mia madre a fare le pulizie in un paese vicino ma andavamo a piedi, per circa un'ora, anche ad agosto, io avevo 10 anni”.

In alcuni casi, per ovviare a tali problematiche economiche o comunque al fine di affrontare le necessità e gli oneri caratterizzanti il periodo successivo all'omicidio, i partecipanti hanno raccontato in alcuni casi di dinamiche, che hanno a che fare con l'*Assunzione del ruolo della vittima all'interno del nucleo familiare* (Variant) principalmente connesse ai cambiamenti cui è andata incontro la famiglia rispetto al ruolo che ognuno membro aveva al proprio interno. Frasi esemplificative di questa categoria sono:

“Dopo l'omicidio mia cognata mi disse: «Tu devi sostituire tuo fratello"... Na parola! Io stavo male, prendevo psicofarmaci eppure ho dovuto stare vicino a loro e occuparmi in parte dei miei nipoti”.

“Dopo la morte di mio padre, anche se il mio lavoro era un altro, ho iniziato ad occuparmi dell'azienda (si riferisce all'azienda del padre la cui mancata vendita ai mafiosi di quel territorio fu la causa dell'omicidio)”

Tra i partecipanti abbiamo, inoltre, riscontrato la *Preoccupazione per la trasmissione transgenerazionale del trauma* (Variant) ai propri figli.

In tal senso un intervistato ha così raccontato della consapevolezza che la propria storia potesse ripercuotersi sulla vita di sua figlia:

“Io, ho molto lavorato per cercare di elaborare la mia storia, per interrompere con me la catena del dolore. La mia storia, quello che mi è successo è un'eredità che trasmetto a mia figlia però quando dico: "spero che si sia finalmente interrotta la catena del dolore", intendo: spero che lei si possa costruire una vita forte di questa eredità e di questo nome, però una vita normale, fatta della possibilità di dire: "io sono _____, si mio nonno è _____ però io faccio questo, faccio quest'altro, al mia vita è un'altra, mio nonno fa parte di me, basta”.

Per concludere, l'illustrazione delle categorie che hanno rappresentato questo dominio, infine, riportiamo l'esperienza raccontata da alcuni intervistati circa la morte prematura di un altro familiare a seguito dell'omicidio, esperienza che abbiamo siglato con la categoria *Lutti cumulativi* (Variant) che descrive non solo un lutto conseguente a morte naturale prematura di alcuni familiari, ma anche alla perdita per cause connesse a suicidio che sono rispettivamente rappresentate dalle frasi seguenti:

“Lasciando un attimo da parte le mie ricadute, io credo, come conseguenza della morte di mio figlio, mia madre morì prematuramente mesi dopo, io penso affronta

dalla morte del nipote, e mio padre dopo 2 anni, è stato un evolversi di situazioni che penso siano stata legate al forte impatto dell' accaduto”.

“[...] Mio fratello stava male, dopo il processo ebbe un peggioramento, il giorno prima era stato da una psicologa, io avevo insistito perché ci andasse ma il giorno dopo l' ho trovato in casa.. tutto potevo pensare tranne che lui si andasse a impiccare”.

3.4.5 Ricadute sociali

L'analisi del dominio “*ricadute sociali*” ci ha consentito di esplorare le conseguenze che i familiari hanno percepito a seguito dell'omicidio rispetto al cambiamento delle rappresentazioni sociali e alla compromissione della qualità delle relazioni interpersonali.

Nello specifico, questa ricadute attengono a *Difficoltà e/o mancanza di interesse ad instaurare relazioni sociali* (Typical), che si caratterizza per una marcata chiusura nei confronti del sociale. Nello specifico, la categoria descrive la difficoltà a coltivare o avviare relazioni interpersonali al di fuori dell'ambito familiare ristretto o della rete dei familiari delle altre vittime di mafia.

In tal senso, una partecipante ha così descritto le sua esperienza rispetto al coinvolgimento in relazioni sociali extrafamiliari:

“Le mie giornate sono strutturate così... vado in ufficio e sono sempre la prima ad arrivare, poi appena finisco a lavoro arrivo a casa pranzo e poi mi rilasso un pochino e mi metto al computer perché per me facebook è il modo con cui riesco a tenermi in contatto con tutte le persone che ho conosciuto in tutti questi miei incontri in Italia, incontri con Libera oppure incontri tra familiari di vittime, quindi mi piace anche avere questi contatti, scambiarci i nostri momenti noi prima la nostra famiglia aveva molti amici e molti contatti con la gente poi dopo quello che è successo non ho più frequentato nessuno è stata una scelta nostra, noi abbiamo sì dei conoscenti, però amicizie, nel senso come prima, no!”.

Quanto descritto si aggancia alla categoria successiva che accomuna la maggior parte dei partecipanti e che attiene ad un vissuto di profonda *Sfiducia nei confronti del sociale e delle istituzioni formali* (Stato, Sistema di giustizia, Politica, Amministrazioni comunali, Chiesa...).

Questa sfiducia sembra derivare, soprattutto, dalla percezione di essere stati allontanati e non supportati soprattutto dalle comunità d'appartenenza e sembra aver promosso nei partecipanti un vissuto di tradimento anche connesso all'omertà del sociale.

In tal senso, un partecipante ha così motivato questo suo vissuto negativo nei confronti del sociale:

“Io faccio vita molto solitaria, secondo me questa città non merita impegno a volere essere sulla cresta dell’onda, spesso con mia sorella litighiamo per questo perché lei anche per il suo lavoro frequenta molte persone ma in questa città più persone frequenti più hai la possibilità di imbatterti non in delinquenti ma anche solo in persone discutibili. Quando è morto mio padre molte persone si sono allontanate da noi, anche molti dei suoi amici che forse avevano paura, mostrandoci la loro vicinanza, di essere in pericolo di ripercussioni da parte della mafia, e allora anche prima della morte di mio padre quando già avevamo ricevuto le minacce, se questi amici ci incontravano cambiavano strada, mio padre è stato lasciato da solo anche da parte di quelli che facevano il suo stesso lavoro; ricordo bene che poco tempo dopo l’omicidio invece ogni volta che uscivo dalla Sicilia sentivo che avevamo vinto, che mio padre non piegandosi alla mafia aveva vinto perché la gente da Roma in sù per strada mi abbracciava, perché il mio viso era noto, mentre in Sicilia zero!”.

Anche il sistema giustizia ha contribuito a promuovere nei partecipanti un senso di sfiducia nutrito nei confronti dello Stato e delle Agenzie investigative; questa sfiducia deriva principalmente dal fatto che il sistema di giustizia e le forze dell’ordine sono percepiti (o sono stati percepiti) inadeguati nel proteggere la vittima (soprattutto nei casi di minacce pregresse da parte della mafia), nel garantire la sicurezza dei familiari sopravvissuti a fronte di possibili ulteriori altri contatti e/o minacce da parte della mafia e, più spesso, si sono rivelati inefficaci nel rendere giustizia al familiare ucciso attraverso l’individuazione e la condannadegli assassini e dei mandanti.

I partecipanti hanno raccontato di quanto la sfiducia, alimentata dalle dinamiche appena esposte, promuova in loro vissuti di abbandono da parte delle istituzioni e del sociale più ampio, che, con il suo silenzio e la presa di distanza dalle vittime, alimenta fenomeni di marginalizzazione e isolamento.

Spesso i familiari, infatti, percepiscono di essere lasciati soli dalle comunità d’appartenenza, dalle amministrazioni comunali dei loro paesi e dallo Stato che ad esempio non li supporta nell’iter processuale e talvolta è insensibile nei confronti dei loro bisogni (Vezzadini, 2006).

Inoltre, la sfiducia, così come emerge dalle narrazioni dei partecipanti risulta essere alimentata dal forte bisogno di conoscere la verità sulle cause dell’omicidio o sull’identità degli assassini, che viene espresso soprattutto da coloro il cui caso risulta irrisolto; e ancora,

in alcuni casi, è risultata connessa all'apprendimento di casi di collusione e/o corruzione tra mafia e alcuni operatori del sistema giudiziario.

Per illustrare, attraverso le parole dei partecipanti, quanto appena descritto si riportano i seguenti stralci di intervista:

“Dopo quasi vent’anni dall’omicidio, non c’è ancora stato un processo, un pentito ha fatto dei nomi ma gli organi di giustizia non possono procedere al loro arresto ... questo crea sconforto, impotenza e solitudine”.

“Per noi il peggio arriverà quando saranno individuati gli assassini, perché noi ancora ci speriamo che questo avvenga, e però allo stesso tempo questa è una preoccupazione forte perché il nostro terrore è che questi possano essere persone che vivono qui, che possiamo incontrare o peggio conoscere, questo è anche uno dei motivi perché noi non frequentiamo nessuno e perché non vogliamo che le nostre figlie escano da sole, io non lo so come reagiremo”.

Ogni volta che mio padre parlava con i magistrati per denunciare chi voleva impadronirsi dell’azienda, subito i mafiosi lo sapevano, pochi mesi dopo la sua morte hanno arrestato un dipendente del tribunale che era la talpa, era tutto sbagliato, il sistema non andava, non ci ha protetto

3.4.6 Ricadute in ambito professionale

L’impatto che l’omicidio ha avuto sui familiari sopravvissuti alla vittima, dall’analisi dei dati trascritti, risulta avere sensibili ripercussioni nella sfera professionale sia lavorativa che accademica.

Nello specifico l’analisi del dominio ha permesso di rilevare per la maggior parte dei partecipanti la *Trasformazione e/o rinuncia dei progetti professionali* (Typical) avviati o solo programmati prima dell’omicidio. I partecipanti hanno parlato della necessità di avviare attività professionali differenti da quelle precedentemente progettate e in alcuni casi di aver interrotto gli studi per le seguenti motivazioni: a) necessità di intraprendere una qualsiasi occupazione per compensare la perdita del reddito del capofamiglia; b) proseguire il lavoro della vittima, specie nei casi in cui quest’ultima aveva un’attività imprenditoriale; c) permotivi di sicurezza connessi alla possibilità di subire ulteriori reati da

parte della mafia; d) per la scelta di usufruire della possibilità di essere assunti presso un ente pubblico garantita, nel caso dei partecipanti siciliani¹⁵, dalla L.R. 13.9. 1999 n.20.

Per esplicitare al meglio i contenuti di questa categoria si riportano gli stralci di due interviste che ben descrivono la trasformazione dei progetti professionali dei partecipanti:

“[...] io non sarei mai voluto andare a lavorare dove lavorava mio padre perché stavo facendo il mio percorso professionale e non so dove mi avrebbe portato. Automaticamente, nel momento in cui mio padre è stato ucciso, questa idea è stata infranta. Pensavo di dovere prendere in qualche modo il posto di mio padre”.

“Io sono un'impiegata in un'azienda pubblica. Prima non mi occupavo di questo, ero caposala presso l'ospedale di _____ e lì veramente ero realizzata. Poi mentre ero lì è successa la disgrazia e quindi dopo 5 giorni mi hanno trasferito a _____ (attuale paese di residenza dell'intervistata), sia per informativa della prefettura che per il pericolo che correvo, perché quel paese è altamente mafioso e quindi sono stata trasferita. Trasferendomi qua poiché non vi è un ospedale sono stata assegnata ad un ufficio e mi occupo di cose burocratiche. Quella di lasciare quel lavoro è stata una scelta un po' forzata, cioè mi manca il contatto con gli ammalati, perché mi ero realizzata. Se non mi fosse accaduto tutto questo io sicuramente avrei continuato a lavorare a _____, anzi avrei continuato pure gli studi mentre qua mi sono un po' appiattita, ecco; non ho più pretese, perché questo lavoro non è quello che volevo fare”.

Infine, le altre due categorie che descrivono le ricadute dell'omicidio in ambito professionale sono rappresentate dalla *Difficoltà nel portare avanti l'attività professionale* (Variant) e di contro da un *Iper-investimento nell'attività professionale* (Variant) che bene sono descritte dagli stralci di seguito riportati:

“Io e mio figlio facevamo i commercianti ambulanti, da quando lui è stato ucciso sono solo, per me è pesante fare questo lavoro da solo e non riesco a chiamare qualcun altro che mi aiuti...poi per me lavorare è diventato difficile spesso mentre guido devo fermarmi, ho delle crisi di pianto e non riesco ad andare a lavoro e affrontare le persone”.

“Se devo individuare una ricaduta della morte di mio padre beh quella che mi viene prima alla mente è questo mio rapporto con il lavoro, io lavoro 13 ore al giorno e con questa azienda ho un rapporto che sento che è ancora tutto da capire”.

¹⁵Nessuno dei partecipanti calabresi ha usufruito della legge che garantisce il diritto all'assunzione presso la pubblica amministrazione ai familiari delle vittime innocenti di mafia.

3.4.7 Vittimizzazione secondaria

Il dominio “*vittimizzazione secondaria*” si riferisce alla condizione di ulteriore sofferenza sperimentata dai partecipanti a seguito di dinamiche di negligenza e/o insensibilità vissute da parte delle istituzioni formali ed informali (Fanci, 2011)

La categoria più rappresentativa di questo dominio è *Rimozione sociale collettiva* (Typical). Con questa categoria ci si riferisce alle risposte in cui il soggetto parla dei suoi vissuti di sofferenza e rabbia rispetto al processo sociale di rimozione massiccia della memoria della vittima, che è caratterizzato da risposte di negazione dell'effertezza dell'omicidio da parte del sociale, dalla mancata volontà da parte delle reti formali e informali di promuovere la realizzazione di luoghi e momenti per ricordare le vittime e dal “silenzio collettivo” sulla storia della vittima.

A tal proposito, la madre di un ragazzo ci ha raccontato della sua lotta perché non vengano diffuse informazioni distorte sull'omicidio e perché la storia del figlio non cada nell'oblio:

“Quando mi hanno detto che avevano trovato mio figlio mi hanno anche detto che avevano bruciato il corpo, sono stata io a chiedere al medico legale come fosse morto mio figlio fu bruciato vivo ma i giornali continuano a scrivere che prima gli spararono e che poi lo bruciarono. Io non faccio che scrivere a questi giornali perché correggano queste notizie ma non l'hanno mai fatto”.

I fenomeni di rimozione della memoria delle vittime sono, inoltre, ben illustrati dagli stralci delle interviste di due figli di vittime uccise per il loro lavoro di contrasto alla criminalità:

“Io ho tenuto dentro in maniera rancorosa il fatto che ci sono voluti trent'anni perché nel luogo dell'omicidio l'amministrazione mettesse un ceppo in ricordo dell'uccisione di mio padre a spese della famiglia![....] questa indifferenza, questo oblio sono stati difficili”.

“Sentivo come se mio padre fosse un morto che non voleva nessuno.... Nessuno ne voleva parlare, nessuno scriveva su di lui, ho sentito indifferenza, come se l'indifferenza per le persone fosse un antidoto contro la paura. L'abbiamo subita come un'altra violenza questo silenzio. Vittime due volte: della mafia e del silenzio della società”.

I familiari durante l'intervista hanno parlato delle difficoltà di gestire e tollerare i vissuti alimentati dall'*Impatto negativo delle procedure d'indagine e dell'iter giudiziario*

(Typical). In particolare questo impatto negativo risulta connesso a: a) difficoltà ad affrontare l'iter processuale, specialmente in merito all'assistere alle udienze, testimoniare, essere presenti durante le prove balistiche e alla percezione di essere trattati con modalità "insensibili" da vari attori del sistema giustizia; b) alla frustrazione derivante dall'estenuante lentezza dell'iter giudiziario soprattutto rispetto alla questione "giustizia", che per i familiari significa in primis l'attribuzione dello *status* di vittima innocente per il proprio familiare e, in seguito, l'individuazione e la condanna dei colpevoli.

In merito a quanto descritto, una partecipante ha raccontato, attraverso queste parole, il vissuto negativo connesso ad una specifica fase dell'iter giudiziario:

"Dovevano ricostruire l'omicidio, allora hanno dovuto fare le prove degli spari e ci hanno chiesto di andare sul luogo dell'omicidio ed è stata una cosa tremenda. Quando hanno sparato è come se l'avessero ucciso un'altra volta e io l'ho detto, allora l'avvocato ci ha detto "due volte - dice- e ora facciamo la bella!"

E ancora un altro partecipante ha dichiarato:

"Io non voglio dire che non ho fiducia nelle istituzioni ma dopo più di vent'anni non avere avuto un processo mi fa stare male".

Ciò che ha fatto sperimentare ai partecipanti fenomeni di rivittimizzazione ha, inoltre, a che fare con lo *Stigma e le maldicenze sulle cause della morte* (Variant). In particolare la categoria descrive i vissuti dolorosi riportati dai partecipanti in merito alle notizie erranee sulle cause dell'omicidio che, talvolta, alludono ad una sorta di "colpa" della vittima nel provocare gli assassini. In tal senso, i partecipanti hanno così descritto questo fenomeno:

"All'inizio le voci sull'omicidio erano: "chissà che cosa aveva fatto, chissà a chi ha dato fastidio, se l'è andata a cercare, forse questione di donne....".

"Scrissero di mio padre che era stato imprudente e che quelle indagini non doveva condurle".

Per concludere, con la descrizione dei risultati emersi dalla analisi del dominio, si presenta infine, quanto emerge dai contenuti caratteristici della categoria *Rifiuto/sofferenza per l'attribuzione sociale dello status di privilegiato* (Variant) e *Percezione/fastidio*

commiserazione altrui (Variant). Nello specifico i familiari hanno riportato vissuti di fastidio, rabbia e sofferenza nel sentirsi etichettati come «privilegiati» dal sociale soprattutto a causa dei benefici che lo Stato riserva loro in quanto familiari di vittime innocenti di mafia (primo fra tutti il diritto all'assunzione nella pubblica amministrazione), e, allo stesso tempo, temono che il sociale possa guardarli con commiserazione e vissuti di pietà.

In tal senso un partecipante ha dichiarato:

“Oggi essere una vittima di mafia significa essere privilegiato ... o meglio essere tacciato di essere privilegiato per il posto di lavoro o per il risarcimento garantito dallo Stato ai familiari, e questo mi è stato fatto presente anche da alcuni colleghi di lavoro che tra l'altro non hanno fatto alcun concorso pubblico per essere assunti. Io a volte anche a lavoro ho paura che mi guardano con pietà e questo mi condiziona molto, a volte c'è gente che conosceva mio padre e mi sento in soggezione perché so che si finisce col parlarne [...] la mia paura è che la gente mi guardi con commiserazione, come un poverino”.

3.5 Discussioni

I risultati dello studio mostrano il forte impatto e le molteplici ricadute che l'omicidio di un familiare ha sul funzionamento psicologico e sociale dei *survivors* coinvolti nella ricerca.

In particolare, l'omicidio sembra aver provocato nei partecipanti un elevato *distress* che verosimilmente possiamo associare a quel “sinergismo” di lutto e trauma (Kaltman & Bonanno, 2003; Green, 2000; Rynearson & McCreery, 1993) che caratterizza l'esperienza di chi perde una persona cara in circostanze violente.

Coerentemente con quanto messo in evidenza da recenti *reviews* (van Denderen, de Keijser, Kleen & Boelen, 2013; Connolly & Gordon, 2014) sull'impatto dell'omicidio sul sistema bio-psico-sociale (Engel, 1977) dei familiari della vittima, i risultati del nostro studio mostrano: un'elevata incidenza di problematiche psicologiche a medio e a lungo termine ed una sensibile compromissione del funzionamento sociale.

I risultati dello studio hanno, infatti, messo in evidenza come l'evento “omicidio” produca, nei *survivors* intervistati, conseguenze a livello emotivo, cognitivo, fisico e interpersonale.

Relativamente alle ricadute psichiche, sono emerse specifiche reazioni emotive attivate nel breve e nel lungo periodo e problematiche psicologiche che, anche a causa della mancanza

di interventi e trattamenti *ad hoc*, una volta cronicizzati, hanno probabilmente contribuito allo sviluppo di sindromi di rilevanza clinica.

Tra gli effetti cognitivi, invece, si evidenziano disturbi di concentrazione, pensieri e ricordi intrusivi, stati confusionali e ruminazioni, che si accompagnano a una sensibile compromissione dell'autostima, della capacità di prendere decisioni e dell'autoefficacia.

Gli effetti fisici più frequentemente riscontrati tra gli intervistati sono stati principalmente connessi a disturbi del sonno, senso di affaticamento, problematiche di ipo/ipertensione arteriosa, aumentato *arousal*, problemi gastrointestinali e calo dell'appetito.

Mentre per quanto concerne gli effetti interpersonalisirilevano sensibili ricadute sul sistema familiare, sociale e professionale.

Considerata la ricchezza dei risultati, per chiarezza espositiva, la discussione sarà strutturata in tre macro-aree si focalizzerà maggiormente sulla trattazione dei risultati che rispecchiano le caratteristiche specifiche dell'esperienza *post-homicide* della maggior parte dei partecipanti. Le tre macro-aree sono: Ricadute psicologiche dell'omicidio sui survivors, Ricadute familiari, sociali e occupazionali e Vittimizzazione secondaria.

Ricadute psicologiche dell'omicidio sui survivors

L'esplorazione delle possibili ricadute psico(pato)logiche conseguenti l'omicidio ci ha consentito di rilevare tra i partecipanti un'elevata sofferenza connessa principalmente a intense reazioni psichiche. Queste sono caratterizzanti il periodo immediatamente successivo all'omicidio e a specifici vissuti emotivi nel medio e nel lungo periodo, essendo legate a problematiche psicologiche e psicopatologiche di varia natura.

Relativamente alle reazioni attivate nei partecipanti si evidenziano risposte di shock, sintomi dissociativi (e. g. forme di depersonalizzazione), sintomi dissociativi somatoformi (svenimenti), disperazione, incredulità e ottundimento emozionale. Queste risposte, che rimandano ai sintomi caratteristici del disturbo acuto da stress (DSM-V), rispecchiano i sintomi riscontrati in altri studi sulle risposte di stress acuto attivate nelle vittime di violenza interpersonale (e. g. Gore-Felton et al., 1999). Tali sintomi, coerentemente con quanto messo in luce da North, Smith e Spitznagel (1994), nei partecipanti sembrano essersi protratti fino ai primi mesi dopo l'omicidio.

I partecipanti che hanno riportato questo tipo di risposte avrebbero necessitato, come evidenziato da diversi studi di psicotraumatologia, dell'intervento tempestivo da parte di professionisti formati a gestire la crisi (Vincent et al., 2015) che avrebbero potuto "tamponare" l'impatto delle risposte post traumatiche (Pynoos & Eth, 1986); tuttavia, come emerso dalle interviste, a nessun familiare è stato offerto un supporto di tale natura e in alcuni casi, infatti, all'apprendimento della notizia, alcuni familiari a causa di questa risposta hanno messo in pericolo la propria vita ad esempio guidando sotto shock.

Relativamente ai vissuti emotivi degli intervistati, abbiamo riscontrato che le risposte iniziali all'omicidio di shock, incredulità e intorpidimento in tutti i casi sono state seguite da profondo senso di tristezza e nostalgia per la vittima e che in alcuni casi hanno portato i partecipanti a sperimentare disperazione e perdita di speranza. Tutti i partecipanti hanno, infatti, riferito intense risposte emotive caratteristiche del *grief distress* (pensieri ossessivi e angoscianti rivolti verso il defunto, ricerca continua della persona scomparsa, sentimenti di profonda tristezza) che per molti partecipanti, a differenza di quanto avviene nei casi di *normal grieving* (Rando, 1993), ha rappresentato un quadro persistente di sofferenza e disperazione riscontrato anche nei *survivors* che hanno perso il proprio familiare decine di anni fa. Quanto evidenziato rispetto alle risposte di *grief distress* e alla loro cronicizzazione in alcuni partecipanti risulta in linea con diversi studi sulla valutazione dell'incidenza di forme di lutto patologico negli *Homicide survivors* (Burke, McDevitt-Murphy & Neimeyer, 2010; McDevitt-Murphy et al., 2012; Baddeley et al., 2015) e che sembrano rispecchiare alcuni sintomi caratteristici del disturbo da lutto complicato persistente (DSM – V, APA, 2013).

Alcuni intervistati, infatti, hanno riportato un mancato adattamento alla perdita caratterizzato da un processo di elaborazione del lutto traumatico particolarmente complesso (Rando, 1997, 2004) e, soprattutto per i partecipanti che hanno vissuto l'omicidio molti anni prima di questa ricerca, queste risposte disadattive sembrano rispecchiare i tratti caratteristici di un processo di lutto prolungato (Currier et al., 2006; Malone, 2007).

Tra gli altri vissuti emotivi tipicamente riscontrati tra i partecipanti, i risultati hanno messo in evidenza forti sentimenti di rabbia (connessi ad aggressività verbale e fisica), paura e assenza di speranza. Quest'ultima risulta principalmente connessa alla convinzione che

l'omicidio abbia danneggiato irreparabilmente l'intera esistenza degli intervistati e della loro famiglie.

Tali emozioni negative, che altri studi hanno correlato ad *outcome* post-traumatici più severi e ad un processo di elaborazione del lutto più complesso (Asaro, 2001; Rando 1993), dai nostri risultati, sono connesse soprattutto alla percezione di non essere stati tutelati a vario titolo dalle istituzioni formali ed informali. I vissuti di rabbia dei partecipanti sono, infatti, alimentati dall'incapacità dello Stato di proteggere le vittime (specie nei casi in cui l'omicidio era stato preceduto da minacce) e di agire efficacemente nel contrasto al fenomeno mafioso; dal dilagare di fenomeni di corruzione e/o collusione con i sistemi criminali da parte di esponenti di spicco delle istituzioni; dalla sensazione di essere stati abbandonati e traditi dallo Stato, che in molti casi non ha protetto i familiari sopravvissuti esponendoli ad ulteriori rischi e minacce. Queste dinamiche, insieme ai fenomeni di stigmatizzazione, marginalizzazione e indifferenza che i familiari hanno sperimentato da parte del sociale, sembrano avere promosso esperienze di sfiducia, solitudine, abbandono, impotenza e assenza di speranza. Questi vissuti insieme alla paura che la mafia possa rappresentare ancora un pericolo per i propri familiari sopravvissuti o per le comunità d'appartenenza, portano spesso i partecipanti a combattere da soli la battaglia per la giustizia e la verità per le vittime. Ciò si realizza soprattutto attraverso l'attività di testimonianza dei valori della legalità e della storia del proprio familiare e attraverso l'assunzione di una condotta morale irreprensibile.

Meno frequenti sono risultati, invece, i vissuti connessi a quella che Gross (2007) chiama *survivor guilt*. I sensi di colpa, in altri studi sul campo (e. g. Friedman et al., 1988), sono stati ricondotti all'incapacità di impedire che la vittima si coinvolgesse in attività e/o ambienti che potevano ledere la sua stessa vita (e. g. fare parte di una gang). Nel nostro campione solo i genitori hanno riportato forti sensi di colpa per essere sopravvissuti al proprio figlio e per non aver saputo proteggerlo maggiormente, ad esempio, evitando che si trovasse in luoghi frequentati anche da malavitosi¹⁶. Queste credenze, in alcuni

¹⁶In tal senso, ad esempio, quando abbiamo intervistato i genitori di una giovane vittima calabrese, uccisa accidentalmente in un agguato rivolto ad un esponente della 'ndrangheta, non appena arrivati nella cittadina d'appartenenza dei partecipanti, abbiamo incontrato il Sindaco (vittima di diversi attentati da parte della 'ndrangheta), che ci ha mostrato lo sforzo dell'amministrazione comunale di contrastare la mafia attraverso l'installazione di telecamere per tutto il centro abitato al fine di impedire ai mafiosi di incontrarsi in luoghi

partecipanti, si sono tradotte in un senso di ipercontrollo per i figli sopravvissuti, elemento che è possibile riscontrare anche in altri studi inerenti i genitori di vittime di omicidio (e. g. Rinear, 1988; Freeman, Shaffer e Smith, 1996).

Molti partecipanti, coerentemente con la letteratura sugli Homicide Survivors, hanno, inoltre, raccontato di avere sofferto, o di soffrire ancora anche a distanza di molti anni dall'omicidio, di problematiche psicologiche quali ansia, depressione, uso/abuso di sostanze e sintomi caratteristici del disturbo post-traumatico da stress (e. g. pensieri e ricordi intrusivi circa l'evento, l'evitamento di stimoli, ricordi connessi all'evento e un aumentato *arousal*) (Simmons, Duckworth & Tyler, 2014; Williams & Rheingold, 2015; Baddeley et al. 2015).

Tra le immagini e i pensieri intrusivi circa la morte, che hanno caratterizzato l'esperienza tipica di molti partecipanti, abbiamo riscontrato (anche qualora i survivors non abbiano assistito), fantasia di salvataggio, di riconciliazione con la vittima, nonché pensieri intrusivi circa il dolore provato dalla vittima e i suoi ultimi pensieri prima della morte. In aggiunta a queste problematiche, seppur in forma meno frequente, alcuni partecipanti hanno riportato sia lo sforzo di controllare questi pensieri intrusivi sia una serie di risposte d'allarme e ipervigilanza di fronte a stimoli che rimandano all'evento (sirene di ambulanze, suoni forti che richiamano lo sparo o il semplice suono del campanello).

Poiché solo pochi partecipanti hanno riportato tutti i sintomi riconducibili al disturbo post traumatico da stress, in questa sede è possibile affermare che molti intervistati presentino verosimilmente sintomi sottosoglia di tale disturbo, così come riportato anche in un recente lavoro di Zinzow e coll. (2011).

Coerentemente con la letteratura i sintomi caratteristici del disturbo post-traumatico da stress potrebbero caratterizzare maggiormente il vissuto degli intervistati che si trovavano nei pressi o si sono recati sulla scena dell'omicidio e hanno visto il corpo del proprio familiare (Brent et al, 1992; Melham et al., 2004).

Inoltre, coloro tra gli intervistati che hanno avuto l'esperienza di perdere altri membri della famiglia a breve distanza dall'omicidio potrebbero essere tra i soggetti a più alto rischio di rimanere sopraffatti e bloccati nel dolore per la perdita (Neimeyer & Holland, 2006).

frequentati dai cittadini e diventare bersagli di potenziali agguati, da parte di altre 'ndrine, che potrebbero coinvolgere altri innocenti.

Questo dato è stato messo in evidenza in altri studi che hanno riscontrato un aumento del tasso di mortalità tra gli *homicide survivors* nei primi anni successivi all'omicidio (Scholloser, 1997; Sprang & McNeil, 1995) a seguito di un nuovo lutto doloroso che li ha privati ulteriormente di importanti fonti di supporto familiare. Tutte le problematiche psichiche fin qui riportate hanno portato 9 dei 17 familiari intervistati a consultare uno psichiatra per una prescrizione psicofarmacologica ed a maturare la consapevolezza di un bisogno di cura anche attraverso un lavoro volto all'elaborazione della perdita traumatica e al superamento delle emozioni negative provate.

Ricadute familiari, sociali e occupazionali

Le problematiche di *distress* generale e i disturbi psicologici presentati sin qui spesso, inevitabilmente, hanno un impatto deleterio sul funzionamento familiare, sociale e professionale dei survivors.

Le ricadute psicologiche emerse dai dati finali sono risultate essere in un rapporto di stretta interdipendenza con la qualità del funzionamento interpersonale e sociale dei familiari intervistati, così come dimostrato da numerosi studi della letteratura (Hanson & Self-Brown, 2010; Kilpatrick et al., 2003; Kessler et al., 1995; Asaro 2001a).

Tutti i familiari intervistati hanno parlato di un profondo stravolgimento negli equilibri del nucleo familiare a seguito dell'omicidio che in molti casi ha portato a conflitti all'interno del nucleo familiare primario o nella famiglia allargata.

Il dolore e l'impossibilità di parlare e condividere ciò che l'omicidio ha provocato in termini di problematiche psicologiche, economiche e di sicurezza, hanno portato tutti i partecipanti a fare esperienza di forti conflitti familiari che, in molti casi, hanno alimentato intensi vissuti dolorosi e compromissione dello stato di benessere in generale. In linea con i risultati dello studio di Vincent (2009), infatti, l'omicidio risulta avere un impatto severo non solo sui singoli partecipanti ma anche sulla loro famiglia come sistema.

In tal senso, ad esempio, i partecipanti hanno riferito intensi vissuti negativi nei confronti di alcuni membri della famiglia allargata perché, in molti casi, hanno allontanato i familiari sopravvissuti per paura di subire loro stessi una minaccia da parte della mafia.

Per quanto attiene ai sentimenti negativi verso l'esterno, invece, coerentemente con i risultati degli studi di Miller (2009a) e Vigil e Clements (2003) abbiamo riscontrato che i familiari sperimentano rabbia verso il sociale più ampio reo, a vario titolo, della morte del

proprio familiare. Questo vissuto sembra spesso alimentato sia da un senso di profonda sfiducia che da una paura pervasiva per la propria sicurezza e quella dei propri familiari, in virtù di una visione del mondo persecutoria e minacciosa. Questi sentimenti negativi hanno spesso portato i familiari a modificare il loro stile di vita restringendo sensibilmente il loro coinvolgimento (e quello dei loro familiari sopravvissuti, soprattutto dei figli) in molteplici attività. Queste limitazioni e trasformazioni nella routine quotidiana hanno promosso nei familiari: ritiro sociale, isolamento, perdita di autostima, sentimenti di solitudine, perdita di fiducia in sé stessi che, in alcuni hanno avuto ripercussioni anche nella sfera professionale dei protagonisti. In tal senso, ad esempio, alcuni partecipanti hanno parlato della loro fatica a proseguire l'attività professionale a causa della compromissione del funzionamento psichico e relazionale. Tali difficoltà le abbiamo riscontrate soprattutto nella maggioranza degli intervistati che all'epoca dell'omicidio avevano un'occupazione lavorativa e/o un impegno accademico. Pochi partecipanti hanno invece riportato un iper-investimento nell'attività lavorativa che è stato descritto come un "antidoto" per non pensare e quindi per evitare di affrontare il dolore per la perdita del proprio familiare. Un *escamotage*, quindi, per ritirarsi dalle relazioni sociali ma anche una conseguenza dell'estremo senso del dovere soprattutto di quei familiari (ma non solo) che hanno usufruito del beneficio statale dell'assunzione presso un ente pubblico e che subiscono da parte del sociale l'attribuzione dello "status di privilegiato".

Infine, nel nostro campione questa chiusura verso il sociale è risultata connessa in gran parte a vissuti di diffidenza e sfiducia già riscontrati in precedenti studi sulle ricadute prodotte dalla mafia sulle vittime dirette e indirette (Coppola, et al., 2009; Lo Verso, 2013; Giordano & Lo Verso, 2015). Nello specifico, il sociale viene rifiutato perché accusato di un atteggiamento omertoso e stigmatizzante che in molti casi ha avviato fenomeni di *blaming* (Fanci, 2011) nei confronti della vittima. Questi sono veri e propri processi di colpevolizzazione, strumentalmente alimentati dalla mafia, che attraverso allusioni e maldicenze sulle cause dell'omicidio tendono a denigrare la vittima e i suoi familiari con lo scopo di occultare/negare la natura mafiosa dell'omicidio.

Vittimizzazione secondaria

I risultati della ricerca mostrano una diffusa percezione di fenomeni di vittimizzazione secondaria (Montada, 1994; Stretesky et al., 2010) ovvero una condizione di ulteriore

sofferenza sperimentata dai partecipanti dopo l'omicidio (*vittimizzazione primaria*), conseguenza del mancato supporto, biasimo e di dinamiche di negligenza/insensibilità da parte delle istituzioni formali ed informali.

I fenomeni di vittimizzazione secondaria, soprattutto, quelli provenienti dal sistema di giustizia e dal sociale, attraverso processi stigmatizzanti e di isolamento (Vincent et al., 2015), dal nostro punto di vista, hanno reso il sopravvivere ad un omicidio di mafia un evento ancora più devastante per i partecipanti allo studio.

La maggior parte delle ricerche sulla valutazione dei fenomeni di vittimizzazione secondaria nelle vittime del crimine si sono concentrate soprattutto sull'impatto negativo delle procedure di indagine e dell'iter giudiziario (Orth, 2002). I risultati del nostro studio, mostrano che il vissuto di rivittimizzazione degli intervistati è principalmente connesso al processo di *rimozione sociale collettiva*¹⁷, che alimenta sentimenti negativi di rabbia e di sfiducia verso un sociale che tiene lontano da sé l'omicidio, "silenziando" la storia delle vittime e la sofferenza dei sopravvissuti.

A tal proposito abbiamo riscontrato nei partecipanti un'estenuante sforzo di contrastare questo fenomeno attraverso manifestazioni, denunce pubbliche, attività di testimonianza dei valori della legalità e dell'antimafia. Un tentativo di tener viva la memoria/storia del proprio familiare che ha rappresentato, per alcuni partecipanti, un modo per elaborare la perdita attraverso modalità di coping caratteristiche dell'attitudine positiva (Asaro, 2001b); e che invece in altri sembra aver alimentato quei sentimenti di irreprensibilità talvolta vissuti con pesantezza come si può evincere dalla frase di questo partecipante:

"Io non posso sbagliare! A me non è concesso..Io non posso concedermelo, quando per il mio lavoro devo prendere una decisione per me è un calvario perché se c'è una sentenza che dice che una cosa è legittima ce n'è un'altra che dice che potrebbe essere illegittima e per me questo è un conflitto, ogni giorno!"

¹⁷A proposito del fenomeno della *rimozione collettiva* Scarpinato R. (2013) nella prefazione al volume *La mafia in psicoterapia* di G. Lo Verso scrive «si tratta di un fenomeno a mio parere straordinario perché replica a livello sistemico di un intero corpo sociale, quasi le stesse dinamiche di rimozione messe in opera dai singoli individui quando il loro io non riesce a governare il perturbante che li abita. Così come il "rimosso" individuale continua ad "agire" l'esistenza dei singoli, il "rimosso collettivo" continua ad agire segretamente la vita sociale» (Scarpinato R., 2013, pp 15-16).

Infatti, forse anche a causa dei fenomeni di stigmatizzazione e allontanamento vissuti dal sociale, dal nostro punto di vista, alcuni partecipanti percepiscono di non poter essere se stessi se non come “figlio di vittima di mafia”, “fratello di vittima di mafia”, sentendosi “vincolati” a un ruolo che probabilmente è causa dei maggiori cambiamenti di personalità riscontrati e di problematiche identitarie.

Questo fenomeno è ben descritto dallo stralcio di questa intervista:

“Quando è morto mio padre io sono stato assunto dove lavorava lui e all’inizio questa cosa mi faceva stare bene, poi si è trasformata in un calvario... Perché nessuno si avvicinava, nessuno mi insegnava a fare il mio lavoro, ero stato assunto e mi hanno posteggiato lì ero il figlio di un totem a volte mi chiamavano con il nome di mio padre però nessuno a lavoro mi parlava di lui anzi nessuno ne parlava e questa cosa mi ha fatto sentire tanta rabbia poi ho capito dopo tanti anni che dovevo interrompere questa catena del dolore che dovevo fare un mio percorso per elaborare tutti i vissuti di rabbia e per capire che io non ero solo il figlio di..., ma è stato duro”.

Dinamiche simili a quelle riportate sono state descritte da Mezey e coll. (2002) che hanno riscontrato che i *survivors* possono a volte identificarsi con la vittima e provare sentimenti di dolore, di rabbia e *distress* come se fossero loro stessi le vittime dirette del crimine. Ma diversamente dalle vittime dirette che sopravvivono ad un crimine, e che possono decidere se perdonare o meno colui/coloro che le hanno danneggiate, chi sopravvive all’omicidio di una persona cara può sentire di essere rimasto con l’onere e la responsabilità di portare avanti la memoria di ciò che è accaduto per conto della vittima diretta.

Il processo di rimozione sociale collettiva, la presenza di fenomeni di stigmatizzazione e le maldicenze circa le cause dell’omicidio riportati dalla maggior parte dei partecipanti siciliani, a nostro avviso, hanno contribuito all’elevato grado di sofferenza riscontrato anche a molti anni dall’omicidio. Tali fenomeni, invece, non sono stati riportati dai partecipanti calabresi probabilmente a causa della giovane età delle vittime o della diversa strutturazione della ‘ndrangheta più familista rispetto a cosa nostra (Ciconte, 1992). Infine, l’impatto negativo delle procedure di indagine e dell’iter giudiziario è un vissuto riferito dalla maggior parte dei partecipanti con una specifica differenza. Tutti gli intervistati il cui caso è ancora irrisolto provano un profondo senso di sfiducia e abbandono da parte delle Istituzioni incapaci o non interessate a garantire giustizia e verità per le vittime e per i loro familiari. Mentre tutti quei partecipanti, che hanno visto l’attivazione di

procedimenti giudiziari per la condanna degli assassini, hanno raccontato di avere vissuto con difficoltà l'assistere alle udienze e di essersi sentiti abbandonati dallo Stato che non li ha supportati in questo delicato percorso. Infatti, le narrazioni degli intervistati hanno mostrato come all'interno di quasi tutti i nuclei familiari si sia fatto carico dell'iter giudiziario e processuale un solo membro, unico portavoce delle istanze della vittima e degli altri familiari.

Considerato quanto evidenziato da uno studio sulle ricadute dell'iter giudiziario sul processo di elaborazione della perdita (Riches & Dawson, 1998), possiamo affermare che nel nostro campione questo processo possa risultare posticipato dalla durata eccessiva delle indagini giudiziarie e a volte anche dalla mancata risoluzione dell'omicidio stesso¹⁸. Queste condizioni potrebbero influenzare la capacità/possibilità di affrontare il dolore per la perdita che rimane sospesa nell'attesa di giustizia.

Come si evince dai risultati, la presenza di fenomeni riconducibili a un processo di *vittimizzazione secondaria* sembrano quindi alimentare sentimenti di rabbia, collera e sfiducia che in altri studi (e. g. Freeman, Shaffer & Smith, 1996) sono risultati connessi ad una maggiore gravità delle reazioni post traumatiche da stress e alla loro cronicizzazione. Ciò renderebbe ancora più complesso il già difficile processo di elaborazione della perdita traumatica.

Per concludere, il processo di recupero dall'esperienza traumatica per questa specifica popolazione di *survivors* risulta, a nostro avviso, maggiormente inficiato e reso complesso da una serie di perdite cumulative: la perdita del proprio familiare, la perdita dell'illusione della sicurezza e del senso di invulnerabilità propria e dei propri cari sopravvissuti, la perdita della visione della famiglia come base sicura, la perdita della fiducia nella comunità d'appartenenza, nei confronti del sociale ampio e delle Istituzioni. Queste perdite non possono non provocare la messa in discussione *in toto* dell'identità *pre-omicidio* dei familiari così come è dimostrato/emerso, ad esempio, dai sensibili cambiamenti di personalità riscontrati nei partecipanti.

¹⁸Rispetto all'iter processuale e allo stato dell'arte delle indagini, 9 partecipanti (7 calabresi e 2 siciliani) attualmente non conoscono l'identità degli assassini perché non ancora individuati dalle agenzie investigative. Due partecipanti conoscono l'identità dell'assassino ma non hanno ottenuto giustizia poiché questo è in stato di latitanza. Per le vittime dei restanti 11 partecipanti è stato avviato un processo che non sempre ha visto condannare tutti i soggetti coinvolti nell'omicidio (vale a dire coloro che hanno commesso l'omicidio e coloro che lo hanno commissionato).

Ciò nonostante, alcuni partecipanti, seppur hanno riferito di aver affrontato un periodo particolarmente difficile a seguito dell'omicidio, hanno affermato di essere riusciti ad adattarsi alla perdita traumatica probabilmente attingendo a risorse personali resilienti o grazie al supporto di familiari e persone care, non riportando il bisogno di un supporto psicologico (Bonanno et al. 2002, 2006; Bonanno, 2005; Stroebe, Shut & Stroebe, 2007).

Molti partecipanti, invece, hanno raccontato di aver continuato a soffrire di problematiche psicologiche e sociali disadattive anche dopo la fase di crisi iniziale, tanto da essere consapevoli dell'utilità e del bisogno di un supporto specialistico, sia nel breve che nel lungo periodo, per poter far fronte all'impatto della perdita traumatica del proprio familiare (Armour, 2002).

Tuttavia, i risultati dello studio mostrano un *gap* tra l'incidenza di problematiche psicologiche riportate dagli intervistati e riferite anche rispetto all'esperienza degli altri componenti della famiglia, e la richiesta (nonché l'offerta) di interventi di sostegno specifici.

A tal proposito, studi precedenti hanno evidenziato che i vissuti elicitati dal non sentirsi ascoltati e compresi sia da parte della comunità che delle istituzioni, contribuiscono ad acutizzare la condizione di sofferenza degli *homicide survivors* e ad ostacolare le risposte di *help seeking* (McCart & Smith, 2010).

Quanto fin qui detto ben descritto dallo stralcio dell'intervista della più giovane delle partecipanti, una ragazza di calabrese di 30 anni che, all'età di 9 anni, ha visto morire il padre, ucciso perché aveva rifiutato di regalare un oggetto ad un mafioso del suo paese:

“Quando hanno sparato a mio padre io ero vicino al suo posto di lavoro, ho visto le ambulanze e sono corsa e lì ho visto il disastro, mio padre che perdeva sangue ... Poi c'è stato il funerale ma non ricordo tanto, e quando siamo tornati a casa quella notte ho trovato mia madre a terra e ho chiamato la vicina perché aveva preso tanti farmaci ... e da lì mi sono chiusa in me stessa. Abbiamo avuto tanti problemi, anche economici, ... ho sofferto tanto di depressione, anoressia, poi mi sono catapultata nella bulimia, a mangiare e vomitare; panico, ansia, non dormire la notte, tutto! Mi passavano per la mente tutte quelle scene, la paura, magari senti un rumore e pensi che è quel deficiente¹⁹ che passa. Tutte queste paure si che ce l'avevo! La notte magari quando faceva un pochettino più buio

¹⁹Si riferisce all'assassino del padre che, nonostante sia stato subito individuato dalle forze dell'ordine, pochi giorni dopo l'arresto viene scarcerato per un cavillo burocratico e inizia a telefonare in casa della partecipante minacciando la famiglia. Oggi è latitante.

iniziavo ad avere proprio paura. Per la mente mi passavano le immagini di mio padre sdraiato con il sangue. Ho fatto anche uso di farmaci, tranquillanti soprattutto. Non ho mai chiesto aiuto, io non sono una che chiede aiuto. Se qualcuno mi avesse aiutato da piccola dopo l'omicidio anche da un punto di vista psicologico forse mi sbloccavi ma adesso non più, perché è troppo tardi per me”.

Lavorare per il superamento di questi vissuti negativi, potrebbe rappresentare il primo passo per avviare un processo di crescita post-traumatica (Prati & Pietrantonio, 2006) in quelle che Spungen (1998) chiama *Hidden victims* (vittime dimenticate), così da superare quel vissuto di irreparabilità del danno subito che intrappola la storia e la vita dei familiari in un “non tempo” privo di slanci verso il futuro.

3.6 Conclusioni

Il presente studio, nonostante i limiti legati soprattutto alla natura di convenienza del campione e all'esiguità numerica dei partecipanti, risulta essere il primo lavoro empirico, di impianto qualitativo, sull'impatto che l'omicidio di un familiare da parte della mafia ha sui *survivors*.

La scelta di analizzare in profondità l'esperienza *post-homicide* e le conseguenti ricadute psicologiche in una popolazione a lungo trascurata, risponde all'esigenza, riscontrata anche in letteratura (Hertz et al., 2005; Connolly & Gordon, 2014), di contribuire alla crescita dei lavori di ricerca empirica in questo ambito di studi. I risultati dello studio potranno offrire un utile contributo in termini di implicazioni per la pratica clinica.

Potranno ad esempio, supportare i clinici, nella definizione di interventi idonei per il supporto delle vittime secondarie delle organizzazioni mafiose (nel breve, medio e lungo termine), anche a partire dalla consapevolezza del bisogno di un supporto specialistico emersa durante le interviste:

“Quando ho compilato il questionario poi mi sono sentita bene e oggi durante l'intervista ho parlato con una serenità...perché certe cose, cioè io non riesco ad aprirmi, a raccontare, ecco aprirmi in questa maniera! Quindi fare questa intervista per me è stata diciamo...mi sono sentita bene, mi sento bene, perché sono riuscita a parlare, perché c'è bisogno di supporto, ne ho bisogno, appunto di parlare e di buttare fuori determinate cose, e non mi ha fatto paura quando me lo avete proposto, serena, ho detto sì serenamente, lo voglio fare, forse era una cosa che volevo...ecco che sentivo di voler fare, perché ho bisogno, c'è bisogno di parlare.”

Capitolo 4

4. 1 Riflessioni conclusive: implicazioni per la pratica clinica e la ricerca

Dare voce alla silenziosa sofferenza dei sopravvissuti agli omicidi di mafia ha rappresentato lo scopo principale del lavoro presentato. Il nostro auspicio è che questa ricerca abbia contribuito alla promozione di una più profonda comprensione e conoscenza dell'impatto che un'esperienza drammatica, come l'omicidio di un proprio familiare da parte della mafia, ha sui sopravvissuti, sulle famiglie e, indirettamente, anche sulle comunità che vivono nei territori dove la violenza mafiosa si è consumata.

I familiari delle vittime, così come riscontrato nello studio qualitativo del presente contributo, spesso si trovano a dover gestire reazioni di allontanamento e giudizio da parte del sociale; questi fenomeni alimentano vissuti di rabbia, sfiducia e in taluni casi vergogna, e contribuiscono alla promozione di isolamento e ritiro sociale. Inoltre, la percezione dell'assenza o dell'inadeguato supporto da parte dello Stato, accompagnato alle lungaggini processuali e all'assenza di giustizia per il proprio caro (e. g. derivante dall'impunità dei colpevoli, dall'assenza di verità circa le cause della morte,...), può elicitare sentimenti di solitudine e di impotenza. Questi vissuti verosimilmente potrebbero aver contribuito alla promozione di un minore utilizzo di strategie di coping orientate alla ricerca di supporto sociale e di minori livelli di supporto sociale percepito, così come riscontrato nel primo studio presentato.

A partire da queste considerazioni, la ricerca può rappresentare un valido strumento al fine di informare i clinici e gli operatori sociali, oltre che le agenzie deputate alla tutela di questa categoria di vittime, sulle aree maggiormente danneggiate dall'impatto dell'omicidio, così da predisporre interventi, servizi e politiche che possano aiutarli a migliorare la qualità della vita seriamente compromessa dall'esperienza traumatica.

Aiutare i sopravvissuti degli omicidi di mafia a superare l'impatto della violenza criminale perpetrata ai danni delle vittime dirette, considerati i risultati presentati, si configura come un compito fondamentale cui i professionisti della Salute Mentale, lo Stato e le Istituzioni sociali non possono più sottrarsi. In particolare, risulta fondamentale costruire idonei progetti terapeutici che possano consentire ai familiari delle vittime della mafia di raggiungere quello che Clara Mucci (2014) chiama "perdono" (nel senso più laico del

termine), vale a dire, «un trascendere il trauma e il dolore attraverso un processo di mentalizzazione che consenta, una volta riconosciuto e ricostruito il passato doloroso, di aprirsi alla possibilità di pensare al futuro e quindi anche al passato» (Lingiardi, 2014, pag. XV). Ciò potrebbe scongiurare, ovvero mitigare, pericolosi fenomeni di trasmissione transgenerazionale del trauma (Mucci, 2014; Siegel, 1999). Il trauma per la perdita di un familiare che muore in circostanze violente, se non elaborato, può essere infatti tramandato da una generazione all'altra, avvolto in un silenzio anch'esso traumatico (Schutzenberger, 2011). Aiutare questa popolazione di soggetti vuol dire non solo alleviare il dolore del singolo ma mettere un limite ad altra violenza e ad altro dolore e quindi alla malattia e al disagio delle società contemporanee (Mucci, 2014, pag.139).

A livello comunitario, quanto emerso dai risultati del presente studio, in termini di ricadute familiari, sociali ed occupazionali, potrebbe essere utilizzato come base su cui sviluppare interventi di prevenzione e di promozione sociale utili a combattere quel *costo della sfiducia* (Gambetta, 1992) che nelle regioni fortemente attraversate dalla presenza delle organizzazioni criminali di stampo mafioso, rischia non soltanto di provocare un sottosviluppo economico, ma di depauperare a tal punto le reti sociali e di solidarietà da rendere impensabile per le vittime il poter usufruire di interventi e servizi a supporto dei loro bisogni.

Coerentemente con la proposta di Vincent (2009), inoltre, riteniamo importante lavorare al fine di costruire modelli di intervento che adottino un approccio sul sistema “famiglia” come unità e che mostrino, allo stesso tempo, particolare attenzione ai *survivors* potenzialmente più vulnerabili, come bambini o anziani.

I clinici e in generale gli operatori sociali dovrebbero, d'altra parte, lavorare al fine di “risanare” le reti sociali danneggiate (o talvolta del tutto recise) dei familiari delle vittime. In tal senso, relativamente all'importanza che le *community of survivors* hanno per coloro che perdono un familiare per causa violente (Vincent, McComarck & Johnson, 2015), i risultati dello studio sembrano suggerire che per alcuni partecipanti confrontarsi con altri sopravvissuti ad omicidi di mafia rappresenta l'unico contatto extrafamiliare. “La promozione di un network che metta in contatto i *survivors* si è dimostrata una valida opportunità per connettere le famiglie con un sistema di supporto esteso e che possa protrarsi nel lungo periodo” (Vincent, McComarck & Johnson 2015, pag. 63). Tuttavia, a nostro avviso, questo *network* dovrebbe essere supportato attraverso l'offerta di spazi di

incontro all'interno dei quali i *survivors* possano incontrarsi anche alla presenza di operatori della salute mentale e del terzo settore in genere, al fine di promuovere un processo elaborativo dell'evento traumatico e di ovviare a potenziali pericolosi fenomeni di rinforzo di processi di vittimizzazione. La promozione di queste realtà, debitamente supportate da un pensiero orientato clinicamente, potrebbero quindi consentire a questa specifica popolazione di sopravvissuti di usufruire di spazi affidabili e sicuri dove poter condividere le proprie storie e i propri vissuti e sentirsi compresi.

I risultati della ricerca invitano, infine, a riflettere circa la necessità della creazione di centri di supporto psicologico per i familiari delle vittime di mafia, all'interno dei quali, clinici esperti nel trattamento dei lutti traumatici e con uno specifico *know how* sulla psicologia del fenomeno mafioso possano supportare i *survivors* nel complesso percorso di recupero e riadattamento alla perdita. Questi professionisti potrebbero informare e formare i vari operatori che vengono a contatto con questa specifica popolazione di *survivors* in merito alle ricadute e alle risposte che più frequentemente caratterizzano l'esperienza dei sopravvissuti, anche al fine di promuovere la creazione di protocolli di intervento (dalla notifica della morte, alla gestione delle risposte di crisi, al supporto nel lungo periodo, all'accompagnamento nell'iter processuale), utili a scongiurare conseguenze invalidanti per lo stato di salute psico-fisico dei soggetti colpiti dall'omicidio di un familiare.

Relativamente alle implicazioni per la ricerca, le indagini future dovrebbero approfondire, anche attraverso impianti di *action-research*, i fattori di rischio e i fattori di protezione implicati nell'elaborazione dell'esperienza traumatica di questa popolazione di soggetti. Nella letteratura recente sui disturbi post-traumatici, viene data molta enfasi agli aspetti di adattamento "in positivo", cioè alle caratteristiche di quei soggetti che, nonostante l'esperienza di un grave trauma, riescono a superare l'evento traumatico e a condurre una vita "normale" e ben adattata (van der Kolk, Mc Farlane & Weisaeth, 1996). Lo studio di questi soggetti, attraverso l'individuazione dei fattori correlati alla promozione di processi resilienti, potrebbe facilitare lo sviluppo di strategie preventive e terapeutiche rivolte alle vittime secondarie delle azioni criminali di stampo mafioso.

Per concludere, riteniamo che la responsabilità etica di chi opera in territori fortemente "attraversati" dalla presenza della criminalità organizzata, porti sempre più clinici e ricercatori ad occuparsi dei costi psichici che la mafia impone attraverso l'uso della violenza e della coartazione di ogni progettualità (Coppola et al., 2009; Giordano, 2010;

Lo Verso, 2013), alle vittime dirette, indirette a alle intere comunità dei territori dove essa opera.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, S.A., Riggs, S.A. (2008). A exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology* 2, 26–34.
- Adkins, E. (2003). The first day of the rest of their lives. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(7), 28.
- Aldrich, H., & Kallivayalil, D. (2013). The impact of homicide on survivors and clinicians. *Journal of Loss and Trauma*, 18(4), 362-377.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th-tr. ed.).Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D.G. & Resnick, H. S. (1991). Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. *Behavioral Modification*, 15(4), 545-559.
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 21-35.
- Amirkhan, J.H. (1990). Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 1066-1074.
- Andolfi, M., D'elia, A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Arlacchi, P. (1983). *La mafia imprenditrice*. Il Mulino, Bologna.
- Armeli, S., Gunthert, K. C., & Cohen, L. H. (2001). Stressor appraisals, coping, and post-event outcomes: The dimensionality and antecedents of stress-related growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 366-395.
- Armour, M. (2003). Meaning making in the aftermath of homicide. *Death studies*, 27(6), 519-540.
- Asaro, M. R., & Clements, P. T. (2005). Homicide bereavement: A family affair. *Journal of forensic nursing*, 1(3), 101-106.

- Asaro, M. R. (2001). Working with adult homicide survivors, Part I: Impact and sequelae of murder. *Perspectives in psychiatric care*, 37(3), 95-101.
- Asaro, M.R. (2001). Working with adult homicide survivors, part II: helping family members cope with murder. In *Perspect Psychiatr Care*, 37(4):115-24, 136.
- Baca, B. E., Cabanas, A. M., Pérez-Rodríguez, M. M., & Baca-García, E. (2004). Mental disorders in victims of terrorism and their families. *Medicina clinica*, 122 (18), 681-685.
- Baddeley, J. L., Williams, J. L., Rynearson, T., Correa, F., Saindon, C., & Rheingold, A. A. (2015). Death thoughts and images in treatment-seekers after violent loss. *Death studies*, 39(2), 84-91.
- Baliko, B. & Tuck, I. (2008). Perceptions of survivors of loss by homicide: opportunities for nursing practice. In *Journal Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 46(5):26-34.
- Bandini, T., Gatti, U., Gualco, B., Malfatti, D., Marugo, M. & Verde, A. (1991). *Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*. Giuffrè, Milano.
- Barbagli, M. (2003). *Rapporto sulla criminalità in Italia*. Il Mulino, Bologna.
- Baumann, R., & Stark, S. (2015). The role of forensic death investigators interacting with the survivors of death by homicide and suicide. *Journal of forensic nursing*, 11(1), 28-32.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences*, 34(1), 77-95.
- Becchi, A. (2000). *Criminalità organizzata: paradigmi e scenari delle organizzazioni mafiose in Italia* (Vol. 54). Donzelli Editore.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology*, 1, 137-173.
- Blakley, T. L., & Mehr, N. (2008). Common ground: The development of a support group for survivors of homicide loss in a rural community. *Social Work with Groups*, 31(3-4), 239-254.
- Blasi, S., & Hill, C. E. (2015). La Ricerca Qualitativa Consensuale come metodo di ricerca qualitativa per le scienze sociali, la psicologia e la psicoterapia: aspetti teorici e linee guida pratiche. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 21(1).

- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current directions in psychological science*, 14(3), 135-138.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A., & Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of personality and social psychology*, 88(5), 827.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1150.
- Bonanno, G. A., Papa, A., & O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 193-206.
- Bowlby-West, L. (1983). The impact of death on the family system. *Journal of Family Therapy*, 5(3), 279-294.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Sadness and depression*. Hogart Press London.
Trad it. (1983) *Attaccamento e perdita 3. La perdita della madre*. Boringhieri, Torino.
- Brent, D. A., Perper, J., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Schweers, J., ... & Harrington, K. (1992). Psychiatric effects of exposure to suicide among the friends and acquaintances of adolescent suicide victims. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 629-639.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (2014). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem?. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Prior trauma and the issue of sensitization in posttraumatic stress disorder: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.

- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*, *55*(7), 626-632.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*, *54*(11), 1044-1048.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine J. D. (2000). Meta-analysis of risk factor for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 68 (5), 748-766.
- Briere, J. (1997). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Burgess, A. W. (1975). Family reaction to homicide. *American Journal of Orthopsychiatry*, *45*(3), 391.
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., & McDevitt-Murphy, M. E. (2010). African American homicide bereavement: Aspects of social support that predict complicated grief, PTSD, and depression. *OMEGA-Journal of death and dying*, *61*(1), 1-24.
- Calhoun, P. S., Hertzberg, J. S., Kirby, A. C., Dennis, M. F., Hair, L. P., Dedert, E. A., & Beckham, J. C. (2012). The Effect of Draft DSM-V Criteria on Posttraumatic Stress Disorder Prevalence. *Depression and anxiety*, *29*(12), 1032-1042.
- Caretti V. & Craparo G., “La disregolazione affettiva e la dissociazione nell’esperienza traumatica”, in CarettiV. & Craparo G. (a cura di), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma, 2008.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, *66*(1), 184.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, *56*(2), 267.
- Caselli G. & Ingroia A. (2001), *L’eredità scomoda. Da Falcone ad Andreotti, sette anni a Palermo*. Feltrinelli, Milano. Understanding the psychosocial sequelae of the

- murder of a grandparent/caregiver: Cases of Jamaican school-age children. *Journal of Loss and Trauma*, 9, 299-313.
- Charmaine, P.C., & Mahoney, A. M. (2004). Understanding the psychosocial sequelae of the murder of a grandparent/caregiver: Cases of Jamaican school-age children. *Journal of Loss and Trauma*, 9(4), 299-313.
- Charmaz, K. (2003). "Grounded Theory". In Smith J. A. (a cura di), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Method*. Sage, London.
- Chinnici, G., & Santino, U. (1989). *La violenza programmata: omicidi e guerre di mafia a Palermo dagli anni'60 ad oggi*. F. Angeli.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 1-25.
- Ciconte, E. (1992). *'Ndrangheta dall'unità ad oggi*, Laterza, Roma.
- Clarke, C. P. & Mahoney, A. M. (2004). Understanding the psychosocial sequelae of the murder of a grandparent/caregiver: Cases of Jamaican school-age children. *Journal of Loss and Trauma*, 9(4), 299-313.
- Clements, P. T., Asaro, M. R., Henry, T., & McDonald, G. (2005). Assessment and intervention with youth exposed to sexual homicide of a family member. *Brief treatment and crisis intervention*, 5(3), 300-309.
- Clements, P. T., & Averill, J. B. (2004). Patterns of knowing as a method of assessment and intervention for children exposed to family-member homicide. *Archives of psychiatric nursing*, 18(4), 143-150.
- Clements, P., Faulkner, M., & Manno, M. (2003). Family-member homicide: a grave situation for children. *Top Adv Pract Nurs*, 3, 7.
- Clements, P. T., & Burgess, A. W. (2002). Children's responses to family member homicide. *Family & Community Health*, 25(1), 32-42.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, 13(1), 3-21.
- Colombo, P. P., & Mantua, V. (2001). Il disturbo post traumatico da stress nella vita quotidiana. *Rivista di psichiatria*, 36(2), 55-68.

- Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul Fenomeno della Mafia e delle Altre Associazioni Criminali e Similari, (2000). *Conoscere le mafie – Costruire la legalità*, Roma, Camera dei Deputati.
- Connolly, J., & Gordon, R. (2014). Co-victims of Homicide A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838014557285.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of traumatic stress*, 16(5), 487-494.
- Coppola, E. & Formica, I. (2014). La 'Ndrangheta e la strada. Gruppo esperienziale con gli agenti dell'unità mobile di Reggio Calabria. *Narrare i Gruppi*, 9, pp. 101-112.
- Coppola, E., (2011). La mafia nel sangue. 'Ndrangheta, oligarchie familiari e colonie fantasma. CSR "Centro Studi e Ricerche Ermete Ronchi". Atti Convegno *La Mafia, la Mente, la Relazione: studi gruppoanalitico-soggettuali*. Palermo, 20-23 Maggio 2011.
- Coppola, E., Giordano, C., Giorgi, A., Lo Verso, G. & Siringo, F. (2011). *Trame di sviluppo. Il volontariato e la ricerca psicologica per il cambiamento nei territori difficili*. Franco Angeli, Milano.
- Coppola, E., Giunta, S. & Lo Verso, G. (2010). La 'Ndrangheta tra la realtà detentiva e l'idealità organizzativa: una ricerca psicologico-clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, pp. 80-99.
- Cordova, M., Cunningham L., Carlson, C. & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Costantino, S., & Rinaldi, C. (2004). Deviance, mafia and strategic management of identity and reputation: some theoretical assumptions, paper presentato alla 32 Conferenza annuale dell'European group for the study of deviance and social control. *Università di Bristol, United Kingdom*, 16-19.
- Cottino, A. (1999). Sicilian cultures of violence: The interconnections between organized crime and local society. *Crime, Law and Social Change*, 32(2), 103-113.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: A meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 253-259.

- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies*, 30(5), 403-428.
- Dannemiller, H. C. (2002). The parents' response to a child's murder. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 45(1), 1-21.
- De Rosa C. & Giunta S., (2010). Mafia e sottosviluppo psicologico. In Ravveduto M. *Strozzateci tutti*. Aliberti editore.
- DeYoung, R., & Buzzi, B. (2003). Ultimate coping strategies: The differences among parents of murdered or abducted, long-term missing children. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 47(4), 343-360.
- Dean, G., Fahsing, I., & Gottschalk, P. (2010). *Organized Crime*. Oxford: Oxford University Press.
- Del Corno, F. & Rizzi, P., (2010). *La ricerca qualitativa in psicologia clinica. Teoria, pratica, vincoli metodologici*. Cortina Raffaello.
- Del Corno, F., Rizzi, P., (2010). *La ricerca qualitativa in psicologia clinica. Teoria, pratica, vincoli metodologici*. Cortina Raffaello.
- Dino, A., La Spina, A., Santoro, S. & Sciarrone, R. (2009). L'analisi sociologica della mafia oggi, in *Rassegna italiana di sociologia*, 2, pp. 302, 330.
- Dino A. & Pepino L. (a cura di) (2008). *Sistemi criminali e metodo mafioso*. Franco-Angeli, Milano.
- Doka, K. J. (Ed.). (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research PressPub.
- Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(07), 819-830.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death studies*, 27(2), 143-165.
- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37-39.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1993). The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues, and measurement. In van Heck, L.G., Bonaiuto, P., Deary, I.J., Nowack, W. (Eds.), *Personality psychology in Europe*, 4, pp. 309-319. Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.

- Engel GL. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286):129–136
- Englebrecht, C. M., Mason, D. T., & Adams, P. J. (2015). Responding to Homicide An Exploration of the Ways in Which Family Members React to and Cope With the Death of a Loved One. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222815590708.
- Englebrecht, C., Mason, D. T., & Adams, M. J. (2014). The experiences of homicide victims' families with the criminal justice system: an exploratory study. *Violence and victims*, 29(3), 407-421.
- Englebrecht, C. M. (2011). The struggle for "ownership of conflict": An exploration of victim participation and voice in the criminal justice system. *Criminal Justice Review*, 0734016811399419.
- European Committee on Crime Problems (CDPC) and Committee of Experts on Criminal Law and Criminological Aspects of Organised Crime (PC-CO). Report on the Organised Crime Situation in Council of Europe Member States V1997. Strasbourg, France: Council of Europe; 1999:70Y77.
- Falcone, G. & Padovani, M. (2004). *Cose di Cosa Nostra*. Rizzoli, Milano.
- Falcone, G. (1993). Che cosa è la mafia. *MicroMega*, 3.
- Fanci, G. (2011). La vittimizzazione secondaria: ambiti di ricerca, teorizzazioni e scenari. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, Vol. V, N. 3.
- Faravelli, C., Lai, M. & Lampronti, L., (2004). Il ruolo teorico degli eventi e loro misurazione. In *Rapporti tra life events e patologia psichiatrica*. ΝÓΟς, 3, pp. 165-185.
- Fiandaca, G. & Costantino, S. (1994), (a cura di). La mafia, le mafie, Laterza, Roma-Bari.
- Figley, C. R., Bride, B. E., & Mazza, N. (1998). The traumatology of grieving. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.
- Freedly, J. R., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., & Tidwell, R. P. (1994). The psychological adjustment of recent crime victims in the criminal justice system. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(4), 450-468.

- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 737-749.
- Freeman, L. N., Shaffer, D., & Smith, H. (1996). Neglected victims of homicide: the needs of young siblings of murder victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 337.
- Gambetta, D. (2000). Mafia: the price of distrust. *Trust: Making and breaking cooperative relations*, 158-75.
- Gabbard, G.O. (2000). *Psichiatria Psicodinamica*. Tr.it. Cortina, Milano, 2002.
- Gambetti, E., Bensi, L., Nori, R. & Giusberti, F. (2011). The trauma symptom inventory: Italian validation of an instrument for the assessment of post-traumatic symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 20 (4), 345-355.
- Giannantonio, M. (ed.) (2003). *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*. Ecomind: Salerno IT.
- Giannini, A.M. & Tizzani, E. (2009). I bisogni delle vittime del crimine: proposta per un modello esplicativo. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 2, 3, pp. 31-48.
- Giannone, F. & Ferraro, A.M. (2014). Le vittime del racket. Imprenditori e commercianti alle prese con Cosa Nostra 'Ndranghete e Camorra. In *Narrare i gruppi. Etnografia dell'interazione quotidiana. Prospettive cliniche e sociali*, vol 9, n. 1-2.
- Giordano, C., & Lo Verso, G. (2015). The Mafia Boss Yesterday and Today: Psychological Characteristics and Research Data. *World Futures*, 1-16.
- Giordano, C., (2010). Studi psicologici clinici sulla psicologia mafiosa. In *Rivista di Psicologia Clinica* 2,p. 25, 46.
- Giordano, C., Giunta, S., Coppola, E. & Lo Verso, G. (2008). Psicoterapia e mafia: vissuti controtransferali degli psicoterapeuti della Sicilia, Campania, Calabria. In: *La ricerca in Psicoterapia in Italia: quali sviluppi ?*. Modena, 26-28 settembre 2008, p. 98.
- Giorgi, A., Giunta S., Coppola E. & Lo Verso G., (2009), *Territori in controluce. Ricerche psicologiche sul fenomeno mafioso*. Franco Angeli, Milano.

- Gore-Felton, C., Gill, M., Koopman, C., & Spiegel, D. (1999). A review of acute stress reactions among victims of violence. *Aggression and Violent Behavior, 4*(3), 293-306.
- Green, S., (2006). Crime, victimization and vulnerability. In Walklate, S., (2007). *Handbook on victims and Victimology*, Willan Publishing.
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C., & Petty, R. (2001). Psychological outcomes associated with traumatic loss in a sample of young women. *American Behavioral Scientist, 44*(5), 817-837.
- Green, B. L. (2000). Traumatic loss: Conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Personal & Interpersonal Loss, 5*(1), 1-17.
- Gross, B. (2007). Life sentence: Co-victims of homicide. *Annals of the American Psychotherapy Association, 10*(3), 39-44.
- Goldenberg, I., & Matheson, K. (2005). Inner representations, coping, and posttraumatic stress symptomatology in a community sample of trauma survivors. *Basic and Applied Social Psychology, 27*(4), 361-369.
- Heppner, P., Wampold, B., & Kivlighan Jr, D. (2007). *Research design in counseling*. Cengage Learning.
- Hatton, R. (2003). Homicide bereavement counseling: A survey of providers. *Death studies, 27*(5), 427-448. Hawton, K. (2007). Complicated grief after bereavement. *BMJ, 334*: 962-3.
- Hertz, M. F., Prothrow-Stith, D., & Chery, C. (2005). Homicide survivors: Research and practice implications. *American journal of preventive medicine, 29*(5), 288-295.
- Hibberd, R., Elwood, L. S., & Galovski, T. E. (2010). Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder, prolonged grief, and depression in survivors of the violent death of a loved one. *Journal of Loss and Trauma, 15*(5), 426-447.
- Hill, C.E. (2012). *Consensual qualitative research: a practical resource for investigating social science phenomena*. Washington, DC: APA Publications.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology, 52*(2), 196.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The counseling psychologist, 25*(4), 517-572.

- Horne, C. (2003). Families of homicide victims: Service utilization patterns of extra-and intrafamilial homicide survivors. *Journal of Family Violence, 18*(2), 75-82.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus, 1*(3), 290-298.
- Horowitz, M., Milbrath, C., Bonanno, G. A., Field, N., Stinson, C., & Holen, A. (1998). Predictors of complicated grief. *Journal of Personal & Interpersonal Loss, 3*(3), 257-269.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C. & Stinson, C.H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry, 154*(7), 904-10.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress Response Syndromes*. 1st ed. New York: Jason Aronson.
- Ingroia A. (2007). Dal terrore delle stragi all'angoscia del silenzio, in *La Sicilia delle stragi*, a cura di Marino, G. C. Newton Compton Editore.
- Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of anxiety disorders, 17*(2), 131-147.
- Kashka, M. S., & Beard, M. T. (1999). The grief of parents of murdered children: a suggested model for intervention. *Holistic nursing practice, 14*(1), 22-36.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *The Journal of Clinical Psychiatry, 61, 5*, 4-12.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(4), 692.
- Kilpatrick, D. G., & Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of traumatic stress, 16*(2), 119-132.
- King, K. (2004). It hurts so bad: Comparing grieving patterns of the families of murder victims with those of families of death row inmates. *Criminal Justice Policy Review, 15*(2), 193-211.

- Klass, D., & Peach, M. R. (1987). Special issues in the grief of parents of murdered children. *Death Studies*, 11(2), 81-88.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry*, 75(1), 76-97.
- La Sorte, M. (2004). Organized crime in Italy. *Feature Articles*, 281.
- Lattanzi-Licht, M. E., & Doka, K. J. (2003). Coping with public tragedy. Psychology Press.
- Lazarus, R.S. (1996). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 271.
- Levy, A. J. & Wall, J. C., (1996). Communities under fire: Empowering families and children in the aftermath of homicide. *Clinical Social Work Journal*, 24(4), 403-414.
- Lichtenthal, W. G., Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Roberts, K., & Jordan, N. (2013). Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. *Death studies*, 37(4), 311-342.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 20(6), 977-988.
- Litz, B. T. (Ed.). (2004). Early intervention for trauma and traumatic loss. Guilford Press.
- Lyon, E., & Moore, N. (1992). Group work with families of homicide victims. *Social Work with Groups*, 15(1), 19-33.
- Lo Verso G. (2013). *La mafia in psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- Lo Verso, G. & Giordano, C. (2013). La ricerca psicoterapeutica sulla mafia (la storia). In Lo Verso, G. *La mafia in psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- Lo Verso G. & Di Blasi M., (2012), Gruppoanalisi 107amiliar107z, Cortina, Milano.
- Lo Verso, G. & Ferraro, A.M. (2007). *Disidentità e dintorni. Reti smagliate e destino della soggettualità oggi*. FrancoAngeli, Milano.
- Lo Verso, G. & Lo Coco, G. (2003). *La psiche mafiosa. Storie di casi clinici e collaboratori di giustizia*. FrancoAngeli, Milano.

- Lo Verso, G., Lo Coco, G., Mistretta, S. & Zizzo, G. (1999). *Come cambia la mafia*. FrancoAngeli, Milano.
- Lo Verso, G., (1999). *Come cambia la mafia. Esperienze giudiziarie e psicoterapeutiche in un paese che cambia*. Franco Angeli, Milano.
- Lo Verso, G., (a cura di) (1998). *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*. Franco Angeli, Milano.
- Lo Verso, G. (1998). *La mafia dentro. Psicologia e psicopatologia di un fondamentalismo*. FrancoAngeli, Milano.
- Lodato S. & Grasso P. (2001). *La mafia invisibile. La nuova strategia di cosa nostra*, Mondadori, Milano.
- Lombardo, L., Lai, C., Luciani, M., Morelli, E., Buttinelli, E., Aceto, P., & Penco, I. (2014). Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 49(3), 106-114.
- Love, A. W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27(1), 73-83.
- Luca, E. (2013). Le interpretazioni della mafia e le scienze sociali. *Focus-mafia*. 3, 2, pp. 1-65.
- Lupo, S. (2009). *The history of the Mafia*. New York, NY: Columbia University Press.
- Mahoney, A. M., & Clarke, C. P. (2004). Understanding the psychosocial sequelae of the murder of a grandparent/caregiver: Cases of Jamaican school-age children. *Journal of Loss and Trauma*, 9(4), 299-313.
- Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza: Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Trento: Edizioni Erickson.
- Mayan, M.J. (2001). *An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals*. Alberta, Canada: Qual Institute Press.
- Malone, L. (2007). In the aftermath: Listening to people bereaved by homicide. *Probation Journal*, 54(4), 383-393.
- Mannino, G., Giunta, S., Buccafusca, S., Cannizzaro, G., & Lo Verso, G. (2015). Communication Strategies in Cosa Nostra: An Empirical Research. *World Futures*, 1-20.
- Mancini, A.D. & Bonanno, G.A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *Journal of Personality*, 77, 6.

- Masters, R., Friedman, L. N., & Getzel, G. (1988). Helping families of homicide victims: A multidimensional approach. *Journal of Traumatic Stress, 1*(1), 109-125.
- Mastrocinque, J. M., Metzger, J. W., Madeira, J., Lang, K., Pruss, H., Navratil, P. K., & Cerulli, C. (2014). I'm Still Left Here With the Pain Exploring the Health Consequences of Homicide on Families and Friends. *Homicide Studies, 1088767914537494*.
- McCart, M. R., Smith, D. W., & Sawyer, G. K. (2010). Help seeking among victims of crime: A review of the empirical literature. *Journal of traumatic stress, 23*(2), 198-206.
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Williams, J. L., & Lawson, K. (2012). The toll of traumatic loss in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(3), 303.
- McDevitt-Murphy, M. E., Weathers, F. W., & Adkins, J. W. (2005). The use of the Trauma Symptom Inventory in the assessment of PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 63-67.
- MacLeod, M. D., & Paton, D. (1999). Police officers and violent crime: Social psychological perspectives on impact and recovery. *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat, 25-36*.
- McNeil, J. N., Silliman, B., & Swihart, J. J. (1991). Helping Adolescents Cope with the Death of a Peer A High School Case Study. *Journal of Adolescent Research, 6*(1), 132-145.
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. (2004). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss and Trauma, 9*(1), 21-34.
- Metzger, J., Mastrocinque, J. M., Navratil, P., & Cerulli, C. (2015). Improving Systematic Response in the Face of Homicide: Family and Friends of Homicide Victims Service Needs. *Violence and Victims*.
- Mezey, G., Evans, C., & Hobdell, K. (2002). Families of homicide victims: Psychiatric responses and help-seeking. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*(1), 65-75.

- Miller, L. (2009). Family survivors of homicide: II. Practical therapeutic strategies. *The American Journal of Family Therapy*, 37(2), 85-98.
- Miller, L. (2009). Family survivors of homicide: I. Symptoms, syndromes, and reaction patterns. *The American Journal of Family Therapy*, 37(1), 67-79.
- Miller, A. M., & Heldring, M. (2004). Mental health and primary care in a time of terrorism: Psychological impact of terrorist attacks. *Families, Systems, & Health*, 22(1), 7.
- Miller, T. W. (1996). *Theory and assessment of stressful life events*. International Universities Press, Inc.
- Ministero dell'Interno. (2007). Rapporto sulla criminalità in Italia. *Analisi, Prevenzione, Contrasto*. Italian Ministry of Interior.
- Miranda, A. O., Molina, B., & MacVane, S. L. (2003). Coping with the murder of a loved one: Counseling survivors of murder victims in groups. *Journal for Specialists in Group Work*, 28(1), 48-63.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping: An Anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Montada, L. (1991). *Coping with Life Stress Injustice and the Question "Who Is Responsible?"* (pp. 9-30). Springer US..
- Montada, L. (1994). Injustice in harm and loss. *Social Justice Research*, 7(1), 5-28.
- Moss, E., & Raz, A. (2001). The ones left behind: A siblings' bereavement group. *Group Analysis*, 34(3), 395-407.
- Mosca, G. (2002). *Che cosa è la mafia*. Laterza, Roma-Bari.
- Mucci, C. (2014). *Trauma e Perdono*. Raffaello Cortina, Milano.
- Murphy, S. A., Clark Johnson, L., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcome 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death studies*, 27(1), 39-61.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., Chung, I. J., & Beaton, R. D. (2003). The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *Journal of traumatic stress*, 16(1), 17-25.
- Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C., & Beaton, R. D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12-to

- 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of traumatic stress*, 12(2), 273-291.
- Nadeau, J. W. (1998). *Families making sense of death* (Vol. 10). Sage
- Nakajima, S., Masaya, I., Akemi, S., & Takako, K. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 210.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e Gruppalità*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Navarra, D., (2011). Disturbo Post-Traumatico da Stress. In *Psicoterapeuti in-formazione*, 8, 3-38.
- Neimeyer, R. A. (2001). Meaning reconstruction & the experience of loss. American Psychological Association.
- Neria, Y., & Litz, B. T. (2004). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 73-87.
- New, M., & Berliner, L. (2000). Mental health service utilization by victims of crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 693-707.
- Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(3), 200-210.
- Norris, F. H. (2002). Disasters in urban context. *Journal of urban health*, 79(3), 308-314.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3), 240-260.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981—2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Nzewi, E., Parappully, J., Rosenbaum, R., & Van Den Daele, L. (2002). Thriving after trauma: The experience of parents of murdered children. *Journal of Humanistic Psychology*, 42(1), 33-70.
- Ogata, K., Ishikawa, T., Michiue, T., Nishi, Y., & Maeda, H. (2011). Posttraumatic symptoms in Japanese bereaved family members with special regard to suicide and homicide cases. *Death studies*, 35(6), 525-535.

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2008). *Psychological Trauma: Theory, Reserarch, Practice and Policy*, Vol S(1), 3,36.
- Pancheri, P. (1993). *Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica* (5° ed.). Milano, Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori.
- Park, C.L., Cohen, L.H. & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Parkes, C.M. (2006) *Love and loss: The roots of grief and its complications*. London: Routledge.
- Parkes, C. M. (1993). Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter. *Bereavement Care*, 12(1), 2-6.
- Peay, J. (1997). Clinicians and inquiries: demons, drones or demigods?.*International Review of Psychiatry*, 9(2-3), 171-178.
- Paton, D., Smith, L., & Violanti, J. (2000). Disaster response: risk, vulnerability and resilience. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*,9(3), 173-180.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping, and health*. Seattle/Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Persons, R. (1990). Psychotherapist and widower. *The Psychotherapy Patient*,6(3-4), 71-80.
- Pepino L. (2008). “Poteri violenti e mafie”, in Dino A., Pepino L. (a cura di), *Sistemi criminali e metodo mafioso*. FrancoAngeli, Milano.
- Prati, G. & Pietrantoni, L. (2006). Crescita post-traumatica: un’opportunità dopo il trauma? In *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, Vol. 12, n. 2, pp. 133-144. Edizioni Erickson–Trento.
- Prezza M. & Principato M.P. (2002). La rete sociale e il sostegno sociale. In *Conoscere la comunità*, Prezza M., Santinello M. (a cura di), cap. 8, p.p. 193-234. Il Mulino Bologna.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., & Widiger, T. A. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73.

- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L. C., Silberman, R., Prigerson, J., & Reynolds III, C. F. (1997). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *American Journal of Psychiatry*, *154*(7), 1003-1009.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, *152*(1), 22-30.
- Raphael, B., & Wooding, S. (2004). Early mental health interventions for traumatic loss in adults. *Early intervention for trauma and traumatic loss*, 147-178.
- Raphael, B. (1997). The interaction of grief and trauma. In D. Black, M. Newman, J. Harris- Hendricks & G. Mezey (eds.). (pp. 31-43). Psychological trauma. A developmental approach. Bell & Bain Ltd.: Glasgow.
- Ravveduto M., (2010). *Strozzateci tutti*. Aliberti editore.
- Redmond, L.M. (1989). *Surviving: When someone you know was murdered*. Clearwater, FL: Psychological Consultations and Educational Services Ltd.
- Rheingold, A. A., & Williams, J. L. (2015). Survivors of homicide: mental health outcomes, social support, and service use among a community-based sample. *Violence and victims*, *30*(5), 870-883.
- Rheingold, A. A., Baddeley, J. L., Williams, J. L., Brown, C., Wallace, M. M., Correa, F., & Rynearson, E. K. (2015). Restorative Retelling for Violent Death: An Investigation of Treatment Effectiveness, Influencing Factors, and Durability. *Journal of Loss and Trauma*, (ahead-of-print), 1-15.
- Rheingold, A. A., Smith, D. W., Ruggiero, K. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (2004). Loss, trauma exposure, and mental health in a representative sample of 12–17-year-old youth: Data from the national survey of adolescents. *Journal of Loss and Trauma*, *9*(1), 1-19.
- Rheingold, A. A., Zinzow, H., Hawkins, A., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and mental health outcomes of homicide survivors in a representative US sample of adolescents: data from the 2005 National Survey of Adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, *53*(6), 687-694.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative

- national sample of women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(6), 984.
- Riccardi, R. (2007). Aiutare le vittime della mafia a ribellarsi. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, Vol. I, N. 2.
- Riches, G. & Dawson, P. (1998). Spoiled memories: Problems of grief resolution in families bereaved through murder. *Mortality*, 3(2), 143-159.
- Rinear, E. E. (1988). Psychosocial aspects of parental response patterns to the death of a child by homicide. *Journal of Traumatic Stress*, 1(3), 305-322.
- Rynearson, E. K. (2012). The narrative dynamics of grief after homicide. *OMEGA-Journal of death and dying*, 65(3), 239-249.
- Rynearson, E. K. (1995). Bereavement after homicide. A comparison of treatment seekers and refusers. *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), 507-510.
- Rynearson, E. K., & McCreery, J. M. (1993). Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss. *The American journal of psychiatry*, 150(2), 258.
- Rynearson, E. K. (1984). Bereavement after homicide: A descriptive study. *American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1452-1454
- Ringler, L. L., & Hayden, D. C. (2000). Adolescent bereavement and social support peer loss compared to other losses. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 209-230.
- Rubin, A. & Babbie, E. (2005). *Research method for social work*. Southbank, Victoria, Australia: Thomson Learning.
- Saindon, C., Rheingold, A. A., Baddeley, J., Wallace, M. M., Brown, C., & Rynearson, E. K. (2014). Restorative retelling for violent loss: An open clinical trial. *Death studies*, 38(4), 251-258
- Salloum, A., Avery, L., & McClain, R. P. (2001). Group psychotherapy for adolescent survivors of homicide victims: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1261-1267.
- Santino, U. (2006), *Dalla mafia alle mafie, scienze sociali e crimine organizzato*, Soveria Mannelli, Rubbettino Editore.
- Scarfone, D. (1996). Traumatisme, mémoire et fantasme: la réalité psychique. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 163-176.
- Schaefer, J. & Moos, R. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. Tedeschi, C. Park, & L. Calhoun

- (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Schimmenti, A., Caprì, C., La Barbera, D., & Caretti, V. (2014). Mafia and psychopathy. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(5), 321-331.
- Sciarrone, R. (1998). *Mafie vecchie mafie nuove, radicamento ed espansione*. Donzelli Editore.
- Schollosser, E. (1997). A grief like no other. *Atlantic Monthly*, September, pp. 37-76.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L. & Schreiber, S.(1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*,153 (2) , 219-225.
- Sharpe, T. L. (2015). Understanding the Sociocultural Context of Coping for African American Family Members of Homicide Victims A Conceptual Model. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(1), 48-59.
- Sharpe, T. L., Joe, S., & Taylor, K. C. (2013). Suicide and Homicide bereavement among African-Americans: Implications for survivors research and practice. *OMEGA-Journal of death and dying*, 66(2), 153-172.
- Sharpe, T. L., & Boyas, J. (2011). We fall down: The African American experience of coping with the homicide of a loved one. *Journal of Black Studies*, 0021934710377613.
- Sharpe, T. L. (2008). Sources of support for African-American family members of homicide victims. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 17(2), 197-216.
- Sheppexd, J.A. & Kashani, J.H. (1991). The Relationship of Hardiness, Gender, and Stress to Health Outcomes in Adolescents. *Journal of Personality*, 59, 4.
- Siegel DJ (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford, New York. Tr. It. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2008). *Coping to Orientation Problems Experienced-Nuova Versione Italiana*

- (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (1), 27-53.
- Sicurella, S. (2010). *Vittime e istituzioni: quale dialogo?*. Clueb: Bologna
- Simon NM, Pollack MH & Fischmann D. *Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1105-10.
- Simmons, C. A., Duckworth, M., & Tyler, E. (2014). Getting by after a loved one's death by homicide: the relationship between case status, trauma symptoms, life satisfaction, and coping. *Violence and victims*, 29(3), 506-522.
- Snyder, J., J., Elhai, J., D., North, T., C. & Heaney, C.,J. (2009). Reliability and validity of the Trauma Symptom inventory with veterans evaluated for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 170, 256–261.
- Solberg, N.L. & Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, Vol. 10, No. 3.
- Sprang, G. & McNeil, J. (1995). *The Many Faces of Bereavement: The Nature and Treatment of Natural, Traumatic, and Stigmatized Grief*. New York: Brunner/Mazel.
- Spungen, D. (1998). *Homicide: the hidden victims: A resource for professionals* (Vol. 20). Sage.
- Stretesky, P. B., Shelley, T. O. C., Hogan, M. J., & Unnithan, N. P. (2010). Sense-making and secondary victimization among unsolved homicide co-victims. *Journal of Criminal Justice*, 38(5), 880-888.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.
- Stroebe, M.S & Schut, H. (2005). *To continue or relinquish bonds: A review of consequences for the bereaved* . *Death Studies*,29,477-494.
- Stroebe, M.S & Schut, H. (1999). *The dual process model of coping with bereavement :Rationale and description*. *Death Studies*,23, 197-224
- Stroebe, M. S., Schut, H., & Stroebe, W. (1998). Trauma and grief: A comparative analysis. *Perspectives on loss: A sourcebook*, 81-96.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1997). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1241-1249.

- Stroebe, W. & Stroebe, M.S. (1987). *Bereavement and Health*, Cambridge University Press, New York.
- Sung, S.C., Dryman, M.T. & Marks, E., (2011). Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *J Affect Disord*; 134: 453-8.
- Szanto, K., Shear, M.K. & Houck, P.R. (2006). *Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. J Clin Psychiatry*; 67: 233-9.
- Temple, S. (1997). Treating Inner-City Families of Homicide Victims: A Contextually Oriented Approach. *Family process*, 36(2), 133-149.
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Ruback, R. B. (1998). Comparative distress levels of inner-city family members of homicide victims. *Journal of traumatic stress*, 11(2), 223-242.
- Thompson, M. P., & Vardaman, P. J. (1997). The role of religion in coping with the loss of a family member to homicide. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44-51.
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Ruback, R. B. (1996). System influences on posthomicide beliefs and distress. *American journal of community psychology*, 24(6), 785-809.
- Thompson, M., P. (1995). System influences on post-homicide beliefs and distress. ProQuest Information & Learning. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56, 95005-95336.
- Tizzani, E., (2012). L'incontro con la vittima dalle reazioni ai bisogni. In Giannini A.M., Cirillo F. (a cura di), *Itinerari di vittimologia*, Giuffrè, Milano.
- Triventi, M. (2008). Vittimizzazione e senso di insicurezza nei confronti del crimine: un'analisi empirica sul caso italiano. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, 2, 2.
- Tuck, I., Baliko, B., Schubert, C. M., & Anderson, L. (2012). A Pilot Study of a Weekend Retreat Intervention for Family Survivors of Homicide. *Western journal of nursing research*, 0193945912443011.
- Tugade, M.M. & Frederickson, B.L., (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 86, N°2.

- Van Denderen, M., de Keijser, J., Kleen, M., & Boelen, P. A. (2013). Psychopathology Among Homicidally Bereaved Individuals A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838013515757.
- Van Denderen, M., de Keijser, J., Huisman, M., & Boelen, P. A. (2014). Prevalence and correlates of self-rated posttraumatic stress disorder and complicated grief in a community-based sample of homicidally bereaved individuals. *Journal of interpersonal violence*.
- Van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe W. & Van Den Bout, J. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, 71, 9: 1669–1676.
- Van der Kolk, B.A., Mc Farlane, A.C. & Weisaeth, L. (a cura di), (2004). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Tr. It. Magi: Roma.
- Van der Kolk, B.A., Mc Farlane, A.C. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford Press.
- Van Dijk, J. (2009). Free the victim: A critique of the western conception of victimhood. *International Review of Victimology*, 16(1), 1-33.
- Van Dijk, J. (2008). In the shadow of Christ? On the use of the word “victim” for those affected by crime. *Criminal Justice Ethics*, 27(1), 13-24.
- Vessier-Batchen, M., & Douglas, D. (2006). Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents. *Journal of Forensic Nursing*, 2(1), 25-32.
- Vezzadini, S. (2012). *I centri di assistenza e di supporto alle vittime di reato*. Il difensore civico, Regione Emilia Romagna, 2, 2012.
- Vezzadini, S. (2006). *La vittima di reato tra negazione e riconoscimento*. Clueb, Bologna.
- Vigil, G. J., & Clements, P. T. (2003). Child and adolescent homicide survivors. Complicated grief and altered worldviews. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 41(1), 30-39.
- Vincent, N. J., McCormack, J., & Johnson, S. (2015). A Comprehensive Conceptual Program Model for Supporting Families Surviving a Homicide Victim. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(1), 57-64.

- Vincent, N. J. (2009). The impact of community violence on the family: Disruptions in relationships and functioning. *Families in Society: The journal of Contemporary Social Service*, 90(2), 137-143.
- Nisbet Wallis, D. A. (2002). Reduction of trauma symptoms following group therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 67-74.
- Walsh, F. (2008). *Strengthening family resilience*. Trad.It. La resilienza familiare. Milano, Cortina Edizioni.
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family process*, 46(2), 207-227.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2004). *Living beyond loss: Death in the family*. WW Norton & Company.
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42, 1,1- 18.
- Wellman, A. R. (2014). Faith without answers: the use of religion among cold case homicide survivors. *OMEGA-Journal of death and dying*, 69(1), 19-39.
- Williams, J. L., & Rheingold, A. A. (2015). Barriers to care and service satisfaction following homicide loss: associations with mental health outcomes. *Death studies*, 39(1), 12-18.
- Williams, J. L., Burke, L. A., McDevitt-Murphy, M. E., & Neimeyer, R. A. (2012). Responses to loss and health functioning among homicidally bereaved African Americans. *Journal of Loss and Trauma*, 17(4), 358-375.
- Yehuda, R. (1999). *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zhang, B., El-Jawahri, A., & Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of palliative medicine*, 9(5), 1188-1203.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zinzow, H. M., Rheingold, A. A., Byczkiewicz, M., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). Examining posttraumatic stress symptoms in a national sample of homicide survivors: Prevalence and comparison to other violence victims. *Journal of traumatic stress*, 24(6), 743-746.

Zinzow, H. M., Rheingold, A. A., Hawkins, A. O., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2009). Losing a loved one to homicide: Prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults. *Journal of traumatic stress, 22*(1), 20-27.