



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN

SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

*ANNO ACCADEMICO 2023/2024*

**TESI DI LAUREA**

**IL DISTURBO DA LUTTO PROLUNGATO: FATTORI DI RISCHIO E  
FATTORI PROTETTIVI**

**RELATRICE:**

Prof.ssa Stefania Cristofanelli

**STUDENTE: 21D03295**

Francesco Borasio

*Alla mia mamma,  
portata via troppo presto.*

## Sommario

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>1</b>
<b>Capitolo primo</b> .....	<b>3</b>
<b>Excursus storico del disturbo da lutto prolungato (PGD)</b> .....	<b>3</b>
1.1 L'esperienza del lutto .....	3
1.1.1 Definizione di lutto e cordoglio.....	3
1.1.2. Conseguenza psico-fisiche del lutto.....	4
1.1.3. Reazioni emotive e comportamentali.....	4
1.2 Modelli teorici dell'elaborazione del lutto .....	5
1.2.1 Modello di Freud: lutto e melanconia (1917) .....	5
1.2.3 Distinzione tra lutto normale e patologico di Parkes (1965) .....	6
1.2.4 Teorie delle fasi di elaborazione del lutto di Bowlby (1969, 1973, 1980).....	7
1.2.5 Le cinque fasi del lutto di Kübler-Ross (1969).....	8
1.2.6 Le "Sei R del lutto" di Rando (1984).....	8
1.2.7 Modello a doppio processo (DPM) di Stroebe e Shut (1999) .....	9
1.3 Reazioni comuni al lutto.....	10
1.3.1 Sentimenti .....	10
1.3.2 Sensazioni fisiche.....	11
1.3.3 Cognizioni .....	11
1.3.4 Comportamenti .....	12
1.4 Ricerca empirica ed evidenze scientifiche.....	12
1.4.1 Resilienza e lutto .....	12
1.4.2 Disturbo da lutto complicato .....	13
1.5 Verso la formulazione del disturbo da lutto prolungato.....	14
1.6 ICD-11 .....	16
1.7 La diagnosi differenziale di PGD .....	17
<b>CAPITOLO SECONDO</b> .....	<b>20</b>
<b>Fattori di rischio relativi al Disturbo da Lutto Prolungato</b> .....	<b>20</b>
2.1 Legami di attaccamento .....	20
2.1.1 Principi Fondamentali della Teoria dell'Attaccamento.....	20
2.2 Struttura di personalità .....	22
2.3 Ruolo di genere .....	24
2.4 Locus of Control e stili di attribuzione di significato .....	26
2.5 Strategie di coping.....	29
2.6 Fattori Demografici: Sesso e Età.....	31
2.7 Disuguaglianze Socioeconomiche e Razziali.....	31

2.8 Natura della Perdita e Traumi Precedenti.....	32
2.9 Conclusioni generali .....	32
<b>CAPITOLO TERZO.....</b>	<b>35</b>
<b>Fattori Protettivi rispetto al Disturbo da Lutto Prolungato .....</b>	<b>35</b>
3.1 Principali fattori protettivi.....	35
3.1.1 Legami di Attaccamento .....	36
3.1.2 Strutturazione di Personalità .....	37
3.1.2 Ruolo di Genere .....	37
3.1.4 Locus of Control e Stili di Attribuzione di Significato .....	38
3.1.5 Strategie di Coping .....	38
3.2 Ulteriori Fattori Protettivi.....	39
3.2.1 Supporto Sociale .....	39
3.2.2 Fattori Psicologici e Comportamentali.....	39
3.2.3 Fattori Fisici .....	40
3.2.4 Fattori Spirituali e Religiosi .....	40
3.2.5 Fattori Educativi .....	41
3.2.6 Fattori Ambientali .....	43
3.2.7 Relazioni Interpersonali .....	43
3.2.8 Fattori Culturali e Sociali .....	44
3.3 Interventi di Prevenzione e Supporto Psicologico.....	44
3.3.1 Gruppi di Sostegno.....	46
3.3.2. Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT).....	47
3.3.3 Terapia Centrata sul Cliente (Terapia Rogersiana) .....	48
3.3.4 EMDR (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari) .....	49
3.3.5 Terapia Sistemica .....	49
3.3.6 Terapia Psicodinamica.....	49
3.3.7 Esempi di Progetti di Intervento per il Supporto al Lutto .....	50
3.4 Conclusioni generali .....	53
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>55</b>
<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>	<b>57</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>60</b>

## INTRODUZIONE

*“Ubi tu, ibi ego”*

Questa celebre frase corrisponde alla formula nuziale tradizionale appartenente alla cultura latina. Il significato letterale corrisponde a *“Dove tu sarai, lì io sarò”*. Mediante questa formula, recitata durante il matrimonio, la sposa assumeva il nome del marito e si impegnava per la vita con lui. Questa affermazione ricorda, in qualche modo, la più recente ed attuale formula recitata nei matrimoni odierni, *“Finché morte non ci separi”*. Questo elaborato si pone l’obiettivo, attraverso una revisione critica della letteratura recente e passata, di analizzare quelli che sono i principali modelli di elaborazione di quello che viene definito da O’Connor (2019) come il più intenso fattore di stress a cui un individuo può essere sottoposto, il lutto. Nello specifico, all’interno di questa tesi, viene messo al centro dell’attenzione il disturbo da lutto prolungato, responsabile della “rottura” della formula di accordo recitata dagli sposi contemporanei dato che, con l’insorgenza del disturbo, viene impedito a chi subisce la perdita, di separarsi dalla persona perduta, qualsiasi sia stato il legame con essa, rimanendo legati in maniera intensa e travolgente. All’interno di questo elaborato, passando da un primo capitolo di esplicitazione dei modelli di elaborazione del lutto (fisiologico e patologico) proposti nel tempo, si vuole sottolineare quelli che possono essere i fattori di rischio e i fattori protettivi relativi alla comparsa del Prolonged Grief Disorder (PGD), disturbo inserito ufficialmente all’interno della Sezione II del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) unicamente nelle ultime due edizioni (DSM-5 e DSM-5-TR), pubblicate rispettivamente nel maggio 2013 e nel marzo 2022. L’inserimento del disturbo all’interno di questa sezione ha permesso di istituire dei criteri specifici per il riconoscimento del disturbo e, in particolare, per strutturare i parametri che ne permettono la diagnosi differenziale rispetto ad altre condizioni cliniche come, in particolare, PTSD e depressione maggiore.

Il secondo capitolo si articola attorno al tema dei fattori di rischio inerenti al PGD. Particolare attenzione viene riservata ad alcuni aspetti centrali del funzionamento dell’individuo come, ad esempio, la struttura di personalità, il locus of control e gli stili di attaccamento. Alla fine del capitolo (paragrafo 2.9), in sintesi, viene presentato un quadro generale delle condizioni di maggiore rischio e vulnerabilità all’insorgenza del disturbo.

All'interno del terzo, ed ultimo, capitolo sono presentati i fattori protettivi ritrovati in letteratura rispetto la comparsa del disturbo indagato. In particolare, la prima parte del capitolo si presenta in stretto contatto con il capitolo precedente poiché incentrato sul riportare le condizioni di funzionamento individuali più favorevoli per l'elaborazione del lutto. Successivamente vengono trattati fattori più generali che, come esplicitato all'interno del testo, laddove integrati con i primi, possono dar vita a progetti di intervento incentrati sulla prevenzione del disturbo molto efficaci, di cui si fa riferimento al fondo del capitolo stesso. Questi progetti di intervento strutturati e teoricamente fondati risultano orientati verso la promozione del benessere mentale e la facilitazione del processo di elaborazione del lutto, in funzione di un'ottica preventiva rispetto alla possibilità di sviluppare traiettorie patologiche.

## **Capitolo primo**

### **Excursus storico del disturbo da lutto prolungato (PGD)**

L'esperienza di lutto è un evento inevitabile nella vita degli individui e costituisce un episodio drammatico che porta ad una compromissione del benessere psico-fisico e sociale di essi. Il lutto si identifica come una vera e propria risposta fisiologica all'esperienza drammatica vissuta: solitamente questa reazione risulta essere istintuale e, solitamente, da non medicalizzare nonostante l'equilibrio emotivo individuale venga turbato con sentimenti di tristezza e nostalgia. Spesso, l'individuo che ha subito la perdita, può essere accompagnato da immagini e ricordi della persona scomparsa: l'emersione di questi vissuti è automatica, inarginabile e, talvolta, possono portare ad una chiusura individuale all'interno di un'interiorità ricolma di dolore spingendo verso dimensioni di isolamento dalle normali attività della propria vita.

L'esperienza di lutto è, senza dubbio, uno degli episodi che più mette alla prova le risorse appartenenti a ciascun individuo. L'elaborazione e la rassegnazione legate alla perdita di una persona più o meno cara corrisponde ad un processo che assume traiettorie e dinamiche di natura molto personali e delicate.

Il lutto è stato riconosciuto come il fattore maggiore di stress a cui un individuo può essere sottoposto (O'Connor, 2019).

#### **1.1 L'esperienza del lutto**

##### **1.1.1 Definizione di lutto e cordoglio**

È fondamentale stabilire delle distinzioni terminologiche per trattare in modo appropriato questo argomento. Spesso in italiano i termini "lutto" e "cordoglio" vengono usati come sinonimi, sebbene rappresentino concetti distinti che è importante comprendere chiaramente. Il "lutto", conseguente alla "perdita", include tutte le componenti emotive, cognitive, funzionali e comportamentali legate al dolore per la scomparsa di una persona cara. Il "cordoglio", d'altro canto, rappresenta il processo di elaborazione della perdita, orientato

verso una piena accettazione dell'evento e verso la guarigione emotiva dalla ferita causata dalla perdita della persona amata.

### **1.1.2. Conseguenze psico-fisiche del lutto**

L'efficienza fisica dell'individuo in lutto è messa alla prova da insonnia e inappetenza, stanchezza e difficoltà di concentrazione che spingono ancora di più nella direzione del ritiro sociale. L'intensità delle risposte fisiologiche legate al lutto varia in funzione di diversi fattori che spaziano su diverse dimensioni: tipo di legame affettivo con la persona scomparsa, importanza, modalità di scomparsa, caratteristiche della persona scomparsa, supporto della rete sociale in cui l'individuo è inserito. Questa intensità, nel tempo e in condizioni normali, ci si aspetta che diventi sempre meno pervasiva e diminuisca la sua acuità: questo avviene anche grazie ad una ristrutturazione cognitivo-affettiva, organizzata dall'individuo, volta e atta all'accettazione e alla presa di consapevolezza del fatto che, la persona scomparsa, non tornerà più.

### **1.1.3. Reazioni emotive e comportamentali**

Il percorso attraverso il dolore della perdita può essere inteso come un viaggio verso una percezione più distaccata degli eventi, un cammino verso una nuova organizzazione della vita e dell'essere stesso. Questo processo è particolarmente arduo quando il legame con la persona scomparsa è stato intenso e profondo, come accennato in precedenza. Elaborare il lutto implica un graduale affievolimento delle emozioni legate alla perdita: ciò comporta un distacco emotivo ottenuto attraverso vari tentativi di alleggerire il carico emotivo dell'evento traumatico nel corso del tempo. Questa separazione emotiva si raggiunge grazie alla progressiva attenuazione delle turbolenze emotive, dei ricordi ossessivi e delle continue rivisitazioni degli eventi, che possono quasi parassitare la vita emotiva di chi sta vivendo il lutto.

Un aspetto cruciale legato all'esperienza del lutto riguarda la salute degli individui che lo vivono. Numerosi studi hanno evidenziato che coloro che hanno subito la perdita di una persona cara mostrano tassi più elevati di disabilità e di utilizzo di farmaci rispetto a coloro



che non hanno vissuto un lutto simile. Una parte significativa di chi si trova a elaborare il lutto si scontra con una serie di difficoltà, e talvolta non riesce affatto ad affrontare questo processo, rischiando di sviluppare condizioni psicopatologiche che possono compromettere seriamente il funzionamento lavorativo e sociale, portando in alcuni casi a un alto rischio di suicidio (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

L'esperienza di lutto è, senza dubbio, uno degli episodi che più mette alla prova le risorse appartenenti a ciascun individuo. L'elaborazione e la rassegnazione legate alla perdita di una persona più o meno cara corrisponde ad un processo che assume traiettorie e dinamiche di natura molto personali e delicate.

## **1.2 Modelli teorici dell'elaborazione del lutto**

### **1.2.1 Modello di Freud: lutto e melanconia (1917)**

Il tema del lutto è stato trattato da Sigmund Freud che lo affrontò come “paradigma psicogenetico della malinconia”: egli sosteneva che l'elaborazione del lutto portasse, in una certa quantità di tempo definita sulla base di caratteristiche personali, ad un distacco emotivo dal *de cuius* e ad una conseguente nuova investitura di queste risorse emotive su un nuovo/i oggetto/i. Freud, inoltre, arriva anche a sottolineare le differenze tra il processo di lutto e la melanconia, sulla base del “luogo” dove avviene la perdita: il lutto ha a che fare con la scomparsa di qualcuno “esterno” a Sé, una persona cara all'individuo; la melanconia, invece, prende forma e agisce di fronte alla perdita di una parte del Sé fusa con la persona cara ormai scomparsa portando, conseguentemente, ad una sensazione di impoverimento e sensazione di svuotamento dell'Io “interno”. Questo modello psicoanalitico pone l'attenzione sulla possibilità di sovrapposizione tra la depressione maggiore e il lutto complicato, grande oggetto di dibattito e di riflessione psicopatologica anche in tempi moderni. Uno dei limiti del modello è da ricercare nel fatto che, in una moltitudine di casi, gli individui che hanno subito una perdita arrivano a identificarsi con quella stessa “parte” ormai scomparsa. Quello che ne consegue è una sensazione di “amputazione psichica”, vivendo una vera e propria esperienza di perdita di Sé (Freud, 1917).

### 1.2.2 Modello organico di Engel (1964)

Negli anni '60 gli psichiatri si avvicinarono ad una concezione di lutto legata a possibili risvolti (nonché significati) psicopatologici importanti. Nello specifico, Engel evidenziò l'esistenza di caratteristiche patologiche all'interno dell'esperienza del lutto, andando a sottolineare come queste possano essere interpretate come una vera e propria patologia di ordine "organico". Questo risulta possibile se si considera il fatto che: l'eziologia è nota (perdita della persona cara), la causa provoca nell'individuo una sensazione di sofferenza, la sintomatologia è relativamente prevedibile e può generare compromissione funzionale. Engel, quindi, formula un vero e proprio parallelismo tra la dimensione luttuosa e una malattia di carattere organico andando a sottolineare come, generalmente, questa malattia vada incontro a guarigione completa e ad una piena remissione sebbene, talvolta, possono insorgere delle complicanze che rendono il decorso più lungo oppure impossibilitare un ritorno alla condizione normale. In individui con una vulnerabilità preesistente, il dolore e la sofferenza generati dal lutto, possono conformarsi e perdurare in una forma di psicopatologia come la depressione maggiore.

### 1.2.3 Distinzione tra lutto normale e patologico di Parkes (1965)

Nel 1965, Parkes introdusse una delle prime distinzioni tra il lutto normale e patologico, basandosi su uno studio condotto con pazienti che avevano recentemente subito la perdita di una persona cara. Da questo studio emergono tre forme atipiche di lutto:

1. *Lutto cronico*: caratterizzato da una durata dei sintomi simile al lutto normale, ma con una maggiore intensità.
2. *Lutto inibito*: caratterizzato da una mancanza apparente di reazione alla perdita.
3. *Lutto ritardato*: la reazione al lutto si manifesta, in forma tipica o cronica, solo dopo un periodo di inibizione.

Parkes, tuttavia, non si limitò a questo, proponendo e sviluppando un modello composto dalle seguenti sette fasi per descrivere il processo di elaborazione del lutto:

1. Negazione ed evitamento della perdita.
2. Reazioni di allarme, come ansia, irrequietezza e sintomi somatici.

3. Sensazione ed esperienza di vuoto interiore.
4. Ricerca disperata e irrazionale della persona perduta.
5. Rabbia e senso di colpa.
6. Adozione di tratti ed elementi di personalità della persona persa.
7. Accettazione e risoluzione.

#### **1.2.4 Teorie delle fasi di elaborazione del lutto di Bowlby (1969, 1973, 1980)**

Bowlby, focalizzandosi sugli aspetti descrittivi e fenomenologici del lutto, delineò quattro fasi di elaborazione distinte:

1. *Fase della protesta* (o stordimento). All'inizio, quando il soggetto realizza la perdita della persona amata, è travolto da sentimenti di angoscia, paura, rabbia e una profonda delusione.
2. *Fase della nostalgia* (o struggimento). Mentre cerca di accettare la perdita, il soggetto sviluppa un forte legame emotivo con la persona scomparsa. Questo porta a un progressivo distacco dal mondo circostante, che appare vuoto e privo di significato.
3. *Fase della disperazione* (o disorganizzazione). In questa fase, i ricordi della persona amata diventano sempre più vividi, alimentando sentimenti di irrequietezza e irritabilità. Il soggetto tende a chiudersi al mondo sociale, perdendo motivazione.
4. *Fase della riorganizzazione*. Infine, il soggetto avvia un processo di rielaborazione cognitiva, emotiva e relazionale della perdita. Gradualmente, riprende a investire le sue risorse affettive nel mondo che lo circonda, ricostruendo il proprio equilibrio emotivo.

Nel 1980, inoltre, identificò alcune varianti del processo di elaborazione del lutto, che definì "disturbate". Tra queste, riconobbe la "prolungata assenza di dolore" e il "lutto cronico". Quest'ultimo viene descritto come "più intenso e lacerante rispetto a una reazione di cordoglio normale". In particolare, il "lutto cronico" era osservato in soggetti che, a 12 mesi dalla perdita, continuavano a sperimentare una disperazione persistente. Anche a distanza di anni dalla perdita, questi individui mostravano sintomi di depressione, alcolismo e disorganizzazione comportamentale. I fattori di rischio per il lutto cronico includono una reazione ritardata, la morte improvvisa del coniuge, un'infanzia difficile, conflitti familiari e incubi sulla morte. In ambito psicopatologico il lutto era considerato un evento capace di

generare reazioni anormali, spesso con conseguenze emotive simili alla depressione, pur mantenendo una distinzione dai disturbi depressivi endogeni (Bowlby, 1980).

### **1.2.5 Le cinque fasi del lutto di Kübler-Ross (1969)**

Nel 1969 anche la psichiatra Elisabeth Kübler-Ross elaborò una teoria, articolata in 5 fasi, attraverso la quale definire gli stadi di elaborazione del lutto:

1. *Negazione*: l'individuo procede con la negazione dell'evento di perdita vissuto in maniera tale da andare a minimizzare l'esperienza di dolore profondo vissuto;
2. *Rabbia*: conseguentemente alla sensazione di sopraffazione emotiva legata alla sofferenza vissuta si generano sentimenti di rabbia, anche profonda, legati al vissuto drammatico;
3. *Contrattazione*: l'individuo tenta di modificare il proprio stato di sofferenza rendendosi disponibile nello svolgere qualsiasi attività con il fine ultimo di provare sollievo dalla situazione;
4. *Depressione*: in questa fase l'individuo rientra in contatto con la dimensione luttuosa, questo ricontatto è più profondo e provoca nell'individuo una profonda tristezza accompagnata da un desiderio di solitudine;
5. *Accettazione*: sebbene la sofferenza per l'accaduto, in questa fase, non cessa, l'individuo "fa spazio al dolore e prova a guardare al futuro" (Stroebe et al., 2017). L'individuo, quindi, smette di lottare per qualcosa che è imm modificabile.

### **1.2.6 Le "Sei R del lutto" di Rando (1984)**

Rando, ispirandosi all'approccio terapeutico cognitivo, delineò sei fasi che costituiscono il processo fisiologico di elaborazione del lutto, le cosiddette "6 R del lutto":

1. *Riconoscere la perdita.*
2. *Reagire alla separazione.*
3. *Richiamare alla mente e "rivivere" il defunto e il rapporto con esso.*
4. *Rinunciare ai legami con il defunto e al vecchio mondo in cui esso era coinvolto.*
5. *Riorganizzazione personale per garantire l'adattamento dell'individuo all'ambiente.*

### **1.2.7 Modello a doppio processo (DPM) di Stroebe e Shut (1999)**

Stroebe e Schut (1999) hanno sviluppato un modello a due fasi del lutto: il “Dual-Process Model (DPM)”. L’obiettivo dell’elaborazione di questo modello era di tentare di comprendere al meglio le differenze individuali di fronte all’evento fortemente stressante della perdita. Il DPM passa in rassegna i temi relativi alle strategie di coping, sottolineando la natura predittoria del lutto nei confronti dell’attaccamento (sicuro o insicuro) di fronte al grande stress provocato dalla perdita. Questo modello identifica due categorie di fattori stressogeni associati al lutto: Loss-Orientation (LO) e Restoration-Orientation (RO). I fattori della categoria primaria, rappresentati da LO, possono essere definiti anche "primari", in quanto si concentrano principalmente sulla sfera personale del soggetto in lutto: l'esperienza del dolore, la ricerca della persona perduta e tutte le valutazioni e i processi legati al dolore personale. Al contrario, i fattori della categoria secondaria, identificati come RO, riguardano i processi di riorganizzazione della vita del soggetto in lutto, includendo la presa di consapevolezza dell'evento e l'orientamento verso l'esistenza in un nuovo mondo dopo la perdita.

Questi due orientamenti rientrano nel processo di coping, poiché possono essere affrontati o evitati. Il rapporto tra il confronto e l'evitamento dei fattori stressanti è dinamico e varia nel tempo. Il coping si presenta quindi come un processo dinamico sottostante a un secondo processo regolatorio definito "Oscillazione" nel DPM. Un principio fondamentale del modello è che in certe occasioni le persone affrontano gli aspetti legati alla perdita (LO), mentre in altre occasioni li evitano, focalizzandosi sui fattori RO. Le strategie di coping nel lutto si identificano dunque con un complesso processo regolatore che include confronto ed evitamento nei confronti della perdita stessa. Un postulato centrale del DPM sostiene che "l'Oscillazione tra le due tipologie di fattori stressanti sia necessaria per un coping adattivo" (Stroebe M. S., Schut, Hansson, & Stroebe, 2008).

### 1.3 Reazioni comuni al lutto

I modelli fenomenologici descritti presentano come limite importante il fatto di non essere avvalorate empiricamente da sperimentazioni con ampi campioni o ricerche controllate. Proprio per questa ragione, i modelli fenomenologici del lutto sono stati sottoposti a studi empirici moderni per andare ad evidenziare quelle che sono le caratteristiche che differenziano il lutto normale da quello patologico o “lutto traumatico o prolungato” oppure ancora, come definito del DSM-5-TR, “disturbo da lutto persistente complicato” (detto anche CG “complicated grief”).

Nel 2015 Onofri e La Rosa propongono una distinzione in quattro specifiche categorie per definire le normali reazioni al lutto:

#### *Sentimenti*

Il sentimento più comune ritrovato nelle persone che hanno subito un lutto è la tristezza: questa, spesso, viene manifestata attraverso il pianto che, secondo Parkes e Weiss (1983) si configura come “richiesta” di comportamenti protettivi da parte degli altri. I soggetti in lutto mostrano anche un senso di collera che si origina principalmente da due fonti: in primis si genera una forte frustrazione per il fatto di non aver potuto prevenire la perdita mentre, in secondo luogo, la collera si struttura in seguito alla separazione dalla figura di attaccamento in comportamenti simili a quelli di protesta propri dei bambini. Nei primi periodi di lutto, i soggetti possono incorrere in sensi di colpa irrazionali e auto-rimproveri legati a possibili eventi che sarebbero potuti accadere prima del lutto ma che non si sono mai effettivamente verificati: questi sentimenti sono di natura irrazionale e, con il tempo e con il riacquisto delle facoltà di esame della realtà, sono destinati a scomparire. Frequente è la comparsa di ansia, legata principalmente alla sensazione di non essere in grado di proteggersi senza la persona ormai scomparsa oppure, dato l’evento luttuoso, l’ansia può originarsi per via di una maggiore presa di consapevolezza del concetto di mortalità. Stroebe et al. (1996) identificano, inoltre, 2 tipologie di solitudine principali: la *solitudine emotiva*, conseguente alla rottura del legame di attaccamento formatosi con la persona deceduta, e la *solitudine sociale*, legata all’isolamento sociale, come possibile conseguenza e reazione dell’evento luttuoso. Nel caso in cui l’evento che ha portato al lutto sia stato di natura improvvisa è possibile che il soggetto venga pervaso da una

condizione di shock emotivo. Parkes (2001) ha osservato come lo stato di struggimento della persona che ha subito un lutto possa essere, se non adeguatamente mitigata e risolta, sintomo di un lutto non risolto e traumatico per via della sua natura pervasiva. Spesso succede che le persone in lutto si ritrovino in una condizione di stordimento emotivo che può arrivare addirittura alla sensazione di incapacità vera e propria di provare emozioni. Va comunque sottolineato che, in casi relativi alla scomparsa di persone dopo lunghi periodi di malattia e sofferenza, sia possibile che le persone provino un senso di sollievo e liberazione.

### *Sensazioni fisiche*

Le sensazioni fisiche più comunemente riportate da individui in lutto sono, secondo Lindemann (1994):

- Secchezza della fauci
- Mancanza di energie
- Ipersensibilità al rumore
- Costrizione toracica e laringea
- Sensazione di apnea
- Senso di depersonalizzazione
- Sensazione di vuoto gastrico
- Debolezza muscolare

### *Cognizioni*

Dal punto di vista cognitivo, il lutto rappresenta una complessa risposta emotiva che inizia spesso con un senso di incredulità di fronte alla perdita. Questo stato iniziale di shock può evolvere in una confusione mentale generalizzata, caratterizzata da difficoltà di concentrazione e disorganizzazione del pensiero. Le persone in lutto possono sentirsi sopraffatte da pensieri ricorrenti e intrusivi legati alla persona defunta, in particolare immagini angoscianti del momento della morte o della sofferenza del defunto. Questi pensieri ossessivi non solo alimentano l'ansia, ma possono anche generare illusioni di presenza, come allucinazioni uditive o visive, in cui chi è in lutto percepisce la presenza del defunto. Queste esperienze, benché

possano risultare sconvolgenti, sono considerate da alcuni studiosi come un mezzo con cui la mente cerca di colmare il vuoto lasciato dalla perdita, mantenendo un senso di connessione con la persona amata. Secondo Onofri e La Rosa, tali manifestazioni non sono necessariamente patologiche, ma possono rappresentare una fase temporanea del processo di elaborazione del lutto, aiutando l'individuo a integrare gradualmente la realtà della perdita nella propria esistenza. Anche studi di psicologia del lutto, come quelli di Klass, Silverman e Nickman (1996), confermano che la continuazione del legame con il defunto attraverso ricordi e sensazioni di presenza può avere un ruolo adattivo, facilitando il processo di guarigione emotiva.

### *Comportamenti*

Una persona in lutto può mostrare comportamenti specifici in risposta alla perdita di una persona cara. Tra i più comuni vi sono disturbi del sonno o dell'appetito, oltre a tendenze all'isolamento sociale e alla distrazione. I sogni riguardanti il defunto sono frequenti e possono riflettere la fase del lutto attraversata dall'individuo. Il sospiro profondo è un gesto comune, associato alla sensazione fisica di sofferenza.

L'iperattività, accompagnata da agitazione e aumento dell'attività motoria, può manifestarsi spesso come una richiesta di aiuto e ricerca di conforto. La ricerca o l'evitamento di oggetti e luoghi legati al defunto variano in base alle caratteristiche individuali, con alcune persone che temono di perdere i ricordi legati al defunto e altre che evitano tali ricordi per non affrontare il dolore della perdita.

## **1.4 Ricerca empirica ed evidenze scientifiche**

### **1.4.1 Resilienza e lutto**

Secondo gli studi condotti da Bonanno (2002) gli esseri umani sono in grado di entrare in uno stato di accettazione della scomparsa di una persona cara entro circa 18 mesi dalla dipartita di essa. Questo stadio di accettazione corrisponde ad una condizione simile a quella relativa alla fase precedente alla dipartita del caro ormai perduto. Lo stato di accettazione si caratterizza per un miglioramento del tono dell'umore e per l'abbassamento delle problematiche di natura



psicosociale. La possibilità di sviluppare una traiettoria patologica in seguito ad un lutto è legata alla difficoltà nell'accettazione dell'ineluttabilità dell'accaduto. La vulnerabilità verso la sintomatologia relativa al disturbo risente della tipologia di attaccamento sviluppato con la persona scomparsa. Un altro elemento che porta una forte influenza al percorso di elaborazione del lutto è la qualità della relazione che, in seguito alla scomparsa del caro, è stata interrotta.

#### **1.4.2 Disturbo da lutto complicato**

Perdighe e Mancini (2010) descrivono il lutto come un evento che mette a repentaglio o minaccia gli obiettivi personali dell'individuo. Questi obiettivi, minacciati o compromessi, possono riguardare sia la perdita in sé, che i settori della vita correlati ad essa. Per raggiungere la fase di accettazione, diventa cruciale perseguire il riorientamento degli obiettivi personali, abbandonando quelli compromessi e promuovendo l'adozione di nuovi comportamenti volti al raggiungimento di nuovi obiettivi ancora perseguibili.

L'abbandono di un obiettivo richiede necessariamente una revisione delle credenze che hanno guidato e giustificato l'impegno in quel determinato obiettivo. Tuttavia, diversi fattori possono complicare questo processo:

1. *Manca di supporto sociale.* La mancanza di una rete sociale adeguata può rendere più difficile elaborare il lutto, poiché il sostegno e il supporto sociale sono fondamentali per la modifica degli obiettivi personali.
2. *Gravità della perdita.* La perdita di una persona significativa può compromettere gli obiettivi centrali dell'individuo, influenzando profondamente i suoi pensieri, comportamenti ed emozioni.
3. *Comportamenti di inibizione/soppressione del dolore.* Sopprimere o inibire le emozioni legate al dolore può ostacolare il processo di rivalutazione dell'evento luttuoso, ritardando il raggiungimento della fase di accettazione.
4. *Stereotipi sulla "giusta reazione".* La pressione sociale per reagire in un certo modo può generare sentimenti di rabbia, vergogna o colpa, ostacolando il recupero funzionale dalla situazione di lutto.

5. *Insicurezza sulla situazione di perdita*. L'incertezza riguardo alle cause della perdita o la mancanza di comprensione sulla situazione possono rendere più difficile accettare la perdita. Questa incertezza può portare a pensieri ruminati e alla ricerca di una soluzione, che, paradossalmente, può rinforzare gli obiettivi disfunzionali e ostacolare il processo di elaborazione del lutto.

### **1.5 Verso la formulazione del disturbo da lutto prolungato**

Dal punto di vista della diagnosi descrittiva, Maciejewski e colleghi (2007) individuano alcuni indicatori che meglio delineano la mancata risoluzione del lutto e la sua complicazione:

- 1) Un intenso e persistente senso di struggimento per la persona perduta, manifestatosi quotidianamente in modo invadente e doloroso.
- 2) La presenza di quattro o più sintomi tra sette, ripetuti diverse volte al giorno o con un'intensità tale da causare sofferenza e disturbo: difficoltà nell'accettare la morte, mancanza di fiducia nelle altre persone, accumulo eccessivo di rancore o rabbia verso la morte, preoccupazione costante su come andare avanti, senso di colpa del sopravvissuto, percezione di una vita vuota e priva di significato senza il defunto, ossessione da pensieri relativi alla persona deceduta.
- 3) Una disfunzione sociale, occupazionale o in altri ambiti importanti marcata e persistente a causa dei sintomi sopra elencati.
- 4) La persistenza di tutti questi sintomi per almeno sei mesi.

L'attenzione verso le possibili ricadute patologiche del lutto è cresciuta notevolmente nel passaggio dalla terza alla quarta edizione del DSM, tanto che è stata inclusa nell'asse V sotto la categoria di "altre condizioni che possono richiedere attenzione clinica". Grazie a questo interesse, un gruppo di ricercatori del Nord America ha avviato un dibattito sul dolore e il lutto legati alla perdita di una persona cara. Il punto di svolta nella definizione di una categoria diagnostica specifica per il Lutto Complicato, appartenente al DSM IV-TR, risiede nella distinzione tra ciò che è "accettabile e culturalmente condivisibile in seguito alla perdita di una persona amata" e i sintomi associati a una nuova condizione psicopatologica che provocano angoscia e disabilità.

Un altro elemento centrale nella discussione scientifica è riferito ai criteri diagnostici legati alla depressione. Sebbene all'interno del DSM IV-TR sia stata rimossa la condizione di dolore successiva alla morte di una persona cara dalla diagnosi, all'interno del DSM 5 questa esclusione è stata eliminata provocando accesi dibattiti. La possibile coesistenza di alcune caratteristiche appartenenti ai due quadri clinici relativi alla Depressione Maggiore e al Lutto Complicato rende difficile la distinzione tra essi. Nel 2012, infatti, Frances arriva a sostenere che con il passaggio da DSM IV-TR al DSM 5 si configura il rischio di diagnosi di Depressione Maggiore in luogo del riconoscimento della reazione normale e fisiologica del lutto con un possibile conseguente eccesso di uso di farmaci per soggetti "falsi positivi" che, in realtà, non ne necessiterebbero. È fondamentale notare che l'incremento significativo delle diagnosi di disturbi mentali potrebbe compromettere gli sforzi di sensibilizzazione portati avanti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per combattere lo stigma sociale associato allo status di "malato mentale" (Frances, 2013).

Un altro elemento importante di novità inserito nel DSM 5 è la modifica della definizione relativa alla diagnosi di *Complicated Grief* (CG) in *Prolonged Grief Disorder* (PGD). Il fine ultimo di questa modifica è da ricercare nel fatto che, con il termine "Complicato", si possa rimandare in un qualche modo ad una parvenza di difficoltà di analisi, incomprensibilità e difficoltà di spiegazione, andando incontro ad un vero e proprio controsenso rispetto al fine ultimo del lavoro diagnostico del manuale diagnostico e dell'attività professionale che su di esso si appoggia. Questo termine è stato sostituito, quindi, con uno ritenuto più adeguato: *Prolonged*. Questo termine è da considerarsi identificativo della natura del disturbo, in quanto riesce a cogliere la natura persistente dell'insieme specifico di sintomi legati al dolore per la mancanza della persona scomparsa, che porta il soggetto ad una difficoltà più o meno profonda di adattamento con la situazione corrente. Per quanto riguarda la traduzione in italiano dell'etichetta diagnostica PGD è stata proposta la dicitura: "Disturbo da Sofferenza Prolungata". Questa definizione riesce a superare la connotazione puramente temporale dell'etichetta diagnostica convenzionale andando verso una definizione in grado di cogliere al meglio la cristallizzazione emotiva e psichica dell'individuo affetto da questo disturbo. I soggetti affetti da PGD, infatti, secondo il DSM 5-TR (2022), vivono una "intensa sensazione di nostalgia e struggimento" accompagnata dal desiderio che la loro vita ritorni alle condizioni precedenti alla perdita. Questi soggetti sono pervasi da sensazioni di vuoto e di privazione di speranza verso il futuro. Alcuni di questi sono "sopraffatti dai rimpianti", frequenti sono le "ruminazioni mentali" che portano all'incapacità di concentrarsi su qualsiasi

elemento che riporti alla perdita del caro. Queste sensazioni sono accompagnate da un vissuto di isolamento sociale, aggravato dall'impressione di non essere compresi dagli altri. Il dolore persistente legato alla perdita di una persona cara può ostacolare notevolmente la capacità di chi soffre di superare la fase più intensa del lutto, rendendo difficile vivere il presente, creare nuovi legami o impegnarsi in nuove attività. Chi vive questa esperienza spesso sente che una parte significativa di sé è scomparsa insieme alla persona amata, come se fosse stato svuotato interiormente. Questo sentimento di perdita profonda può compromettere il loro senso di identità, convincendoli che la loro vita sia destinata a rimanere vuota e priva di soddisfazione. La sintomatologia, inoltre, supera in durata e gravità quello che è lo standard legato alle norme sociali, culturali o religiose, previste dal contesto di vita dell'individuo, in maniera chiara.

Il DSM, contestualmente, riporta anche quelli che sono i tassi di prevalenza del disturbo (2,4-4,8%) e sottolinea contestualmente che l'incidenza maggiore si ritrova in soggetti in lutto di sesso femminile. In aggiunta, viene evidenziato come il disturbo possa manifestarsi ad ogni età a partire dal primo anno di vita sebbene la sintomatologia possa variare anche di molto nei diversi casi. Sebbene, infatti, i primi sintomi, possano comparire entro un mese dall'evento luttuoso, vi è la possibilità di strutturazione della sindrome anche con mesi o anni di ritardo dalla morte della persona cara. Le conseguenze funzionali al disturbo hanno a che fare con un marcato aumento dei rischi di sviluppo di condizioni mediche gravi (come ipertensione, cancro, e disturbi cardiaci), anche per via dell'aumento del consumo di sostanze quali tabacco e alcol.

È molto importante, inoltre, sottolineare come il PGD possa essere diagnosticato anche in individui che hanno vissuto una perdita significativa di natura differente dalla morte di una persona cara: è possibile sviluppare i sintomi del PGD anche in seguito ad eventi come il divorzio, la perdita di un animale domestico o l'inizio di una malattia terminale.

## **1.6 ICD-11**

Tra i criteri diagnostici individuabili all'interno dell'ICD-11 occorre menzionare:

- Disagio dovuto alla separazione: l'individuo mette in atto delle risposte pervasive e persistenti al dolore della separazione caratterizzate da uno dei seguenti sintomi:
  1. Preoccupazione persistente per il defunto

## 2. Desiderio per il defunto

- Dolore emotivo intenso: l'individuo è pervaso da un intenso dolore emotivo che si struttura con emozioni come tristezza, rabbia e senso di colpa. Ha difficoltà ad accettare la morte della persona cara e, conseguentemente, ha la sensazione che con essa sia venuta meno anche una parte di sé. È avvolto da un intorpidimento emotivo che può generare una rigida incapacità di sperimentare uno stato emotivo positivo arrivando anche ad una pervasività tale da generare una profonda difficoltà nell'impegno in attività sociali o di altro tipo.
- Compromissione funzionale: la strutturazione del disturbo comporta la compromissione funzionale in diversi ambiti come, ad esempio, quello familiare, sociale, educativo o quello lavorativo. L'eventuale mantenimento del funzionamento normale è raggiunto solo mediante uno sforzo aggiuntivo significativo.
- Criteri temporali e culturali: le risposte pervasive al dolore messe in atto dal soggetto sono persistenti e perduranti per una durata atipica rispetto al contesto socioculturale nel quale l'individuo è immerso.

### 1.7 La diagnosi differenziale di PGD

Come accennato, il PGD può presentare una sovrapposizione clinica parziale con il disturbo depressivo maggiore e con il PTSD e, talvolta, anche una comorbidità con essi. Risulta essere fondamentale, quindi, evidenziare quelle che sono le principali differenze esistenti tra i quadri sintomatologici appartenenti alle condizioni cliniche appena citate.

Per quanto riguarda il confronto tra il PGD e il PTSD si può affermare che entrambi i disturbi rappresentino una modalità di risposta ad un evento di natura inattesa e traumatica sebbene, a differenza del PGD, il PTSD preveda una risposta sintomatologica dettata da una minaccia nei confronti dell'integrità fisica propria o altrui, mentre nel PDG le risposte sintomatologiche sono relative al lutto, e quindi alla perdita, di una persona cara. Considerando poi le emozioni prevalenti appartenenti ai due disturbi si può notare come il PTSD si caratterizzi per l'alta concentrazione di paura e di stati di ansia, mentre, nel caso del PDG, l'esperienza luttuosa genera nell'individuo profondi stati di nostalgia e di tristezza. Anche i pensieri intrusivi, generati dalle due condizioni, sono da considerarsi differenti: nel caso del PTSD portano ad un'attivazione senza controllo delle emozioni negative citate precedentemente, mentre le intrusioni legate al lutto si caratterizzano per la correlazione con immagini positive e

confortanti, proprie della relazione tra individuo e defunto. Dal punto di vista comportamentale, infine, si possono individuare alcune differenze radicali: nel PTSD le dinamiche di evitamento sono incentrate principalmente sul rifuggire in maniera preventiva da ogni possibile ripetizione dell'evento traumatico (favorendo lo sviluppo e la pervasività dell'ansia anticipatoria); nel PDG, invece, queste dinamiche agiscono su quegli elementi che possono portare ad eventuali reminiscenze dolorose relative alla perdita subita.

Le principali differenze tra il disturbo depressivo maggiore e il PDG sono da individuare in due elementi:

- In entrambe le condizioni si trovano emozioni correlate a tristezza, senso di colpa e ruminazione. Nel caso della depressione, tuttavia, queste emozioni sono generalizzate e condizionano il funzionamento dell'individuo a livello più o meno generale; nel caso del PDG, invece, queste emozioni sono associate ed esperite solo in relazione alla figura della persona cara scomparsa.
- I desideri di natura suicidaria o autolesiva possono emergere negli individui affetti da entrambe le condizioni cliniche. La sostanziale differenza è da ricercare all'interno delle motivazioni sottese a tale desiderio: da una parte, nel caso di individui depressi, gli atti sono mossi da un generalizzato rifiuto per la vita, dall'altra, nel caso degli individui con PDG, questi atti sono la manifestazione di una forte volontà e un vero e proprio bisogno di riunificazione con la persona amata e ormai scomparsa. Un ulteriore aspetto clinico centrale per la diagnosi differenziale è da ricercarsi nel fatto che i soggetti con PDG, a differenza dei soggetti depressi, mostrano una compromissione decisamente più ridotta delle funzioni cognitive di base (vale a dire: capacità di attenzione, concentrazione e performance). Sebbene la quantità di studi neurobiologici in materia non sia molto elevata, gli studi disponibili sembrano confermare la natura differenziale dei due quadri clinici: considerando ad esempio i disturbi del sonno, la fase REM risulta compromessa unicamente nei soggetti depressi e non nei soggetti con PDG.
- Un altro disturbo di interesse è il disturbo dell'adattamento, definito nel DSM-IV come una "risposta psicologica a uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi". Nel DSM-5-TR, questa definizione è stata mantenuta, con l'accento sul fatto che i sintomi devono essere sproporzionati rispetto alla gravità o intensità del fattore stressante (American Psychiatric Association, 2022). Sebbene questo criterio sia parte dei parametri

necessari per la diagnosi del Disturbo da Lutto Prolungato (PGD), è importante notare che il disturbo dell'adattamento debba manifestarsi entro i primi 3 mesi dall'evento stressante, mentre per il PGD, secondo le linee guida del DSM-5-TR, la diagnosi è formulata solo dopo almeno 12 mesi dal lutto per gli adulti, e 6 mesi per i bambini e gli adolescenti. Questa differenza temporale è essenziale per evitare sovrapposizioni con reazioni di lutto considerate normali nei primi mesi successivi alla perdita. Un'ulteriore distinzione, altrettanto importante, sta nel fatto che, mentre nel PGD si esplicitano quelli che sono una serie di sintomi caratteristici e specifici, il disturbo dell'adattamento si configura come una categoria diagnostica che raggruppa tutte quelle che sono le "anomalie" che non sono in grado di soddisfare i criteri per un altro disturbo appartenente all'Asse I del DSM-IV (ora integrato nei disturbi mentali del DSM-5-TR). Questo rende il disturbo caratterizzato da un'ampia eterogeneità di sintomi, che possono includere umore depresso, ansia, alterazioni comportamentali o altre forme di disagio psicologico. Inoltre, il PDM-2 (Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition) aggiunge una prospettiva psicodinamica, suggerendo che le risposte di adattamento siano spesso collegate a vulnerabilità intrapsichiche preesistenti e al funzionamento della personalità dell'individuo (Lingiardi & McWilliams, 2017). Questo approccio riconosce la complessità delle reazioni agli eventi stressanti, che possono manifestarsi in modi non sempre categorizzabili secondo criteri diagnostici più rigidi.

## CAPITOLO SECONDO

### Fattori di rischio relativi al Disturbo da Lutto Prolungato

All'interno di questo secondo capitolo verranno trattati diversi costrutti psicologici che, in letteratura, vengono giudicati come sensibili per quanto riguarda la comparsa e l'evoluzione del disturbo da lutto prolungato. In particolare, all'interno del paragrafo 2.9, inerente alle conclusioni generali, si può osservare quelle che sono le condizioni più rischiose per lo sviluppo del disturbo analizzato per ogni costrutto indagato.

#### 2.1 Legami di attaccamento

La teoria dell'attaccamento di John Bowlby corrisponde a una delle più influenti nell'ambito della psicologia dello sviluppo. Questa teoria si pone l'obiettivo di esplorare le dinamiche relative al legame affettivo che si sviluppa tra il bambino e il suo caregiver che, solitamente, risulta essere la madre.

##### 2.1.1 Principi Fondamentali della Teoria dell'Attaccamento

1. **Base Sicura:** Bowlby ritiene che i caregiver debbano svolgere la funzione di base sicura per il proprio bambino. Questo compito viene assolto dal momento in cui essi assumono un comportamento disponibile e responsivo che possa permettere al bambino di sentirsi sicuro e protetto, facilitando l'esplorazione dell'ambiente circostante.
2. **Comportamenti di Attaccamento:** L'esistenza di comportamenti innati come il pianto, il sorridere e l'aggrapparsi sono da considerarsi come fondamentali per lo sviluppo e il mantenimento del contatto e della vicinanza con il caregiver, specialmente in condizioni di stress e di pericolo.
3. **Modello Operativo Interno (MOI):** Secondo Bowlby, le interazioni con il caregiver, portano alla costruzione dei "modelli operativi interni" o rappresentazioni mentali di sé stessi e degli altri da parte del bambino. I modelli che vanno a strutturarsi funzioneranno da modulatori delle aspettative e delle interazioni future nei successivi rapporti interpersonali. È fondamentale sottolineare come, questi modelli, non si configurino in maniera rigida e fissa



all'interno della struttura di personalità del bambino ma che si possano modificare attraverso l'esperienza di vita e i vissuti.

La teoria dell'attaccamento elaborata da Bowlby fornisce un quadro complessivo per comprendere le dinamiche dello sviluppo emotivo e sociale in funzione delle relazioni precoci. Queste relazioni pongono le basi per il funzionamento interpersonale e psicologico lungo l'intero arco della vita.

Successivamente, Mary Ainsworth sviluppò ulteriormente la teoria dell'attaccamento di Bowlby andando a identificare diversi tipi di attaccamento tra bambini e caregiver. Di seguito viene fornita una descrizione dei tipi di attaccamento, articolata in funzione delle diverse fasce d'età, con esempi concreti di comportamenti osservabili nella quotidianità.

#### *Attaccamento sicuro*

I bambini con un attaccamento sicuro si sentono a proprio agio nell'esplorare l'ambiente quando il caregiver è presente. Mostrano una chiara preferenza per il caregiver rispetto agli estranei e si affidano esclusivamente a lui quando ricercano conforto e sicurezza. Durante l'adolescenza mantengono il loro senso di agio nei confronti dell'esplorazione del mondo esterno poiché sono consapevoli di poter contare sul supporto e sulla guida dei loro caregiver di riferimento. Essi si sentono liberi di esprimere i propri sentimenti e pensieri senza sperimentare il timore di essere giudicati. Gli adulti manifestano una forte fiducia nelle proprie relazioni e si sentono confortati e supportati dai loro partner. Esprimono i loro bisogni in modo aperto e sono capaci di mantenere un equilibrio sano tra autonomia e vicinanza emotiva. Gli anziani con un attaccamento sicuro, infine, mantengono relazioni positive e stabili con i loro partner, familiari e amici. Si sentono supportati e amati, e sono capaci di affrontare le sfide dell'invecchiamento con fiducia e resilienza.

#### *Attaccamento Insicuro-Evitante*

I bambini nei quali si instaura un attaccamento di tipo insicuro evitante tendono a evitare il contatto fisico con il caregiver e non mostrano evidenti segni di preferenza per esso o per un estraneo. Durante l'adolescenza arrivano ad evitare la dipendenza emotiva in funzione della ricerca dell'indipendenza. Questo porta spesso al celare i propri sentimenti e al ritiro emotivo dagli altri. Gli adulti con questo specifico stile di attaccamento evitano la dipendenza emotiva sino a mostrare una forte resistenza nell'instaurare relazioni intime. L'esprimere bisogni emotivi li può mettere a disagio e, proprio per questo, prediligono la riservatezza. Durante

l'anzianità possono manifestare una certa resistenza nel cercare aiuto e supporto negli altri. Tendono a proteggere la propria autonomia e a evitare la dipendenza emotiva dagli altri.

#### *Attaccamento Insicuro-Ambivalente (o Resistente)*

I bambini con attaccamento ambivalente manifestano grande ansia e incertezza.

L'attaccamento al caregiver è molto stretto e sperimentano grande difficoltà nel sentirsi sicuri anche quando il caregiver è presente. Durante l'adolescenza, questa insicurezza si trasforma in un'oscillazione tra il desiderio di vicinanza emotiva e la paura del rifiuto o dell'abbandono. Si verificano, quindi, delle situazioni di grande difficoltà nello stabilire confini sani all'interno delle relazioni e si può sviluppare un'ipersensibilità ai cambiamenti nei comportamenti degli altri. Gli adulti manifestano una grande dipendenza emotiva e una paura costante di essere abbandonati: la difficoltà nello stabilire dei confini sani nei rapporti interpersonali può portare l'adulto a comportamenti possessivi e di gelosia. Durante l'anzianità, infine, gli individui caratterizzati da questo stile di attaccamento mostrano dipendenza emotiva nei confronti degli altri e, allo stesso tempo, manifestano una forte paura di essere abbandonati o trascurati presentando un comportamento altalenante e molto esigente nelle relazioni.

#### *Attaccamento Disorganizzato*

I bambini con stile di attaccamento disorganizzato esibiscono comportamenti contraddittori, disorientati o strani. Questo stile di attaccamento viene spesso associato a situazioni di abuso, maltrattamento, negligenza e trascuratezza da parte dei caregiver. Durante l'adolescenza si possono manifestare comportamenti inconsueti o contraddittori che spesso corrispondono con la difficoltà nel regolare le proprie emozioni e i propri comportamenti. Gli adulti, così come gli anziani, sono accompagnati da un senso di disorientamento all'interno delle relazioni che viene spesso manifestato attraverso una grande difficoltà nell'ambito della regolazione delle emozioni e la presentazione di un'immagine negativa di sé e degli altri.

## **2.2 Struttura di personalità**

I tratti di personalità influenzano profondamente come un individuo affronta il lutto e il rischio di sviluppare un disturbo da lutto prolungato (DLP). La descrizione della struttura di personalità può essere effettuata attraverso il modello dei Big Five. La strutturazione della personalità, secondo questo modello, si può considerare relativamente stabile nel tempo e può andare ad influenzare vari aspetti del comportamento umano.

1. *Nevroticismo*. Si riferisce alla tendenza dell'individuo a sperimentare emozioni negative come ansia, depressione e irritabilità. Punteggi bassi in questa categoria si traducono in stabilità emotiva e resilienza (McCrae & John, 1992). Un alto punteggio in questa dimensione mostra una vulnerabilità allo stress e alle critiche. È fortemente correlato, inoltre, ad una maggiore vulnerabilità al DLP poiché, le persone con alto nevroticismo, tendono a soffrire più intensamente e per maggior tempo, appoggiandosi a strategie di coping meno adattive, come la ruminazione (Eisma & Stroebe, 2017).
2. *Estroversione*. Riguarda la quantità di energia, la socialità e l'entusiasmo dell'individuo. Gli individui estroversi sono tipicamente socievoli e amano stare in compagnia di altri. Questo tratto può fungere da fattore protettivo dato che, gli estroversi, ottengono tipicamente un maggiore supporto sociale andando, in questa maniera, a ridurre l'intensità e la durata del lutto (John, Naumann, & Soto, 2008).
3. *Apertura all'esperienza*. Questa dimensione esprime la curiosità, l'immaginazione e la creatività di un individuo. La rilevazione di un alto punteggio in questa dimensione sottolinea che l'individuo tende ad essere avventuroso e aperto a nuove idee e culture. Un basso punteggio, invece, conferma l'individuo come abitudinario e meno interessato ad attività intellettuali o artistiche (McCrae & Costa, 1997). Lo sviluppo di questo specifico tratto facilita l'elaborazione del lutto attraverso la ricerca di nuovi significati e prospettive: l'individuo va incontro ad una crescita post-traumatica e ad un aumento della flessibilità del suo adattamento (Tedeschi & Calhoun, 2004).
4. *Amicalità*. Questa dimensione raccoglie in sé il grado di altruismo, la fiducia e la cooperazione dell'individuo. Un alto punteggio sottolinea l'esistenza all'interno dell'individuo di una buona capacità empatica e una predisposizione alla collaborazione. Un basso punteggio, invece, connota gli individui caratterizzati da atteggiamenti scettici, competitivi e poco inclini al compromesso (Graziano & Eisenberg, 1997). L'amicalità offre importanti vantaggi nella gestione del lutto: le persone amichevoli tendono a dare e ricevere un supporto emotivo maggiore rispetto a chi presenta bassi punteggi nella stessa dimensione. Proprio questo facilita l'elaborazione e la condivisione dell'esperienza di lutto (John, Naumann, & Soto, 2008).
5. *Coscienziosità*. Misura il grado di autodisciplina, orientamento al successo e organizzazione. Gli individui con alti punteggi risultano essere affidabili, diligenti e puntuali. Mostrano spiccate capacità organizzative e di pianificazione per il completamento dei compiti. Bassi punteggi nella dimensione possono essere misurati

in individui più impulsivi e caratterizzati da una minore preoccupazione per i dettagli (John & Srivastava, 1999). Per quanto riguarda le ricadute sullo sviluppo del DLP, gli individui con alta coscienziosità saranno in grado di gestire in maniera più strutturata e proattiva il lutto, si appoggeranno a strategie di coping organizzate e potranno ricercare la stabilità mediante il mantenimento della loro routine (Litz et al., 2014).

L'interazione tra questi tratti può andare a creare dei profili di rischio o protettivi complessi. Ad esempio, un individuo con alto nevroticismo, ma anche alta coscienziosità, potrebbe mitigare parte della sua sofferenza emotiva grazie a strategie di coping strutturate. Al contrario, una persona con basso livello di estroversione e alto neuroticismo potrebbe essere particolarmente vulnerabile, poiché l'elevata sofferenza emotiva combinata con un limitato supporto sociale può aumentare il rischio di sviluppare un DLP (Bonanno, 2004).

Comprendere queste interazioni permette di personalizzare gli interventi terapeutici, mirando a rafforzare i tratti di protezione e a mitigare quelli di rischio.

### **2.3 Ruolo di genere**

Per introdurre il legame tra stereotipi di genere, lutto e disturbo da lutto prolungato, è utile comprendere le teorie psicologiche che spiegano perché le persone tendano a conformarsi agli stereotipi di genere:

#### **a. Teoria del Ruolo Sociale (Alice Eagly):**

- Questa teoria sottolinea che le differenti aspettative e i ruoli assegnati a ciascun genere, all'interno della società, siano la causa delle differenze comportamentali tra uomini e donne. Per quanto riguarda l'esperienza del lutto, in base a questa teoria, gli uomini potrebbero sentirsi obbligati a mostrare stoicismo e forza, le donne, invece, potrebbero sentirsi maggiormente spinte a mostrare apertamente il loro dolore (Illume Editorial Team, 2023)

#### **b. Teoria della Identità Sociale (Henri Tajfel e John Turner):**

- In base a questa teoria, gli individui, attraverso un processo di categorizzazione di sé e degli altri in funzione di gruppi sociali, sviluppano un senso di identità basato sull'apparenza a questi specifici gruppi. Gli stereotipi di genere, data questa specifica dinamica, svolgono una funzione fondamentale per quanto riguarda l'identità sociale degli individui. In particolare, influenzano come si vedono e come si comportano in funzione della conformazione alle

aspettative del proprio gruppo sociale. Questo ricade inevitabilmente anche sui comportamenti relativi all'esperienza del lutto (Illume Editorial Team, 2023).

Gli stereotipi di genere giocano un ruolo significativo nell'espressione delle emozioni durante il lutto, influenzando profondamente il modo in cui uomini e donne percepiscono e comunicano il proprio dolore. Questi stereotipi possono contribuire a una pressione sociale che porta gli individui a conformarsi a determinati comportamenti emotivi considerati accettabili per il proprio genere, influenzando anche la possibilità di sviluppare un disturbo da lutto prolungato (Bem, 1981; Illume Editorial Team, 2023).

Emozioni maschili e femminili nel lutto:

- Uomini: Gli uomini, nella cultura tradizionale, sono spesso mossi a mostrare forza e stoicismo poiché, per via delle aspettative sociali diffuse, tratti di vulnerabilità o tristezza sono considerati segni di debolezza. Questo contesto porta spesso gli uomini a reprimere le proprie emozioni, evitando l'aperta espressione del proprio dolore in maniera tale da cercare di mantenere un comportamento riservato che, talvolta, può risultare anche distaccato. La tendenza al mascheramento del dolore può significare che gli uomini ricevano un basso supporto sociale, poiché amici e familiari potrebbero non riconoscere la gravità del loro dolore. Inoltre, a causa delle norme sociali che disincentivano l'espressione del dolore, gli uomini potrebbero essere meno propensi a cercare un appoggio professionale per la gestione del periodo di lutto. L'isolamento che consegue da queste condizioni può contribuire, in maniera rilevante, al prolungamento del lutto e portare alla strutturazione del disturbo da lutto non risolto e prolungato.
- Donne: Dalle donne, generalmente considerate più emotive ed aperte nell'espressione dei propri sentimenti, ci si aspetta il pianto e una maggiore condivisione delle proprie emozioni dato che, per via dell'influenza derivante dalle norme sociali, la loro espressione del dolore è vista come normale ed accettabile. Nonostante ricevano un maggiore supporto sociale, esse possono sentirsi sopraffatte dalle aspettative sociali che le spingono a dover essere apertamente addolorate, questo può arrivare a complicare in maniera rilevante il processo di rielaborazione. Inoltre, sebbene l'accesso a risorse di sostegno come gruppi di supporto e terapie sia facilitato, potrebbero subire le pressioni provenienti dai loro ruoli di caregiving che le

costringono spesso a mettere da parte il proprio dolore per prendersi cura di coloro che hanno attorno, andando a rallentare il loro processo.

In conclusione, la pressione proveniente dagli stereotipi e dalle norme sociali può condizionare profondamente le modalità con cui le persone vivono ed esprimono il lutto. Questo può portare a significative implicazioni per il benessere emotivo ed aumentare il rischio di disturbo da lutto prolungato. Per supportare chi è in lutto ad un'elaborazione sana del dolore è fondamentale riconoscere ed affrontare le pressioni relative a questi stereotipi.

## **2.4 Locus of Control e stili di attribuzione di significato**

Il disturbo da lutto prolungato (Prolonged Grief Disorder, PGD) rappresenta una risposta patologica a una perdita significativa, caratterizzata da una sofferenza persistente e dall'incapacità di accettare la perdita. Recenti studi hanno evidenziato l'influenza del locus of control e degli stili di attribuzione di significato sull'insorgenza del PGD, fornendo nuove prospettive sulle variabili psicologiche che possono predisporre alcuni individui a sviluppare la suddetta patologia (Bonanno & Kaltman, 2001; Shear & Shair, 2005).

### **2.4.1 Definizione di Locus of control**

Il concetto di locus of control venne introdotto da Julian B. Rotter nel 1966 e si riferisce alla percezione dell'individuo riguardo alle cause degli eventi della propria vita. In particolare, secondo Rotter (1966), esistono due tipologie principali di locus of control:

- Locus of Control Interno: Le persone con un locus of control interno credono che i risultati della loro vita dipendano principalmente dalle proprie azioni e decisioni
- Locus of Control Esterno: Le persone con questa specifica tipologia di locus of control attribuiscono i risultati della propria vita a fattori esterni come, ad esempio, il destino, la fortuna o l'intervento di altre persone

### **2.4.2 Locus of Control e PGD**

La letteratura recente afferma che il locus of control svolge un ruolo centrale nel determinare come gli individui affrontino il lutto. In particolare, coloro che possiedono un locus of control esterno risultano essere maggiormente predisposti a sviluppare il disturbo da lutto prolungato.

Questa vulnerabilità si struttura a partire dalla loro percezione di impotenza e mancanza di controllo, che può intensificare il dolore e i vissuti di sofferenza correlati alla perdita (Hudson et al., 2011; Lundorff et al., 2017). Al contrario, individui caratterizzati da locus of control interno, tendono ad utilizzare strategie di coping più funzionali ed efficienti. L'utilizzo di queste strategie è supportato dal maggior controllo sulle proprie emozioni che permette, in particolar modo, una migliore gestione del dolore. È proprio la percezione di controllo che può andare a mitigare la gravità dei sintomi del PGD, favorendo un miglior adattamento psicologico e una maggior resilienza (Szuhany et al., 2021).

#### 2.4.3 Stili di Attribuzione di Significato

Gli stili di attribuzione di significato si riferiscono ai modi in cui le persone interpretano e danno significato agli eventi della loro vita, in particolare alle esperienze di perdita e lutto. Questi stili influenzano profondamente il modo in cui le persone affrontano il dolore e il successivo processo di guarigione. Tale concetto è stato introdotto per la prima volta da Bernard Weiner all'interno del modello di attribuzione causale. Il modello esplora i metodi, utilizzati dagli individui, per la spiegazione degli eventi attraverso tre dimensioni principali: locus (interno o esterno), stabilità (stabile o instabile), controllabilità (Weiner, 1972). La stabilità e la controllabilità occupano un ruolo centrale nel processo di lutto. Difatti, uno stile di attribuzione stabile, che porta a riconoscere le cause della perdita come immutabili, può contribuire alla formazione di sensazioni di disperazione e di fatalismo, fortemente associati al rischio di sviluppare disturbo da lutto prolungato (Boelen et al., 2006). Le persone che vedono la loro perdita come un evento che non può essere modificato né superato possono rimanere bloccate in un ciclo di dolore senza poter trovare una via di uscita. Uno stile di attribuzione instabile, invece, porta l'individuo a vedere le cause come temporanee e sensibili al cambiamento. Questa condizione può portare a promuovere una maggiore resilienza e un migliore adattamento andando a diminuire il rischio di sviluppare disturbi correlati al lutto (Bonanno et al., 2002).

La dimensione della controllabilità, infine, si riferisce alla misura in cui una persona crede di poter controllare o influenzare le cause di un evento (Weiner, 1972). In particolare, per quanto riguarda il rischio di sviluppare il disturbo da lutto prolungato (PGD), la percezione della controllabilità ha implicazioni molto significative. Quando una persona percepisce la perdita come incontrollabile, può essere pervasa da un senso di impotenza che ostacola l'elaborazione

del lutto e favorisce lo sviluppo e il mantenimento dei sintomi correlati al PGD (Shear, 2015). La condizione di controllabilità esterna, quindi, porta l'individuo a sostenere che gli eventi siano determinati da fattori esterni come, ad esempio, il comportamento degli altri, il destino e, in generale, da cause fuori dal proprio controllo. Proprio per questo, l'individuo potrebbe sentirsi passivizzato e rassegnato credendo che le sue azioni abbiano un impatto limitato sugli esiti degli eventi (Weiner, 1972). Al contrario, la controllabilità interna si riferisce alla percezione che l'individuo ha di influenzare direttamente gli eventi attraverso le proprie azioni e decisioni. Quando l'individuo percepisce di possedere un alto tasso di controllabilità interna tende a sentirsi più in grado di affrontare sfide e nuove situazioni (Weiner, 1972). La condizione appena descritta porta ad avvertire un controllo sulla propria reazione al lutto, facilitando un migliore adattamento e riducendo il rischio di sviluppare i sintomi correlati al PGD. Nonostante questo, la condizione di controllabilità interna, può rappresentare un fattore di rischio vero e proprio in alcuni casi. La percezione di controllo sugli eventi, laddove si vive un lutto, può portare la persona ad una dura colpevolizzazione per la morte del proprio caro. Le possibili rimuginazioni dell'individuo su ciò che si sarebbe potuto fare diversamente possono ostacolare il normale processo di elaborazione del lutto e portare ad un aumento del rischio di PGD (Boelen et al., 2006).

#### 2.4.4 Studi Empirici

Uno studio condotto da Hudson et al. (2011) ha evidenziato che i caregiver di pazienti oncologici con un locus of control esterno e stili di attribuzione negativi presentavano un rischio maggiore di sviluppare sintomi di lutto complicato e prolungato. Questo risultato è supportato anche da Lundorff et al. (2017) che, in una metanalisi, hanno rilevato una correlazione significativa tra locus of control esterno, stili di attribuzione di significato negativi e PGD. Queste condizioni strutturano un quadro di vulnerabilità al PGD che può essere spiegato dal senso di impotenza e mancanza di controllo che può portare ad intensificare il dolore e la sofferenza conseguenti alla perdita mostrando una maggiore intensità e durata dei sintomi associati al PGD (Hudson et al., 2011; Lundorff et al., 2017). Inoltre, Szuhany et al. (2021) hanno esaminato il corso del disturbo da lutto prolungato, sottolineando l'importanza del locus of control e degli stili di attribuzione di significato come fattori determinanti nella prognosi e nel trattamento di questa condizione. La loro ricerca suggerisce che interventi mirati a modificare il locus of control da esterno a interno e a



promuovere stili di attribuzione positivi potrebbero essere utili nel ridurre i sintomi del PGD in funzione dell'adozione di strategie di coping più efficaci e funzionali alla gestione del dolore.

## **2.5 Strategie di coping**

L'utilizzo di strategie di coping disfunzionali costituisce un significativo fattore di rischio per l'insorgenza e il mantenimento del disturbo da lutto prolungato. Quando si parla di strategie di coping, ci si riferisce ai metodi utilizzati dagli individui per la gestione dello stress e delle emozioni negative. In particolare, quando le strategie messe in atto dagli individui risultano essere inefficaci o dannose, possono ostacolare il processo fisiologico di elaborazione del lutto andando a contribuire alla cronicizzazione del dolore e dell'angoscia correlati alla perdita.

Una delle strategie di coping più frequentemente riscontrata è l'evitamento. Gli individui che utilizzano questa strategia tendono ad ignorare o evitare pensieri, ricordi e gran parte delle situazioni associate alla persona cara scomparsa. I comportamenti tipici di questi individui hanno a che fare con l'evitamento di luoghi o attività che ricordano il defunto o il rifiuto di parlare della propria perdita. La letteratura evidenzia che l'uso pervasivo di questa strategia di coping disfunzionale, impedisce l'elaborazione corretta del lutto poiché, creando un blocco emotivo, può prolungare il dolore e intensificare i sintomi del PGD (Eisma & Stroebe, 2015).

La ruminazione, altra strategia di coping disfunzionale ampiamente diffusa, è caratterizzata da un ripensamento ossessivo degli eventi negativi e dei sentimenti dolorosi. L'utilizzo ripetuto di questa strategia porta l'individuo in lutto a soffermarsi su come si sarebbe potuta evitare la perdita e al rimuginare sui "se solo avessi fatto" qualcosa di diverso. Questa condizione origina uno stato di angoscia e dolore che impedisce di avanzare nel processo di elaborazione del lutto.

Una delle strategie di coping disfunzionali più pericolosa è l'abuso di sostanze. L'utilizzo di questa strategia porta gli individui all'uso di alcol, droghe o altre sostanze per intorpidire il dolore emotivo. L'abuso di sostanze può intensificare i sintomi depressivi e ansiosi, andando ad interferire con il processo naturale di elaborazione del lutto e causando ulteriori problemi di salute mentale e fisica.

Mediante l'isolamento, altra strategia di coping disfunzionale, le persone si isolano dagli altri arrivando a rifiutare il supporto sociale. Evitando famigliari e amici, gli individui che ricorrono a questa strategia, fanno venire meno il supporto sociale ed emotivo a loro disponibile. La letteratura asserisce che la presenza di questo supporto risulta essere fondamentale per superare la perdita e, perdendo proprio questo tipo di sostegno, possono aumentare i sentimenti di solitudine e disperazione che corrispondono a vissuti importanti per la comparsa del PGD (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Un'ulteriore strategia disfunzionale si può ritrovare nella negazione della realtà della perdita, osservabile nei soggetti con PGD. Questi individui possono comportarsi come se la persona deceduta fosse ancora presente, mantenendo intatti i loro effetti personali senza accettare la scomparsa. La negazione porta al prolungamento del processo di elaborazione del lutto e all'aumento dell'intensità del dolore.

Alcuni individui, di fronte alla perdita, si avvalgono di comportamenti autodistruttivi come strategia per affrontare il dolore come, ad esempio, l'autolesionismo e, più in generale, comportamenti rischiosi o negligenti per la propria salute. Tali comportamenti portano ad un peggioramento dello stato mentale e fisico degli individui ed impediscono, in maniera radicale, una risoluzione sana del lutto.

Le distorsioni cognitive, che includono pensieri irrazionali o disfunzionali riguardo il lutto e la perdita, vengono spesso utilizzate come strategia di coping. Il rifugio all'interno di queste strategie può portare ad una diminuzione drastica della capacità di adattarsi alla perdita, portando gli individui a convincersi che non ci sia alcun modo per sentirsi meglio o che non si possa mai superare il dolore della scomparsa. Questo porta ad alimentare e a rendere pervasivo uno stato di disperazione e di impotenza (Boelen, 2006).

In sintesi, le strategie di coping disfunzionali mantengono attivi i sintomi del lutto prolungato e impediscono un'elaborazione sana della perdita. Interventi terapeutici mirati, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), possono aiutare le persone a sviluppare strategie di coping più funzionali, favorendo un adattamento migliore alla perdita e riducendo il rischio di sviluppare un PGD.

## **2.6 Fattori Demografici: Sesso e Età**

La letteratura sottolinea che sesso ed età possono conformarsi come fattori di rischio significativi per l'insorgenza del Disturbo da Lutto Prolungato (PGD). Le donne, per via della maggiore tendenza all'espressione delle emozioni, possono arrivare ad esperienze di lutto più intense. Questo renderebbe il genere femminile maggiormente vulnerabile dal punto di vista del rischio di sviluppare PGD (Lundorff et al., 2017). Tuttavia, questa tendenza non risulta essere universale, ma può variare in funzione del contesto culturale di appartenenza. Ad esempio, in alcune culture, gli uomini possono essere più a rischio per via delle aspettative sociali che scoraggiano l'espressione del dolore a fronte della promozione della resilienza esteriore (Chukwuorji et al., 2018). L'età avanzata, inoltre, risulta essere un altro importante fattore di rischio poiché, gli anziani, che spesso affrontano la perdita di coniugi e amici, possono ritrovarsi in una condizione di carenza di risorse psicologiche e sociali necessarie per affrontare il lutto, aumentando la vulnerabilità al PGD (Gilbar & Ben-Zur, 2002).

## **2.7 Disuguaglianze Socioeconomiche e Razziali**

Un ulteriore fattore di rischio critico per quanto riguarda lo sviluppo del PGD è da ricercarsi nelle disuguaglianze socioeconomiche e razziali. Le minoranze etniche o i gruppi socioeconomicamente svantaggiati sono esposti ad una serie di stressor aggiuntivi che possono portare ad una complicazione significativa del processo di lutto. La mancanza di assistenza sanitaria, l'accesso limitato alle risorse e le discriminazioni strutturali possono amplificare il dolore del lutto e contribuire allo sviluppo del PGD (Chukwuorji et al., 2018). In particolare, sempre in questo articolo, Chukwuorji et al. (2018), si concentrano maggiormente ad analizzare le culture non occidentali sottolineando come le discriminazioni strutturali, inscritte all'interno di istituzioni e strutture sociali, producono un sistema di ingiustizie e disuguaglianze che generano un'influenza molto significativa all'interno della vita delle persone. Queste influenze, infatti, possono avere ripercussioni anche in relazione al PGD in quanto, fattori come la povertà, il supporto psicologico carente e la scarsa presenza di risorse sanitarie portano ad un'intensificazione delle reazioni del lutto con conseguente aumento della difficoltà, da parte degli individui in lutto, di elaborare in maniera sana la propria perdita. Inoltre, i fattori di discriminazione strutturale, basati principalmente su disuguaglianze di genere e di appartenenza etnica o di classe, portano gli individui ad isolarsi dalla società discriminante trovandosi in una condizione di privazione rispetto al sostegno

necessario. Le esperienze di perdita all'interno di questi gruppi, quindi, vengono spesso aggravate dalla mancanza di supporto sociale o di riconoscimento. Questa condizione può portare a un senso di isolamento e di impotenza che favorisce il rischio di PGD (Cambridge Prisms, 2023).

## **2.8 Natura della Perdita e Traumi Precedenti**

La vulnerabilità all'insorgenza del PGD viene influenzata anche dalle esperienze traumatiche e dalla natura delle perdite precedenti. Quando queste risultano essere improvvise o violente, come quelle causate da incidenti o atti violenti, possono essere associate ad un rischio maggiore di PGD rispetto alle perdite anticipate. Si può affermare quindi che, una minore disponibilità di tempo per l'adattamento psicologico alla perdita corrisponde ad una risposta emotiva più intensa (Simon et al., 2005). Questo rischio, inoltre, viene ulteriormente amplificato se l'individuo ha vissuto un trauma significativo in precedenza, come abusi o violenze. Queste tipologie di esperienze possono contribuire significativamente a rendere il lutto particolarmente complesso, portando ad una maggiore vulnerabilità al lutto prolungato e patologico (Heeke et al., 2017).

## **2.9 Conclusioni generali**

In conclusione, il rischio di sviluppare un disturbo da lutto prolungato (PGD) è influenzato da una varietà di fattori psicologici.

Per quanto riguarda i legami di attaccamento, i soggetti con un attaccamento insicuro-evitante o insicuro-ambivalente tendono ad utilizzare processi disfunzionali per l'elaborazione del lutto. In particolare, gli individui con un attaccamento insicuro-evitante tendono ad evitare la dipendenza emotiva e a nascondere i propri sentimenti, mentre quelli con un attaccamento insicuro-ambivalente mostrano una grande ansia e difficoltà a sentirsi sicuri, anche quando il caregiver è presente. Questi stili di attaccamento, uniti all'età avanzata e al sesso femminile, possono impedire un'elaborazione sana del lutto, aumentando il rischio di sviluppare un PGD. Più critica risulta essere la condizione di coloro che presentano un attaccamento disorganizzato, caratterizzato da comportamenti contraddittori e disorientati, spesso associati a maltrattamenti o negligenza, che può portare a gravi difficoltà nel regolare le proprie emozioni e i propri comportamenti.

In termini di strutturazione di personalità, un alto livello di nevroticismo rappresenta un significativo fattore di rischio per il PGD poiché, le persone nevrotiche, si caratterizzano per vissuti di sofferenza molto intensi. Proprio per questo possono arrivare ad utilizzare strategie di coping meno adattive come, ad esempio, la ruminazione. Al contrario, l'estroversione, l'apertura all'esperienza, l'amicalità e la coscienziosità possono fungere da fattori protettivi, contribuendo ad attivare un supporto sociale maggiore e strategie di coping più efficaci. Tuttavia, le disuguaglianze socioeconomiche e razziali, possono complicare ulteriormente il processo di lutto, aggravando il quadro complessivo ed aumentando il rischio di sviluppare un PGD.

Per quanto riguarda i ruoli di genere, gli stereotipi di genere possono influenzare profondamente il modo in cui uomini e donne affrontano il lutto. Gli uomini, spesso incoraggiati a mostrare forza e stoicismo, possono reprimere le proprie emozioni e isolarsi, aumentando il rischio di sviluppare un PGD. D'altra parte, sebbene le donne siano generalmente considerate più emotive e ricevano maggiore supporto sociale, possono sentirsi sopraffatte dalle aspettative di dover essere apertamente addolorate e possono essere sollecitate a mettere da parte il proprio dolore per prendersi cura degli altri, rallentando così il loro processo di elaborazione.

Il locus of control, inoltre, costituisce un ulteriore fattore cruciale quando si tratta il PGD. Gli individui con un locus of control esterno, che attribuiscono i risultati delle proprie azioni a fattori esterni, sono più predisposti a sviluppare il PGD a causa della loro percezione di impotenza. Al contrario, un locus of control interno può portare l'individuo a favorire l'uso di strategie di coping più efficaci ed a una maggiore resilienza. Oltre a questo, è necessario sottolineare che un evento traumatico o una perdita improvvisa possono intensificare la percezione di mancanza di controllo e peggiorare le conseguenze psicologiche del lutto.

Gli stili di attribuzione di significato negativi, che portano gli individui a interpretare gli eventi in maniera pessimistica e fuori dal proprio controllo, aumentano il rischio di PGD. Le persone che attribuiscono la causa della loro sofferenza a fattori esterni e incontrollabili sperimentano una maggiore intensità e durata dei sintomi del lutto prolungato.

Infine, le strategie di coping disfunzionali costituiscono un significativo fattore di rischio. L'evitamento, la ruminazione, l'abuso di sostanze, l'isolamento sociale, la negazione della realtà della perdita, i comportamenti autodistruttivi e le distorsioni cognitive rischiano di mantenere attivi i sintomi del lutto prolungato e impediscono un'elaborazione sana della

perdita. Anche la natura della perdita, specialmente se improvvisa o violenta, può contribuire ad un processo di lutto complicato, aumentando significativamente il rischio di PGD.

## **CAPITOLO TERZO**

### **Fattori Protettivi rispetto al Disturbo da Lutto Prolungato**

Il disturbo da lutto prolungato (DLP) è una condizione psicopatologica caratterizzata da sintomi persistenti e debilitanti di dolore e tristezza, che seguono la perdita di una persona cara. Nonostante il riconoscimento crescente all'interno dei manuali diagnostici delle sue caratteristiche distintive, come indicato nel DSM-5TR e nell'ICD-11, vi è una relativa limitatezza di ricerche sui fattori protettivi che possono mitigare l'insorgenza e la gravità del DLP. Questo capitolo esplora in dettaglio i principali fattori protettivi verso un possibile sviluppo di DLP, con particolare attenzione ai legami di attaccamento sicuri, alla strutturazione della personalità, al ruolo di genere, e alla percezione di un locus of control interno. L'analisi si basa su una revisione critica della letteratura esistente, integrando evidenze teoriche ed empiriche per delineare come questi fattori possano contribuire a un processo di lutto più adattivo e resiliente.

#### **3.1 Principali fattori protettivi**

I fattori protettivi verso l'insorgenza del disturbo da lutto prolungato (PGD) può essere trattata considerando una serie di dimensioni che agiscono su diversi livelli di vita dell'individuo. Proprio questi fattori sono in grado di ostacolare, in maniera molto efficace, l'insorgenza del PGD, andando a limitare quelli che corrispondono ai fattori di rischio identificati nel precedente capitolo, promuovendo un'elaborazione sana del lutto.

Stroebe e Schut nel 1999 identificarono due principali categorie di fattori protettivi rispetto al PGD, le risorse personali e le risorse sociali. Queste prime, che comprendono stile di attaccamento sicuro, locus of control interno ed elevata autostima, risultano essenziali poiché in grado di facilitare una maggiore capacità di affrontare e gestire il dolore relativo alla perdita di un caro. Le risorse sociali, invece, includono all'interno della loro categoria la qualità delle relazioni interpersonali e la presenza di un contesto sociale supportivo. Questi elementi risultano fondamentali per la creazione e lo strutturarsi di un ambiente relazionale sicuro dove l'individuo si senta libero di esprimere il proprio dolore e possa ricevere il sostegno emotivo necessario per superare le sensazioni di isolamento sociale. Inoltre, essendo il sostegno sociale di fondamentale importanza, è bene specificare l'esistenza di due tipologie

differenti: il supporto sociale formale e quello informale. Il supporto di natura formale include interventi di professionisti della salute mentale atti a fornire strategie e tecniche per la gestione del lutto. Il supporto sociale informale, invece, proviene principalmente da familiari e amici e offre il sostegno emotivo e pratico fondamentale per affrontare le situazioni di vita quotidiane (Bonanno, 2004).

Oltre a questi elementi, molto efficace nella protezione verso lo sviluppo del PGD è il ruolo della promozione della resilienza. Questa, infatti, si definisce proprio come la capacità di affrontare traumi, superarli e trarne benefici in funzione di una crescita personale, giocando un ruolo centrale nell'elaborazione sana del lutto. Inoltre, la promozione di maggiore consapevolezza e coinvolgimento, anche precoce, per quanto riguarda il tema del lutto può prevenire proprio il rischio di PGD (Peirone, 2020). L'approccio preventivo, di stampo educativo, appena citato può contribuire in maniera significativa all'elaborazione e all'accettazione del proprio lutto poiché è in grado di fornire strumenti molto utili nell'affrontare il doloroso percorso del lutto (come meglio approfondito nel paragrafo 2.5). Proprio per questo, l'implementazione di progetti di intervento educativi riguardanti il lutto, all'interno di scuole e degli ambienti di lavoro, può rappresentare un significativo passo avanti nella prevenzione del PGD. Questi programmi precoci possono includere elementi come workshop, risorse informatiche e gruppi di supporto per guidare le persone verso una maggiore comprensione del lutto e ad una gestione proattiva del processo di elaborazione (Worden, 2009).

### **3.1.1 Legami di Attaccamento**

L'attaccamento sicuro è considerato un fattore protettivo fondamentale, poiché rappresenta una base sicura da cui è possibile esplorare nuove esperienze e affrontare con successo situazioni stressanti. Studi longitudinali, come quelli condotti da Bonanno et al. (2002), hanno dimostrato che individui con attaccamenti sicuri mostrano una maggiore resilienza e una migliore adattabilità nel tempo dopo una perdita significativa. La teoria dell'attaccamento di John Bowlby sottolinea come i legami sicuri durante l'infanzia possano influenzare positivamente la capacità di affrontare il lutto in età adulta (Bowlby, 1980). Inoltre, le ricerche di Mary Ainsworth hanno evidenziato come i modelli di attaccamento sicuro promuovano una maggiore competenza emotiva e sociale, essenziali per il coping efficace durante il lutto (Ainsworth, 1989).



### **3.1.2 Strutturazione di Personalità**

La personalità rappresenta un altro importante fattore protettivo. Indagini recenti hanno evidenziato che tratti come l'ottimismo, l'autostima elevata e la resilienza sono correlati a una migliore capacità di gestire il lutto. Il modello dei Big Five della personalità, che include i tratti di apertura mentale, coscienziosità, estroversione, gradevolezza e stabilità emotiva (nevroticismo), offre un quadro completo per comprendere come vari tratti influenzino il coping con il lutto. Ad esempio, alta stabilità emotiva e alta coscienziosità sono stati associati a una maggiore capacità di gestire lo stress e a una riduzione del rischio di sviluppare sintomi di DLP (Costa & McCrae, 1992). Lo studio di Bonanno (2004) suggerisce che un'alta estroversione può facilitare il supporto sociale, mentre un basso nevroticismo riduce il rischio di reazioni emotive disadattive. L'apertura all'esperienza, inoltre, facilita l'elaborazione del lutto attraverso l'esplorazione di nuovi significati e prospettive, permettendo di integrare la perdita in un contesto di crescita personale. L'amicalità promuove il supporto reciproco, fondamentale per un'elaborazione condivisa del dolore. Infine, la coscienziosità permette una gestione strutturata e proattiva del lutto, offrendo un senso di stabilità e controllo.

### **3.1.2 Ruolo di Genere**

Il ruolo di genere può influenzare significativamente l'elaborazione del lutto. Le donne tendono a cercare maggiormente supporto sociale rispetto agli uomini, il che può rappresentare un vantaggio nel processo di lutto. Studi empirici hanno mostrato che le donne, più frequentemente degli uomini, partecipano a gruppi di supporto e utilizzano reti sociali per condividere il proprio dolore, facilitando così un'elaborazione più sana del lutto (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Le aspettative sociali e culturali, che spesso vedono le donne come più emotive e gli uomini come più riservati, influenzano questi comportamenti. La ricerca di Doka (2002) ha esplorato come gli uomini possano essere meno propensi a esprimere apertamente il loro dolore, preferendo modalità di coping più strumentali o distrattive, che possono influire negativamente sul processo di lutto. Queste strategie di coping corrispondono ad approcci pratici orientati all'azione con i quali gli uomini preferiscono affrontare il processo di elaborazione del lutto. Doka (2002) sottolinea come, con lo scopo di "distrarsi" dal dolore emotivo correlato alla perdita, gli uomini attuino una serie di comportamenti che

includono attività concrete come, ad esempio, fare sport, impegnarsi in progetti e aumentare la concentrazione sul lavoro. Gli uomini, quindi, preferiscono gestire la sofferenza attraverso una serie di azioni che li aiutino a percepire un senso di controllo sulla situazione, questo permette loro di non esprimere verbalmente ed emotivamente il lutto offrendo, seppur per un breve periodo, la possibilità di ritardare l'elaborazione emotiva della perdita a fronte, però, di effetti negativi sul lungo periodo.

### **3.1.4 Locus of Control e Stili di Attribuzione di Significato**

Un locus of control interno e stili di attribuzione di significato positivi sono altri fattori protettivi significativi. Le persone che credono di avere il controllo sulle proprie vite tendono a gestire meglio le situazioni di stress e lutto. La teoria del locus of control di Julian Rotter suggerisce che gli individui con un locus of control interno, che percepiscono di avere un controllo significativo sugli eventi della loro vita, sono più propensi a utilizzare strategie di coping efficaci (Rotter, 1966). Lo studio di Davis, Nolen-Hoeksema, e Larson condotto nel 1998 ha dimostrato che un locus of control interno è associato a una riduzione dei sintomi depressivi post-lutto. Inoltre, uno stile di attribuzione positivo, in cui gli individui vedono le esperienze negative come specifiche, temporanee e non indicative del proprio valore globale, è correlato a una maggiore resilienza e a una migliore salute mentale generale (Seligman, 1991).

### **3.1.5 Strategie di Coping**

Utilizzare strategie di coping adattive è essenziale per affrontare il lutto in modo efficace. Strategie come la mindfulness, la meditazione e l'attività fisica regolare possono ridurre lo stress e migliorare il benessere emotivo (Tedeschi & Calhoun, 2004). Un forte supporto sociale, infine, è cruciale per mitigare l'impatto del lutto. Le reti di supporto sociale, come i gruppi di supporto per il lutto e le community online, offrono un contesto in cui condividere esperienze e trovare conforto reciproco.

## **3.2 Ulteriori Fattori Protettivi**

### **3.2.1 Supporto Sociale**

Una rete di supporto percepita come solida e ampia e composta, quindi, da familiari, amici e dalla comunità, può fornire un sostegno emotivo e pratico durante il periodo di lutto. All'interno di questa rete, la qualità delle relazioni è determinante per il benessere psicologico durante il lutto poiché, le dinamiche che si instaurano dentro esse rappresentano un importante fattore di prevenzione allo sviluppo del PGD (Walsh, 2006). Inoltre, con l'avvento delle nuove tecnologie, le reti di supporto online possono costituire un'importante risorsa per coloro che, ricercando aiuto al di fuori degli ambienti tradizionali, possono trovare negli ambienti digitali degli spazi di ascolto e condivisione empatici ed efficaci nell'abbattimento delle sensazioni di isolamento sociale, fattore di rischio importante per il PGD. Una delle possibilità attuabili, sia online che di persona, è la partecipazione a gruppi di supporto specifici per il lutto. All'interno di questi viene offerto un contesto sicuro in cui la condivisione di esperienze simili genera sostegno e fa in modo che i membri si sentano meno soli nell'affrontare il periodo del lutto. I gruppi di supporto, infatti, sono degli efficaci facilitatori dell'espressione dei sentimenti, elemento fondamentale per l'elaborazione efficace e adattiva della propria perdita (Stroebe & Schut, 1999). In questa ottica, i programmi di Mentoring svolgono l'importante funzione di accompagnare, principalmente i minori, nel processo di gestione del lutto. Ad esempio, programmi come "*Big Brothers Big Sisters*" si impegnano ad offrire sostegno emotivo e ad incoraggiare i bambini a sviluppare strategie di coping adattive centrate su attività sociali positive. Contestualmente, gli esempi di piattaforme online che svolgono attività simili sono numerosi. Uno tra tutti, "*What's Your Grief*" che, offrendo articoli informativi e risorse digitali di vario tipo, si occupa di gestire uno spazio di discussione aperto ed attento per chiunque stia affrontando un lutto.

### **3.2.2 Fattori Psicologici e Comportamentali**

L'autoefficacia percepita in funzione dell'affrontare e superare le difficoltà e le sfide relative al lutto può ridurre drasticamente il rischio di sviluppare un PGD. Le persone con alta autoefficacia, infatti, tendono a utilizzare strategie di coping più adattive e a gestire meglio le sfide emotive a cui sono sottoposte (Bandura, 1997). Proprio in questa ottica, l'utilizzo di

strategie di coping positive può risultare un fattore protettivo altamente efficace. La libera espressione dei propri sentimenti, la ricerca di supporto sociale e l'uso di tecniche di rilassamento, come la meditazione e la mindfulness, possono ridurre efficacemente lo stress e incentivare il benessere emotivo (Folkman & Moskowitz, 2000).

Per quanto riguarda il supporto psicologico, invece, numerose sono le possibilità di interventi di accompagnamento degli individui nel processo di elaborazione del lutto (paragrafo 3.1). La letteratura sottolinea che, particolarmente efficace risulta essere l'approccio cognitivo-comportamentale (CBT). Questa specifica modalità terapeutica può aiutare, attraverso la ristrutturazione dei pensieri negativi e disfunzionali, a promuovere un'elaborazione più sana del lutto. La CBT si è dimostrata efficace nel trattamento del PGD, aiutando le persone a modificare schemi di pensiero disadattivi e a sviluppare nuove strategie di coping utili alla gestione del lutto, in maniera tale da promuovere traiettorie più sane di elaborazione della perdita (Boelen et al., 2006).

### **3.2.3 Fattori Fisici**

Mantenere una buona salute fisica attraverso una dieta equilibrata e sonno sufficiente può migliorare la capacità di affrontare lo stress del lutto. La salute fisica è strettamente legata al benessere emotivo e alla capacità di gestire lo stress (Salmon, 2001). Craft & Perna (2004) evidenziano che l'esercizio fisico regolare può portare ad una riduzione significativa dei sintomi di depressione e ansia, andando a migliorare in maniera drastica il benessere durante il periodo di lutto. Il rilascio di endorfine derivante dallo sforzo fisico, infatti, sembra essere in grado di migliorare l'umore e ridurre lo stress.

### **3.2.4 Fattori Spirituali e Religiosi**

La fede religiosa e le pratiche spirituali possono fornire un senso di significato, conforto e comunità, aiutando le persone a trovare pace e accettazione. La religione può offrire rituali e pratiche che aiutano a dare un senso di struttura e significato alla perdita (Pargament, 1997). Tra questi, di particolare importanza e rilevanza, vi sono i riti funebri e commemorativi che, grazie anche alla partecipazione delle comunità di appartenenza dei cari in lutto, possono restituire un senso di chiusura rispetto alle sofferenze della persona scomparsa e permettere ad essi di riservarsi uno spazio adibito, in maniera specifica, all'onoranza della memoria del

defunto. All'interno di questi riti, le cui formule dipendono dalla cultura e dalle norme appartenenti agli organizzatori, si ritrova un contesto in cui è possibile esprimere il proprio dolore e, contestualmente, celebrare la vita del defunto oltre che percepire la vicinanza e il sostegno della comunità partecipante facilitando, in questo modo, il processo di elaborazione del lutto (Worden, 2009).

### **3.2.5 Fattori Educativi**

Programmi educativi che informano sulle fasi del lutto e le risposte comuni possono aiutare a normalizzare l'esperienza del lutto e ridurre il senso di isolamento. Conoscere le fasi del lutto, le risorse disponibili e le risposte comuni permette agli individui di riconoscere e affrontare meglio le proprie emozioni (Kubler-Ross, 1969). In questa ottica, un approccio educativo molto importante è rappresentato dalla "*Death Education*". L'obiettivo che questo approccio si pone è, letteralmente, educare alla morte in maniera da renderla parte integrante del processo evolutivo degli individui poiché, nonostante la consapevolezza della sua presenza ineluttabile all'interno del ciclo di vita, la tendenza degli individui è quella di evitare di parlarne e non trattarla come evento vicino a noi. L'assunto principale di questo approccio risulta essere l'incoraggiamento alla riflessione e al dialogo corretto riguardante la morte, con l'obiettivo di integrare, all'interno della coscienza comune, vita e morte. La Death Education (DeEd), in particolare opera su tre livelli di prevenzione: primaria, la morte non corrisponde ad un evento imminente; secondaria, sta per verificarsi la perdita di una persona cara; terziaria, la perdita è già avvenuta. I veri e propri percorsi di DeEd riguardano la prevenzione primaria poiché, nei contesti relativi alla secondaria e alla terziaria può risultare molto più impegnativo, per coloro che si trovano in lutto, effettuare importanti riflessioni sulla morte. Nonostante questo, ad oggi, la maggior parte dei percorsi DeEd hanno a che fare con le fasi secondarie e terziarie. Ad esempio, la DeEd primaria, svolta all'interno delle scuole primarie, può portare a risultati molto positivi in termini di comprensione del concetto della morte. Questo approccio educativo si può mettere in atto mediante il supporto di una équipe multidisciplinare, composta da pedagogisti e psicologi, che si occupa di sviluppare delle attività interattive, da sottoporre ai bambini, con l'obiettivo di stimolare le riflessioni proprio sul ciclo della vita, compreso il suo momento finale. La letteratura asserisce che, ad alti livelli di consapevolezza relativi alla perdita e al concetto di morte, corrispondono una diminuzione dei sentimenti di ansia e un aumento della resilienza, accompagnati da un maggiore utilizzo di

strategie di coping funzionali (Slaughter, 2005; Slaughter & Griffiths, 2007). Secondo questa ottica, quindi, si presenta la possibilità di integrare percorsi di DeEd primaria all'interno del curriculum formativo delle scuole elementari in maniera tale da educare e sostenere, sin dalla tenera età, traiettorie sane di elaborazione del lutto (State of Mind, n.d.; VIDAS, n.d.).

*Programmi di Educazione al Lutto:* L'educazione al lutto nelle scuole e nelle comunità è un intervento preventivo chiave. Programmi come "The Dougy Center" negli Stati Uniti offrono risorse e training per insegnanti, genitori e professionisti della salute mentale su come supportare i bambini e gli adolescenti che stanno affrontando una perdita. Questi programmi mirano a normalizzare il lutto e a fornire strategie di coping efficaci. Le attività del centro si articolano principalmente attorno a dei gruppi di supporto tra pari, completamente gratuiti e rivolti principalmente a bambini e adolescenti. All'interno di questi i partecipanti possono condividere le proprie esperienze in un ambiente sicuro, affiancati da personale formato. La suddivisione dei gruppi avviene per età e tipo di perdita, consentendo la "creazione di un senso di comprensione reciproca" (The Dougy Center, 2023). Il centro, inoltre, mette a disposizione di tutti i partecipanti una vasta gamma di materiali informativi come, ad esempio, libri, guide pratiche e video, con l'intento di educare il gruppo su come affrontare il lutto e sensibilizzare anche figure esterne al gruppo, come insegnanti e genitori, all'accompagnamento nel processo di elaborazione della perdita dei giovani membri. Sempre a questi sono rivolti anche dei training specializzati per fornire tecniche e strumenti atti ad interagire al meglio con bambini e adolescenti in lutto. L'efficacia di questi interventi è corroborata da diverse ricerche, una tra tutte è stata condotta dall'Università dell'Oregon, Stato in cui è stato fondato il centro. All'interno di questo studio è stato esaminato l'impatto dei gruppi di supporto proprio sui bambini in lutto. I risultati sottolineano l'evidenza di miglioramenti significativi nella capacità di espressione delle proprie emozioni e nella diminuzione della sensazione di isolamento. Queste condizioni, come evidenziato da un'ulteriore ricerca (Kaplow et al., 2013), hanno portato i partecipanti a questa tipologia di gruppi a sviluppare un adattamento psicosociale migliore e un minore rischio di problemi di salute mentale a lungo termine.

*Workshop e Seminari:* I workshop e i seminari educativi possono essere utilizzati per sensibilizzare la comunità sul lutto e fornire strumenti pratici per affrontare la perdita. Un esempio è il progetto "Complicated Grief Treatment Training Program" dell'Università di Columbia, che offre formazione a professionisti della salute mentale su come riconoscere e trattare il PGD. Il corso proposto si articola in diversi moduli che includono sia aspetti teorici

che pratici. Il percorso di formazione si focalizza sull'acquisizione di competenze specifiche inerenti l'identificazione del PGD, grazie alla specifica concentrazione sugli aspetti correlati ai sintomi caratterizzanti il PGD; tecniche terapeutiche mirate (prevalentemente di orientamento cognitivo-comportamentale) e, in particolar modo, incentrate sull'esposizione graduale alla perdita (applicabile sia a quadri relativi al PTSD che al PGD), basata sul confronto sistematico e progressivo dell'individuo agli stimoli sensibili. I professionisti, quindi, all'interno del corso acquisiranno le competenze necessarie per essere in grado di adattare il trattamento alle esigenze specifiche del paziente, riconoscendo che le traiettorie di sviluppo della psicopatologia inerente al lutto complicato possa assumere forme differenti a seconda di una moltitudine di fattori. Queste conoscenze possono essere applicate all'interno del corso stesso dove sarà possibile effettuare una serie di simulazioni che, grazie alla guida di personale esperto, permetteranno di aumentare le capacità di gestione di situazioni anche molto complesse legate al PGD in un ambiente clinico reale.

### **3.2.6 Fattori Ambientali**

La stabilità degli ambienti all'interno dei quali l'individuo è immerso può fornire un importante senso di protezione e sicurezza, facilitando il processo di elaborazione del lutto. La sicurezza dei propri contesti, famigliari e lavorativi, può portare ad un significativo abbassamento dei livelli di stress generati dalla perdita permettendo, grazie alla qualità delle relazioni famigliari, un livello maggiore di comprensione e flessibilità lavorativa, oltre alla percezione di una vicinanza supportiva che può portare ad una maggiore concentrazione sull'elaborazione del lutto (Green, 1993; Sonnentag & Fritz, 2007).

### **3.2.7 Relazioni Interpersonali**

La comunicazione aperta e onesta all'interno delle proprie relazioni interpersonali può facilitare in maniera significativa la libera espressione dei propri sentimenti e la conseguente condivisione del dolore inerente alla perdita. La qualità delle relazioni interpersonali è determinante per il supporto emotivo ed empatico durante il lutto (Reis & Shaver, 1988). In particolare, le relazioni interpersonali fondate proprio su fiducia e rispetto portano alla formazione e alla percezione di una rete di supporto emotivo più forte e stabile, elemento fondamentale durante il periodo di lutto poiché, grazie alla creazione di un contesto sicuro di

espressione, sarà possibile per l'individuo in lutto esprimere i propri stati d'animo in maniera sicura e ricevere il conforto adeguato (Cutrona, 1996).

### **3.2.8 Fattori Culturali e Sociali**

*Norme culturali e sociali:* Le norme culturali che supportano l'espressione del dolore e la condivisione della perdita possono facilitare un'elaborazione più sana del lutto. Queste norme, infatti, spingono l'individuo alla comunicazione aperta del proprio stato emotivo, permettendo il riconoscimento del dolore da parte della comunità dalla quale riceve supporto sociale. Questo riconoscimento risulta essere un elemento fondamentale per il superamento dell'isolamento, sintomo cruciale per un eventuale sviluppo di PGD (Rosenblatt, 1993). Un importante esempio da riportare si può ritrovare all'interno delle tradizioni dell'espressione pubblica del dolore di molte comunità latinoamericane. Durante i funerali, famiglie e amici si riuniscono per condividere apertamente il dolore della perdita e offrire il proprio conforto in manifestazioni esplicite e pubbliche di dolore dette "lamentazioni". In questi contesti culturali, quindi, l'apertura emotiva non solo appare come accettata ma viene addirittura incoraggiata come parte integrante del processo di lutto. Proprio questa condivisione del dolore è responsabile della formazione di un forte senso di solidarietà e di appartenenza che porta ad una significativa riduzione del senso di isolamento (Munet-Vilar, 1998; Shapiro, 1995). Inoltre, uno spunto interessante è da ritrovarsi all'interno della promozione di una cultura che ponga l'adeguata attenzione alla resilienza come mezzo di superamento delle avversità. La diffusione della resilienza, infatti, può offrire delle strategie di coping positive oltre che modelli di supporto innovativi per facilitare risposte più adattive al lutto (Walsh, 2006).

### **3.3 Interventi di Prevenzione e Supporto Psicologico**

Il disturbo da lutto prolungato (PGD) è una condizione caratterizzata da un'angoscia intensa e persistente in risposta alla perdita di una persona cara, che può ostacolare significativamente il funzionamento quotidiano. In letteratura appaiono descritti diversi progetti di prevenzione verso lo sviluppo di un PGD, di seguito si riportano alcuni esempi.

*Programmi di prevenzione del lutto:* Programmi di prevenzione specifici possono aiutare le persone a prepararsi e a gestire meglio la perdita, riducendo il rischio di sviluppare DLP.



Programmi educativi e di supporto possono fornire strumenti e risorse per affrontare il lutto in modo sano (Stroebe et al., 2001). I progetti educativi pre-lutto fondano i loro interventi sull'educare le persone al rispetto del processo di lutto, andando a normalizzare le emozioni caratterizzanti del momento della perdita e quello appena successivo. Programmi come la Death Education (DeEd), in particolare la sua applicazione in prevenzione secondaria, possono offrire importanti informazioni sui meccanismi del lutto, su possibili sintomi di DLP e su strategie di coping più efficaci. L'obiettivo di questi progetti è proprio la preparazione emotiva e cognitiva dell'individuo alla perdita in maniera tale da rendere più controllabile lo shock che potrebbe insorgere al momento della perdita (Stroebe et al., 2001). I target principali di questi interventi di prevenzione sono i famigliari di pazienti terminali poiché, ad esempio, attraverso incontri informativi e seminari, possono giungere ad una comprensione migliore del lutto, favorendo un processo di elaborazione meno travolgente (Neimeyer, 2000). Molto importanti in questo specifico contesto risultano essere gli interventi di supporto psicologico anticipati. Questi permettono, attraverso la consulenza individuale o di gruppo, di aiutare le persone a confrontarsi con la realtà della morte imminente di un proprio caro, mirando a ridurre l'impatto di ansia e depressione, che si possono manifestare di fronte alla consapevolezza dell'avvicinarsi del tragico giorno, promuovendo il benessere mentale. Fornire una preparazione in questa direzione può facilitare l'elaborazione del lutto (Bonanno et al., 2002).

*Supporto nelle prime fasi del lutto:* Interventi tempestivi nelle prime fasi del lutto possono fornire le risorse e il supporto necessari per affrontare la perdita in modo più adeguato. Il supporto precoce può prevenire lo sviluppo di un lutto complicato e promuovere una migliore elaborazione del dolore (Worden, 2009). Sempre secondo Worden (2009), fornire risorse e supporto necessari nel periodo appena seguente alla perdita risulta fondamentale per evitare che la persona venga sopraffatta da emozioni eccessivamente intense, shock emotivo e tristezza profonda, oltre che da un forte senso di confusione. Inoltre, come sottolineano Shut et al. (2001), le prime settimane successive al lutto sono considerate una "finestra critica" fondamentale poiché, nonostante la persona si ritrovi particolarmente aperta al supporto, esse risulta essere anche più vulnerabile al rischio di sviluppare un PGD. Proprio in questo contesto, garantire l'accesso a risorse pratiche, oltre che psicoeducazionali, può essere decisivo per abbattere i fattori di rischio relativi al PGD. Secondo Zisook & Shear (2009) e Shear et al. (2011), infatti, strumenti di auto-aiuto come, ad esempio, tecniche di rilassamento ed esercizi di mindfulness possono essere molto utili per coloro che preferiscono un approccio

più autonomo per la gestione del proprio lutto. Inoltre, come ampiamente discusso in precedenza (paragrafo 2.5), i programmi di intervento educativi possono informare la persona in lutto sui sintomi fisiologici del processo di elaborazione stesso, aiutandola a riconoscere emozioni e reazioni di questo processo tipiche della specifica fase del ciclo della vita che stanno attraversando. Nello specifico, per citare un approccio educativo trattato in precedenza (paragrafo 2.5), un intervento molto utile supportato dalla letteratura è rappresentato dalla Death Education e, in particolare, dalla sua forma di prevenzione terziaria. Questi interventi di DeEd hanno infatti lo scopo di favorire la resilienza e il sostegno sociale in funzione del tipo di perdita e del momento in cui è avvenuta. In particolare, durante l'età evolutiva viene consigliato un approccio di tipo individuale, guidato da un adulto in grado di condurre e supportare il soggetto sofferente. L'obiettivo risulta essere quello di comunicare in maniera onesta e attenta i vissuti legati all'esperienza di morte nelle sue modalità, permettendo e favorendo il riconoscimento e la gestione delle emozioni. Molto utile risulta essere anche l'accompagnamento dei genitori attraverso sedute di grief-counselling per permettere l'acquisizione di competenze centrali per il mantenimento di relazioni positive con i figli anche di fronte a situazioni di lutto (State of Mind, n.d).

### **3.3.1 Gruppi di Sostegno**

I gruppi di sostegno, spesso facilitati da psicologi o terapeuti specializzati nel lutto, offrono un ambiente sicuro e supportivo in cui i partecipanti possono condividere le loro esperienze e ricevere conforto dagli altri membri del gruppo. Questi gruppi possono ridurre il senso di isolamento e aiutare le persone a elaborare il dolore del lutto in modo più sano. Uno degli aspetti fondamentali delle realtà dei gruppi di sostegno è rappresentata dalla normalizzazione dell'esperienza di dolore. Attraverso la condivisione delle proprie esperienze, i partecipanti, possono percepire che le proprie emozioni, i vissuti e le sensazioni, spesso molto intense e strazianti, sono condivise dagli altri membri. Questo meccanismo fa sì che i partecipanti non si sentano soli e "anormali" riducendo il rischio di sviluppare sensi di colpa e, soprattutto, sensazioni di isolamento (Neimeyer, 2000). Durante queste sessioni, inoltre, i partecipanti, in seguito all'osservazione delle metodologie di gestione del dolore da parte degli altri membri del gruppo, possono apprendere nuove strategie di coping che, potenzialmente, possono essere migliori di quelle già utilizzate da loro stessi. Il meccanismo di "apprendimento per osservazione" è uno dei pilastri delle dinamiche inerenti ai gruppi di sostegno e può portare

allo sviluppo di strumenti molto efficaci in funzione della riduzione della vulnerabilità al PGD (Worden, 2009). Infine, attraverso la partecipazione a questi gruppi, i membri vengono incoraggiati a ristrutturare il significato della loro perdita, andando a ricercare un nuovo senso al loro vivere e ricorrendo ad una importante, nonché necessaria, crescita post-traumatica (Neimeyer, 2000; Tedeschi & Calhoun, 2004). Uno dei possibili esempi è il progetto "GriefShare" che, negli Stati Uniti, utilizzando un formato strutturato, che include sessioni video educative e discussioni di gruppo per aiutare i partecipanti a comprendere e affrontare il loro lutto, ha prodotto importanti risultati in termini protettivi per quanto riguarda la gestione del lutto. Questo progetto si impegna ad inviare quotidianamente e-mail agli iscritti nelle quali possono ritrovare consigli pratici ed insegnamenti che accompagneranno i membri nel processo di superamento del lutto. Inoltre, per via della sua vasta community, tale forma di sostegno è in grado di garantire settimanalmente uno spazio di incontro online o di persona. Oltre a questo, a ridosso delle festività, questo progetto garantisce una serie sedute dedicate a questo specifico arco temporale poiché, come specificano all'interno del loro sito, "*Grief is harder around the holidays*".

### **3.3.2. Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)**

L'approccio terapeutico elaborato da Aaron T. Beck nel 1976 si concentra in maniera specifica sull'identificazione e la modifica di pensieri disfunzionali che spingono l'individuo a comportamenti definibili maladattivi. L'assunto principale su cui si basa questa modalità terapeutica è da ricercarsi all'interno della concezione secondo cui i pensieri negativi, oltre alle credenze errare, siano la causa dello sviluppo e del mantenimento dei disturbi emotivi, compreso il Disturbo da Lutto Prolungato. L'obiettivo della CBT risulta essere, infatti, quello di fornire ai pazienti una serie di strumenti pratici con i quali riconoscere e ristrutturare questi pensieri disfunzionali, sviluppando quindi delle strategie di coping adattive, responsabili della riduzione dei sintomi associabili al lutto prolungato. Proprio grazie al suo approccio, la CBT si rivela particolarmente efficace nel contesto del PGD e, in particolare, per i pazienti che si caratterizzano per l'uso di strategie di coping intrusive, incentrate prevalentemente su ruminazione e comportamenti evitanti. La CBT, infatti, offre un valido aiuto ai pazienti nel confrontarsi con i ricordi dolorosi relativi alla perdita e nel ridurre le tendenze all'evitamento delle situazioni associabili alla persona scomparsa, costituendo così un'importante risorsa di supporto all'elaborazione sana ed efficace del lutto. Sempre in quest'ottica, questa modalità

terapeutica spinge verso l'attivazione comportamentale, incoraggiando i pazienti al ritorno alle attività significative, favorendo la reintegrazione graduale alla vita quotidiana, contrastando le sensazioni di isolamento sociale, spesso caratterizzanti il quadro relativo al PGD (Beck, 1976). La letteratura recente corrobora l'efficacia della CBT come mezzo efficace di trattamento del PGD, evidenziando come questo approccio sia in grado di ridurre in maniera rilevante i sintomi correlati a lutto e depressione. Alla CBT, inoltre, è imputato anche un miglioramento duratura nella gestione de lutto poiché, aiutando i pazienti a ristrutturare le proprie convinzioni e sviluppare una visione meno disfunzionale della perdita, favorisce una modifica del proprio sistema di significati, fattore che, a lungo termine, risulta essere fondamentale per il mantenimento più a lungo termine dei traguardi ottenuti per mezzo di questo approccio terapeutico. L'apprendimento di tecniche di gestione e modifica dei propri significati inerenti al lutto si configura, quindi, come elemento fondamentale per l'aumento della resilienza e delle capacità di affrontare le avversità future (Boelen et al., 2007; Bryant et al., 2014).

### **3.3.3 Terapia Centrata sul Cliente (Terapia Rogersiana)**

Carl Rogers nel 1951 elabora un approccio terapeutico basato sulla centralità della creazione di un ambiente empatico ed autentico con il paziente, all'interno del quale esso si possa sentire accettato in maniera incondizionata. La Terapia Rogersiana, infatti, affonda le sue radici sull'assunto dell'esistenza, all'interno del paziente stesso, delle risorse necessarie per la crescita e la guarigione e che, il ruolo del terapeuta all'interno di questo contesto, sia limitato a quello di un semplice facilitatore dell'espressione e dell'elaborazione delle emozioni vissute dal paziente. Proprio per questo, nell'ambito del PGD, la Terapia Rogersiana può risultare molto efficace nel trattamento di pazienti che necessitano di un forte supporto emotivo poiché, data la grande libertà di cui nutre il paziente nell'esplorazione dei propri sentimenti, correlati al lutto, questa terapia può favorire il processo di accettazione e presa di consapevolezza dell'esperienza di lutto (Rogers, 1951). A supporto di questo, la letteratura evidenzia l'efficacia dell'approccio nel trattamento di quadri caratterizzati da attivazioni emotive particolarmente intense, come il PGD, in quanto la creazione di un rapporto terapeutico positivo risulta essere cruciale per il progresso nell'elaborazione del lutto da parte del paziente (Cain, 2010).

### **3.3.4 EMDR (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari)**

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è una tecnica psicoterapeutica sviluppata da Francine Shapiro negli anni '80, inizialmente per il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Questo metodo si basa sull'idea che i movimenti oculari guidati possano aiutare il cervello a rielaborare i ricordi traumatici, riducendone l'impatto emotivo. Per i pazienti che soffrono di un Disturbo da Lutto Prolungato, l'EMDR può offrire un percorso efficace per superare i ricordi dolorosi e le immagini intrusive associate alla perdita. Alcuni studi hanno dimostrato che l'EMDR può ridurre significativamente i sintomi del lutto traumatico, migliorando la qualità della vita dei pazienti (Sprang, 2001). Questo approccio si è rivelato particolarmente utile per coloro che sono bloccati in un ciclo di sofferenza e che non riescono a progredire nel loro percorso di elaborazione del lutto.

### **3.3.5 Terapia Sistemica**

La Teoria Sistemica considera l'individuo come parte integrante di un sistema più ampio all'interno del quale, le dinamiche familiari e sociali, influenzano profondamente il benessere emotivo e il comportamento dei partecipanti. Questa modalità terapeutica si pone l'obiettivo di spingere i membri del sistema alla comunicazione e alla comprensione reciproca, sviluppando un ambiente supportivo che, di fronte alle avversità, permetta il sostegno reciproco dei membri. Nel contesto del PGD, infatti, questo approccio terapeutico può risultare molto efficace nell'accompagnare le famiglie attraverso la complessità del lutto. Data la centralità delle dinamiche familiari e della loro influenza sul modo in cui viene vissuto ed elaborato il lutto da ciascuno dei membri, la letteratura evidenzia come questo specifico approccio terapeutico, incentrato sul coinvolgimento dell'intero nucleo familiare, possa portare alla risoluzione di conflitti e alla gestione più adattiva delle emozioni oltre che ad un rafforzamento del supporto interno al sistema stesso (Walsh & McGoldrick, 2004). L'approccio, inoltre, appare come particolarmente consigliato nelle situazioni familiari in cui la perdita abbia generato conflitti, tensioni o abbia allontanato i membri appartenenti ad essa.

### **3.3.6 Terapia Psicodinamica**

La Terapia Psicodinamica, infine, struttura il suo approccio sui principi della psicoanalisi freudiana ponendosi l'obiettivo di esplorare i processi di natura inconscia alla base dei

comportamenti e delle emozioni vissute dall'individuo. Questa modalità terapeutica, in particolare, pone la sua attenzione verso l'importanza delle esperienze e delle relazioni sviluppate durante l'infanzia poiché vengono considerate fondamentali per il modellamento della psiche del paziente. La Teoria Psicodinamica è in grado di offrire una comprensione molto profonda delle dinamiche conflittuali interne al paziente e, nel contesto del PGD, può andare ad analizzare in maniera efficace quelli che si presentano come sentimenti irrisolti che il paziente può nutrire nei confronti della persona scomparsa. Proprio mediante l'esplorazione e l'elaborazione di questi sentimenti il paziente può acquisire una maggiore consapevolezza di sé ed arrivare a risolvere le questioni di carattere emotivo e inconscio che ostacolano il normale processo di lutto (Freud, 1917/1957; Gill, 1994).

La possibilità di personalizzare la modalità terapeutica in funzione delle specifiche esigenze e dinamiche personali offre al paziente uno spettro piuttosto ampio di strumenti, utilizzabili per sviluppare una traiettoria di elaborazione del lutto più sana.

### **3.3.7 Esempi di Progetti di Intervento per il Supporto al Lutto**

#### **Progetto "Good Grief" in New Jersey**

Il programma "Good Grief", fondato nel 2004, consiste in una rete di supporto che si impegna ad offrire servizi di counseling e gruppi di sostegno indirizzati a bambini, adolescenti e famiglie che hanno subito una perdita. L'obiettivo del programma è quello di offrire un ambiente sicuro, all'interno di scuole e centri dedicati, dove i partecipanti si possano sentire a proprio agio nell'espressione del proprio dolore e possano trovare il supporto che necessitano. L'organizzazione dei gruppi di sostegno è articolata in funzione dell'età dei partecipanti, delle loro esigenze specifiche e facilitato da professionisti formati in materia di gestione del lutto in maniera tale da offrire ai partecipanti una risposta a loro bisogni emotivi e psicologici specifici, favorendo la condivisione delle esperienze. Le attività terapeutiche proposte dal programma, che comprendono il teatro, la scrittura e varie attività artistiche, hanno l'obiettivo di aiutare i partecipanti ad esprimere le proprie emozioni e ad incentivare la comunicazione. L'utilità di queste attività è corroborata da evidenze empiriche riguardanti l'efficacia delle espressioni creativo-artistiche come mezzi propedeutici al miglioramento delle traiettorie di elaborazione del lutto. Good Grief, inoltre, organizza periodicamente workshop e seminari, offrendo ai partecipanti risorse digitali e cartacee per accompagnare gli adulti a sostenere i bambini nel loro processo di lutto. Questo elemento del loro programma porta ad un

miglioramento della capacità dei genitori di rispondere in maniera efficace ed empatica alle esigenze dei figli in lutto. In seguito ad indagini intraprese all'interno del programma, basate su feedback provenienti dai partecipanti stessi, è stato dimostrato che, l'approccio intrapreso è responsabile di una diminuzione significativa dei sintomi di ansia e depressione, oltre che di un miglioramento consistente delle abilità sociali e di una maggiore percezione di supporto tra i partecipanti. In particolare, un'indagine condotta nel 2018, ha mostrato come oltre il 75% dei partecipanti abbia riportato una significativa riduzione dei sintomi sopraindicati, caratteristici del PGD, dopo sei mesi di partecipazione a tali gruppi di sostegno (Good Grief, 2018).

### **Programma "CRUSE Bereavement Care" nel Regno Unito**

Il CRUSE Bereavement Care è una delle più grandi organizzazioni di beneficenza del Regno Unito, fondata nel 1959, che offre supporto gratuito a chiunque viva un'esperienza di lutto. Tale organizzazione fornisce una vasta gamma di servizi per aiutare le persone ad affrontare la perdita di una persona cara. Attraverso alcune sessioni di counseling individuale, gestite da personale formato nel supporto al lutto, i partecipanti possono godere di un approccio personalizzato che risponda alle specifiche esigenze individuali. Inoltre, il programma mette a disposizione anche dei gruppi di sostegno, facilitati da volontari formati, all'interno dei quali, i partecipanti, possano ritrovare un ambiente sicuro nel quale condividere le proprie esperienze ed apprendere nuove strategie di coping. I gruppi, inoltre, sono strutturati in funzione del tipo di perdita e dell'età dei partecipanti. CRUSE, inoltre, affianca ai gruppi di sostegno in presenza, anche delle *live chat* e dei *forum di discussione*, anch'essi moderati da personale specializzato. Questi spazi permettono l'accesso al supporto in qualsiasi istante, condizione particolarmente utile per chi, per qualunque necessità, si ritrovi impossibilitato alla partecipazione in presenza. Inoltre, regolarmente vengono organizzati dei corsi di formazione atti al miglioramento delle competenze di coloro che lavorano a stretto contatto con persone esposte al lutto. Questi corsi, inoltre, sebbene abbiano lo scopo di sensibilizzare ed incrementare le capacità di gestione del lutto di figure come professionisti in campo sanitario ed insegnanti, sono rivolti anche ad un pubblico più generale. Le valutazioni del programma CRUSE indicano un alto tasso di soddisfazione nei partecipanti. Si riscontra, in particolare, un significativo miglioramento del benessere emotivo e della capacità di affrontare il lutto per l'80% dei partecipanti al programma (CRUSE Bereavement Care, 2019).

### **Programma "Bereavement Outreach Program" della National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)**

Questo programma proposto negli Stati Uniti si pone l'obiettivo di fornire l'adeguato supporto alle famiglie di pazienti ricoverati in hospice durante la permanenza e dopo l'effettiva scomparsa della persona cara. Il programma si incentra proprio sulla possibilità di garantire un supporto continuativo in maniera tale da svolgere un'importante funzione di supporto alla famiglia nella gestione della perdita. Attraverso telefonate regolari, gestite da specialisti del lutto, il programma si occupa di monitorare il benessere dei famigliari e di fornire a loro il necessario supporto. Inoltre, i counselor appartenenti al programma, si impegnano nell'obiettivo dell'assistenza continua, anche per mezzo di visite periodiche a domicilio, al fine di rendere il supporto alla famiglia più accessibile e personalizzato. Anche questo programma prevede la possibilità di organizzare degli spazi adibiti ai gruppi di supporto per incentivare la condivisione e il supporto reciproco in maniera tale da mitigare le sensazioni di isolamento sociale. Evidenze derivanti da studi interni (2020) dimostrano una significativa riduzione dei sintomi di depressione e ansia, oltre ad un miglioramento della qualità della vita entro sei mesi dall'inizio del supporto (NHPCO, 2020).

### **Programma "Motherless Daughters" in Australia**

Questa organizzazione australiana rivolge il suo supporto verso donne che hanno subito la perdita della madre, mirando alla creazione di una comunità di supporto che possa aiutare, in maniera efficace, le partecipanti ad elaborare il loro dolore e ritrovare un senso di appartenenza. La volontà di creazione di una comunità di donne è rappresentata dall'organizzazione di gruppi di sostegno che, attraverso incontri strutturati, permettono alle partecipanti di condividere le proprie storie personali, trovando il conforto di una comunità di pari. Le attività terapeutiche e educative inoltre sono spesso sottoposte alla comunità per mezzo di workshop e ritiri, aumentando il senso di appartenenza al gruppo e offrendo un mix di supporto emotivo e formazione pratica. Anche questo programma offre degli spazi di discussione online, permettendo alle partecipanti di rimanere connesse in ogni istante, garantendo un supporto continuo e accessibile in ogni momento. L'85% delle partecipanti al programma ha dichiarato di aver sperimentato un miglioramento significativo del benessere emotivo, oltre ad una maggiore capacità di gestione del lutto, dovuta proprio allo sviluppo di un senso di appartenenza alla comunità formatasi all'interno del programma (Motherless Daughters Australia, 2021).



## **Programma "Lutto e Crescita" in Italia**

Il progetto "Lutto e Crescita" offerto dall'Ospedale San Raffaele di Milano è stato progettato per fornire supporto psicologico e terapeutico a persone che affrontano il lutto, inclusi giovani e adolescenti. L'obiettivo principale del programma è aiutare i partecipanti ad elaborare il dolore della perdita e a prevenire l'insorgenza di disturbi prolungati del lutto, come il PGD. Questo progetto, mediante approcci personalizzati, si occupa della gestione di una rete di sostegno che mira a promuovere il benessere emotivo e psicologico dei suoi partecipanti. Il programma, infatti, organizza sia sedute terapeutiche individuali, basate sull'identificazione e modifica dei pensieri disfunzionali legati al lutto, sia sessioni di gruppo all'interno delle quali, i partecipanti, possono esprimere, in un ambiente sicuro, le proprie esperienze ed emozioni. Questo specifico approccio è particolarmente consigliato agli adolescenti in lutto poiché, data la composizione dei gruppi in funzione delle fasce d'età dei partecipanti, l'espressione del dolore e il confronto tra pari può essere significativamente efficace. Questa specifica modalità di composizione dei gruppi permette inoltre una promozione del senso di appartenenza e incentra l'attività terapeutica proprio sul supporto reciproco tra i partecipanti, nonostante un monitoraggio costante da parte di professionisti. Il coinvolgimento delle famiglie è un altro aspetto importante del programma, con sessioni che aiutano a riorganizzare le dinamiche familiari e a favorire il supporto emotivo interno al nucleo familiare che, per via del lutto, potrebbe essere stato messo a dura prova. L'impatto positivo del programma sul benessere dei partecipanti è dimostrato da un'indagine condotta proprio dall'Ospedale San Raffaele nel 2022 in cui si evidenziava che, circa l'80% delle persone coinvolte nel programma ha riportato una riduzione significativa dei sintomi correlati al PGD entro i primi sei mesi di trattamento. I partecipanti, infatti, evidenziano un miglioramento nella capacità di gestione del lutto, accompagnato dalla ripresa delle normali attività di vita.

### **3.4 Conclusioni generali**

In questo capitolo sono stati evidenziati una serie di fattori protettivi che risultano fondamentali nella prevenzione dell'insorgenza del Disturbo da Lutto Prolungato (PGD). La presenza di questi fattori all'interno del quadro dell'individuo rappresenta un punto di forza importante che può favorire e facilitare un processo di lutto di tipo sano e adattivo.

Tra i principali fattori protettivi, in sintesi, occorre citare: uno stile di attaccamento sicuro. Gli individui che presentano questo stile di attaccamento si caratterizzano per una maggiore

resilienza e una maggiore capacità di adattamento, fattori che garantiscono una migliore gestione del dolore (Bowlby, 1980). Un altro fattore significativo è una struttura di personalità caratterizzata da estroversione e coscienziosità, oltre che da un basso nevroticismo, che garantiscono all'individuo la possibilità di rafforzare il proprio supporto sociale, in funzione dell'abbattimento dell'isolamento sociale, e una conseguente gestione migliore dello stress emotivo, riducendo i rischi correlati al PGD (Costa & McCrae, 1992; Bonanno, 2004). Un Locus of control interno si riferisce agli individui che percepiscono un controllo concreto sugli eventi della loro vita, dimostrando una migliore capacità di utilizzo di strategie di coping efficaci, funzionali e adattive per far fronte in maniera adeguata al lutto, riducendo i sintomi di depressione (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998). Infine, il ruolo di genere risulta essere inevitabilmente correlato alle pressioni culturali e sociali che gli individui subiscono all'interno della propria cultura. Le ricerche evidenziano che le donne, mostrando maggiore interesse per il supporto sociale e tendendo ad esplicitare maggiormente il proprio stato emotivo, mostrano una migliore elaborazione del lutto rispetto agli uomini, abituati a strategie di coping più distrattive e strumentali (Doka, 2002; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Oltre a questi, il presente capitolo si è concentrato sull'analisi di ulteriori fattori protettivi che possono garantire, laddove integrati tra di loro, una protezione maggiore contro l'insorgenza del disturbo indagato. Dalla letteratura si evince che, fattori come il supporto sociale formale e informale, la salute fisica, il coinvolgimento spirituale o religioso e, in particolare, attività di educazione al lutto elaborate in funzione delle esigenze e situazioni personali, rappresentano risorse fondamentali per la riduzione del senso di isolamento e la promozione della resilienza grazie, soprattutto, all'esistenza di interventi di prevenzione che, adeguandosi alle nuove tecnologie, riescono a garantire uno spazio sicuro di confronto e di condivisione per le persone in lutto (Stroebe & Schut, 1999; Tedeschi & Calhoun, 2004; Testoni, 2015).

## CONCLUSIONI

Questo elaborato affronta come suo tema centrale, un disturbo che, nonostante sia stato trattato, in maniera più o meno esplicita, a partire da Freud nel 1917, anno di divulgazione del suo modello di elaborazione del lutto, è stato riconosciuto ed inserito ufficialmente nella Sezione II del DSM-5-TR solo con la recente pubblicazione nel marzo 2022. Sino a questo momento, il Disturbo da Lutto Prolungato, presente anche all'interno del DSM-5, non risultava descritto come un disturbo a sé stante ma rientrava, bensì, all'interno della sezione inerente alle condizioni che necessitavano di ulteriori studi. Benché la letteratura sul tema affondi le sue radici anche nei periodi precedenti alla pubblicazione effettiva di questi due manuali diagnostici, si può affermare che, nel contesto pratico, gli interventi di prevenzione verso lo sviluppo del PGD, specialmente in contesti come quello italiano, necessitano ancora di maggiori spazi e sviluppi. La prevenzione a questo disturbo, infatti, necessita di un approccio di ampio respiro poiché, come si evince facilmente dal secondo capitolo di questo elaborato, elementi come il supporto psicologico, gli interventi educativi e un forte sostegno sociale, sembrano svolgere una funzione protettiva essenziale rispetto allo sviluppo del PGD (Stroebe & Schut, 1999; Kubler-Ross, 1969). L'efficacia di questi interventi dipende, in particolar modo, dalla capacità di adattamento alle specifiche esigenze e situazioni relative ai destinatari. In particolare, come si può evincere dal progetto "*Motherless Daughters*" condotto in Australia e, come corroborato dalla metanalisi condotta da Wittouck et al. nel 2011, l'identificazione specifica ed attenta del target del progetto di prevenzione, unita all'elaborazione di piani di intervento specifici e adattati ad esso, può portare a risultati migliori in termini di riduzione dell'incidenza del disturbo e miglioramento del benessere emotivo in funzione di una capacità di gestione del lutto più adattiva. Come sottolineato all'interno del terzo capitolo, al paragrafo 2.5, un elemento centrale nell'ambito della prevenzione del PGD risulta essere l'educazione al lutto (Kubler-Ross, 1969). La cosiddetta "*Death Education*" (DeEd) è, ormai dagli Anni Settanta, una colonna portante dei sistemi di prevenzione per il PGD anglosassoni. Negli USA e in Gran Bretagna, infatti, grazie al lavoro dell'Association for Death Education and Counseling (ADEC) si è compreso che affrontare il tema della morte, specialmente nei contesti scolastici, è fondamentale per convivere con l'inevitabilità della fine della vita e prepararsi ad affrontare ed elaborare il lutto ("Speciale laboratori di educazione alla morte nelle scuole," 2015). Questo approccio educativo è

stato integrato solo recentemente in Italia con il “Rumore del Lutto Festival” che ha rappresentato la sua prima rassegna culturale nel 2007. Uno dei pochi progetti di intervento incentrati sulla DeEd è stato realizzato dal laboratorio di ricerca e intervento sulle tematiche del morire, del lutto e delle perdite “Uno sguardo al cielo” dell’Università degli Studi di Ferrara tra il 2015 e il 2016. In questo arco di tempo, all’interno delle scuole di primo e secondo grado del ferrarese, è stato proposto un percorso di breve durata incentrato proprio sull’educazione alla morte con l’obiettivo di avvicinare e sensibilizzare i partecipanti all’elaborazione del lutto. In particolare, adattando le attività proposte all’età degli studenti, gli interventi hanno permesso di dialogare con bambini e ragazzi di tematiche che spesso risultano essere un vero e proprio tabù all’interno delle culture occidentali. La riflessione nel gruppo, inoltre, ha facilitato la condivisione delle emozioni e dei vissuti inerenti alle tematiche trattate, spingendo i partecipanti a mettere in gioco parti di sé talvolta sconosciute.

Come accennato in precedenza, il contesto italiano appare, nel confronto con il resto del mondo, più indietro a livello di strutturazione specifica di interventi di prevenzione e di supporto all’elaborazione del lutto (Isfar Firenze, 2023). Nonostante l’esistenza di organizzazioni come VIDAS e CARITAS, che offrono percorsi di supporto e sostegno attraverso la possibilità di accedere a sportelli psicologici di primo contatto in maniera gratuita, in Italia non si trovano programmi governativi o nazionali standardizzati focalizzati sull’intervento educativo rivolto a porzioni specifiche di popolazione.

Sulla base della letteratura inerente ai fattori di rischio e protettivi riportata all’interno di questa tesi si può affermare che, per poter garantire la fruibilità di progetti di intervento ancora più efficaci e validi, sia necessario strutturare dei programmi preventivi mirati a target differenziati in funzione di età, genere e norme culturali, essendo questi parametri molto significativi in termini di incidenza o di protezione verso l’insorgenza del PGD.

## RINGRAZIAMENTI

In primo luogo, vorrei ringraziare tutti i docenti dell'Università della Valle d'Aosta per avermi trasmesso l'amore per questa materia e, in particolare, la Prof.ssa Stefania Cristofanelli che, con la sua gentilezza e professionalità, mi ha accompagnato nella stesura di questo elaborato.

I miei ringraziamenti vanno, inoltre, a tutte le persone che mi sono state vicine in questi tre anni complicati ed impegnativi. A tutti gli amici e i conoscenti che non mi hanno mai fatto mancare una buona parola o una carezza nel momento del bisogno ma anche, e forse soprattutto, a chi mi ha messo i bastoni tra le ruote, portandomi ad essere quello che sono oggi e ad aver capito e cosa non voglio essere nella mia vita.

A tutti i miei colleghi che, con la loro vicinanza e il loro supporto, mi hanno permesso di vivere un'esperienza fantastica nonostante tutte le difficoltà.

In particolare, un riconoscimento speciale va a Federica, Giorgia e Martina che, più di tutti, sono state vere e proprie compagne di viaggio all'interno di questo percorso. Abbiamo condiviso tanto sia dentro che fuori l'Università, successi, gioie, feste ma anche delusioni, sconfitte e momenti di sconforto legati alle nostre vite, a volte molto incasinate. Vi ringrazio di cuore, e lì dentro vi porterò nel mio futuro.

Alle persone stupende che ho conosciuto ad Aosta, Andre, Davi e Benni. Voi avete guidato me a scoprire le opportunità della città. Siete stati confidenti e sempre disponibili, anche con le vostre famiglie, a dare una mano a tutti noi Biellesi nel momento del bisogno. Abbiamo riso e ci siamo divertiti molto nel corso di questi anni e, nonostante la distanza che si creerà nel prossimo futuro, sono convinto che l'amicizia creatasi non andrà persa.

Alla "Sissi", la mia prima coinquilina, nonché prima confidenza creata ad Aosta. Tu hai visto, in prima persona, ogni momento, bello o brutto, di questo percorso. Mi hai fatto sempre sentire la tua vicinanza laddove fosse necessario e, data la sintonia creatasi tra di noi, sei sempre riuscita a capire di che cosa avessi bisogno. Ci siamo confidati e sfogati assieme creando un'amicizia molto profonda e importante. Ti ringrazio per tutto il bene e le esperienze vissute assieme.

A Marco, grande amico e confidente. Tu che quest'anno passato mi sei stato vicino, nonostante tutto, in ogni momento, bello o brutto che fosse. Nonostante alcune discussioni avvenute tra di noi non dimenticherò mai i momenti importanti vissuti insieme, in particolar modo, quelli difficili che solo tu hai visto. Tutto quello che abbiamo condiviso e vissuto assieme non è riassumibile all'interno di qualche riga ma sappi che ti stimo e che ti sono

molto riconoscente.

A Jack e Missi, le persone più generose e pure che io abbia conosciuto in questi anni. Voi non avete mai mancato un'occasione di ricordarmi quanto valessi e quanto bene io meritassi all'interno della mia vita. Ebbene, è anche grazie a voi e alla vostra vicinanza se sono riuscito ad arrivare fino al fondo di questo cammino. Il bene che vi voglio è infinito, siete pura luce.

A Giulia, per la tua amicizia genuina e fedele. Abbiamo trascorso interminabili ore assieme, siamo stati uno la spalla dell'altro in tante situazioni. Mi sei stata a fianco nelle gioie e nei dolori, nelle fortune e, soprattutto nelle sfortune. In te ho sempre trovato un rifugio sicuro in cui condividere ogni mia preoccupazione e insicurezza come tu hai sempre fatto con me. Questi anni passati insieme ci hanno restituito un'amicizia destinata a resistere ad ogni avversità e un legame non potrà essere intaccato da nulla. Ti voglio bene

A Chichi, mio braccio destro (e forse anche sinistro). Tu mi sei stata vicina nei momenti più tristi e difficili, riuscendo a mettere in secondo piano, a volte, anche i tuoi problemi per ascoltare ed aiutarmi a gestire quelli che arrivavano, talvolta da tutte le parti, all'interno della mia vita. Averti avuto al mio fianco in questo percorso è stata una fortuna e la mia gratitudine nei tuoi confronti è illimitata. Sei una persona d'oro e, anche grazie a te, posso dire di essere diventato una persona migliore.

A Cianci, vero e proprio spiraglio di luce quando tutto andava storto. Nei tanti momenti difficili dell'ultimo anno sei stato tu colui che, più di tutti, mi ha indicato il cammino corretto per uscire dalle difficoltà. Ci siamo confidati e siamo cresciuti molto insieme, aiutandoci a vicenda a superare ogni situazione critica. Abbiamo condiviso tanti momenti belli e indimenticabili assieme per cui ti devo ringraziare di cuore. Il tuo aiuto e i tuoi consigli sono stati per me una risorsa molto importante e preziosa e, anche per questo, ti sarò per sempre grato e riconoscente. Ti voglio tanto bene.

A Federica, la mia amica da sempre. Tu mi hai accompagnato in tutte le tappe importanti del mio percorso di vita. Ne è passato tanto di tempo da quando ci siamo conosciuti tra i banchi della scuola elementare ma eccoci qua, l'avresti mai detto? Non si possono riassumere quasi 14 anni di amicizia all'interno di poche righe e, forse, le parole per farlo non le hanno ancora inventate. Quello che posso fare, però, è ringraziarti di cuore per tutto quello che hai fatto, fai e so che farai per me.

Ad Alice, come una sorella per me. Tu, più di tutti, sei stata al centro della mia vita da

quando ci siamo conosciuti. Sei sempre disponibile per me e mi conosci come le tue tasche. Da sempre riusciamo a capirci con un semplice sguardo e la nostra sintonia è qualcosa di unico. Averti a fianco è una fortuna immensa e te ne sono infinitamente riconoscente. A Matilde, mia dolce cuginetta. Tante sono le cose che ci uniscono e che, negli anni, abbiamo condiviso assieme. Anche se non ci sentiamo o vediamo spesso come una volta so sempre di poter trovare in te quel pezzo di famiglia su cui potrò sempre contare. Ti devo tanto e sono veramente tanto orgoglio della donna che sei diventata. Conta per sempre su di me.

A Maddalena, la mia ragazza. La nostra storia affonda le sue radici in tanti anni di amicizia molto stretta e intima all'interno della quale abbiamo creato una connessione tra di noi unica che, solo recentemente, si è evoluta in qualche cosa di nuovo, mai provato da me prima d'ora. Il tuo supporto e il tuo sostegno sono stati una parte cruciale per la creazione di questo elaborato e, più in generale, per riportare colore alle mie giornate. Sei una persona d'oro e spero, con tutto me stesso, che questa storia possa portare a tanti altri successi per tutti e due.

A Simona e Davide, intimi amici di famiglia e zii acquisiti. Il vostro sostegno e la vostra fiducia in me non sono ripagabili in alcun modo. Vi sono molto grato per quello che avete fatto per me, sin da bambino. Il vostro aiuto in questi anni di mancanza è stato fondamentale per restare a galla e sono molto fiero e orgoglioso di avervi nella mia vita. Siete parte della mia famiglia, vi voglio tanto bene.

A Papà, mio orgoglio e modello. Sono tanto fiero dell'uomo che sei e della forza che porti dentro. A te che non ti sei mai fatto abbattere dalle mille insidie che hanno colpito, a volte in maniera tanto dura, la tua e la nostra vita. Spero, un giorno, di poter assomigliare a te.

E, infine, a Mamma. A te, che mi guardi da lassù, dedico questo obiettivo. Abbiamo fantasticato tante volte su questo momento ed è finalmente arrivato ma, purtroppo, il tempo non ti ha permesso di viverlo al mio fianco. Io sono convinto che, in qualche modo, tu sia qui, in mezzo a tutti noi, a festeggiare e piangere con me. Vorrei solo dirti che quella promessa, come tu mi hai insegnato, l'ho rispettata e che spero, con tutto me stesso, che da lassù tu mi possa guardare ancora con lo stesso sguardo orgoglioso di quando te ne sei andata. Sei sempre con me Minna.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1657-1672.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(3), 320-334.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2002). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 17(2), 351-362.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & 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), 1150-1164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.5.1150>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. Basic Books.



- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., & Cahill, C. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332-1339.
- Cain, D. J. (2010). *Person-Centered Psychotherapies*. American Psychological Association.
- Cambridge Prisms. (2023). Bereavement issues and prolonged grief disorder: A global perspective. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. <https://www.cambridge.org/core/journals/global-mental-health>
- Caserta, M. S., Lund, D. A., & Lund, D. A. (2007). Toward the development of an inventory of daily widowed life (IDWL): Guided by the Dual Process Model of coping with bereavement. *Death Studies*, 31(6), 505-535. <https://doi.org/10.1080/07481180701356761>
- Chukwuorji, J. C., Ifeagwazi, C. M., & Eze, J. E. (2018). Cross-cultural discrepancies in risk factors for prolonged grief disorder: A focus on non-Westernized contexts. *Journal of Loss and Trauma*, 23(2), 113-127.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory*. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.
- Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), 104-111. <https://doi.org/10.4088/PCC.v06n0301>
- CRUSE Bereavement Care. (2019). *Annual Review*. CRUSE Bereavement Care. Recuperato da [<https://www.cruse.org.uk/>](<https://www.cruse.org.uk/>)
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Sage Publications.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Massimetti, G., et al. (2011). Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 134(1), 59-64.
- Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Psychology Press.
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2015). Rumination following bereavement: An overview. *Bereavement Care*, 34(2), 58-63. doi:10.1080/02682621.2015.1063853
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>

Frances, A. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 12 (2), 111-112.

Freud, S. (1957). *Mourning and Melancholia*. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 14). Hogarth Press. (Original work published 1917).

Gilbar, O., & Ben-Zur, H. (2002). Bereavement of spouse caregivers of cancer patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 422-432.

Gill, M. M. (1994). *Psychoanalysis in Transition: A Personal View*. Analytic Press.

Glick, I. O., Weiss, R. S., & Parkes, C. M. (1974). *The first year of bereavement*. New York, NY: Wiley.

Good Grief. (2018). *Annual Impact Report*. Good Grief, Inc. Recuperato da [<https://www.good-grief.org/>](<https://www.good-grief.org/>)

Graziano, W. G., & Eisenberg, N. (1997). Agreeableness: A dimension of personality. In R. Hogan, J. A. Johnson, & S. R. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 795-824). Academic Press.

Green, B. L. (1993). Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 135-144). Springer.

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.

Heeke, C., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2015). When hope and grief intersect: Rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia. *Journal of Affective Disorders*, 173, 59-64.

Hudson, P., Thomas, K., Trauer, T., et al. (2011). Psychological and social profile of family caregivers upon commencement of palliative care provision. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006>

Isfar Firenze. (2023). *Il lutto persistente e complicato dalla diagnosi all'intervento*. Recuperato da <https://www.isfar-firenze.it>

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102-138). Guilford Press.

Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J. A., & Lieberman, A. F. (2013). DSM-5 diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry*, 76(2), 67-85. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.67>

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, The Macmillan Company.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 51 (6 Suppl), 155-160.

- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., et al. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2013). A cognitive attachment model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review*, 33 (6), 713-727. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.001>
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., et al. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297(7).
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex Publishing.
- Mancini, A. D., Sinan, S., & Bonanno, G. A. (2015). Predictors of prolonged grief, resilience, and recovery among bereaved spouses. *Journal of Clinical Psychology*, 71 (12), 1245-1258. <https://doi.org/10.1002/jclp.22224>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509-516.
- McDermott, O. D., Prigerson, H. G., Reynolds, C. F., et al. (1997). Sleep in the wake of complicated grief symptoms: An exploratory study. *Biological Psychiatry*, 41 (7), 710-716.
- Motherless Daughters Australia. (2021). *Program Evaluation Report*. Motherless Daughters Australia. Recuperato da [<https://www.motherlessdaughters.com.au/>](<https://www.motherlessdaughters.com.au/>)
- Munet-Vilar, F. (1998). *Grieving and death rituals of Latinos*. Stanford Multicultural Palliative Searchable Reference Database.
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2020). *Bereavement Outreach Program Report*. NHPCO. Recuperato da [<https://www.nhpco.org/>](<https://www.nhpco.org/>)
- Neimeyer, R. A. (2000). Lessons of loss: A guide to coping. *Brunner/Mazel*.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40 (2), 73-83. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- O'Connor, M.-F. (2019). Grief: A brief history of research on how body, mind, and brain adapt. *Psychosomatic Medicine*, 81(8), 731-738. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000717>
- Onofri, A., & La Rosa, C. (2015). *Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
- Parkes, C. M. (2001). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3rd ed.). Taylor & Francis.

- Parkes, C. M., & Weiss, R. (1983). *Recovery from bereavement*. New York, NY: Basic Books.
- Peirone, L. (2020). *Nuovo coronavirus e resilienza. Strategie contro un nemico invisibile*. Anthropos.
- Perdighe, C., & Mancini, F. (2010). Il lutto. Dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione. *Psicobiattivo*, 30, 127-147.
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2008). Prolonged grief disorder: A case for inclusion in DSM-V. In M. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165-186). American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., et al. (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.
- Rando, T. A. (1992). The increasing prevalence of complicated mourning: The onslaught is just beginning. *Omega*, 26, 43-59.
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. W. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 367-389). Wiley.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin.
- Rosenblatt, P. C. (1993). *Grief: The social context of private feelings*. Hemisphere Publishing Corporation.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00032-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00032-X)
- Schaefer, C., Quesenberry, C. P., Jr., & Wi, S. (1995). Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. *American Journal of Epidemiology*, 141 (12), 1142-1152.
- Schneider, K. (2004). *Psicopatologia clinica* (B. Callieri & R. Dalle Luche, Trad.). Roma: Giovanni Fioriti. (Original work published 1968)
- Schut, H., Stroebe, M., Van Den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 705-737). American Psychological Association.
- Shapiro, E.R. (1995). *Grief in family and cultural context: Learning from Latino families*. Stanford Multicultural Palliative Searchable Reference Database.
- Shear, K. (2012). Getting straight about grief. *Depression and Anxiety*, 29 (5), 461-464.
- Shear, K. (2012). Grief and mourning gone awry: Pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119-128.

- Shear, K., & Skritskaya, N. (2012). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 14 (3), 169-176.
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160.
- Shear, M. K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47 (3), 253-267. doi:10.1002/dev.20091
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293 (21), 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2011). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2013). Bereavement and complicated grief. *Current Psychiatry Reports*, 15 (5), 406.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Mauro, C., & Skritskaya, N. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28 (2), 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D., Perlman, C. A., Muriel, A. C., Moore, C. W., ... & Shear, M. K. (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 411-417.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., et al. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (5), 395-399.
- Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40(3), 179-186. <https://doi.org/10.1080/00050060500243426>
- Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 525-535. <https://doi.org/10.1177/1359104507078475>
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204-221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>
- Speciale laboratori di educazione alla morte nelle scuole. (2015). *Uno sguardo al cielo*. <https://www.unosguardoalcielo.com/speciale-laboratori-di-educazione-alla-morte-nelle-scuole-2015/>
- Sprang, G. (2001). The Use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Treating Traumatic Grief. *Journal of Loss and Trauma*, 6(3), 209-217.
- State of Mind. (n.d.). La Death Education: *Un percorso educativo alla morte*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/death-education/#:~:text=di%20quest'ultima,-.La%20Death%20Education%20costituisce%20un%20percorso%20rivolto%20a%20tutte%20le,temi%20che%20valorizzano%20la%20vita>

- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61 (4), 273-289. doi:10.2190/OM.61.4. b
- Stroebe, M., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (Eds.). (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370 (9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). 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 (6), 1241-1249.
- Szuhany, K., et al. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Nelson-Hall.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Testoni, I. (2015). *Il lutto e il morire. Una prospettiva psicologica e culturale*. Bollati Boringhieri.
- The Dougy Center. (2023). *Our programs*. <https://www.dougy.org/programs>
- VIDAS. (n.d.). Death education: *Percorso educativo alla morte*. VIDAS. <https://www.vidas.it/death-education-percorso-educativo-alla-morte/>
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2nd ed.). Guilford Press.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2004). *Living Beyond Loss: Death in the Family* (2nd ed.). W.W. Norton & Company.
- Weiner, B. (1972). *Theories of motivation: From mechanism to cognition*. Chicago: Markham Publishing.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. G., & Dijkstra, I. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47 (1), 31-42. <https://doi.org/10.1348/014466507X216152>
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Zisook, S., & Shear, M. K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>