



**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 2022/2023**

**TESI DI LAUREA**

**Il Disturbo da Lutto Prolungato: l'esperienza della pandemia da Covid-19**

**DOCENTE RELATORE:** Prof.ssa Laura Ferro

**STUDENTE:** 20 D03220

Carlotta Mazza

*A nonno Gianni e nonna Betta*

# INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>Capitolo 1 – Il lutto da una prospettiva clinica</b>	<b>6</b>
1.1 Le teorie psicologiche sul processo del lutto	7
1.1.1 La teoria psicoanalitica	7
1.1.2 La teoria biologica o interpersonale	8
1.1.3 La teoria esistenziale	9
1.1.4 La teoria della crisi o teoria post-traumatica	9
1.2 Le fasi del dolore: tra passato e presente	10
1.3 I fattori di rischio per il lutto: lo stile di attaccamento	11
1.4 I fattori protettivi per il lutto: la resilienza	14
1.4.1 <i>Death education</i> come fattore protettivo	15
1.5 Il lutto anticipatorio	17
1.6 Il lutto normale e il lutto complicato	18
1.6.1 Il lutto normale o non complicato	18
1.6.2 Il lutto complicato	19
<b>Capitolo 2 – Diagnosi e classificazione del disturbo da lutto prolungato</b>	<b>23</b>
2.1 Il disturbo da lutto prolungato: diverse concettualizzazioni	23
2.2 Il disturbo da lutto prolungato: criteri e caratteristiche diagnostiche secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR, APA, 2022)	26
2.2.1 Il disturbo da lutto prolungato: caratteristiche associate e prevalenza	28
2.2.2 Il disturbo da lutto prolungato: sviluppo e decorso	28
2.2.3 Il disturbo da lutto prolungato: fattori di rischio e prognosi	30
2.2.4 Il disturbo da lutto prolungato: diagnosi differenziale	32
2.3 Classificazione del disturbo da lutto prolungato secondo la Classificazione Internazionale e Statistica delle malattie (ICD-11)	34
2.3.1 Decorso in base agli stadi di sviluppo dell'individuo	35
2.3.2 Aspetti legati alla cultura di appartenenza e a sesso e/o genere	37
2.3.3 Confini con altri disturbi e condizioni (diagnosi differenziale)	38
2.4 Differenza della classificazione del disturbo: ICD-11 e DSM-5-TR	39
2.5 Strumenti diagnostici	41

<b>Capitolo 3 – Lutto e pandemia</b>	<b>46</b>
3.1 Il lutto: modi e tempi durante la pandemia da Covid-19	47
3.2 Il disturbo da lutto prolungato durante la pandemia	48
3.3 Covid-19 e trauma	50
3.4 Il lutto in pandemia: una testimonianza	51
3.5 L'importanza del rito funebre	54
3.5.1 L'assente presenza del rito funebre durante la pandemia	55
3.6 L'importanza del congedo con il corpo: l'assenza della salma	56
3.7 La resilienza ai tempi della pandemia	58
<b>Conclusione</b>	<b>60</b>
<b>Bibliografia</b>	
<b>Sitografia</b>	

## Introduzione

Il lutto, e più in particolare il disturbo da lutto complicato, sono fenomeni che hanno destato (e destano tutt'ora) una grande attenzione psicologica e clinica. Il lutto, infatti è stato studiato e teorizzato sin dal XVIII sec. da studiosi come Freud e Bowlby. Per darne una definizione più specifica esso può essere considerato come una delle maggiori sfide che la vita pone di fronte all'individuo e una delle principali fonti di stress. Nonostante l'essere umano sia solito cercare di dimenticare ed eliminare dalla propria mente i ricordi spiacevoli, con il lutto ciò sembrerebbe non avvenire poiché, come sostengono Colantuono e Brera nel loro lavoro del 2018, questo sembrerebbe essere l'unico modo per restare in contatto con il defunto. Inoltre, sulla base di criteri osservativi quali ad esempio l'intensità, la durata e la disfunzionalità delle reazioni alle esperienze di perdita, la ricerca ha reso possibile differenziare situazioni diverse tra di loro che in una scala di gravità vanno da una situazione di lutto normale all'esperienza di un lutto complicato alla configurazione di un vero e proprio disturbo. Nel momento, infatti, in cui i sintomi si cristallizzano in una sofferenza clinica, bloccando l'individuo all'interno di una situazione di lutto complicato per più di 12 mesi, si configura la positività diagnostica per un Disturbo da Lutto Prolungato. Quest'ultimo, prima di essere considerato come un disturbo a tutti gli effetti dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 5 – TR (APA, 2022), è stato concettualizzato in diversi modi dalle versioni precedenti dello stesso manuale. La recente situazione pandemica dovuta al Covid-19 ha visto l'aumentare della concentrazione dell'attenzione di molti ricercatori su questo fenomeno. In questi casi è emerso come il venire a mancare di tutta una serie di elementi utili nella rielaborazione della perdita abbia portato molte persone, poste di fronte a momenti di profondo dolore, a trovare modalità alternative utili a elaborare e condividere sofferenze altrimenti inesprimibili.

Alla luce di queste riflessioni, in questo mio elaborato di tesi ho approfondito il tema del *lutto anticipatorio* ovvero, come sostiene Marsili nel suo lavoro del 2020, quella condizione clinica che si viene a creare quando si affianca una persona nella sua fase di vita/malattia terminale e che porta a esperire forti stati di rabbia, tristezza e negazione, che perdurano anche dopo il momento della morte. Mi sono quindi chiesta, nell'approfondire questa interessante tematica clinica, se esistano fattori di rischio e fattori protettivi legati all'esperienza del lutto e in grado di diversificarne la forma, se, a livello diagnostico, il disturbo da lutto prolungato sia stato categorizzato anche da altri

manuali oltre il DSM e come gli avvenimenti legati alla situazione pandemica, abbiano contribuito alla crescita degli studi inerenti tale fenomeno.

Ho deciso, per tanto, di impostare il mio elaborato di tesi in modo da inserire nel primo capitolo un piccolo *excursus* inerente le diverse teorie che, nel corso del tempo, si sono occupate del lutto; la differenza esistente tra lutto normale e lutto complicato e una descrizione dei principali fattori di rischio/protettivi, con una maggiore attenzione, per i primi, verso lo stile di attaccamento. Al fine di bilanciare i fattori di rischio sono stati descritti anche i fattori protettivi, in particolar modo l'educazione alla consapevolezza attivata dalla *death education*.

Il secondo capitolo si concentra, in particolar modo, sul disturbo da lutto prolungato. È introdotto da un'analisi relativa al modo in cui il disturbo è stato concettualizzato dai diversi manuali e, in seguito, si trova la descrizione completa secondo il DSM-5-TR e la Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi correlati (ICD-11) (OMS, 2023). Infine, si è deciso di esaminare alcuni degli strumenti di supporto alla diagnosi del disturbo.

Per finire, il terzo capitolo approfondisce il tema del lutto durante la pandemia da Covid-19. Infatti, è stata inserita una riflessione su come le modalità e i tempi in seguito alla perdita di una persona cara in quella particolare fascia temporo-esperienziale, e successivamente, siano cambiati. In particolare, sono stati esaminati i fattori di rischio che sono emersi, il tema dell'importanza della celebrazione del rito e la presenza delle salme e l'aspetto della resilienza e del reinventarsi in seguito ad un evento così traumatico come quello della perdita di un caro. A tal proposito è interessante sottolineare che, la descrizione di questi temi, è stata supportata da diverse testimonianze che hanno permesso di riflettere anche sulle implicazioni del disturbo da lutto prolungato.

## CAPITOLO 1 – Il lutto da una prospettiva clinica

La perdita di una persona cara è considerata una delle maggiori sfide che la vita pone di fronte all'individuo e una delle principali fonti di stress. Per rendere l'idea di ciò che si prova e si sente in seguito ad una scomparsa, soprattutto quando questa avviene in modo improvviso, è interessante introdurre l'analisi del termine *Sorg* proposta da Colantuono e Brera (2018). *Sorg* è un termine norvegese che designa il lutto e viene spesso tradotto come «strappo» o «rottura» (Ibidem, 2018). Spesso i termini in riferimento al lutto vengono confusi nel linguaggio comune, pertanto è importante farne un'analisi terminologica. Da un punto di vista etimologico, il termine «*lutto (dal latino lugere) indica la condizione dell'essere in lutto, del portare il lutto come conseguenza del cordoglio (dal latino cordolium = provare dolore)*» (Lombardo, Lai, Luciani, Morelli, Buttinelli, Aceto, Lai, D'Onofrio, Galli, Bellizzi, Penco 2014, p. 107). A tal proposito è importante evidenziare come spesso i termini «lutto» e «cordoglio» vengano confusi e considerati sinonimi, ma in realtà non lo sono. Infatti, «*alla perdita consegue il lutto che include il dolore emotivo e i correlati emozionali, cognitivi, funzionali e comportamentali che evolvono nel tempo; diversamente il cordoglio indica un processo psicologico di rimarginazione della ferita emotiva che viene attivato dalla perdita e che ha lo scopo di raggiungere una piena accettazione della realtà dell'evento e delle sue implicazioni, di metabolizzarla e di far sì che la vita vada avanti, anche senza il proprio caro*» (Carmassi, Conversano, Pinori, Bertelloni, Dalle Luche, Gesi, Dell'Osso, 2016, p.232). Nella lingua inglese, invece, è possibile distinguere tre termini per definire il lutto: «*bereavement con riferimento alla perdita di una persona per decesso, grief, che indica i comportamenti e i sentimenti soggettivi conseguenti a una perdita e mourning, che si riferisce alle espressioni sociali in risposta alla perdita e al cordoglio*» (Lombardo et al., 2014, p.107). Queste diverse accezioni del termine, come è possibile osservare, includono tutta l'esperienza del lutto ossia la sua anticipazione, il processo di elaborazione che include l'accettazione e la ripresa delle attività quotidiane e della vita in tutti i suoi aspetti per chi resta (Marsili, 2020).

## 1.1 Le teorie psicologiche sul processo del lutto

Il fenomeno del lutto, durante l'ultimo secolo, è stato ampiamente studiato ed esaminato da diverse correnti a stampo psicologico (Lombardo *et al.*, 2014). In particolare, l'autore si è posto l'obiettivo di esaminarne quattro: La teoria psicoanalitica, la teoria biologica o interpersonale, la teoria esistenziale e infine quella della crisi post traumatica. Si procede di seguito con un approfondimento di ogni quadro teorico.

### 1.1.1 La teoria psicoanalitica

Secondo Carmassi (2016), la corrente psicoanalitica ha studiato il lutto analizzando le sue fasi e il momento di accettazione della perdita. La teoria psicoanalitica affronta per la prima volta il tema del lutto nell'opera di S. Freud *Lutto e melanconia (1915)*. Freud in questo scritto sostiene che *«la perdita dell'«oggetto» determina un processo, che egli stesso definisce «lavoro del lutto», attraverso il quale l'energia psichica precedentemente investita sull'oggetto viene gradualmente ritirata verso l'io e successivamente reinvestita verso nuovi oggetti»* (Lombardo *et al.*, 2014, p. 107). Secondo l'autore questo implica la presenza di diverse fasi attraverso le quali l'assenza esterna dell'oggetto viene interiorizzata dal soggetto. La prima fase consiste in una ricerca tormentata *dell'oggetto perduto*. A tal proposito Freud individua dei comportamenti che hanno un carattere difensivo di negazione della perdita: la ricerca della persona defunta non è volta a ritrovarla, ma alla difesa negando questa consapevolezza. La seconda fase individuata da Freud implica il soggetto nella ricerca di difese meno arcaiche, in quanto emergono rabbia, sensi di colpa e depressione (Lombardo *et al.*, 2014). Durante la terza fase, invece, l'individuo rivive dentro di sé *l'oggetto d'amore perduto* identificandosi in maniera ideale con la persona deceduta. Infine, la quarta fase prevede che *«la libido disinvestita dall'oggetto d'amore perduto possa finalmente rendersi disponibile ad altri investimenti oggettuali»* (Lombardo *et al.*, 2014, p.107). Tuttavia, il modello psicoanalitico presenta dei limiti. Infatti, sovente il lutto risulta di difficile elaborazione per l'individuo, in quanto viene percepito come una perdita di sé, vista l'identificazione del defunto con un oggetto successivamente interiorizzato (Carmassi *et al.*, 2016).

## 1.1.2 La teoria biologica o interpersonale

Come afferma Lombardo (2014), la teoria dell'attaccamento studiata da J. Bowlby ha dato vita alla corrente biologica o interpersonale. Quest'ultima prende in considerazione «*l'aspetto dell'adattamento all'ambiente e dell'istinto che ha come fine l'autoconservazione dell'individuo in lutto*» (Ibidem, p. 107). Gli studiosi che abbracciano questa corrente di pensiero spiegano che l'individuo elabora la morte di una persona cara passando attraverso quattro fasi. La prima fase viene definita fase di stordimento. Questa è caratterizzata da una disorganizzazione che implica il non riuscire a registrare la perdita da parte del soggetto, in quanto considerata troppo dolorosa (Berardi, 2020). Successivamente vi è la fase di ricerca e struggimento, durante la quale gli individui presentano delle reazioni di rabbia generalizzate o specifiche nei confronti di coloro che provano a fornire supporto e sostegno e allo stesso tempo ricercano la persona, ad esempio attraverso ricordi, esperienze e oggetti (Berardi, 2020). La terza fase è definita fase di disorganizzazione e disperazione: i disturbi somatici, ad esempio disturbi del sonno o del comportamento alimentare, si sommano all'isolamento, alla solitudine e alla depressione (Lombardo *et al.*, 2014). La quarta fase prevede il tentativo, da parte del soggetto, di riorganizzare la propria vita attraverso «*un graduale e a volte lento recupero delle relazioni interpersonali e degli interessi sociali e presuppone la capacità di rinunciare definitivamente alla possibilità di recuperare la persona perduta [...]*» (Ibidem, p. 107) ovvero si tratta di una fase in cui il soggetto cerca di accettare la perdita (Berardi, 2020). Dunque, Lombardo (2014), sulla base delle idee di Cazzaniga (2002), afferma che la persona che subisce il lutto di un caregiver o di una persona che si prendeva cura di lui, si trova in una situazione che ribalta la sua vita e di conseguenza si presenta la necessità di ridefinire la sua identità e il suo modo di affrontare questo cambiamento.

Inoltre, Berardi (2020) afferma come secondo i teorici dello stress è interessante leggere questa teoria assumendo come punto di vista lo stress, in questo modo le fasi identificate da Bowlby possono essere reinterpretate nel seguente modo: la fase di stordimento sarebbe quindi paragonabile ad uno «*stato d'allarme conseguente alla valutazione di un dato evento come minaccioso*» (Ibidem, p. 4); la fase di ricerca e struggimento coinciderebbe con l'affrontare il problema; la fase di disorganizzazione e disperazione equivarrebbe al provare un'emozione che è in linea con il fatto di essere consapevoli della perdita; infine la fase di riorganizzazione farebbe riferimento

all'affrontare il problema utilizzando strategie in linea con la consapevolezza raggiunta dal soggetto (Ibidem, 2020).

### **1.1.3 La teoria esistenziale**

Il massimo esponente di questa corrente è Campione (1990), il quale sulla base del pensiero dell'antropologo De Martino (1975), elabora una teoria esistenzialistica del lutto. In particolare, secondo Campione (2012) se l'individuo non riesce ad elaborare il lutto rischia di rimanere cristallizzato in questa situazione. Come ben esplicita la teoria esistenzialista, la fase in cui l'individuo nega il lutto che ha subito viene definita «follia», in quanto secondo questo approccio l'obiettivo del lutto è quello di riuscire a far dimenticare i defunti e non di creare nuovi legami con essi. Secondo questa teoria, quindi, *«ciò che entra in crisi con la morte del caro è proprio il senso della vita»* (Campione, 2012, p. 34), nel senso che *«la perdita di una persona cara mette in crisi il senso della vita da intendersi non in termini meramente biologici e soggettivi, ma in termini di senso che noi stessi abbiamo edificato e continuiamo a edificare culturalmente nella e con la nostra storia»* (Lombardo et al., 2014 p. 108). Secondo l'autore l'individuo potrebbe recuperare il senso di perdita attribuendo al defunto una morte culturale (Lombardo et al., 2014). Campione (2012), però, sostiene che non bisogna intendere questo concetto come un voler dimenticare le persone care che hanno perduto, ma piuttosto come l'essere capaci di *poter dimenticare* i defunti traslandoli nel passato. L'autore afferma questo concetto sulla base del fatto che l'uomo, dal momento in cui è capace di dimenticare, può decidere in autonomia in che modo farlo, ad esempio in base alle situazioni.

### **1.1.4 La teoria della crisi o teoria post-traumatica**

La teoria della crisi o post-traumatica vede Horowitz (1986) come massimo esponente. Quest'ultimo afferma che *«il lutto è una delle condizioni di vita più stressanti per l'individuo e si associa a conseguenze sul piano psichico e somatico»* (Ibidem; p. 108). Horowitz (1986) con questa teoria individua diverse fasi attraverso cui l'individuo elabora il lutto e cerca, gradualmente (dal momento in cui si parla di fasi), di adattarsi e familiarizzare con la perdita che ha appena subito. In particolare, la prima fase fa riferimento all'intensa protesta, ovvero al senso di rabbia provato dall'individuo che spesso si pone quesiti del tipo *perché proprio a me?*; la seconda fase è il rifiuto

ovvero l'individuo non accetta la perdita che ha subito screditando la veridicità del decesso che è avvenuto; la terza fase corrisponde all'elaborazione: l'individuo inizia a cercare di entrare in contatto con l'accaduto e cerca di trovare strategie per fronteggiarlo; infine, la quarta ed ultima fase è rappresentata dal completamento che si potrebbe assimilare all'accettazione di Elizabeth Kübler Ross (1969), ovvero una stabilizzazione delle emozioni e una maggiore consapevolezza della perdita subita.

## 1.2 Le fasi del dolore: tra passato e presente

Le fasi del dolore in reazione ad un lutto, come si è visto attraverso l'*excursus* precedente relativo alle diverse teorie che riguardano il lutto, sono state studiate ampiamente sia in passato sia da studiosi odierni, i quali hanno cercato di descrivere queste fasi in maniera meno schematica. Nel 2021 Szuhany, Malgaroli, Miron e Simon affermano che le reazioni di dolore in risposta alla perdita di una persona non seguono delle fasi prestabilite, al contrario fanno riferimento a pattern eterogenei. Questi autori evidenziano come Bonanno (2004) e Nielsen (2019), alla luce di una valutazione di massimo tre anni post-perdita, hanno identificato tre modalità di reazione ad essa. La prima è presente nel 26% - 45% di individui in lutto e si presenta con uno scarso dolore o sintomi legati ad esso (Djelantik, 2004; Nielsen, 2017). La seconda si riscontra solo nel 10% degli individui, i quali tendono a provare dolore in seguito ad una perdita a distanza di tempo: inizialmente provano poco dolore e a distanza di sei mesi questo raggiungeva soglie più elevate (Bonanno, 2004; Nielsen, 2017). Infine, la terza, fa riferimento ad una minoranza di individui che varia dal 7% al 10% ed è caratterizzata dal fatto che queste persone provano alti livelli di dolore (Djelantik, 2017; Lundorff, 2017). Infine, questi autori sostengono che probabilmente questo gruppo di individui fa riferimento a coloro che sono a rischio di sviluppare un disturbo da lutto prolungato.

A differenza di questo modello che non prevede fasi predefinite, ma eterogenee, il modello del 1969 di Elizabeth Kübler Ross, psichiatra svizzera, individua cinque fasi del dolore attraverso cui si può passare in seguito ad un lutto. Elizabeth Kübler Ross introduce per la prima volta nel 1969 il suo modello nell'opera *On Death and Dying* (Lauro, 2021). Inizialmente questo modello fu criticato in quanto si credeva che le persone attraversassero tutte le fasi e che questo fosse il modo preciso con cui provassero dolore. Lauro (2021) afferma come la psichiatra, in realtà, sostenga che queste fasi non siano rigide; infatti, gli individui possono sperimentarne solo alcune o

addirittura nessuna. Come ben indicato dall'autrice le cinque fasi sono: il diniego o negazione (*Denial*), la rabbia (*Anger*), la contrattazione (*Bargaining*), la depressione (*Depression*) e l'accettazione (*Acceptance*). Il diniego o negazione «è lo stadio che può inizialmente aiutare la vittima a sopravvivere alla perdita» (Lauro, 2021). Questa fase è caratterizzata dalla negazione della perdita appena avvenuta e da uno stato di shock derivante da un cambiamento improvviso che modificherà immediatamente lo stile di vita dell'individuo (Ibidem, 2021). Inoltre, l'autrice sottolinea come l'individuo riesca a superare questa fase grazie allo shock e alla negazione. La negazione, infatti permette al soggetto di difendersi dal dolore che altrimenti il corpo non potrebbe sopportare; ma nel momento in cui lo shock e la negazione cessano, iniziano ad emergere tutte quelle sensazioni di dolore da cui l'individuo cercava di difendersi (Lauro, 2021). La rabbia è una fase in cui chi ha subito una perdita inizia ad addossare le colpe agli altri per il dolore che sta vivendo e a considerare insignificante tutto ciò che lo circonda. Lauro (2021) afferma come i ricercatori e psicologi sostengano che questa fase sia necessaria al fine di superare il dolore e perciò le persone vengono incoraggiate ad esternare questo sentimento così ostile. La rabbia, in questo senso può essere considerata come *la forza trainante che ci lega alla realtà* (Lauro, 2021). Per continuare è bene ricordare che la contrattazione è una fase in cui l'individuo inizia a credere che si può evitare il lutto attraverso un tipo di negoziazione. Inoltre, questa fase è caratterizzata in particolar modo dal senso di colpa che l'individuo prova nei confronti del defunto (Ibidem, 2021). La depressione, invece, è la fase caratterizzata da un ritiro dell'individuo dalla vita e dalle attività quotidiane. In questi casi gli individui tendono a passare il tempo in solitudine in quanto non sentono il bisogno di condividere i loro sentimenti (Lauro, 2021). Infine, l'accettazione è la fase in cui le emozioni si stabilizzano ed emerge la consapevolezza rispetto alla situazione che si sta vivendo. Queste accezioni non sono da considerarsi come totalmente positive, ma come aspetti con cui l'individuo ha imparato a coesistere (Lauro, 2021).

### **1.3 I fattori di rischio per il lutto: lo stile di attaccamento**

Lombardo (2014) afferma che in letteratura, sono stati identificati diversi fattori che potrebbero incidere sullo sviluppo di un lutto complicato. In particolare, Ellifritt, Nelson e Walsh (2003) hanno condotto uno studio negli Stati Uniti utilizzando un questionario: il *Bereavement Risk Questionnaire*. Il questionario è costituito da una

scala a quattro punti, in cui lo 0 corrisponde al non rischio e il 3 ad un rischio elevato, ed è capace di esaminare i diciannove fattori di rischio (fig.1) che espongono maggiormente l'individuo alla possibilità di trovarsi in una situazione di lutto complicato (Lombardo, 2014).

Table 1. Potential risk factors	
Question	Risk factor
Q1	Patient is a child
Q2	Denial of illness by caregiver
Q3	PCG withdrawing from caregiving responsibilities
Q4	Another death within the last three months
Q5	Another loss within the last three months
Q6	Survivor will be physically dependent
Q7	Survivor will be emotionally dependent
Q8	Survivor will be financially dependent
Q9	Children under the age of 16
Q10	History of mental illness
Q11	History of alcohol/drug abuse
Q12	Poor coping skills
Q13	Angry outbursts (more than five per week)
Q14	Poor eating habits
Q15	Poor sleeping habits
Q16	More than one somatic complaint
Q17	Perceived lack of social support
Q18	Experiencing a concurrent crisis
Q19	PCG concerned with patient's suicidal risk

Fig. 1 *Fattori di rischio individuati dal Bereavement Risk Questionnaire (Ellifritt, Nelson, Walsh, 2003)*

L'autore afferma che sottoponendo il questionario ai coordinatori dei servizi di assistenza al lutto di 508 hospice negli Stati Uniti, i maggiori fattori di rischio che sono emersi per i caregiver sono: la mancanza di supporto sociale (70%), abuso di sostanze come alcool o droga (68%), scarse capacità di coping (68%), altri disturbi psicologici (67%) e giovane età (63%). Inoltre, sottolinea che nel corso degli anni queste cinque categorie sono state ulteriormente esaminate e ne sono state individuate altre cinque: le variabili demografiche, riguardanti il soggetto impegnato nell'attività di *caregiving*; l'alessitimia ovvero l'incapacità di esprimere emozioni; la personalità e la struttura del

sé; le dimensioni del carattere e lo stile di attaccamento. In particolare, per quanto riguarda le variabili demografiche è stato rilevato che il fatto di essere una donna, moglie o figlia, e la mancanza del supporto familiare predispongono l'individuo a sviluppare ansia grave, depressione e lutto complicato (Lombardo *et al.*, 2014).

Ancora, l'autore sostiene che l'alessitimia dal momento in cui causa delle difficoltà nell'esprimere ed identificare i sentimenti e le emozioni può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo da lutto complicato. Alcuni elementi derivanti dalla personalità e dalla struttura del sé rappresentano dei fattori di rischio. Ad esempio, bassi livelli di autostima, continuare a mantenere un legame con la persona deceduta e *«la percezione soggettiva di una ridotta capacità di controllo rispetto al raggiungimento di obiettivi personali specifici e in generale la presenza di scarse prospettive riguardo al proprio futuro dopo la perdita»* (Lombardo *et al.*, 2014, p. 109). Infine, dimensioni del carattere come autodirettività e autotrascendenza associate a bassi livelli di cooperatività costituiscono il rischio di sviluppare un disturbo da lutto complicato (Lombardo *et al.*, 2014). Per quanto riguarda la natura di questo elaborato di tesi si è deciso di analizzare nello specifico, come fattore di rischio, lo stile di attaccamento. A tal proposito è interessante il contributo di Bowlby con la sua teoria dell'attaccamento. Lo studioso sostiene che il modo con cui le persone reagiscono ad una perdita, è in parte influenzato dalle loro storie e stili di attaccamento (Fraley, Bonanno, 2004). In particolare, Bowlby (1980) evidenzia come le persone che hanno uno stile di attaccamento insicuro esprimerebbero più dolore in risposta ad un lutto rispetto agli individui con stile di attaccamento evitante. Fraley e Bonanno (2004), basandosi sugli studi condotti da Mary Ainsworth con l'ausilio della strange situation, affermano che nel 1980 numerose ricerche si sono occupate di stilare una tassonomia di differenze individuali per quanto riguarda lo stile di attaccamento negli adulti (Hazan, Shaver, 1987; Main, Kaplan, Cassidy, 1985). Hazan e Shaver (1987), come affermano Bonanno e Fraley (2004), elaborano una tassonomia costituita da tre categorie: sicurezza, evitamento e ambivalenza. Dall'unione tra le idee di Bowlby (1980) e quelle di Hazan e Shaver (1987), si può notare come gli individui che presentano uno stile di attaccamento sicuro quando si trovano in una situazione di lutto, da un lato sperimentano stress e dall'altro si adattano facilmente alla perdita. Al contrario, coloro che hanno uno stile di attaccamento ambivalente reagiscono con un dolore cronico e gli individui con stile di attaccamento evitante, apparentemente, mostrano assenza di dolore

associata ad una difficoltà di un recupero conseguente ad una perdita che potrebbe poi trasformarsi in lutto complicato (Fraley, Bonanno, 2004).

#### **1.4 I fattori protettivi per il lutto: la resilienza**

Inoltre, è possibile individuare anche fattori protettivi e strategie di coping per affrontare il lutto. A tal proposito è d'ausilio il contributo di Stroebe (1999), che sostiene che le conseguenze del lutto sulla salute possano essere mediate dalla valutazione dell'evento e dalle strategie di coping. Per quanto riguarda i fattori protettivi, l'autore ne individua due. Le prime sono le risorse personali, come ad esempio uno stile di attaccamento sicuro, un'alta autostima e un *locus of control* interno (Stroebe, 1999). Queste permettono all'individuo di non sentirsi perso e di mantenere integra la sua identità al fine di poter elaborare consapevolmente il lutto ed essere cosciente di ciò che sta realmente accadendo. Le seconde corrispondono alle risorse sociali come la qualità delle relazioni interpersonali, il contesto e il supporto sociale (Stroebe, 1999). Ad esempio, il supporto sociale è importante in quanto, uno dei sintomi e delle reazioni al lutto è l'isolamento e il ritiro sociale. Al contrario se un individuo che ha subito un lutto gode di una rete sociale solida e ampia, che gli fornisca conforto e supporto, potrebbe riuscire ad elaborare meglio la perdita subita (Ibidem, 1999). Altri concetti interessanti in termini di fattori protettivi sono quelli di prevenzione e promozione della resilienza. Da un punto di vista biologico ed ecologico la resilienza è considerata come «*la capacità di un sistema di ripristinare la sua condizione di equilibrio (omeostasi) dopo un intervento esterno o un deficit rispetto alla capacità di carico (overload)*» (Di Nuovo, 2020, p. 16). Mentre da un punto di vista psicologico la resilienza è «*la capacità di affrontare i traumi della vita, di superarli e di uscirne rinforzati e addirittura trasformati positivamente*» (Ibidem, 2020, p. 16). In questa direzione, i principali aspetti che caratterizzano la resilienza fanno riferimento alla capacità dell'individuo di saper controllare lo stress che deriva dal trauma e di riutilizzare poi le stesse risorse in situazioni simili. Dunque, la resilienza implica un riassetto che è in continua evoluzione, specie nel periodo pandemico (Di Nuovo, 2020). Inoltre, l'autore evidenzia l'importanza di implementare le risorse soggettive e del contesto, al fine di attivare un corretto intervento per promuovere la resilienza. In particolare, per quanto riguarda le risorse soggettive si cerca di aumentare la consapevolezza dei propri sentimenti e delle proprie emozioni, la capacità di porsi

obiettivi raggiungibili, l'autoefficacia e il *locus of control* interno per far fronte a situazioni traumatiche e l'utilizzo del supporto sociale (Ibidem, 2020). Mentre per quanto riguarda le risorse del contesto, si fa riferimento al supporto da parte della famiglia, degli enti scolastici, del gruppo dei pari e della comunità.

In particolare, Bonanno (2013) afferma che la resilienza sia caratterizzata dalla flessibilità e dall'adattamento che vanno costantemente «*implementate a livello sistemico in tempi di gestione delle crisi, fattori che, come comunità responsabile, dobbiamo impegnarci a promuovere a livello dell'individuo, della famiglia e della rete sociale allargata*» (De Luca, 2020, p. 329). Al fine di rendere gli individui più resilienti in situazioni traumatiche come quelle del lutto è importante intervenire preventivamente attraverso la prevenzione primaria e secondaria (De Luca, 2020). Per quanto riguarda la prevenzione primaria è utile coinvolgere gli individui a partire dai bambini (De Luca, 2020). In questo modo sarà possibile promuovere le condizioni che assicureranno loro una *base sicura* volta allo sviluppo di uno stile di attaccamento sicuro con il caregiver e all'esplorazione dell'ambiente circostante in maniera autonoma e tranquilla (Bowlby, 1989). Tutto questo in età adulta si trasforma poi in stabilità da un punto di vista psicologico, capacità di prendersi cura di sé stessi e degli altri e sviluppare l'empatia (De Luca, 2020). In questo modo, ci sono tutti i presupposti per poter gestire una situazione difficile come potrebbe essere quella di un lutto improvviso. Invece, con la prevenzione secondaria si cerca di insegnare agli individui meccanismi difensivi che siano capaci di migliorare gli aspetti legati alla sintomatologia (Ibidem, 2020).

#### **1.4.1 *Death education* come fattore protettivo**

Sempre in un'ottica preventiva, al fine di non essere esposti al rischio di sviluppare un disturbo da lutto prolungato in seguito alla perdita di una persona cara sarebbe utile, da un punto di vista informativo ed educativo, essere accompagnati all'acquisizione di maggior consapevolezza in relazione ai temi della morte sin dalla giovane età. Infatti, una maggior consapevolezza e un avvicinamento precoce al tema, potrebbero essere due fattori che aiutano l'individuo ad elaborare ed accettare, un lutto (Chiarini, Olivieri, 2021). Un esempio di come si può arrivare ad essere più consapevoli e ad avvicinarsi al tema del lutto sin da piccoli è quello della *death education* ossia un insieme di programmi con approccio educativo e preventivo verso il tema del lutto e del

fine vita (Chiarini, Olivieri, 2021). Al fine di poter avere maggiore consapevolezza rispetto alla morte e ai temi ad essa associati è interessante introdurre il concetto di *death education*. Dunque, la *death education* corrisponde ad un approccio educativo che si pone l'obiettivo di riconoscere i sentimenti di angoscia, di prevenire il lutto patologico e di elaborare la perdita andando così a colmare il vuoto creatosi (Testoni, 2015)

Prima di descrivere nel dettaglio le pratiche connesse a questo approccio è utile descriverlo attraverso qualche cenno storico. La *death education* è stata ideata dall'*Association for Death Education and Counseling (ADEC)* e inizialmente si è diffusa negli Stati Uniti e in Gran Bretagna a partire dagli anni Settanta (Oliveri, Chiarini, 2021). In particolare, il gruppo di ricercatori che si è occupato della *death education* è arrivato alla conclusione che dal momento in cui il tema della morte è un tema importante, è necessario che tutti, dai bambini agli anziani, ne abbiano consapevolezza (Ibidem, 2021). Entrando più nel dettaglio da un punto di vista strutturale è possibile identificare differenti tipologie di *death education* sulla base del rapporto che l'individuo sta vivendo con la morte e il lutto. In particolare, sono stati individuati tre livelli di *death education* ossia la *death education* per la prevenzione primaria, la *death education* per la prevenzione secondaria e, infine, la *death education* per la prevenzione terziaria (Oliveri, Chiarini, 2021).

La *death education* per la prevenzione primaria prevede dei programmi educativi quando l'esperienza reale e diretta di morte non è ancora presente (Oliveri, Chiarini, 2021). Un esempio di *death education* per la prevenzione primaria fa riferimento a degli interventi che hanno lo scopo di dare informazioni realistiche rispetto al tema della morte (Olivieri, Chiarini, 2021). Inoltre, Testoni (2015) afferma che la *death education* per la prevenzione primaria sia in grado di fornire un *alfabeto emotivo* che aiuta, specialmente i bambini, ad esprimersi rispetto al tema. In questi casi l'obiettivo finale è quello di permettere all'individuo di avere le risorse adeguate nel momento in cui si troverà a far fronte ad una situazione di lutto. Mentre, quando la morte è in prossimità e ci troviamo con individui che si relazionano costantemente con la morte e il morire si utilizza la *death education* per la prevenzione secondaria (Olivieri, Chiarini, 2021). In particolare, questa forma di *death education* coinvolge maggiormente medici, infermieri, psicologi e malati terminali proprio perché vivono situazioni che li espongono maggiormente al tema del lutto e della morte. In questi casi, specialmente con i professionisti sanitari, vengono messi a punto degli interventi che hanno l'obiettivo di implementare le modalità con cui si parla della morte e rendere

comprensibili i possibili fattori di rischio a cui sono esposti gli individui che subiscono un lutto o che sono in procinto di spegnersi (Olivieri, Chiarini, 2021). Infine, quando la perdita è già avvenuta, ossia se gli individui si trovano in una situazione di dolore intenso conseguente ad un lutto entra in gioco la *death education* per la prevenzione terziaria (Olivieri, Chiarini, 2021). In questi casi gli interventi si differenziano in base all'età dell'individuo, ad esempio per individui in età evolutiva si predilige il sostegno da parte di una figura adulta di cui il giovane si fida e che è in grado di supportare la sofferenza e dar voce alle emozioni in relazione all'accaduto (Goldin, 2020).

## 1.5 Il lutto anticipatorio

Prima di arrivare a concettualizzare le due macro categorie in relazione alla morte ossia il lutto normale e quello complicato è interessante osservare ed esaminare un'altra sua forma, ovvero il lutto anticipatorio. In particolare, si parla di lutto anticipatorio nel momento in cui ci si trova in una situazione in cui la persona cara ha una malattia terminale, in questi casi è possibile definire il lutto come «*l'attesa che sopraggiunga la morte della persona malata*» (Marsili, 2020, p. 55). Le emozioni e i sentimenti associati al lutto anticipatorio sono simili a quelli del lutto vero e proprio ossia negazione che si alterna a rabbia, tristezza e al non credere a ciò che sta accadendo (Ibidem, 2020). Al contrario delle situazioni in cui la perdita è improvvisa, il lutto anticipatorio dà la possibilità agli individui di restare accanto alla persona cara, esaudendo gli ultimi suoi desideri e standole accanto tutti i momenti possibili (Marsili, 2020). Inoltre, in questi casi chi resta ha, se così si può dire, un tempo necessario per poter accettare la perdita e *lasciare andare* la persona cara (Marsili, 2020). Mentre, se la morte avviene in maniera improvvisa gli individui reagiscono provando un forte senso di colpa per non essere riusciti a portare a termine obiettivi che si erano prefissati assieme alla persona cara o per averla abbandonata (Ibidem, 2020). Infatti, in questi casi la sensazione è quella di avere maggiore difficoltà ad accettare la separazione e a *lasciar andare* la persona (Ibidem, 2020). Nei casi di morte improvvisa le emozioni associate sono molto più taglienti come stati di shock, stati confusionali, disorganizzazione, ansia da separazione e negazione, proprio a causa della natura improvvisa e inaspettata dell'evento (Marsili, 2020). Inoltre, in situazioni di lutto il fatto di perdere una persona cara porta l'individuo che resta ad avere la sensazione che ha perso una parte di sé in cui erano contenuti ricordi, esperienze e vissuti legati alla persona deceduta (Ibidem, 2020).

Solitamente, per fronteggiare queste situazioni gli individui mettono in atto strategie difensive come la negazione, la rimozione o la dissociazione che permettono di non avere contatti con l'evento che hanno appena subito (Ibidem, 2020). Oltre alle risposte emotive, in seguito ad un lutto possono verificarsi anche ripercussioni da un punto di vista fisico ossia diminuzione dell'appetito e del sonno, malattie, generalmente cardiovascolari, soprattutto quando si tratta di una perdita improvvisa (Marsili, 2020).

## **1.6 Il lutto normale e il lutto complicato**

Adottando una prospettiva clinica è possibile parlare di due tipologie di lutto: il lutto normale o non complicato e il lutto complicato. Il fatto di considerare l'elaborazione del lutto come complicata o normale è un processo difficile in quanto, è necessario prendere in considerazione e valutare diverse variabili (Berardi, 2020). Il primo che ha proposto una classificazione dei diversi modi di elaborare il lutto è stato Parkes (1965). Tale autore, sulla base dei colloqui effettuati con pazienti psichiatrici ricoverati entro sei mesi dalla morte di una persona cara, identifica quattro tipologie: *il lutto normale, il lutto cronico, il lutto inibito e il lutto ritardato*. Il lutto cronico presenta i sintomi tipici del lutto normale, ma con un'intensità e durata maggiori, ad esempio ansia, senso di colpa, angoscia, rabbia e solitudine; il lutto inibito presenta, apparentemente, una mancanza di reazione alla perdita ovvero l'individuo che ha subito una perdita sembra riprendere normalmente la vita che stava vivendo in precedenza; il lutto ritardato fa riferimento al fatto che la fase di cordoglio emerge dopo una fase di lutto inibito (Parkes, 1965). In seguito, Parkes (1972) identifica altre sette fasi del lutto: *«reazioni di allarme, come ansia, irrequietezza, lamentele somatiche; ricerca, intesa come spinta irrazionale a ritrovare la figura persa; rabbia e colpa; sensazione di vuoto interiore; adozione di tratti o gesti del defunto; accettazione e risoluzione, inclusi appropriati cambiamenti nell'identità»* (Carmassi *et al.*, 2016, p. 233).

### **1.6.1 Il lutto normale o non complicato**

Come ben chiarito ed evidenziato da diversi autori, essendo le problematiche relative alla perdita e al cordoglio differenti da persona a persona, sarebbe poco utile, da un punto di vista clinico, considerare come patologiche le reazioni psicologiche di un individuo (Lombardo *et al.*, 2014). A tal proposito l'autore afferma che sarebbe

necessario considerare il lutto come un fenomeno caratterizzato da fluidità e variabilità, in quanto può differire in termini di intensità, durata e appartenenza culturale del soggetto. Per quanto riguarda il lutto normale, si fa riferimento ad un dolore e a dei sentimenti che possono portare ad emozioni negative come: «*sensò di colpa nei confronti della persona deceduta, rammarico, ansia, paura, rabbia, senso di solitudine, infelicità, immagini intrusive, depersonalizzazione e sensazione di essere sopraffatti*» (Ibidem; p. 108). Nei sei mesi successivi alla perdita, Colantuono (2018) considera questi sentimenti come un segno di resilienza, ossia la capacità dell'individuo di affrontare e superare un evento traumatico. Infatti, nel lutto normale il dolore si somma a sentimenti positivi come serenità, pace, gioia e sollievo (Lombardo *et al.*, 2014). In particolare, dalla clinica, vengono individuate due fasi di lutto normale o non complicato (Ibidem, 2014). La prima fase detta, del «lutto acuto» (*acute grief*), «*si verifica nelle fasi immediatamente successive alla morte e può essere caratterizzata da un'intensa esperienza di sofferenza accompagnata comportamenti ed emozioni considerati inusuali dallo stesso soggetto in lutto [...]*» (Lombardo *et al.*, 2014, p. 108). Nella seconda fase, detta del «lutto integrato o costante» (*integrated o abiding grief*), l'individuo, nonostante la tristezza, riesce a ricordare la persona perduta (Ibidem, 2014). Inoltre, il passaggio da una fase all'altra avviene entro i primi mesi dalla morte e gradualmente la persona in lutto riprende le sue normali attività, introiettando nella propria memoria la persona deceduta (Ibidem, 2014). Tuttavia, durante questo processo si possono verificare «*momenti di riaccutizzazione della sintomatologia in corrispondenza a eventi significativi come ricorrenze, festività, anniversari, compleanni, altri lutti, o durante periodi particolarmente stressanti*» (Ibidem; p. 108). Infine, le evidenze cliniche mettono in evidenza che il lutto normale, generalmente, si risolve entro un anno dalla morte e di conseguenza non necessita di un intervento psicoterapeutico (Lombardo *et al.*, 2014).

## **1.6.2 Il lutto complicato**

Con lutto complicato, invece, si intende un *prolungamento del normale processo del lutto* che produce effetti negativi sulla salute psicofisica dell'individuo, impedendogli di avere una buona qualità della vita (Lombardo *et al.*, 2014). Rando (1992), adottando una prospettiva terapeutica cognitivista, elabora una visione secondo

cui il lutto complicato si sviluppa da una *compromissione, distorsione o insuccesso* delle fasi che caratterizzano il lutto normale. Egli le definisce le «6 R del lutto»: *Riconoscere la perdita* ovvero comprendere che il decesso di una persona cara sia avvenuto realmente; *Reagire alla separazione* ovvero esprimere tutte le emozioni che la perdita ha suscitato nell'individuo; *Richiamare alla mente e rivivere il defunto e il rapporto con esso*, ad esempio rispolverando vecchi ricordi o emozioni legati al defunto; *Rinunciare al vecchio mondo e ai vecchi legami con il defunto* ovvero cercare di accettare la perdita ; *Riorganizzarsi al fine di muoversi in maniera adattiva nel nuovo mondo senza dimenticare il vecchio*, ad esempio sviluppando un nuovo rapporto con il defunto, rivalutando la realtà che si sta vivendo e cercando nuove strategie di coping; *Reinvestirsi* nel senso di investire in altri legami lasciando andare l'attaccamento con il defunto (Rando, 1992). Da un punto di vista epidemiologico, i dati relativi alla prevalenza del lutto complicato sono scarsi ed eterogenei: sulla popolazione generale le percentuali variano tra il 3,7% e il 4,8%, mentre, per quanto riguarda popolazioni specifiche caratterizzate da individui in lutto, la prevalenza varia tra il 10%, il 20% e il 25% (Lombardo *et al.*, 2014).

Da un punto di vista clinico, nel momento in cui gli individui che hanno subito una perdita non riescono ad affrontarla, questa presenta le caratteristiche di uno stato di cordoglio cronico conseguente ad una mancata evoluzione dalla fase del lutto acuto a quella del lutto integrato (Lombardo, *et al.*, 2014). In questo senso, l'autore, sulla base delle idee di Zisook e Shear (2009), afferma che il lutto acuto si prolunga per un periodo pari o superiore a sei mesi o per un tempo non definito. È possibile riconoscere il lutto complicato attraverso due sintomi principali: i sintomi relativi al distress da separazione e quelli da distress post-traumatico (Lombardo *et al.*, 2014). I sintomi relativi «*al distress da separazione fanno riferimento a intenso struggimento; desiderio della persona amata; emozioni dolorose; costante stato di preoccupazione legato al ricordo della persona scomparsa*» (Lombardo *et al.*, 2014, p. 109); mentre quelli relativi al distress post-traumatico si riferiscono a «*pensieri ricorrenti e persistenti circa l'assenza della persona deceduta; senso di incredulità riguardante la morte; rabbia e amarezza; frequente tendenza all'evitamento dei ricordi associati al dolore della perdita*» (Ibidem, p.109).

Il lutto complicato, secondo Lombardo (2014) porta alcuni soggetti, da un lato, a vedere sé stessi legati in un *loop* di sintomi che impedisce loro di impegnarsi in relazioni interpersonali e in attività quotidiane. Solitamente questi individui

percepiscono «*il proprio lutto come strano, spaventoso e perfino vergognoso, o possono pensare che la propria vita sia ormai finita e senza prospettive o che sia comunque destinata ad essere accompagnata incessantemente da un dolore intenso e senza fine*» (Ibidem; p. 110). Dall'altro a sperare che il cordoglio non finisca mai e provano forti sensi di colpa nei confronti del defunto nel momento in cui provano emozioni positive o cercano di riprendere in mano la propria vita. In questi casi i soggetti si ritirano in un mondo che riguarda il defunto mettendo in atto comportamenti e svolgendo attività che lo ricordano (Ibidem, 2014). Inoltre, l'autore, sulla base degli studi di Zisook e Shear (2009), sostengono che la persistenza di questa sintomatologia influisce sulla «qualità della vita» e sul «funzionamento» della persona in varie aree dell'esistenza, negativamente cronicizzandosi.

Viene inoltre evidenziato come il lutto complicato presenta un problema di comorbilità. Per quanto riguarda la comorbilità con quadri di depressione maggiore, è evidente che il lutto complicato presenti sintomi depressivi più gravi rispetto ad individui con depressione che non ha subito un lutto, inoltre a questi sintomi si accompagnano abuso di alcool, solitudine e maggior rischio di sperimentare eventi traumatici (Lombardo *et al.*, 2014). A tal proposito è stato verificato che nelle donne che hanno un disturbo depressivo maggiore e si trovano in una fase di lutto complicato, sono riscontrabili «*più alti tassi di disturbo da attacchi di panico (DAP), di ansia sociale e disturbo post-traumatico da stress (DPTS)*» (Ibidem; p.110). Quando il lutto complicato e i sintomi ad esso associati non si risolvono persistendo per almeno 12 mesi e, di conseguenza, l'individuo non riesce ad elaborare la perdita, è presente il rischio di sviluppare un disturbo vero e proprio: il disturbo da lutto prolungato (Carmassi, *et al.*, 2014). Infatti, Carmassi (2016) afferma che, recentemente, molti studiosi hanno approfondito ed analizzato la differenza esistente tra il lutto normale e quello complicato. L'obiettivo di questi studi era quello di identificare le caratteristiche del lutto complicato per arrivare a definirlo come un'entità nosografica autonoma (Ibidem, 2016). Inoltre, il lutto complicato viene sempre più considerato come un insieme di sintomi che differiscono dall'episodio depressivo maggiore e dal disturbo post traumatico da stress, i quali spesso vengono messi in relazione al lutto (Carmassi *et al.*, 2016). A lungo si è dibattuto sull'ipotesi di inserire la diagnosi di disturbo da lutto complicato all'interno della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2013). Infatti, alla fine, quest'ultima è stata collocata all'interno della sezione denominata “condizioni che necessitano di ulteriori studi” (Carmassi,

2016). Il DSM – 5 ha proposto, quindi, la diagnosi di «disturbo da lutto persistente complicato» caratterizzato da «*desiderio persistente e nostalgia pervasiva della persona deceduta, profondo dolore e pianto frequente o preoccupazione per essa*» (Carmassi *et al.*, 2016, p. 234). Con la pubblicazione del DSM – 5 – TR (APA, 2022) il disturbo da lutto persistente complicato diventa disturbo da lutto persistente e per la sua natura viene inserito all'interno della sezione «disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti». In particolare, il disturbo da lutto prolungato è stato inserito in questa sezione per rispondere al fatto che l'espressione delle emozioni legate al lutto è eccessiva per durata e/o intensità (APA, 2022).

## **CAPITOLO 2 – Diagnosi e classificazione del disturbo da lutto prolungato**

### **2.1 Il disturbo da lutto prolungato: diverse concettualizzazioni**

Il disturbo da lutto prolungato è stato studiato ed esaminato attraverso le ultime edizioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) pubblicato per la prima dall'*American Psychological Association* (APA) nel 1952 e oggi alla quinta edizione *text revision*. In particolare, è possibile evidenziare le differenze nella classificazione del disturbo dal DSM-IV-TR (2000) al DSM-5-TR (2022).

All'interno del DSM-IV-TR il lutto non veniva considerato un vero e proprio disturbo e non poteva essere inserito tra il novero delle malattie mentali, in quanto presentava poche evidenze. Di conseguenza, è stato inserito all'interno della terza sezione del manuale, ovvero quella dedicata alle condizioni necessitanti di studi più approfonditi (Dell'Osso, Carmassi, Shear, 2013). Per quanto riguarda la sintomatologia, il DSM-IV-TR ha evidenziato che è per molti aspetti simile a quella dall'episodio depressivo maggiore; infatti, molto spesso alcuni sintomi non vengono attenzionati, perché considerati nella norma, al fine di evitare all'individuo un intervento terapeutico. In ogni caso, se i sintomi si presentano per più di due mesi dal lutto il DSM-IV-TR ha assunto l'ipotesi di poter diagnosticare un episodio depressivo maggiore. Quindi, Dell'Osso e colleghi (2013) hanno affermato che il DSM-IV-TR ha preso in considerazione da un lato «*la reazione da lutto (anche con sintomi depressivi) che tende a risolversi nell'arco di circa due mesi*» (Dell'Osso *et al.*, 2013, p. 186) ovvero il lutto normale; e dall'altro «*la reazione da lutto che si portate oltre i due mesi o presenza (anche prima dei due mesi) di sintomatologia marcata e compromissione funzionale*» (Ibidem, p. 186) ovvero un episodio depressivo maggiore. Con il DSM-5 sono state effettuate ulteriori modifiche in seguito a ricerche sul lutto complicato (Dell'Osso *et al.*, 2013). In particolare, queste modifiche riguardano l'inserimento del *Persistent Complex Bereavement Disorder* all'interno della terza sezione che riguarda le condizioni che necessitano di ulteriori studi e l'eliminazione di uno dei criteri diagnostici per l'episodio depressivo maggiore (EDM) ossia il criterio E (Ibidem, 2013): «*necessità che in caso di lutto siano trascorsi almeno due mesi dall'evento*» (Dell'Osso *et al.*, 2013, p. 187). Tuttavia, nonostante la presenza di studi che sostengono di poter considerare il disturbo

da lutto prolungato un disturbo a sé stante, è comunque presente un tasso di comorbidità con L'EDM e il disturbo post-traumatico da stress (Dell'Osso *et al.*, 2013). D'altra parte, il fatto di aver eliminato il criterio E per l'EDM è stato utile al fine di poter evitare diagnosi di depressione successiva ad una perdita (Ibidem, 2013). Infatti, è stato rilevato come solo nel 20% degli individui che hanno subito una perdita siano evidenti sintomi associati all'EDM. Inoltre, è stato evidenziato che le terapie farmacologiche antidepressive con individui che hanno subito un lutto sono efficaci solo per alcuni sintomi condivisi dai due disturbi, ma non su quelli che presenta solo il disturbo da lutto complicato (Dell'Osso *et al.*, 2013). Dunque, con il DSM-5 si parla di vera e propria diagnosi di disturbo da lutto persistente complicato che presenta le seguenti caratteristiche: «*desiderio persistente e nostalgia pervasiva della persona deceduta, profondo dolore e pianto frequente o preoccupazione per essa*» (Carmassi *et al.*, 2016, p. 234). A questo punto è possibile descrivere più precisamente il disturbo da lutto complicato. Quest'ultimo fa riferimento ad una situazione in cui a 12 mesi dalla perdita di una persona cara, nell'individuo persiste la ricerca delle cause e delle conseguenze relative alla morte. A questa ricerca si aggiungono sentimenti ed emozioni negative come la rabbia, la tristezza, la negazione e il senso di colpa (Pizzacani, 2017). Per quanto riguarda la prevalenza del disturbo, nel DSM-5 si afferma che essa si aggiri attorno al 2,4-4,8% e che si manifesti maggiormente tra le donne (APA, 2013). Invece, per quanto riguarda l'età non è presente nessuna indicazione, in quanto secondo il DSM-5 il disturbo da lutto prolungato può insorgere a qualsiasi età (Ibidem, 2013). Ancora, per quanto riguarda le conseguenze funzionali, il disturbo da lutto prolungato si presenta associato all'abuso di fumo e alcool, di conseguenza anche a disturbi cardiaci, ipertensione, cancro, deficit immunologici e ridotta qualità della vita. Al fine di diagnosticare il disturbo, il DSM-5 sostiene che siano necessari almeno 6 sintomi riferiti al dolore che consegue la morte, al disordine sociale e dell'identità (Carmassi, *et al.*, 2016). I principali sintomi e caratteristiche diagnostiche sono meglio individuabili all'interno della tabella fornita dal DSM-5 (fig. 2).

<p><b>A.</b> L'individuo ha vissuto la morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta.</p>
<p><b>B.</b> Dal momento della morte, almeno uno dei seguenti sintomi è stato presente per un numero di giorni superiore a quello in cui non è stato presente e a un livello di gravità clinicamente significativo, ed è perdurato negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta. Nei bambini piccoli, il desiderio può essere espresso nel gioco e nel comportamento, anche tramite comportamenti che riflettono l'essere separato da, e anche riunito a, un caregiver o un'altra figura oggetto di attaccamento.</li> <li>2. Tristezza e dolore emotivo intensi in seguito alla morte.</li> <li>3. Preoccupazione per il deceduto.</li> <li>4. Preoccupazione per le circostanze della morte. Nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento e può estendersi fino alla preoccupazione per la possibile morte di altre persone vicine.</li> </ol>
<p><b>C.</b> Dal momento della morte, almeno 6 dei seguenti sintomi sono stati presenti per un numero di giorni superiore a quello in cui non sono stati presenti e a un livello di gravità clinicamente significativo, e sono perdurati negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:</p> <p><b>Sofferenza reattiva alla morte</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcata difficoltà nell'accettare la morte. Nei bambini, questa difficoltà dipende dalla capacità di comprendere il significato e la definitività della morte.</li> <li>2. Provare incredulità o torpore emotivo riguardo la perdita.</li> <li>3. Difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto.</li> <li>4. Amarezza o rabbia in relazione alla perdita.</li> <li>5. Valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla morte (per es., senso di autocolpevolezza).</li> <li>6. Eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per es., evitamento di persone, luoghi o situazioni associati al deceduto; nei bambini questo può includere l'evitamento di pensieri e sentimenti che riguardano il deceduto).</li> </ol> <p><b>Disordine sociale/dell'identità</b></p> <p>Desiderio di morire per essere vicini al deceduto.  Dal momento della morte, difficoltà nel provare fiducia verso gli altri.  Dal momento della morte, sensazione di essere soli o distaccati dagli altri.  Sensazione che la vita sia vuota o priva di senso senza il deceduto, o pensiero di "non farcela" senza il deceduto.  Confusione circa il proprio ruolo nella vita, o diminuito senso della propria identità (per es., sentire che una parte di se stessi è morta insieme al deceduto).  Dal momento della perdita, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare piani per il futuro (per es., amicizie, attività).</p>
<p><b>D.</b> Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.</p>
<p><b>E.</b> La reazione di lutto è sproporzionata o non coerente con le norme culturali e religiose o appropriate per l'età.</p> <p><i>Specificare se con lutto traumatico, ovvero:</i> lutto dovuto a omicidio o suicidio con persistenti pensieri gravosi riguardo alla natura traumatica della morte (spesso in risposta a ricordi della perdita), tra cui gli ultimi momenti del deceduto, il grado di sofferenza e delle ferite, o la natura dolosa o intenzionale della morte.</p>

Fig.2 Tabella dei criteri diagnostici per il disturbo da lutto prolungato (APA, 2013)

## **2.2 Il disturbo da lutto prolungato: criteri e caratteristiche diagnostiche secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR, APA, 2022)**

«Il disturbo da lutto prolungato rappresenta una reazione mal adattiva prolungata al lutto che può essere diagnosticata solo dopo che siano trascorsi almeno 12 mesi (6 mesi in bambini e adolescenti) dalla morte di qualcuno con cui la persona in lutto aveva una relazione stretta» (APA, 2022, p. 386). Questo è stato anche affermato dal lavoro di Carmassi del 2023. L'autrice oltre all'aspetto temporale, sottolinea che al fine di poter parlare di disturbo da lutto prolungato devono essere presenti almeno uno tra questi due sintomi: «*persistente desiderio o nostalgia del deceduto; preoccupazione per il defunto o le circostanze della morte*» (Carmassi, Amatori, Cappelli, Brosio, Chauvel, Dell'Osso, Bui 2023, p.156). Nonostante sia possibile distinguere il lutto normale da quello complicato attraverso la durata, quella del lutto normale può variare in base alle differenze individuali e culturali. Per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, di solito, questi pensieri si concentrano sulle circostanze del decesso. Ancora, in seguito alla perdita di una persona cara, almeno tre dei seguenti sintomi devono verificarsi al fine di poter fare una diagnosi di disturbo da lutto prolungato: la disgregazione dell'identità, ovvero la percezione che una parte di sé sia morta; una forte sensazione che la persona sia ancora in vita, che in bambini e adolescenti si traduce in sforzi per evitare i ricordi legati alla persona deceduta; un intenso dolore emotivo ovvero rabbia, senso di colpa e risentimento; l'incapacità a riprendere attività della vita quotidiana o di socializzazione; l'insensibilità emotiva; il percepire la vita come insignificante; il senso di solitudine (APA, 2022). A tal proposito Carmassi (2023) pone attenzione verso uno strumento clinico ossia lo *Structured Clinical Interview for Complicated Grief* (SCI-CG) al fine di esaminare i sintomi proposti dal DSM-5-TR per il disturbo da lutto prolungato. L'autrice inoltre, sostiene che, in seguito all'utilizzo di questo strumento con soggetti in lutto da almeno 6 mesi, è stato riscontrato che l'88% degli individui presenta il sintomo relativo al desiderio e alla nostalgia. Quindi, perfettamente in accordo con quanto precedentemente affermato dal DSM-5-TR.

Infine, il DSM-5-TR afferma che «*i sintomi del disturbo da lutto prolungato devono portare a disagio clinicamente significativo o a compromissione nelle aree di funzionamento sociale, occupazionale o in altre aree importanti del funzionamento*

della persona in lutto» (APA, 2022, p. 388). Inoltre, è necessario che la natura, la durata e la gravità delle risposte al lutto superino le norme sociali, culturali o religiose previste per la cultura e il contesto dell'individuo (Carmassi *et al.*, 2023). Ancora, il DSM-5-TR evidenzia come la sintomatologia associata al disturbo da lutto prolungato si manifesti tra individui di genere diverso e in diversi gruppi sociali e culturali, nonostante ci siano differenze nel modo in cui gli individui reagiscono al lutto. Al fine di avere una maggiore chiarezza sui criteri diagnostici è utile inserire la tabella riportata dal DSM-5-TR (fig. 3).

Criteri diagnostici	F43.81
<p>A. La morte, almeno 12 mesi prima, di una persona che era vicina all'individuo (per i bambini e adolescenti, almeno 6 mesi prima).</p> <p>B. Dalla morte, lo sviluppo di una persistente risposta al lutto caratterizzata da uno o entrambi i seguenti sintomi, che sono stati presenti la maggior parte dei giorni in misura clinicamente significativa. Inoltre, il sintomo (o i sintomi) si è verificato quasi ogni giorno almeno nell'ultimo mese:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensa nostalgia/desiderio del defunto.</li> <li>2. Preoccupazioni per i pensieri o i ricordi della persona deceduta (nei bambini e negli adolescenti, la preoccupazione può concentrarsi sulle circostanze di morte).</li> </ol> <p>C. Dal momento della morte, almeno tre dei seguenti sintomi sono stati presenti la maggior parte dei giorni in misura clinicamente significativa. Inoltre, i sintomi si sono verificati quasi ogni giorno almeno nell'ultimo mese:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disgregazione dell'identità (per es., sensazione che una parte di se stessi sia morta) dalla morte.</li> <li>2. Marcato senso di incredulità per la morte.</li> <li>3. Evitamento dei ricordi sul fatto che la persona sia morta (in bambini e adolescenti può essere caratterizzato da sforzi per evitare i ricordi).</li> <li>4. Intenso dolore emotivo (rabbia, amarezza, tristezza) legato alla morte.</li> </ol> <p>5. Difficoltà di reinserimento nelle proprie relazioni e attività dopo la morte (per es., problemi di coinvolgimento con gli amici, perseguire i propri interessi o pianificare il futuro).</p> <p>6. Insensibilità emotiva (assenza o marcata riduzione dell'esperienza emotiva) a seguito della morte.</p> <p>7. Sentire che la vita è priva di significato come risultato della morte.</p> <p>8. Intensa solitudine come risultato della morte.</p> <p>D. Il disturbo provoca angoscia clinicamente significativa o compromissione nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree.</p> <p>E. La durata e la gravità della reazione al lutto superano chiaramente le norme sociali, culturali o religiose previste per la cultura e il contesto di appartenenza.</p> <p>F. I sintomi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, come il disturbo depressivo maggiore o il disturbo da stress post-traumatico e non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o un'altra condizione medica.</p>	

Fig. 3 Tabella dei criteri diagnostici per il disturbo da lutto prolungato (APA, 2022, pp. 386,387)

### **2.2.1 Il disturbo da lutto prolungato: caratteristiche associate e prevalenza**

Gli individui con questo disturbo, spesso, presentano *cognizioni mal adattive sul sé, senso di colpa per la morte* e diminuzione rispetto all'aspettativa della vita futura e degli obiettivi (APA, 2022). Inoltre, i sintomi somatici possono essere associati alla depressione e all'ansia, alla *perdita dell'identità sociale* e *all'aumento degli accertamenti medici* (APA, 2022). Altre caratteristiche associate possono essere: allucinazioni riguardanti il defunto, ad esempio sentire la voce della persona perduta o vederla, risentimento, rabbia o irrequietezza, incolpare gli altri della morte e diminuzione della qualità e quantità del sonno (APA, 2022). Il DSM-5-TR evidenzia, per quanto riguarda la prevalenza del disturbo da lutto prolungato che negli adulti non è nota. A tal proposito, nei quattro continenti sono state effettuate metanalisi da che hanno utilizzato una definizione differente per il disturbo da lutto prolungato con almeno una durata di 6 mesi dopo la perdita (APA, 2022). Da questi studi, condotti da Lundorff e colleghi nel 2017 emerge una prevalenza aggregata del 9,8%. Altri studi, che hanno ottenuto risultati in linea con queste metanalisi, sono stati condotti da Kersting e colleghi nel 2011. Questi studiosi si sono occupati di esaminare 2,520 individui in Germania ed è stata rilevata una prevalenza del disturbo pari al 3,7%. Infatti, le popolazioni che sono state esposte maggiormente a traumi possono avere tassi di prevalenza maggiore. Inoltre, il DSM-5-TR afferma che la prevalenza media del disturbo è più elevata nei paesi occidentali ad alto reddito e meno elevata in paesi asiatici ad alto e medio reddito. Mentre la prevalenza tra i giovani in America è attorno al 18% (APA, 2022). A tal proposito studi recenti condotti da Melhem e colleghi nel 2019 rilevano alte percentuali di disturbo da lutto prolungato tra adolescenti e bambini che hanno subito la perdita di un *caregiver*.

### **2.2.2 Il disturbo da lutto prolungato: sviluppo e decorso**

I dati rispetto al decorso del disturbo da lutto prolungato sono scarsi. Nonostante questo, è possibile affermare che i sintomi solitamente emergono durante i primi mesi in seguito al lutto (APA, 2022). Generalmente, il decorso del disturbo da lutto prolungato è complicato dalla comorbilità con un disturbo da stress post-traumatico, soprattutto in situazioni di morte violenta di una persona cara. Ad esempio, in casi di omicidio o

suicidio o ancora in casi in cui il dolore che consegue ad un lutto è seguito da minacce nei confronti dell'individuo in vita. Il decorso, inoltre, si presenta in forma prolungata nei genitori che hanno perso il/la proprio/a figlio/a (APA, 2022).

Per quanto riguarda gli aspetti dello sviluppo e del decorso del disturbo da lutto prolungato il DSM-5-TR si focalizza più dettagliatamente su due fasce di età: i bambini e gli adolescenti (APA, 2022).

Per quanto riguarda i bambini che hanno subito una perdita, innanzitutto è di fondamentale importanza sottolineare che in base alla loro età esperiscono i sintomi diversamente (APA, 2022). In generale, è possibile osservare come essi esprimano il disagio soprattutto attraverso il gioco e il comportamento. Spesso accade che i bambini sviluppino, in seguito ad un lutto, *regressioni nello sviluppo* e proteste nei momenti di separazione e ricongiungimento (Ibidem, 2022). In particolare, quando si tratta di bambini più piccoli le cose si complicano maggiormente. Infatti, nel momento in cui un bambino piccolo subisce la perdita di un caregiver, questa risulta particolarmente traumatica in quanto porterà allo sviluppo di uno stile di attaccamento disorganizzato caratterizzato dal rifiuto, da parte del bambino, nei confronti di attività quotidiane svolte in maniera diversa rispetto a come le svolgeva il *caregiver* (APA, 2022). Inoltre, i bambini piccoli non essendo a conoscenza del fatto che la morte è una situazione da cui non si può tornare indietro, manifestano il dolore cercando fisicamente il defunto, ad esempio salendo su una scala verso il cielo o sdraiandosi nel terreno dove si trova il defunto. Ancora, il dolore nei bambini si manifesta anche da un punto di vista somatico attraverso disturbi del sonno o del comportamento alimentare (APA, 2022).

Lo sviluppo e il decorso, presentano forme diverse nei bambini più grandi e tra gli adolescenti. In questi casi la costante preoccupazione per le circostanze in cui è avvenuta la perdita, potrebbe generare *«la focalizzazione sugli aspetti angoscianti del deterioramento fisico visto nel decorso di una malattia fatale e/o l'incapacità del caregiver di continuare a svolgere le funzioni vitali di accudimento»* (APA, 2022, p. 389). Inoltre, nei bambini più grandi e tra gli adolescenti è presente il rischio di una disgregazione dell'identità ovvero essi si sentono diversi dagli altri in molte situazioni, ad esempio nel fare i bigliettini per la Festa del Papà o guardando cartoni animati in cui è presente la figura materna o un familiare stretto che hanno perduto (APA, 2022). Ancora, spesso si rifiutano di partecipare a rituali che ricordano il defunto e possono

provare rabbia nei suoi confronti per il fatto che non è stato presente in fasi importanti per il loro sviluppo. Infine, i bambini più grandi e gli adolescenti manifestano preoccupazioni per il futuro: hanno la «*sensazione che la vita sia priva di significato senza la persona deceduta, assenza di preoccupazione per i comportamenti rischiosi*» e preoccupazione per il fatto di poter avere un destino simile a quello del defunto (APA, 2022, p. 389).

Un altro aspetto da non trascurare è quello della solitudine che deriva dal tenere riservato il dolore a causa del fatto che bambini e adolescenti tendono a non volere aggiungere carico al dolore che già provano o per non essere stigmatizzati da parte dei coetanei (APA, 2022).

### **2.2.3 Il disturbo da lutto prolungato: fattori di rischio e prognosi**

Le situazioni che espongono gli individui a sviluppare un disturbo da lutto prolungato sono: la *dipendenza dal defunto nel periodo prima della morte*, il decesso di un bambino, morti violente o inaspettate, fattori *di stress economici*, perdita del partner, di un figlio o del caregiver (APA, 2022). Carmassi (2023) elabora una riflessione secondo cui è possibile identificare tre tipologie di fattori di rischio: quelli precedenti alla perdita, quelli correlati alla perdita e quelli successivi alla perdita. Quando è presente una storia personale o familiare di disturbi mentali, l'individuo è una donna e la relazione tra il defunto e l'individuo era caratterizzata dalla dipendenza, si parla di fattori di rischio precedenti alla perdita (Carmassi *et al.*, 2023). Per quanto riguarda i fattori di rischio correlati alla perdita, si fa riferimento all'improvvisità della perdita e al tipo di relazione che si aveva con il defunto ossia se si trattava di un figlio, un partner o un amico (Carmassi *et al.*, 2023). Per finire, la messa in atto di meccanismi di difesa negativi come l'evitamento e l'abuso di alcool o droghe e supporto sociale poco elevato si riferiscono ai fattori di rischio successivi alla perdita (Carmassi *et al.*, 2023). Oltre ai fattori di rischio, il DSM-5-TR mette in evidenza anche aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, al sesso e al genere e ai pensieri o comportamenti suicidari.

Per quanto riguarda gli aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza, il DSM-5-TR evidenzia come le risposte al lutto si manifestano in maniere diversa da cultura a cultura, soprattutto in termini di durata e variazioni storiche (APA, 2022). Ad

esempio, i sogni che vedono come protagonista il defunto possono essere angoscianti o meno in base all'interpretazione che ne viene fatta dalle diverse culture, le allucinazioni e le risposte somatiche al lutto possono differire e le reazioni indirette, come l'abuso di sostanze o una scarsa attenzione per la propria persona, si manifestano maggiormente rispetto a quelle dirette (APA, 2022). Anche l'aspetto del rituale è importante affinché gli individui possano superare il lutto, infatti il DSM-5-TR sottolinea come il non celebrare il defunto con *rituali funebri* possa peggiorare il decorso dei sintomi (APA, 2022). Inoltre, in molti casi è proprio la diversità tra i rituali, che si vengono a creare attorno al lutto, ad inibire o esprimere forme di dolore in relazione al lutto stesso (APA, 2022). Ancora, ad influenzare l'intensità e la durata dei sintomi sono le norme culturali in riferimento al ruolo sociale del defunto. Nonostante questo, il DSM-5-TR sottolinea che al fine di effettuare una diagnosi di disturbo da lutto prolungato, questi aspetti non sono sufficienti. Inoltre, alcuni studi mettono in evidenza come i sintomi del disturbo da lutto prolungato siano maggiori tra gli afroamericani rispetto ad individui bianchi non ispanici (APA, 2022).

Per quanto riguarda gli aspetti diagnostici correlati al sesso e al genere il DSM-5-TR (2022) riporta che i sintomi del disturbo da lutto prolungato sono maggiormente presenti tra le donne, ma altri studi evidenziano che la disparità di genere in relazione a questo disturbo non è statisticamente significativa (APA, 2022).

Infine, per quanto riguarda gli aspetti diagnostici correlati a pensieri o comportamenti suicidari il DSM-5-TR (2022) evidenzia come le persone che presentano un disturbo da lutto prolungato siano più esposte a sviluppare pensieri o comportamenti suicidari. Inoltre, questa associazione tra istinti suicidari e disturbo da lutto prolungato è «costante per tutto l'arco della vita e tra le diverse nazioni» (APA, 2022, p. 390). In particolare, «lo stigma, l'isolamento, l'appartenenza contrastata, l'evitamento e l'angoscia psicologica negli individui in lutto sono associati a ideazione suicidaria» (APA, 2022, p. 391). Inoltre, si possono verificare differenze nell'associazione tra suicidio e disturbo da lutto prolungato in base alle modalità in cui è avvenuto il decesso: se si tratta di morti violente, il rischio di suicidio è più alto rispetto a situazioni in cui il decesso è avvenuto in maniera fisiologica o dovuto ad una malattia (APA, 2022). Ancora, il rischio di questa associazione si eleva nel momento in cui dei genitori subiscono la morte di un/a figlio/a con età inferiore a 25 anni (Ibidem, 2022).

## 2.2.4 Il disturbo da lutto prolungato: diagnosi differenziale

Il DSM-5-TR (2022) si occupa, in questo caso, di esaminare come il disturbo da lutto prolungato si differenzi da quello normale, dai disturbi depressivi, dal disturbo da stress post-traumatico, dal disturbo d'ansia da separazione e dal disturbo psicotico.

Il disturbo da lutto prolungato si differenzia dal lutto normale per la «*presenza di gravi reazioni al lutto che persistono per almeno 12 mesi (6 mesi nei bambini o negli adolescenti) dopo la morte di una persona che era vicino all'individuo in lutto*» (APA, 2022, p. 391). Infatti, il disturbo da lutto prolungato viene diagnosticato nel momento in cui le modalità di risposta al lutto durano per diverso tempo dopo la morte e influenzano il funzionamento dell'individuo (APA, 2022). Nel fare questo tipo di valutazione in base alla persistenza di sintomi negli ultimi giorni dalla perdita di una persona, il DSM-5-TR (2022) chiarisce che in alcuni casi, l'aumento dei sintomi potrebbe essere dovuto al loro aggravamento in corrispondenza dei giorni in cui è avvenuto il decesso, il giorno del compleanno del defunto e durante i giorni di festività. E dunque in questi casi l'aumento dei sintomi potrebbe non essere la prova di un disturbo da lutto prolungato (APA, 2022).

Il disturbo da lutto prolungato inoltre, presenta dei sintomi in comune con il disturbo depressivo maggiore e il disturbo depressivo persistente. Tra i principali si ricordano: «*umore deflesso, pianto e pensiero suicidario*» (APA, 2022, p.391).

Nonostante la coincidenza dei sintomi tra questi tre diversi disturbi, è possibile osservare come nel disturbo da lutto prolungato l'angoscia derivi dalla perdita e dalla separazione da una persona cara e non dal fatto che l'umore sia generalmente basso (APA, 2022). Inoltre, il DSM-5-TR (2022) sostiene che «*il disturbo depressivo maggiore può anche essere preceduto dalla morte di una persona cara, con o senza comorbilità con il disturbo da lutto prolungato*» (APA, 2022, p. 391). Carmassi (2023) sostiene che il disturbo depressivo maggiore dovuto alla perdita di un caro possa insorgere in minor tempo rispetto al disturbo da lutto prolungato. Questo può essere considerato un elemento positivo quando in termini terapeutici, in quanto se una persona non presenta, nel primo mese subito dopo una perdita, i sintomi per poter parlare di disturbo da lutto prolungato, potrà comunque godere dei trattamenti utili per il disturbo depressivo maggiore (Carmassi *et al.*, 2023).

Per quanto riguarda le differenze con il disturbo da stress post-traumatico il DSM-5-TR precisa che coloro che subiscono un lutto dovuto a una *morte violenta o accidentale* possono contrarre sia un disturbo da lutto prolungato sia un disturbo da stress post-traumatico (APA, 2022). Infatti, il DSM-5-TR inserisce il disturbo da lutto prolungato all'interno della sezione relativa agli eventi traumatici ossia «*eventi che implicano un'esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale nella forma di esperienza diretta o indiretta*» (Carmassi, 2023, p. 156). Ad entrambi conseguono i seguenti sintomi: pensieri intrusivi ed evitamento. A tal proposito, però, è importante evidenziare che per quanto riguarda le intrusioni, nel disturbo da stress post-traumatico sono relative all'evento traumatico mentre nel disturbo da lutto prolungato concernono pensieri riguardo la relazione che la persona aveva con il defunto (APA, 2022). Lo stesso vale per l'evitamento: nel disturbo da stress post-traumatico lo si mette in atto per «*evitare ricordi, pensieri o sentimenti associati all'evento traumatico che ha portato alla morte della persona cara*» (APA, 2022, p. 392), ad esempio ricordi relativi all'incidente in motorino che ha portato al decesso della persona cara. Mentre nel disturbo da lutto prolungato, l'evitamento emerge per allontanarsi dai «*ricordi che testimoniano che la persona amata non è più presente*» (APA, 2022, p. 392), ad esempio gli individui evitano di svolgere esperienze o attività che gli riportano alla mente la persona perduta. Ancora, si possono evidenziare delle differenze tra disturbo da stress post-traumatico e disturbo da lutto prolungato per quanto riguarda il *rievocare i ricordi* (APA, 2022). Nel disturbo da stress post-traumatico la rievocazione si associa a racconti che la memoria sente come se stessero accadendo nel *qui ed ora*, mentre nel disturbo da lutto prolungato questo non avviene (APA, 2022).

Lenferink e colleghi, nel 2017, si sono occupati di effettuare uno studio su individui che avevano perso un caro in un incidente aereo. Gli studiosi, in seguito alla ricerca, rilevano tre gruppi di soggetti: uno che non presentava sintomi, un altro a cui è stato diagnosticato un disturbo da lutto prolungato, infine, uno a cui erano stati diagnosticati entrambe i disturbi. Questo mette in risalto che il disturbo da stress post-traumatico dovuto ad una perdita può verificarsi solo se sono presenti anche i sintomi associati al disturbo da lutto prolungato (Carmassi, *et al.*, 2023).

Infine, nel disturbo da lutto prolungato si può osservare una nostalgia per il defunto, mentre nel disturbo da stress post-traumatico no (Ibidem, 2022).

Il disturbo d'ansia da separazione, invece si differenzia dal disturbo da lutto prolungato in quanto, nel primo caso l'ansia deriva dal fatto di separarsi dalle figure di attaccamento ancora viventi, nella seconda deriva da una separazione con una persona ormai defunta (APA, 2022).

Spesso, associati al disturbo da lutto prolungato possono verificarsi sintomi allucinatori, ad esempio vedere il defunto, sentire la sua voce o sentirne la presenza (APA, 2022). Queste allucinazioni sono comuni nelle situazioni di lutto normale e rassicurano gli individui che hanno subito un lutto. Nonostante questi sintomi potrebbero far pensare ad un disturbo psicotico, il DSM-5-TR (2022) evidenzia che al fine di fare una diagnosi di disturbo psicotico è necessaria la presenza di ulteriori sintomi come i deliri, la disorganizzazione del pensiero o i sintomi negativi (APA, 2022).

### **2.3 Classificazione del disturbo da lutto prolungato secondo la Classificazione Internazionale e Statistica delle malattie (ICD-11)**

Secondo l'ICD-11 il disturbo da lutto prolungato sorge in seguito alla morte di una persona cara come un familiare stretto, un partner o un/a figlio/a (OMS, 2023). Generalmente si caratterizza da nostalgia o preoccupazione nei confronti del defunto che si sommano ad intense emozioni come tristezza; senso di colpa; rabbia, negazione; difficoltà ad accettare la perdita; sentire, che con la morte, è stata persa anche una parte di sé; stato d'animo negativo e isolamento (Killikelly, Maercker, 2018).

Inoltre, potrebbe comportare difficoltà di funzionamento in diverse aree come quella personale, familiare, sociale, educativa o lavorativa (Ibidem, 2018). Secondo l'ICD-11, al fine di poter parlare di disturbo da lutto prolungato è necessario che il dolore che consegue ad un lutto duri almeno per 6 mesi dopo la perdita di una persona cara e che non sia conforme alle norme sociali, culturali o religiose dell'individuo. Questo è stato anche evidenziato dal lavoro di Killikelly e Maercker nel 2018. Invece, se le risposte di dolore sono durate per un lungo periodo, ma sono considerate normali dalla cultura e dalla religione di appartenenza del soggetto allora non sono viste come

condizioni che destano il sospetto di una diagnosi da disturbo da lutto prolungato (OMS, 2023).

Più nello specifico, i criteri diagnostici all'interno dell'ICD-11 si suddividono in caratteristiche essenziali e caratteristiche cliniche aggiuntive. Per quanto riguarda le prime, al fine di poter parlare di disturbo da lutto prolungato devono presentare alcune essere condizioni specifiche: una situazione di lutto in seguito alla perdita di una persona cara, come ad esempio un familiare, un partner, un/a figlio/a; una reazione al lutto con un dolore intenso che duri per molto tempo e che non rispetti le norme sociali, culturali e religiose del soggetto; una risposta di dolore caratterizzata da preoccupazione nei confronti del defunto che si somma a tristezza, senso di colpa, rabbia, negazione, incolpare gli altri, difficoltà ad accettare il lutto, sentire di aver perso una parte di sé assieme al defunto, difficoltà ad essere positivi, torpore emotivo e difficoltà nelle relazioni interpersonali (OMS, 2023). Il disturbo, inoltre causa una compromissione del funzionamento in specifiche aree come quella personale, familiare, sociale, educativa o lavorativa (Killikelly, Maercker, 2018). Invece, per quanto riguarda le caratteristiche cliniche aggiuntive, l'ICD-11 rileva condizioni in cui l'individuo è preoccupato rispetto alle circostanze di morte; fa difficoltà a risolvere problemi o situazioni spiacevoli senza l'aiuto della persona amata e a ricordare momenti positivi relativi al defunto; è guardingo nel senso che riesce a fidarsi poco degli altri; considera la vita senza la persona cara priva di significato; infine, si isola da un punto di vista sociale (OMS, 2023). Inoltre, in alcuni casi, a queste condizioni si sommano abuso di alcool, fumo o altre sostanze e aumento di ideazioni e comportamenti suicidari (OMS, 2023).

### **2.3.1 Decorso in base agli stadi di sviluppo dell'individuo**

Un individuo che sperimenta una reazione di dolore come risposta alla perdita di una persona cara entro tempi considerati normali dalla cultura, dalla religione e dalla società di appartenenza dell'individuo, non viene considerata come una condizione che porta con sé il sospetto di una diagnosi da disturbo da lutto prolungato (OMS, 2023). Inoltre, in alcuni casi è anche importante esaminare se gli individui, come familiari o amici, che condividono da un punto di vista culturale o religioso l'ideologia della persona in lutto, vedono come anormale la risposta al lutto o la durata della reazione di dolore in seguito alla perdita (OMS, 2023). In particolare, i bambini e gli adolescenti nel momento in cui subiscono la perdita di una delle figure di riferimento per loro centrali,

come il caregiver o un genitore, reagiscono con un dolore molto intenso visto l'importante ruolo ricoperto nella loro vita (OMS, 2023). Secondo l'ICD-11 i bambini tra i tre e i cinque anni non riescono a superare e ad accettare la perdita con facilità. Inoltre, l'ICD-11 afferma che durante le fasi di sviluppo è possibile che diversi aspetti relativi alla perdita riemergano, ad esempio nei momenti in cui il bambino o adolescente in questione si trova a dover far fronte a tappe o situazioni di cambiamento (ad esempio il primo ciclo mestruale per le ragazze) che normalmente sarebbero state affrontate con il supporto del genitore o del caregiver (OMS, 2023). A tal proposito è importante evidenziare il fatto che quando si parla di bambini e adolescenti, l'ICD-11 procede con cautela nel senso che prima di arrivare a parlare di disturbo da lutto prolungato bisogna fare diversi accertamenti. Proprio per questo le reazioni sopra descritte vengono considerate normali (Ibidem, 2023).

Secondo quanto descritto dall'OMS (2023) all'interno dell'ICD-11, il disturbo da lutto prolungato può insorgere a qualsiasi età, sono il dolore che si esperisce a differire in base all'età e allo stadio di sviluppo in cui si trova l'individuo in lutto. In particolare, i bambini non sono soliti a descrivere esplicitamente il dolore in un momento di lutto (OMS, 2023). Al contrario, lo fanno in maniera indiretta, ad esempio attraverso il gioco o momenti che suscitano tematiche come la morte o la separazione o l'attesa del defunto nell'ultimo luogo in cui si sono incontrati per l'ultima volta prima della scomparsa. Ancora, possono emergere altri sintomi come la paura di perdere altre persone care, oltre al defunto; il pensiero magico e l'ansia da separazione che si concentra su una costante preoccupazione rispetto al benessere e alla sicurezza del defunto (OMS, 2023).

Nei bambini più piccoli, i sintomi associati al lutto insorgono in maniera discontinua con un apparente stato d'animo che potrebbe essere considerato normale (OMS, 2023). Per quanto riguarda le emozioni, come la rabbia, questa viene espressa sottoforma di irritabilità, comportamenti oppositivi, capricci o problemi di condotta (OMS, 2023). Inoltre, l'ICD-11 afferma che tutti questi sintomi e comportamenti dei bambini, in seguito alla perdita di una persona cara, possono essere influenzati dal contesto. Ad esempio, il fatto che i sintomi peggiorino o insorgano più tardi del previsto potrebbe essere dovuto alla modificazione del contesto sociale in cui si trova il bambino

o adolescente, al tipo di relazione con i familiari o al livello di coping del genitore o caregiver (OMS, 2023).

Infine, l'ICD-11 esamina anche le risposte emotive in seguito al lutto per quanto riguarda le persone più anziane (OMS, 2023). In questi casi il disturbo da lutto prolungato si manifesta come uno stato di depressione a cui si associa la sensazione, da parte dell'anziano, di aver perso con il defunto anche una parte di sé stesso (OMS, 2023). Inoltre, si possono rilevare anche sensazioni di vuoto, stordimento e confusione e, infine, si può osservare come in questo stadio di sviluppo la preoccupazione sia accompagnata anche da sintomi somatici e questo è il primo segno che permetterebbe agli esperti di parlare di angoscia (OMS, 2023).

### **2.3.2 Aspetti legati alla cultura di appartenenza e al sesso e/o genere**

Gli aspetti legati alla cultura di appartenenza fanno riferimento al fatto che, in situazioni di lutto le pratiche culturali variano in relazione al modo corretto di esprimere le emozioni in seguito ad una perdita, ai rituali, alle modalità di commemorazione o al concetto di aldilà (OMS, 2023). Infatti, la probabilità di provare dolore profondo, in seguito alla perdita di una persona cara, e sintomi ad essa associati può essere dovuto anche da queste oscillazioni culturali. Ad esempio, Rosenblatt (2008) in seguito ad una ricerca rileva che a Taiwan se le donne subiscono la perdita del coniuge, sono sollecitate a nascondere il pianto. Inoltre, si possono riscontrare differenze anche tra i gruppi culturali, in particolare si tratta di differenze relative alla durata delle reazioni in seguito ad un lutto (OMS, 2023). Da un lato ci sono gruppi culturali che esternano il dolore dovuto alla perdita attorno al primo anniversario di morte. Ad esempio, Killikelly e Maercker (2018) affermano che tra le società cristiane il dolore, per un anno, in seguito ad un lutto è considerato accettabile. Dall'altro, vi sono gruppi culturali che prescrivono, a livello di tempistica, reazioni immediate (Ibidem, 2023). L'ICD-11, inoltre, sottolinea l'importanza di tener conto se la risposta alla perdita o la durata della reazione siano considerate anormali da individui che hanno la stessa prospettiva culturale di chi ha subito una perdita (OMS, 2023). Ancora, si possono riscontrare differenze culturali in relazione alle credenze che ruotano attorno al lutto e all'incontro con il defunto.

Per quanto riguarda le credenze, l'ICD-11 afferma che la morte non è vista da tutte le culture come la fine della vita terrena (OMS, 2023). In alcune culture o tradizioni religiose, infatti la morte viene considerata una transizione in un'altra forma di vita (OMS, 2023). Queste ideologie dirigono la loro attenzione verso concetti filosofici e religiosi quali il *karma*, la rinascita, l'idea di inferno/paradiso/purgatorio. In queste culture, inoltre, il dolore potrebbe essere dovuto alle costanti preoccupazioni rispetto alle condizioni del defunto nell'aldilà. Infatti, secondo queste culture, solo con rituali specifici e altri tipi di commemorazioni si contribuisce al benessere del defunto (Ibidem, 2023).

Per quanto riguarda gli incontri con il defunto l'ICD-11 sostiene che presso determinate società qualsiasi incontro con esso, mentre si è svegli, è anomalo (OMS, 2023). Al contrario, in Europa del sud e in America Latina è considerato normale, anzi addirittura di conforto al defunto (OMS, 2023). Gli Indiani d'America, invece hanno una maggiore attenzione verso la dimensione onirica, infatti sostengono di poter incontrare il defunto nei sogni a cui poi sono accompagnate una serie di interpretazioni (OMS, 2023). Ad esempio, studi hanno dimostrato che in Cambogia quando si sogna la persona da cui ci si è separati è considerato il segno di un'elaborazione funzionale del lutto (Hinton, Field, Nickerson, Bryant & Simon, 2013). Killikelly e Maercker (2018) sostengono che, il fatto di aver inserito gli aspetti relativi alla cultura all'interno dell'ICD-11, permetta agli psicologi clinici di avere una maggiore flessibilità e una maggiore sensibilità verso gli aspetti culturali al momento della diagnosi.

Oltre agli aspetti legati alla cultura l'ICD-11 si concentra anche sugli aspetti correlati al sesso e/o genere, in particolare rileva una prevalenza del disturbo da lutto prolungato maggiore tra le donne rispetto che tra gli uomini (OMS, 2023).

### **2.3.3 Confini con altri disturbi e condizioni (diagnosi differenziale)**

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, l'ICD-11 esamina i sottili confini e le somiglianze che intercorrono tra disturbo da lutto prolungato e disturbo da stress post traumatico e tra disturbo da lutto prolungato ed episodio depressivo (OMS, 2023).

Il disturbo da stress post traumatico e quello da lutto prolungato emergono nel momento in cui un individuo sperimenta la perdita di una persona cara che è avvenuta in circostanze traumatiche (OMS, 2023). La principale differenza tra i due disturbi il

primo potrebbe far rivivere all'individuo l'evento come se stesse accadendo nel qui ed ora, mentre il secondo porta l'individuo a preoccuparsi a causa dei pensieri costanti rispetto alle circostanze in cui è avvenuta la morte, ma solitamente non rivive l'evento (OMS, 2023). Per quanto riguarda il confronto con l'episodio depressivo, l'ICD-11 afferma che episodio depressivo e disturbo da lutto prolungato condividono alcuni sintomi quali la tristezza, l'isolamento, il senso di colpa e le ideazioni o i comportamenti suicidari (OMS, 2023). Nonostante queste similitudini sintomatologiche, l'ICD-11 rileva che se da un lato il disturbo da lutto prolungato presenta sintomi che rivolgono la loro attenzione sul tema della perdita, dall'altro i sintomi connessi all'episodio depressivo abbracciano più aree (OMS, 2023). Inoltre, nel differenziare questi due disturbi è importante tenere a mente i tempi in cui emergono i sintomi in seguito ad una perdita e se nella storia anamnestica del paziente si rilevano il disturbo depressivo o bipolare (OMS, 2023). In ogni caso l'ICD-11 ritiene che il disturbo da lutto prolungato e i disturbi dell'umore possono co-esistere e si possono diagnosticare solo se i criteri diagnostici, previsti per ciascuno, sono soddisfatti (OMS, 2023).

## **2.4 Differenza nella classificazione del disturbo: ICD-11 e DSM-5-TR**

I criteri diagnostici del disturbo da lutto prolungato utilizzati dal DSM-5-TR presentano similitudini e differenze con quelli utilizzati dall'ICD-11 (Szuhany, Malgaroli, Miron, Simon, 2021).

In particolare, Killikelly e Maercker (2018) evidenziano come nell'ICD-11 il criterio di base sia il fatto di avere una «*storia di lutto in seguito alla perdita di un partner, dei genitori, di un/a figlio/a o di una persona amata*» (Szuhany, Malgaroli, Miron, Simon 2021, p. 162). Mentre Moran (2020) mette in evidenza che nel DSM-5-TR il criterio di base è la morte, da almeno un anno, di una persona cara (per i bambini e gli adolescenti, da almeno 6 mesi).

Inoltre, nell'ICD-11 gli altri criteri fanno riferimento al fatto che deve essere presente almeno uno dei sintomi tra: nostalgia persistente e pervasiva, dovuta alla perdita della persona cara e preoccupazione persistente e pervasiva per il defunto (Killikelly, Maercker, 2018). Mentre, Moran (2020) riporta, parallelamente, che nel DSM-5-TR dalla morte devono essere presenti entrambi o solo uno dei sintomi, che si

sono protratti per diversi giorni e ad intensità elevata, tra: intensa nostalgia per la persona deceduta e preoccupazione associata a pensieri o ricordi legati alla persona che non è più in vita.

Ancora l'ICD-11 prevede, al fine di una diagnosi da disturbo da lutto prolungato, la presenza di almeno un sintomo che faccia riferimento ad un *dolore emotivo intenso* come:

- tristezza;
- senso di colpa;
- rabbia;
- negazione;
- incolpare gli altri;
- difficoltà ad accettare la perdita;
- sentire di aver perso una parte di sé stessi;
- incapacità di essere di buon umore;
- torpore emotivo;
- difficoltà a prendere parte ad attività della vita quotidiana o intraprendere relazioni interpersonali.

(Killikelly, Maercker, 2018).

Similmente, nel DSM-5-TR si sottolinea che a seguito della perdita della persona cara, al fine di far diagnosi di disturbo da lutto prolungato, devono presentarsi almeno 3 tra questi sintomi: identità frammentata, ovvero sentirsi come se una parte di sé fosse morta; incredulità verso la morte della persona cara; evitare ciò che fa ricordare il defunto; dolore emotivo ovvero rabbia, tristezza e amarezza; difficoltà a svolgere attività della vita quotidiana o a relazionarsi con gli altri; torpore emotivo; pensare che la vita sia priva di significato; senso intenso di solitudine (Moran, 2020).

Per quanto riguarda le conseguenze del disturbo l'ICD-11 evidenzia una compromissione significativa da un punto di vista personale, sociale, familiare ed educativo o di altre aree del funzionamento (Killikelly, Maercker, 2018). Lo stesso vale per il DSM-5-TR (Moran, 2020).

In conclusione, alla luce di questa analisi è possibile affermare che per quanto riguarda la sintomatologia le differenze sono minime, mentre un aspetto differente tra il DSM-5-TR e l'ICD-11 è quello relativo al tempo. Infatti, si può notare come il DSM-5-TR metta sempre in evidenza quanti giorni, mesi o anni sono necessari al fine di diagnosticare un disturbo da lutto prolungato. Questa differenza potrebbe essere dovuta dal fatto che l'ICD-11 non si utilizza per far diagnosi mentre il DSM sì e per questo su alcuni aspetti risulta più preciso e accurato.

## **2.5 Strumenti diagnostici**

Per quanto riguarda la diagnosi di disturbo da lutto prolungato, spesso oltre ai criteri diagnostici, che devono essere soddisfatti secondo le prescrizioni dei manuali diagnostici come il DSM, possono essere d'aiuto anche dei questionari valutativi.

Uno degli strumenti più utilizzati al fine di rilevare casi di disturbo da lutto prolungato che destano una particolare attenzione da un punto di vista clinico, è l'*Inventory of Complicated Grief (ICG)*. Il presente questionario è uno strumento *self-report* ed è stato ideato da Prigerson e colleghi nel 1995 (Jordan, Litz, 2014). L'ICG da un punto di vista strutturale è costituito da diciannove *item* che riguardano pensieri e comportamenti legati al lutto a cui l'individuo può rispondere utilizzando cinque opzioni che riguardano la gravità con cui i sintomi si presentano nel momento in cui sta compilando il questionario (Carmassi *et al.*, 2013). Per avere un'idea più completa della struttura è utile riportare alcuni *item* dell'ICG nella versione italiana (fig. 4).

1. Penso a questa persona così tanto che è difficile per me fare le cose che normalmente faccio...
2. I ricordi della persona deceduta mi turbano...
3. Sento di non poter accettare la morte di quella persona...
4. Ho molta nostalgia della persona morta...
5. Mi sento attratto dai luoghi e dalle cose associate alla persona morta...
6. Non posso evitare di essere arrabbiato per la sua morte...
7. Non riesco a credere a quanto è accaduto...
8. Mi sento intontito o stordito su quanto è accaduto...
9. Da quando lui/lei è morto/a è difficile per me fidarmi delle persone...
10. Da quando lui/lei è morto/a sento di aver perso la capacità di prendermi cura degli altri o mi sento distante dalle persone a me care...
11. Avverto un dolore nella stessa zona del corpo o manifesto alcuni dei sintomi della persona morta...
12. Faccio di tutto per scacciare i ricordi della persona morta...
13. Sento che la vita è vuota senza la persona che è morta...
14. Sento la voce della persona morta parlarmi...
15. Vedo la persona morta in piedi davanti a me...
16. Provo che sia ingiusto che io viva quando questa persona è morta...
17. Provo amarezza nei confronti della morte questa persona...
18. Provo invidia nei confronti di coloro che non hanno perso qualcuno vicino...
19. Mi sento solo la maggior parte del tempo da quando lui/lei è morto/a...

Fig. 4 *Item del questionario ICG nella versione italiana* (Carmassi, Shear, Massimetti, et al., 2014).

Per quando riguarda la somministrazione, deve avvenire tra i 6 e i 12 mesi in seguito alla perdita di una persona cara proprio come avviene per quanto riguarda la diagnosi prevista dal DSM-5-TR (Jordan, Litz, 2014). Per quanto riguarda i punteggi, si considerano utili e si può iniziare a pensare ad una diagnosi di disturbo da lutto prolungato nel momento in cui il soggetto raggiunge un punteggio tra 25 o 30 (Jordan, Litz, 2014). Inoltre, è importante mettere in evidenza che da un punto di vista psicometrico l'ICG presenta una buona consistenza interna associata ad una buona attendibilità da un punto di vista del *test-retest* (Jordan, Litz, 2014).

Un altro importante strumento per poter far diagnosi di disturbo da lutto prolungato è il *Brief Grief Questionnaire (BGQ)*. Il BGQ è un questionario *self-report* che è stato ideato da Shear e colleghi nel 2006 (Jordan, Litz, 2014). Da un punto di vista della struttura, si presenta con cinque *item* a cui l'individuo risponde attraverso una

scala a tre punti in base all'intensità dei sintomi che sta provando in quel momento. Per quanto riguarda i punteggi, nel momento in cui l'individuo raggiunge un punteggio che oscilla tra i cinque e i sette punti il dolore che si prova in seguito ad una perdita viene considerato sottosoglia (Shear *et al.*, 2006). Mentre quando il punteggio raggiunge la soglia di 8 o più emerge la probabilità di poter far diagnosi di disturbo da lutto prolungato (Ibidem, 2006). Anche in questo caso si riportano di seguito alcuni *item* per avere un'idea più ampia di quello che potrebbe essere il questionario (fig. 5)

### Brief Grief Questionnaire\*

1. How much are you having trouble accepting the death of \_\_\_\_\_?  
 Not at all..... 0      Somewhat.....1      A lot..... 2
  
2. How much does your grief still interfere with your life?  
 Not at all..... 0      Somewhat.....1      A lot..... 2
  
3. How much are you having images or thoughts of \_\_\_\_\_ when s/he died or other thoughts about the death that really bother you?  
 Not at all..... 0      Somewhat.....1      A lot..... 2
  
4. Are there things you used to do when \_\_\_\_\_ was alive that you don't feel comfortable doing anymore, or that you avoid? Like going somewhere you went with him/her, or doing things you used to enjoy together? Or avoiding looking at pictures or talking about \_\_\_\_\_? How much are you avoiding these things?  
 Not at all..... 0      Somewhat.....1      A lot..... 2
  
5. How much are you feeling cut off or distant from other people since \_\_\_\_\_ died, even people you used to be close to like family or friends?  
 Not at all..... 0      Somewhat.....1      A lot..... 2

Fig. 5 Item del questionario BGQ (Shear *et al.*, 2006)

Diversi studi, inoltre, hanno portato alla formulazione di alcuni strumenti diagnostici per il disturbo da lutto prolungato che sono ancora in fase di sperimentazione. In particolare, è possibile utilizzare: *Yearning in Situation of Loss Scale-Bereaved (YSL)*; *Typical Beliefs Questionnaire (TBQ)*; *Grief-Related Avoidance Questionnaire (GRAQ)*.

YSL, come afferma O'Connor (2014) è una misura *self report*, costituita da 21 *item*, in grado di valutare in che modo gli individui che hanno subito una perdita

provano nostalgia per il defunto. Questa scala, inoltre, è valida e attendibile da un punto di vista psicometrico in quanto presenta consistenza interna e validità discriminante, in particolare per quanto riguarda i costrutti della depressione, ansia e solitudine (Ibidem; 2014).

Il TBQ è anch'esso uno strumento *self report*, costituito da 25 *item* e si occupa di rilevare i pensieri mal adattivi (Skristskaya, Mauro, Olonoff, *et al.*, 2017). In questo caso il punteggio coincide con la somma del punteggio di valutazione (Ibidem, 2017). Anche il TBQ presenta proprietà psicometriche significative, ad esempio ha una consistenza interna pari ad un'alfa di Cronbach dello 0.82 e risulta attendibile da un punto di vista della stabilità delle misure nel tempo (test-retest) (ibidem, 2017).

Infine, il GRAQ, come affermano Shear, Monk, Houck e colleghi (2007) è anch'esso uno strumento *self report* costituito da 15 *item* che valuta i comportamenti relativi all'evitamento fisico e mentale degli individui che si trovano in una situazione di lutto. Anche in questo caso la consistenza interna è elevata, con un'alfa di Cronbach che oscilla tra lo 0.87 e 0.89 come anche la validità convergente (Shear, Monk, Houck, *et al.*, 2017). Inoltre, il GRAQ ha permesso di verificare che gli individui che subiscono la perdita di un bambino o i casi in cui la morte è dovuta a una malattia, rispetto ad altre situazioni, sono due condizioni che portano gli individui al livello più alto di evitamento previsto da questo questionario (Baker, Keshaviah, Horenstein *et al.*, 2016).

Un altro strumento interessante è il *Traumatic Grief Inventory – Self Report*. Come si è visto nel corso di questo capitolo il disturbo da lutto prolungato è stato concettualizzato in maniera diversa dai manuali diagnostici come DSM-5, DSM-5-TR e ICD-11. Al fine di valutare i diversi criteri che sono stati rilevati per il disturbo da lutto prolungato Boelen e Smid (2017) hanno messo a punto uno strumento: il *Traumatic Grief Inventory – Self Report* (Lenferink, Eisma, Smid, Keijser, Boelen, 2022). Quest'ultimo è un questionario *self report* costituito da 18 *item*. In particolare, il TGI-SR è stato ideato, inizialmente, per valutare il disturbo da lutto prolungato descritto dal DSM-5 e dal DSM-5-TR (Lenferink, *et al.*, 2022). I primi studi confermano la validità dello strumento, ad esempio gli *item* formavano una dimensione unitaria ed erano distinti dai sintomi della depressione (Ibidem, 2022). Nonostante queste evidenze, con la descrizione del disturbo da lutto prolungato secondo il DSM-5-TR e ICD-11, emergono nuove ricerche (Lenferink, *et al.*, 2022). A questo punto gli autori si rendono

conto della necessità di uno strumento che sia in grado di valutare tutti questi sintomi. Per fronteggiare questa discrepanza sono stati aggiunti altri quattro *item* che includono i criteri del disturbo da lutto prolungato del DSM-5-TR e ICD-11 che prima non lo erano stati. Nasce così la nuova versione del TGI-SR: il TGI-SR+ (Lenferink, *et al.*, 2022).

### **CAPITOLO 3 – Lutto e pandemia**

Il periodo pandemico può essere considerato come un momento traumatico per gli individui che hanno dovuto far fronte ad una situazione completamente nuova senza possedere risorse sufficienti. Questo periodo, infatti, è stato una catastrofe sotto diversi punti di vista e ha causato ripercussioni importanti in diverse aree: l'economia; l'istruzione, che è stata svolta in DAD e non ha permesso agli studenti di usufruire di tutti i servizi che solitamente la scuola offre e infine la salute mentale. Analizzando la problematica in maniera più specifica è possibile affermare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'11 Marzo 2020 ha dichiarato lo stato di emergenza globale a causa della diffusione del Coronavirus (Covid-19) (Di Crosta, Maiella, La Malva, Palumbo, Di Domenico, 2020). Al fine di evitare i contagi, sono stati pubblicati diversi decreti che hanno prodotto un impatto negativo a livello socioeconomico e psicologico (Di Crosta, *et al.*, 2020). Per quanto riguarda l'impatto economico, gli autori riportano che, secondo l'Organizzazione delle Nazioni Unite, per lo Sviluppo Industriale era uno dei più tragici. I settori maggiormente colpiti a livello economico erano quello alberghiero, quello della ristorazione, il commercio al dettaglio e l'industria manifatturiera (Di Crosta, *et al.*, 2020). Tutto questo, sottolinea Di Crosta (2020), aveva conseguenze sulla salute mentale degli individui, i quali, percepivano sempre meno stabilità a livello economico.

Da un punto di vista psicologico le restrizioni stabilite dai decreti governativi sono state molteplici (Di Crosta, *et al.*, 2020). La condizione di isolamento, infatti, ha comportato un certo grado di preoccupazione di contrarre il virus, suicidi, incapacità di gestire le emozioni come la rabbia, episodi di violenza domestica, abuso di alcool e sostanza e modalità e tempi di elaborazione in seguito ad un lutto (anche non causato dal virus) (Ibidem, 2020). Vista la natura di questo elaborato di testi si è deciso di concentrarsi maggiormente sul tema del lutto durante il periodo pandemico.

### 3.1 Il lutto: modi e tempi durante la pandemia da Covid-19

«Nelle sue prime fasi, la pandemia ci ha isolati persino nella morte. Alla solitudine del morente, confinato in ospedale o in RSA per non favorire il contagio, si è aggiunta la solitudine dei sopravvissuti, privati del rito del commiato indispensabile per avviare una sana elaborazione del lutto» (Gelati, 2020, p. 51). Come si evince dalle parole di Gelati durante la pandemia da Covid-19 i familiari e le vittime erano esposti a grandi sofferenze. In questo periodo, infatti il tema del lutto è stato oggetto di studio di molti psicologi, in quanto alla sofferenza che deriva dal lutto si aggiunge anche la situazione pandemica che ha costretto le persone all'isolamento (Gelati, 2020).

Come si è cercato di evidenziare nei capitoli precedenti, nel momento in cui un individuo subisce un lutto vi è la possibilità che, al fine di elaborarlo, debba riassetare la propria interiorità. Quando l'elaborazione è avvenuta si parla di accettazione nel senso che l'individuo è in grado di sopportare il lutto con meno dolore, di interagire nuovamente a livello sociale e di partecipare alle attività quotidiane (Perri, 2021). Inoltre, l'autrice afferma che tutto questo, con il Covid-19, non era possibile in quanto ci si trovava in situazioni di isolamento in cui non era possibile poter stare accanto alla persona contagiata, poter svolgere riti religiosi in caso di morte e ricevere supporto sociale e sostegno dalle persone più intime.

Tutte queste circostanze hanno influito sulla salute mentale degli individui e sul modo in cui essi hanno elaborato tali lutti.

Gelati (2020) ha evidenziato, in un articolo, i modi e i tempi della morte causata dal Covid-19 individuando in questi dei pericolosi fattori di rischio. In particolare, in questo periodo, al presentarsi dei tradizionali sintomi di un raffreddore e al successivo peggioramento si avvisava il medico di base, il quale mandava subito un'*equipe* di professionisti sanitari per poter eseguire il tampone. Se il paziente risultava positivo al Covid-19, veniva subito portato d'urgenza in ospedale e questo era per molti l'ultimo momento di vicinanza e contatto (Gelati, 2020). Da un punto di vista clinico questa situazione è paragonabile allo sradicamento e alla rottura dei legami che avviene in seguito alla perdita di una persona cara ed è uno dei sintomi che fa pensare ad una condizione di lutto complicato che potrebbe poi trasformarsi in un disturbo da lutto prolungato. Nei giorni successivi i familiari ricevevano solo telefonate dall'ospedale per eventuali aggiornamenti e avevano pochi o scarsi contatti con la persona ricoverata

(Ibidem, 2020). In questo caso, sempre in ottica clinica, si può far riferimento alla perdita del contatto con la persona cara, in quanto in situazioni di lutto uno dei principali sintomi è proprio questa sensazione: sentire che una parte di sé è come se fosse andata assieme al defunto. Inoltre, in questi casi si può anche far riferimento ad una condizione di lutto anticipatorio, in cui l'individuo sviluppa fantasie di angoscia e morte rispetto al defunto e a sé stesso. Purtroppo, spesso arrivava la temuta telefonata in cui si annunciava il decesso, anche in questo caso senza nessun contatto visivo o fisico (Gelati, 2020). In questi casi le reazioni erano drammatiche sia per la perdita subita sia per l'impossibilità di poter stare accanto alla persona, anche solo con una carezza. In seguito, il corpo del defunto si inseriva all'interno di un sacco di plastica e poi dentro ad una bara (Gelati, 2020). In questo caso si tratta, da un punto di vista clinico, di una condizione di perdita non elaborata, in quanto l'individuo non ha avuto tempo a sufficienza per poter rendersi conto dell'accaduto, star accanto alla persona cara nel momento del bisogno e avere contatti visivi durante la comunicazione del decesso.

### **3.2 Il disturbo da lutto prolungato durante la pandemia**

Durante il periodo pandemico sono venuti a mancare gli aspetti principali per un'elaborazione funzionale del lutto, in particolare *«l'accompagnamento durante gli ultimi giorni e la presenza dei cari al momento del decesso»* (Gelati, 2020, p. 53). Primo Gelati, durante la formazione curata dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia cerca di focalizzare l'attenzione sulle condizioni sperimentate da coloro che hanno subito un lutto durante la pandemia (Marsili, 2020). I principali elementi messi in evidenza da Gelati (2020) sono stati l'assenza del rito e del contatto fisico e visivo che avrebbero permesso di fungere da contenitore per il dolore. Un altro importante tema evidenziato da Gelati è quello del corpo, infatti, in seguito alla perdita di una persona cara a causa del Covid-19, l'unica immagine del corpo era quella dei *camion stipati di bare* (Ibidem, 2020). Ancora, altri aspetti fanno riferimento al concetto di morte dignitosa nel senso che durante la pandemia mancavano tutti quegli aspetti di vicinanza e supporto in momenti critici come quello del decesso. A questo si sommavano le modalità di ricovero e post-decesso nel senso che i familiari erano *«espropriati della possibilità di un ultimo saluto in vita e dell'accompagnamento dopo la morte»* (Marsili, 2020, p. 61). Inoltre, Gelati (2020) ha cercato di rilevare anche i principali fattori di

rischio che emergevano durante il periodo del Covid-19 e che esponevano l'individuo alla possibilità di sviluppare un disturbo da lutto prolungato. In queste circostanze, i fattori di rischio rilevati da Gelati (2020) facevano riferimento al repentino peggioramento delle condizioni cliniche; al momento della separazione prima del ricovero che risultava quasi sempre traumatica in quanto il paziente che contraeva il virus veniva immediatamente trasportato in ambulanza all'ospedale; all'impossibilità, per alcuni giorni, di avere contatti visivi e verbali con la persona ricoverata, a causa delle misure restrittive per limitare i contagi; al fatto che le telefonate che avvenivano tra i medici e la famiglia erano spesso impersonali; ai molteplici lutti subiti in questo periodo; all'impossibilità di eseguire riti per ricordare il defunto come ad esempio i funerali e, infine, al fatto che i parenti o i familiari erano obbligati a stare in quarantena per il fatto di essere stati a contatto con una persona positiva al Covid-19. Altri fattori sono stati rilevati da Ferrari (2020) e fanno riferimento al senso di colpa nei confronti del defunto per non aver cercato di vederlo, di dargli un cellulare, fargli arrivare un messaggio da terzi, ad esempio medici o infermieri, e sentire di aver fallito nei confronti del defunto avendo pensato di non essere stato capace di stargli/le accanto nel momento del bisogno.

Per quanto riguarda il senso di colpa, Gelati (2020) sostiene che sia stato relativo anche al fatto che i familiari si sentissero in qualche modo responsabili di aver involontariamente contagiato il defunto nel caso in cui anch'essi fossero risultati positivi al Covid-19.

A questi fattori, come sappiamo sulla base della letteratura descritta nel Capitolo 1 di questo elaborato di tesi, si aggiunge un sentimento importante ovvero la rabbia. In situazioni di lutto prima della pandemia la rabbia è nei confronti del defunto o di sé stessi (Gelati, 2020). Durante il periodo pandemico, invece, la rabbia oltre a durare più a lungo e ad essere maggiore (Spadaro, 2021) era rivolta (e lo è tutt'ora) al sistema sanitario e politico considerato dagli individui non in grado di prevedere, prevenire e curare (Gelati, 2020). Ancora, il corpo del defunto veniva mostrato ai familiari all'interno di una bara già sigillata, di conseguenza essi non hanno più potuto vedere il proprio/a caro/a. Inoltre, secondo Spadaro (2021) tutte queste complicazioni e variabili che sono emerse durante la pandemia, la maggior parte a causa delle disposizioni per evitare il contatto, non permettevano agli individui essere consapevoli da un punto di vista sensoriale del lutto che avevano appena subito. Infatti, è proprio così che il lutto si complica e potrebbe trasformarsi in un vero e proprio disturbo. A tal proposito, anche

Ferrari (2020) afferma che questi aspetti possono portare l'individuo a sviluppare un disturbo da lutto prolungato come conseguenza più importante, in tempi più estesi, quando l'emergenza sanitaria cesserà (Ferrari, 2020). Da un punto di vista clinico, inoltre, è interessante prendere in considerazione le riflessioni di Eisma, Boelene e Lenferink (2020), studiosi del dipartimento di psicologia clinica all'Università dei Paesi Bassi. Questi studiosi, afferma Marsili (2020), essendo allarmati per il rischio di poter sviluppare un lutto patologico in seguito alla morte dovuta al Covid-19, hanno fatto recapitare una lettera al *Psychiatry Research (Prolonged Grief Disorder following the Coronavirus [COVID-19] Pandemic)* in cui hanno cercato di individuare i fattori di stress che potrebbero causare un lutto patologico. I principali fattori di stress indicati da questi tre studiosi Olandesi sono stati la numerosità delle perdite, l'improvvisità della morte, l'impossibilità di ricordare il defunto tramite i rituali consueti come i funerali e le sepolture e il modo in cui ci si è preso cura della salma in seguito al decesso. Infatti, in tempi di pandemia non essendo possibile salutare per l'ultima volta il defunto non era nemmeno possibile partecipare al momento della sua vestizione (Marsili, 2020).

Infine, tra questi fattori è stata anche rilevata la mancanza di un supporto sociale in presenza sia per coloro che hanno perso una persona cara a causa del Covid-19, sia per coloro che hanno subito una perdita per altre cause, ma sempre in tempi di pandemia (Eisma, Boelen e Lenferink, 2020).

### **3.3 Covid-19 e trauma**

De Luca (2020) afferma che durante il 2020 sono stati effettuati diversi studi per quanto riguarda il tema del trauma in relazione alla pandemia e questi ultimi sono arrivati a definire l'impatto del Covid-19 come «*a major life trauma*» (Tamiolaki, Kalaitzaki, 2020). Infatti, da un punto di vista soggettivo il trauma viene considerato come un evento che è poco proporzionato rispetto alle risorse dell'individuo con il rischio di causare un disturbo da stress post traumatico o altri disturbi come ansia o depressione (De Luca, 2020). Più in generale, il trauma viene descritto da Williams (2009) come un evento che spezza «*il senso di continuità dell'esistenza*». Queste due definizioni mettono in evidenza l'idea di trauma non solo come motivo delle implicazioni psicologiche, ma anche da un punto di vista soggettivo. Infatti, quando si parla di trauma le caratteristiche dell'evento e del soggetto si intrecciano (De Luca,

2020). L'autrice, inoltre afferma che il periodo del Covid-19 ha fatto emergere stressor psicosociali che hanno comportato l'insorgere di disturbi mentali o l'aggravarsi di quelli già presenti e hanno aumentato i fattori di rischio. A tal proposito è interessante il contributo di Gruber e collaboratori (2020) in relazione all'impatto del Covid-19 sugli individui. Questi studiosi, infatti, individuano le principali fonti di stress che sono state impattanti a livello psicologico. In particolare, Gruber e collaboratori (2020) e Presti (2020) sostengono che con la pandemia sono aumentati disturbi come l'ansia, il disturbo da abuso di sostanze, le psicosi e alcuni dei sintomi del disturbo da stress post traumatico. Ancora, la maggior parte delle persone che sperimentavano il momento del lutto durante la pandemia erano esposte al rischio di insorgenza di un disturbo da lutto complicato dovuto alle modalità particolari di ricovero e post-morte, ossia a causa dell'isolamento non era possibile stare accanto al proprio caro nella fase del ricovero e, se avveniva il decesso, nella fase di vestizione e celebrazione dei funerali (De Luca, 2020). A questo punto è possibile affermare, sulla base degli aspetti descritti nel paragrafo precedente, che questi fattori, essenzialmente traumatici, permettono di evidenziare la scelta del DSM-5-TR di aver inserito il disturbo da lutto prolungato all'interno della sezione dei disturbi post traumatici da stress. In particolare, con il Covid-19 l'aspetto del trauma connesso al lutto risultava ancora più evidente dal momento in cui il decesso avveniva in maniera improvvisa e distaccata e la famiglia non poteva essere presente a causa delle disposizioni emesse al fine di evitare i contagi. Inoltre, la maggior parte dei fattori di rischio o dei sintomi associati al lutto dovuto al Covid-19 si possono ritrovare tra le caratteristiche diagnostiche descritte dal DSM-5 e DSM-5-TR presenti nel secondo capitolo.

### **3.4 Il lutto in pandemia: una testimonianza**

Per poter comprendere meglio i fattori di rischio emersi durante il periodo pandemico e descritti dalla letteratura nel corso dei precedenti paragrafi, si è ritenuto utile inserire la lettura e l'analisi di una testimonianza in cui emergono le emozioni, i sentimenti e i vissuti di chi ha subito una perdita a causa del coronavirus. Questa testimonianza è stata proposta da Nicola Ferrari nel 2020 all'interno dell'articolo *Il lutto soffocato dal coronavirus*:

«È stato ricoverato d'urgenza e da allora non ci ha più visto, non ha sentito le nostre voci, non ha più sentito la nostra forza. E quando è morto me lo hanno detto con una chiamata, al cellulare, neanche ti possono guardare negli occhi. Ho richiamato il dottore una, due, dieci volte perché volevo sapere cosa ha detto, cosa ha fatto prima di morire. Come sono stati gli ultimi momenti? Quali sono state le sue ultime parole? Mi hanno detto che voleva andare a casa, che voleva noi, voleva solo noi, cercava sempre noi» (<https://www.sipuodiremorte.it/il-lutto-soffocato-dal-coronavirus-cosa-fare-di-nicola-ferrari/>). Analizzandola più nello specifico possiamo notare che sono presenti molti dei fattori descritti nel paragrafo.

In particolare, quando afferma «è stato ricoverato d'urgenza e da allora non ci ha più visto, non ha sentito le nostre voci, non ha più sentito la nostra forza [...]» è possibile notare il fatto del distacco traumatico che avviene all'inizio, nel momento in cui il paziente risultava al virus e veniva immediatamente trasportato in ospedale. Questo elemento è stato evidenziato dal lavoro di Gelati del 2020 come evento di rischio al fine di poter sviluppare un disturbo da lutto prolungato.

Con la frase «[...] E quando è morto me lo hanno detto con una chiamata, al cellulare, neanche ti possono guardare negli occhi [...]», si ritrova il fattore delle telefonate impersonali e il distacco faccia a faccia nel momento del bisogno rilevato da Gelati nel 2020 tra le modalità post-decesso che costituiscono un fattore di rischio per il disturbo da lutto prolungato.

Infine, l'ultima parte della testimonianza ci riporta al senso di colpa per il fatto di non essere stati accanto alla persona cara in un momento così difficile, infatti afferma «[...] Ho richiamato il dottore una, due, dieci volte perché volevo sapere cosa ha detto, cosa ha fatto prima di morire. Come sono stati gli ultimi momenti? Quali sono state le sue ultime parole? [...]». Il senso di colpa è stato evidenziato dal lavoro di Ferrari del 2020, in cui l'autore parla di un senso di colpa nei confronti del defunto per non aver cercato di vederlo, di dargli un cellulare, fargli arrivare un messaggio da terzi, ad esempio medici o infermieri, e sentire di aver fallito nei confronti del defunto avendo pensato di non essere stato capace di stargli/le accanto nel momento del bisogno.

A tal proposito è interessante soffermarsi sulla questione del lutto anticipatorio, che, come abbiamo visto all'interno del primo capitolo, fa riferimento ad una condizione in cui la persona che si sta per perdere ha una malattia terminale e l'individuo attende con rabbia, tristezza e negazione, assieme al malato, il momento della morte (Marsili, 2020). L'autrice, si è chiesta se le condizioni che hanno

caratterizzato il periodo pandemico abbiano predisposto gli individui al rischio di potersi trovare in una situazione di lutto anticipatorio. Quello che si può dire, sostiene l'autrice, è che in quel periodo l'attesa è stata trasformata in una sorta di tempo sospeso sia per i familiari sia per la persona ricoverata. Si parla quindi di *«un tempo fatto di profonda solitudine e distanza, di impossibilità di svolgere i rituali secondo la tradizione. Un tempo fatto di disperazione e tragicità, soprattutto se le persone che venivano ricoverate erano anziane. Mentre le notizie, che contagiavano più del virus, raccontavano di sanitari che dovevano scegliere chi curare o ricoverare nei reparti di rianimazione»* (Marsili, 2020, p. 62). A questo punto l'autrice si è chiesta come e se è stato possibile riuscire ad aiutare coloro che hanno subito la perdita di una persona cara a causa della pandemia *«a trasformare il tempo dell'attesa in un tempo nutriente dell'attesa»* (Ibidem, 2020, p. 69). Il principale intervento che è stato messo in atto aveva l'obiettivo di aiutare le persone a prendersi cura di sé stesse a partire dal corpo fino ad arrivare alla mente. Per quanto riguarda l'aspetto della solitudine e l'impossibilità di poter dare l'ultimo saluto al defunto, spesso gli individui sono riusciti a compensare attraverso l'immaginazione di poter fare questi gesti (Marsili, 2020). Ancora, in alcuni casi sono state di supporto le preghiere, come ad esempio il rosario, che hanno permesso di evitare i pensieri e le emozioni negative (Ibidem, 2020). Durante questo periodo straziante il compito principale degli psicologi è stato rivolto all'ascolto, all'accoglienza e al riconoscere ed esplicitare le emozioni che gli individui non sono riusciti ad esprimere. Inoltre, i familiari venivano aiutati e accompagnati a mettere in campo rituali a distanza per poter effettuare quelli svolti tradizionalmente in seguito ad un lutto (Marsili, 2020). Le principali emozioni che sono state registrate dagli psicologi al fine di supportare i familiari sono state la rabbia, la negazione, l'apatia e la frenesia e la tristezza. In particolare, la rabbia è stata rivolta al sistema sanitario non ritenuto capace di saper gestire la situazione pandemica. Ad esempio, le persone hanno provato tale emozione per il fatto che i tamponi, alcune volte, non sono stati effettuati in tempo o addirittura non sono stati fatti e il personale medico spesso non è intervenuto tempestivamente (Ibidem, 2020). La negazione è riferita al fatto che spesso le informazioni venivano taciute e ai familiari non si sono fatte sapere le circostanze in cui si trovava il ricoverato. Infine, l'apatia e la frenesia, due opposti, che hanno fatto da sfondo alle telefonate che sono avvenute tra familiari e ospedale in quanto, spesso, venivano effettuate in ritardo o perché hanno recapitato cattive notizie sullo stato di salute del ricoverato (Marsili, 2020). Infine, l'autrice ha evidenziato che, sempre

durante queste telefonate, la tristezza e il sollievo si sono alternati: anche solo un piccolo miglioramento è stato di conforto.

### 3.5 L'importanza del rito funebre

A tutti questi fattori di rischio va sommata anche l'impossibilità di eseguire i riti funebri, che dalle ricerche condotte in circostanze pre-pandemiche sono risultate essere fondamentali ai fini dell'elaborazione del lutto (Scimone, 2020). Infatti, Gelati (2020) ritiene che il rito, essendo costituito da aspetti individuali, familiari e sociali che si protraggono nel tempo, sia capace di stabilire il trapasso. Al contrario, senza riti *«tutto resta sospeso in una dimensione di incredula e devastante paralisi emotiva»* (Gelati, 2020, p. 55). È ancora importante ricordare che in base alla cultura di appartenenza, il dolore e il lutto vengono espressi in diversi modi (Marsili, 2020). In particolare, l'autrice rileva rituali che ruotano attorno alle condoglianze; vicinanza delle persone care; canti, cori e litanie; il momento della preghiera prima dello svolgimento del funerale per dare un ultimo saluto al defunto e i riti funebri. Per quanto riguarda questo elaborato di tesi si è deciso di concentrarsi maggiormente sul rito cristiano. Quest'ultimo viene descritto come costituito da diversi passaggi ovvero *«sacramento dell'estrema unzione degli infermi [...], la preparazione del defunto, la veglia e l'allestimento della camera ardente con illuminata dalle candele, la celebrazione del funerale, la messa esequiale [...] e l'atto bruciare l'incenso per onorare il defunto, la sepoltura o la cremazione»* (Marsili, 2020, p. 60). In questo caso, la riflessione condotta dall'autrice è che l'individuo che ha subito una perdita potrebbe riuscire, attraverso il rito cristiano, a prenderne maggiore consapevolezza in modo da elaborare il lutto e accettarlo con più serenità (Ibidem, 2020). Inoltre, Borgialli (2020) afferma che il rito può avere una funzione preventiva e contenitiva da un punto di vista psicologico proprio come lo sono le regole del *setting* in psicoterapia.

Le regole del *setting* in psicoterapia fanno riferimento al fatto che la seduta si svolge in un luogo predefinito, in una certa data ad un certo orario e ha una durata prestabilita, in questo modo l'Io del paziente e del terapeuta sono protetti da eventuali contenuti inconsci che potrebbero dissestarli (Borgialli, 2020). Allo stesso modo, i riti funebri si svolgono in un luogo predefinito, in una certa data, ad un certo orario e hanno una durata prestabilita; dunque, creano una sorta di *cerchio magico* che impedisce

l'entrata di elementi patogeni o disorganizzanti (Borgialli, 2020). In questo senso, secondo l'autrice i riti funebri contribuiscono al consolidarsi di un senso di continuità tra la vita e la morte e di solidarietà. Infatti, da un punto di vista etimologico, analizzando il termine rito è possibile vedere come sia connesso con queste considerazioni. Il termine rito deriva dal latino *ritus* ossia ordine stabilito o più anticamente dalla radice indoeuropea *ri* ossia scorrere; quindi, da questo punto di vista il rito può essere visto come lo *scorrere ordinato di qualcosa* (Orrù, 2007).

Purtroppo, durante il periodo pandemico le esperienze luttuose sono state vissute con modalità diverse rispetto al passato in quanto, come descritto nei paragrafi precedenti di questo capitolo, sono intervenute nuove variabili e ci si è trovati in circostanze mai vissute prima; e questo è valso anche per l'aspetto ritualistico che ruota attorno al lutto (Gelati, 2020). Le disposizioni per evitare i contatti, infatti non hanno permesso di eseguire il rito funebre in tutta la sua completezza e hanno reso impossibile il contatto, anche solo con un semplice abbraccio o una carezza, con parenti e amici più stretti, fonte di un grande sostegno da un punto di vista sociale, in queste circostanze (Spadaro, 2021). In particolare, la privazione del rito funebre non ha permesso di circoscrivere la *relazione terrena* con il defunto, anzi ha rafforzato e consolidato la negazione e l'impotenza di raggiungere l'accettazione (Ibidem, 2021). Dunque, nella maggior parte dei casi, durante il periodo del Covid-19, frequentemente l'ultimo ricordo associato al defunto è stato quello dell'ambulanza che, ha portato d'emergenza la persona cara in ospedale (Spadaro, 2021). A partire da questo momento familiari e amici più stretti non hanno più potuto rivederla e questo ha posto i presupposti per una condizione traumatica. Inoltre, il lutto in solitudine che avviene, come descritto da Borgialli (2020), fuori dal *cerchio magico* ha posto le basi per il rischio di una sofferenza e di un dolore psichico e nei casi più gravi di un disturbo vero e proprio.

### **3.5.1 L'assente presenza del rito funebre durante la pandemia**

Nonostante, in periodo di pandemia, la quotidianità sia stata interrotta dalle disposizioni per evitare il contatto al fine di limitare i contagi, gli individui hanno cercato di essere il più resilienti possibile, non si sono fatti scoraggiare e hanno cercato modalità alternative di partecipare ad attività che prevedevano il contatto o comunque lo stare insieme. L'animo creativo di alcune persone ha raggiunto diverse aree: dalle

vignette ironiche all'arte e alla musica, che sono state trasmesse sul web per permettere a tutti, anche se da lontano, di essere in contatto e partecipare attivamente (Borgialli, 2020). Spostandosi su un piano più profondo e doloroso, questo animo creativo è emerso anche nei momenti di grande dolore come quelli di perdita di una o più persone care. In questi casi, dal momento in cui non è stato possibile celebrare i riti funebri, coloro che hanno subito la perdita di una persona cara come un familiare stretto, un partner o un amico, hanno cercato con tutte le loro forze di riprodurre il rito funebre a distanza o di creare forme alternative di supporto. Un esempio è il caso di Angelica, una ragazza che durante la pandemia ha vissuto un grande dolore a causa della perdita di suo papà.

Angelica, racconta Borgialli nel suo lavoro del 2020, non si è scoraggiata e non ha perso la sua forza di volontà nonostante le disposizioni e la situazione pandemica. Infatti, ha organizzato per il padre un rito di commiato online e, inviando un link a parenti e amici, ha permesso a tutti di rivolgergli un pensiero. In questo modo ha permesso ai suoi cari ed a lei di vivere il momento del rito funebre utile per l'elaborazione del lutto.

Ancora, c'è chi tramite *WhatsApp* ha mandato audio in cui un bambino recitava una poesia o una canzone per ricordare il defunto a cui parenti e amici potevano rispondere con un «*grazie per avermi aiutato a piangere*». Inoltre, l'autrice ricorda anche che durante il periodo pandemico, al fine di poter dare uno spazio nella memoria di tutti ai deceduti a causa del Covid-19, sono state messe in campo iniziative editoriali su piattaforme virtuali.

Infine, l'autrice afferma che nonostante la distanza, il dolore e la situazione di disagio dovuti alla pandemia, questi riti on-line hanno permesso di *rendere più vicini coloro che restano*.

### **3.6 L'importanza del congedo con il corpo: l'assenza della salma**

Oltre ai riti funebri, la ricerca di Solomita e Franza del 2020 ha evidenziato che un altro aspetto fondamentale al fine di poter accettare ed elaborare in maniera funzionale un lutto sembra essere la presenza del corpo del defunto. Infatti, secondo la psicologia delle emergenze nel momento in cui familiari e amici stretti del defunto prendono visione della salma e possono partecipare alla vestizione, il processo di

elaborazione e accettazione del lutto può avere inizio (Marsili, 2020). Al contrario, nel momento in cui le persone sono impossibilitate a vedere la salma, il processo di elaborazione del lutto rischia di non potersi avviare e di conseguenza gli individui rischiano di poter sviluppare un vero e proprio disturbo. Questo scenario è proprio quello che si è presentato durante la pandemia da Covid-19 in cui «*l'incertezza dell'attesa sembrava non svanire nemmeno davanti alla certezza della morte per l'assenza del corpo da ricomporre e salutare*» (Marsili, 2020, p. 65). Al fine di poter meglio comprendere il tema del congedo dal corpo e dell'assenza della salma come fattore di rischio è utile riportare una frase tratta da una testimonianza che è stata inserita da Marsili (2020) all'interno del suo articolo *Covid-19: separazione e lutto. È possibile un «tempo nutriente» dell'attesa?* Quest'ultima recita: «*mi trovo a pensare che sia ancora in ospedale*». Questa affermazione rende l'idea della difficoltà che familiari e amici stretti delle vittime hanno fatto nello scollegare l'immagine che avevano della persona ancora in vita dal decesso avvenuto in solitudine (Marsili, 2020). In questi casi è difficile, quindi, che l'individuo sia predisposto all'elaborazione in quanto è come se fosse in una sorta di negazione dell'accaduto. Di conseguenza, l'assenza della salma si è trasformata nella presenza dei corpi da un punto di vista sociale, *delle salme come oggetti da disporre* (Gelati, 2020) e l'ultima immagine che i propri cari hanno avuto rispetto alla persona deceduta è stata quella dei camion militari che hanno trasportato le salme (Marsili, 2020). A questo va sommato lo scenario delle molteplici bare che, a causa delle molte perdite, non erano ancora state sistemate adeguatamente all'interno del cimitero. Ad esempio, a Bergamo i camion militari hanno dovuto trasportare i corpi senza vita in altri luoghi e a Bolzano non è stato più possibile effettuare il processo di cremazione del corpo a causa della numerosità dei decessi (Ibidem, 2020). A tal proposito è interessante l'articolo che è stato pubblicato da *La Repubblica* nel Marzo 2020 da Elena Testi: *Bergamo non c'è più posto: 70 mezzi militari portano le salme*. L'autrice paragona la situazione vissuta dalla città di Bergamo ad un *teatro di guerra* in quanto sono stati visti una serie di camion militari saturi di salme diretti verso forni crematori e cimiteri di altre Regioni come L'Emilia-Romagna.

Il motivo di questo scenario da guerra è stata l'impossibilità, da parte dei forni crematori e dei cimiteri di Bergamo, di poter accogliere i defunti, a causa del Covid-19, nei tempi previsti dalle disposizioni. L'autrice, inoltre riporta come, nei giorni

precedenti a questa decisione, le bare dei defunti siano state *messe in fila* nella chiesa di Ognissanti interna al cimitero.

Infine, è bene sottolineare che, anche l'impossibilità di poter vedere per un'ultima volta il corpo del defunto costituiva, in tempi pandemici, un elemento traumatico. Infatti, come evidenziato nella letteratura esaminata all'interno del primo capitolo, nel momento in cui il trauma non viene elaborato in maniera funzionale, l'individuo è esposto al rischio di sviluppare un disturbo da lutto prolungato.

### **3.7 La resilienza ai tempi della pandemia**

Come si è appreso dalla letteratura descritta nel primo capitolo di questo elaborato di tesi, i fattori di rischio che espongono l'individuo ad una condizione di lutto complicato o in casi più gravi ad un disturbo da lutto prolungato vengono bilanciati dai fattori protettivi. Quando si parla di fattori protettivi si fa riferimento a quelle dinamiche che sono orientate in ottica preventiva al fine di evitare di mettere gli individui a rischio di poter sviluppare un disturbo da lutto prolungato in seguito alla perdita di una persona cara.

Una di queste dinamiche preventiva è la resilienza.

Durante il periodo pandemico la resilienza ha avuto un ruolo molto importante (Gerardi, Peirone, 2020). Gli individui, nonostante fossero traumatizzati e provati, in alcuni casi sono stati in grado di rispondere agli eventi attraverso la resilienza. In particolare, si è visto nel corso del capitolo come alcune persone abbiano cercato di creare dei riti o un sostegno virtuale al fine di potersi sentire vicini, anche se distanti, nei momenti più importanti in seguito ad una perdita. Infatti, a partire dal periodo pandemico, la resilienza viene anche considerata creativa in quanto gli individui si sono dovuti reinventare per far fronte alle situazioni poste in essere dall'emergenza stessa (Ibidem, 2020).

Inoltre, Chang e Bonanno (2020) hanno cercato di rilevare le *good and bad news* in termini di resilienza in relazione all'impatto del Covid-19. Gli autori da un lato hanno affermato che gli individui *sono resistenti* e nonostante abbiano vissuto eventi stressanti e traumatici sono riusciti a fronteggiarli. Dall'altro hanno assunto la possibilità che non tutti siano riusciti a sopportare queste situazioni. In particolare, durante la pandemia coloro che sono stati esposti al rischio di non riuscire ad attuare la resilienza sono stati

gli operatori sanitari. Nonostante questo, De Luca (2020) afferma che è possibile intervenire a livello preventivo al fine di poter migliorare le condizioni. Un modo per poter predisporre l'individuo alla resilienza è stato descritto da De Leonibus e Paradisi (2020). Le autrici sostengono come in seguito ad un trauma, in questo caso specifico la pandemia, sono *le parole, la scrittura, la fotografia, il disegno e il video* che hanno permesso agli individui di riconciliarsi in seguito alla pandemia. In particolare, «*quando l'esperienza collettiva, dolorosa e spezzata, può diventare una storia, e una storia da raccontare gli uni agli altri, qualcosa dentro si riconnette, si consolida di nuovo una struttura che assomiglia a un arco portante*» (De Leonibus, Paradisi, 2020, p. 7). In questo modo l'individuo si sentirà più forte per far fronte a quello che lo aspetta. Di conseguenza le narrazioni «*diventano simboli, rappresentazione dell'oggetto perduto, immagine interiore che ripara il vuoto lasciato dal trauma*» (Ibidem, p. 7). Infine, Polizzi e colleghi (2020) hanno rilevato alcune strategie utili per fronteggiare la pandemia ovvero «*l'attivazione comportamentale, il coping basato sull'accettazione, la pratica di mindfulness e la pratica dell'atteggiamento amorevole*» (De Luca, 2020, p. 330).

## Conclusione

Alla luce dell'approfondimento della letteratura rispetto ai quesiti che mi hanno condotto all'elaborazione di questo mio elaborato di tesi, le riflessioni che emergono sono le seguenti. In primo luogo, è emersa la complessità (funzionale e disfunzionale allo stesso tempo) del lutto anticipatorio, situazione in cui l'individuo sperimenta anticipatamente emozioni e sentimenti che si provano in seguito ad una perdita, in quanto la persona in questione ha una malattia terminale. A tal proposito è interessante il modo in cui Marsili (2020) descrive il lutto anticipatorio ossia come «*l'attesa che sopraggiunga la morte della persona malata*» (Marsili, 2020, p. 55). L'autrice evidenzia come, pur essendo un vissuto emotivo faticoso e molto doloroso, questa modalità dia la possibilità agli individui di restare accanto alla persona cara, esaudendo gli ultimi suoi desideri e standole accanto tutti i momenti possibili. Mentre se la morte avviene in maniera improvvisa gli individui reagiscono provando un forte senso di colpa per non essere riusciti a portare a termine obiettivi che si erano prefissati assieme alla persona cara o per averla abbandonata (Marsili, 2020).

In secondo luogo, a bilanciamento dei fattori di rischio è risultata evidente la forza e l'importanza dei fattori protettivi. A tal proposito, mi è parso interessante il contributo di Stroebe (1999), il quale sostiene che le conseguenze del lutto sulla salute possano essere mediate dalla valutazione dell'evento e dalle strategie di *coping*. In particolare, l'autore ha individuato due macrocategorie ascrivibili ai fattori protettivi: le risorse personali e quelle sociali. In quest'ottica, un altro fattore importante è risultato essere quello della resilienza e al fine di rendere gli individui più resilienti è risultata essere di importanza fondamentale la prevenzione (De Luca, 2020). In continuità con queste riflessioni, alla luce della letteratura esaminata nel primo capitolo, sono risultati essere molto utili i programmi introdotti dalla *death education*.

In terzo luogo, per quanto riguarda il disturbo da lutto prolungato, esso è stato, di recente, descritto ed esaminato in tutti i suoi aspetti anche dall'ICD-11 oltre che dal DSM-5-TR. Con la pubblicazione del DSM – 5 – TR (APA, 2022) il disturbo da lutto persistente complicato diventa disturbo da lutto persistente e per la sua natura viene inserito all'interno della sezione «disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti». In particolare, il disturbo da lutto prolungato è stato inserito in questa sezione per rispondere al fatto che l'espressione delle emozioni legate al lutto è eccessiva per durata e/o intensità (APA, 2022).

Nel corso del secondo capitolo le due descrizioni sono state messe a confronto ed è emerso che per quanto riguarda la sintomatologia le differenze risultano minime, mentre un aspetto differente è quello relativo al tempo. Infatti, si può notare come il DSM-5-TR metta sempre in evidenza quanti giorni, mesi o anni sono necessari al fine di diagnosticare un disturbo da lutto prolungato. Questa differenza potrebbe essere dovuta alla natura specifica dell'ICD-11 che nel definire categorie diagnostiche non utilizza criteri specifici, come invece fa il DSM, ma evidenzia piuttosto “quadri prototipici”.

Infine, con il terzo capitolo si è esaminato come le condizioni in cui si è stati costretti, durante la situazione pandemica, ad affrontare eventi luttuosi, abbiano in maniera profonda portato cambiamenti nell'elaborazione dei rituali di congedo con i defunti (Gelati, 2020).

In conclusione, è interessante rivolgere l'attenzione alla tecnologia che negli ultimi anni è avanzata sempre di più. In particolare, sono cambiate le modalità di utilizzo dei social media da parte delle persone (Sisto, 2022). L'autore afferma che ultimamente, soprattutto gli adolescenti, utilizzano sempre di più *TikTok: social network* utilizzato per condividere brevi video divertenti o che riguardano tematiche personali. Sisto (2020) afferma che sia la morte sia il lutto sono diventati temi importanti su questo *social*. In particolare, l'autore è arrivato a questa affermazione in seguito alla visione dell'*hashtag*: *#griefftok*, con più di 340 milioni di visualizzazioni. Questo *hashtag* fa riferimento a video in cui gli individui esprimono emozioni e sentimenti che stanno provando o che hanno provato in seguito alla perdita di una persona cara (Sisto, 2020). In sintesi, l'autore sostiene che questa nuova modalità di parlare del lutto abbia creato una *comunità globale* attorno a questa tematica. A tal proposito potrebbe essere interessante, in relazione alle tematiche trattate in questo elaborato di tesi, approfondire le ricerche svolte sull'utilizzo dei social network per trattare il lutto. Dunque, nell'ottica di un futuro approfondimento di questo elaborato di tesi, potrebbe risultare curioso capire se questi ultimi possono essere considerati davvero come un supporto o come un fattore protettivo per evitare l'insorgenza di un disturbo da lutto prolungato.

## **Bibliografia**

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed. Text Revision)*. Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed. Text Revision)*. Washington, DC: Author.
- Baker, A.W., Keshaviah, A., Horenstein, A., Goetter, E.M., Mauro, C., Reynolds, C. et al. (2016). The role of avoidance in complicated grief: a detailed examination of the Grief Related Avoidance Questionnaire (GRAQ) in a large sample of individuals with complicated grief. *Journal of loss & trauma*, 21 (6), 533-547.
- Boelen P.A. & Smid GE. (2017). The traumatic grief inventory self-report version (TGI-SR): introduction and preliminary psychometric evaluation. *Journal of loss & trauma*, 22, 196–212.
- Bonanno, G. A. & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science* 8 (6), 591-612.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American psychologist*, 59 (1), 20-28.
- Borgialli, L. (2020). I lutti in pandemia: Il dolore sordo in assenza di un rito. L. Peirone (Ed.), *Nuovo Coronavirus e resilienza: Strategia contro un nemico invisibile* (pp. 205-213). Torino: Anthropos.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Cortina.
- Campione, F. (1990). *Il deserto e la speranza: Psicologia e psicoterapia del lutto*. Roma: Armando Editore.
- Campione, F. (2012). *Lutto e desiderio: Teoria e clinica del lutto*. Roma: Armando Editore

- Carmassi, C., Amatori, G., Cappelli, A., Brosio E., Chauvel, H. Dell'Osso, L. *et al.* (2023). Lutto: dalla reazione fisiologica al disturbo da lutto prolungato. *Rivista di psichiatria*, 58, 154-159.
- Carmassi, C., Conversano, C., Pinori, M., Bertelloni, C. A., Dalle Luche, R., Gesi, C., *et al.* (2016). Il lutto complicato nell'era del DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 6, 231-237.
- Cazzaniga, E. La famiglia, la perdita e il lutto (2002). Bellani, M.L., *et al.* (Ed.). *Psiconcologia*, Milano: Masson.
- Chang, B. P. & Bonanno, G. (2020). Battle scars and resilience at the health-care frontline. *Academic Emergency Medicine*, 27 (9), 934-935.
- De Leonibus, R. & Paradisi, S. (2020). Trauma collettivo e processi di resilienza nella pandemia da Covid-19. *La mente che cura. Rivista dell'ordine degli psicologi dell'Umbria*, 8, 4-8
- De Luca, M.L. (2020). Impatto psicologico del Covid-19. Traiettorie prototipiche, rischi e opportunità nei possibili percorsi di risposta psicologica all'emergenza pandemica. *Studia Moralia*, 58, 315- 332.
- De Martino, E. (1975). *Morte e pianto rituale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C. & Shear, M.K. (2013). Dal lutto complicato (Complicated Grief) al Persistent Complex Bereavement Disorder. *Journal of Psychopathology*, 19, 185-190.
- Di Crosta, A., Maiella, R., La Malva, P., Palumbo, R. & Di Domenico, A. (2020). Ricadute psicosociali ed economiche dell'emergenza COVID-19. L. Peirone (Ed.), *Nuovo coronavirus e resilienza: Strategie contro un nemico invisibile* (pp.160-187). Torino: Anthropos.
- Di Nuovo, S. (2020). Prefazione: Dall'emergenza alla resilienza. L. Peirone (Ed.), *Nuovo Coronavirus e resilienza: Strategia contro un nemico invisibile* (pp. 16-18). Torino: Anthropos.
- Djelantik, A., Smid, G.E., Kleber, R.J. & Boelen, P.A. (2017). Early indicators of problematic grief trajectories following bereavement. *European journal of psychotraumatology*, 8, 1-6.

- Eisma, M., Boelen, P.A. & Lenferink, L.I.M. (2020), Prolonged Grief Disorder following the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 1-2.
- Ellifritt, J., Nelson, K.A. & Walsh, D. (2003). Complicated bereavement: a national survey of potential risk factors. *The American journal of hospice & palliative care*, 20 (2), 114-120.
- Fraley, R. C. & Bonanno, G.A. (2004). Attachment and Loss: A test of Three Competing Models on the Association between Attachment-Related Avoidance and Adaptation to Bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (7), 878-890.
- Gelati, P. (2020). Il lutto nascosto. *Psicologia contemporanea*, 280-281, 51-55.
- Gruber, J., Prinstein, M.J., Abramowitz, J.S., Albano, A.M., Aldao, A., Borelli, J.L. *et al* (2020). Mental Health and Clinical Psychological Science in the Time of COVID-19: Challenges, Opportunities, and a Call to Action. *PsyArXiv Preprints*.
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Hinton, D. E., Field, N. P., Nickerson, A., Bryant, R. A., & Simon, N. (2013). Dreams of the dead among Cambodian refugees: Frequency, phenomenology, and relationship to complicated grief and posttraumatic stress disorder. *Death Studies*, 37(8), 750-767.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. 2<sup>nd</sup> ed. Northvale, NJ: Aronson.
- Jordan, A. H. & Litz, B. (2014). Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional psychology research and practice*, 45 (3), 180-187.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131 (1-3), 339-343.
- Killikelly, C., Maercker, A. (2018). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of psychotraumatology*, 8, 1-9.

Kübler Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. London: Routledge.

Lenferink, L.I.M., Eisma, M. C., Smid, G.E., de Keijser, J., Boelen, P.A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive psychiatry*, 112, 1-9.

Lenferink, L.I.M., de Keijser, J., Smid, G.E., Djelantik, AAA M.J. & Boelen, P.A. (2017) Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster bereaved individuals: latent class analysis. *European journal of psychotraumatology*, 8 (1), 1-11.

Lombardo, L., Lai, C., Luciani, M., Morelli, E., Buttinelli, E., Aceto, P., *et al.* (2014). Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 3, 106-114.

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.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. Brethorn, I. & Waters, E. (Ed.), *Growing points of attachment theory and research*. Morphographs of the Society for Research in Child Development, 66-104.

Marsili, M. (2020). Covid-19: separazione e lutto. È possibile un «tempo nutriente» dell'attesa? *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 22, 52-74.

Melhem, N.M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker Payne, M., Brent, D.A. (2011, September). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of general psychiatry*, 68 (9), 911-909.

Nielsen, M.K., Carlsen, A.H., Neergaard, M.A., Bidstrup, P.E. & Guldin, M. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: a prospective, population-based cohort study. *Social science & medicine*, 232, 460-469.

- O' Connor M.F. & Sussman T.J. (2014). Developing the yearning in situations of loss scale: convergent and discriminant validity for bereavement, romantic breakup, and homesickness. *Death study*, 38 (6-10), 450-458.
- Orrù, W. (2007). Aspetti rituali in psicoterapia bionomica. Widmann, C. (Ed.) *Il rito* (p. 208). Roma: Edizioni Magi.
- Parkes, C.M. (1965). Bereavement and mental illness. 1. A clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. *British psychological Society Medical Section, Proceedings*, 38, 1-12.
- Parkes, J. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Tavistock.
- Peirone, L. & Gerardi, E. (2020). Il mostro che non si vede e non si tocca: La psiche fra realtà e immaginazione. L. Peirone (Ed.), *Nuovo Coronavirus e resilienza: Strategia contro un nemico invisibile* (p./pp. 214-240). Torino: Anthropos.
- Polizzi, C., Lynn, S.J. & Perry, A. (2020). Stress and coping in the time of Covid-19: Pathways to resilience and recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 59-62.
- Presti, G., McHugh, L., Gloster, A., Karekla, M. & Hayes S.C. (2020). The dynamics of fear at the time of Covid-19: a contextual behavioral science perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 65-71.
- Rando, T.A. (1992). The increasing prevalence of complicated mourning: The onslaught is just beginning. *Omega*, 26 (1), 43-59.
- Shear K.M., Jackson C.T., Essock S.M., Donahue, S.A. & Felton, C.J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric services: A journal of the American Psychiatric Association*, 57 (9), 1291-1297.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E. Reynolds, C. *et al.* (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257 (8), 453-461.
- Skritskaya, N.A., Mauro, C., Olonoff, M., Qiu, X., Duncan, S., Wang, Y. *et al.* (2017). Measuring maladaptive cognitions in complicated grief: introducing the Typical Beliefs

Questionnaire. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25 (5), 541-550.

Solomita, B. & Franza, F. (2020) Il lutto senza corpo. *Quaderni di Telos*, 71-82.

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23 (3), 197-224.

Szuhany, K.L., Malgaroli, M., Miron, C.D. & Simon, N.M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus*, 19 (2), 161-172.

Tamiolaki, A., Kalaitzaki, A.E. (2020). That which does not kill us, makes us stronger: Covid-19 and Posttraumatic Growth. *Psychiatry Research* 289, 1-2.

Testi, E. (2020). Bergamo non c'è più posto: 70 mezzi militari portano le salme. *La Repubblica*

Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: Psicologia del morire e death education*. Torino: Bollati Boringhieri.

Williams, R. (2009). *Trauma e relazioni*. Milano: Raffaello Cortina.

Zisook, S. & Shear, C. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8 (2), 67-74.

## **Sitografia**

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> (Visitato in data 20.07.2023)

<https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.pn.2020.11a12> (Visitato in data 13.06.2023)

<https://www.cdi.it/news/le-complicazioni-del-lutto-ai-tempi-del-coronavirus-come-affrontarlo-con-i-bambini/> (Visitato in data 10.07.2023)

<https://www.fiorenzaspadaropsicologa.it/2021/11/16/aspetti-psicologici-del-lutto-nel-periodo-covid-19/>

<https://www.istitutopsicoterapie.com/distinguere-un-lutto-normale-uno-patologico/> (Visitato in data 5.05.2023)

<https://www.istitutopsicoterapie.com/distinguere-un-lutto-normale-uno-patologico/> (visitato in data 10.06.2023)

<https://www.istitutopsicoterapie.com/morte-da-covid-19-negazione-dellelaborazione-del-lutto-e-disturbo-post-traumatico-da-stress/#:~:text=La%20pandemia%20Covid%2D19%20ha,ed%20elaborare%20adeguata mente%20il%20lutto> (Visitato in data 11.07.2023)

<https://www.psiconline.it/area-professionale/ricerche-e-contributi/il-modello-kuebler-ross-le-cinque-fasi-del-dolore.html#:~:text=Nel%201969%2C%20Elizabeth%20Kübler%2DRoss,Depression%2C%20Acceptance%2C%20DABDA> (Visitato in data 20.05.2023)

<https://www.sipuodiremorte.it/griefftok-il-dolore-di-un-lutto-su-tik-tok-di-davide-sisto/>  
(Visitato in data 2.08.2023)

<https://www.sipuodiremorte.it/il-lutto-soffocato-dal-coronavirus-cosa-fare-di-nicola-ferrari/> (Visitato in data 20.07.2023)

<https://www.stateofmind.it/2017/11/disturbo-da-lutto-persistente-e-complicato/>  
(Visitato in data 10.06.2023)

<https://www.stateofmind.it/2020/12/death-education-morte/> (Visitato in data  
20.06.2023)

<https://www.stateofmind.it/2021/04/death-education-covid19/> (Visitato in data  
20.06.2023)

<https://www.onap-profiling.org/dal-cordoglio-alla-risoluzione-del-lutto/> (Vistato in data  
10.05.2023)

<https://www.youtube.com/watch?v=QYhpsEsS788&t=4310s> (Visitato in data  
29.07.2023)

## Ringraziamenti

Innanzitutto, ci terrei a ringraziare di cuore la mia docente relatrice Laura Ferro per avermi accompagnata in questo percorso, per avermi insegnato e trasmesso fino all'ultimo e per avermi incoraggiata nei momenti di sconforto.

Poi vorrei ringraziare mia mamma, Federica, per aver creduto sempre in me e per non avermi mai fatta sentire sbagliata per le scelte che ho fatto. Ringrazio anche mio papà, Andrea, per ogni "in bocca al lupo Carletta" prima di ogni esame e per avermi sostenuta sempre.

Ringrazio le mie nonne, Maria e Pina, per i loro "bravissima" o "sono orgogliosa di te" ogni volta che comunicavo loro l'esito di un esame.

Grazie anche a Nonno Gianni e a Nonna Betta, che non hanno mai smesso di proteggermi durante questi anni e sono sicura che saranno fieri di me anche da lassù.

Grazie al mio fidanzato, Simone, per essere sempre orgoglioso dei miei successi, per essermi stato vicino in questi anni e per aver subito un po' dei miei drammi.

Infine, devo un GRAZIE speciale a mia sorella, Martina. Grazie per essere sempre con me ad ogni mio traguardo, grazie per avermi aiutata a riguardare la tesi (penso che senza di te non ce l'avrei proprio fatta) e grazie per avermi spronata quando ero sull'orlo di una crisi. Non smetti mai di insegnarmi. Ti voglio bene.