

LA TERAPIA DEL LUTTO COMPLICATO: INTERVENTI PREVENTIVI, PSICOEDUCAZIONE, PROSPETTIVA COGNITIVO-EVOLUZIONISTA, APPROCCIO EMDR

Antonio Onofri e Teresa Dantonio

*Non lo superi, semplicemente ti abitui
(dalle parole di un genitore in lutto)*

Lutto e teoria dell'attaccamento nella prospettiva evoluzionista

La teoria dell'attaccamento, dalla sua formulazione originaria ad opera di John Bowlby (1969; 1973; 1980) e fino alle osservazioni compiute da Mary Main (2008) attraverso la *Adult Attachment Interview*, ha sempre dedicato una particolare attenzione al tema del lutto.

Seguendo il lavoro degli etologi (Lorenz, 1990) e gli studi compiuti da Parkes (1972), anche Bowlby ha guardato al lutto sostanzialmente come ad un processo con delle basi biologiche, arrivando a formulare quella che appare una vera e propria "teoria biologica" del cordoglio, considerato come un processo costituito da una serie di manifestazioni che possono fondersi, sovrapporsi, oscillare nella loro successione, ma che rimangono comunque riconoscibili, aldilà delle anche macroscopiche variazioni culturali che plasmano l'espressione sociale, i riti collettivi, i significati culturali e religiosi attribuiti alla perdita – per morte - di una figura amata.

Queste fasi hanno una durata e una intensità caratterizzate anche da profonde differenze individuali, come se ognuno fosse costretto a costruirsi delle categorie esplicative personali per cercare di risolvere il problema del limite dell'esistenza.

Lo schema comune, di cui parlano sia Parkes (1972) sia Bowlby (1980), descrive una prima fase chiamata "dello stordimento e della incredulità", che dura fisiologicamente da alcune ore a circa una settimana, in cui ci si sente incapaci di accettare la perdita e che è interrotta da momenti di intenso dolore e collera; una seconda fase denominata "della ricerca" che nei lutti normali può durare mesi, in quelli complicati anni, caratterizzata da irrequietezza motoria, paura, allarme, insonnia, iperattivazione fisiologica, fenomeni dispercettivi (tipicamente illusioni e allucinazioni ipnagogiche e ipnopompiche, rispettivamente al risveglio e all'addormentamento), sentimenti di collera rivolta verso se stessi, il defunto o qualcun altro, fino all'attribuzione più o meno logica di presunte colpe, infine da una spinta a recarsi nei luoghi in cui più spesso era presente la persona morta; una terza fase, quella della cosiddetta "disorganizzazione", caratterizzata da disperazione e sintomi depressivi; una quarta e ultima fase che rappresenta la risoluzione del processo ed è infatti chiamata "della riorganizzazione".

Sostanzialmente, la reazione alla morte di una persona cara sembra, almeno inizialmente, del tutto sovrapponibile a quella che si avrebbe nel caso di una separazione improvvisa e protratta ma comunque temporanea: i comportamenti di ricerca, la comparsa della collera, appaiono reazioni tese – secondo la teoria dell'attaccamento - a *recuperare* la vicinanza con la figura amata e a scoraggiarne un ulteriore allontanamento: una perdita irreparabile è statisticamente così poco frequente rispetto alle continue separazioni che caratterizzano invece la nostra vita fin dal suo inizio, che sembrano infatti esserci, da un punto di vista evoluzionistico, buone ragioni biologiche per un sistema innato volto a rispondere in maniera automatica a tutte le separazioni come se esse fossero comunque reversibili. La paura, d'altro canto, è l'emozione che accompagna la percezione di un pericolo, in questo caso rappresentato dalla assenza stessa della figura con cui l'individuo ha un importante legame, che quindi attiva il sistema dell'attaccamento. Così, la collera va considerata come l'emozione che accompagna lo sforzo di ritrovare la figura perduta e di accelerarne il ritorno.

Accettare la perdita come definitiva e sopportare il dolore che l'accompagna sembrano essere gli elementi indispensabili affinché il lutto abbia un decorso favorevole: come vedremo più avanti, il superstite deve cambiare l'immagine di sé e della sua vita, deve demolire a poco a poco quegli schemi di comportamento che erano indirizzati alla persona morta, deve ridefinire se stesso. Finché non si arriva a questa ridefinizione non si possono fare progetti per il futuro. Quello che si richiede è pertanto anche un atto cognitivo, non solo emotivo:

attuare un processo di “presa d’atto”, di costruzione di nuovi schemi rappresentativi interni, che ovviamente richiede del tempo.

In una simile accezione, prendere atto di un fatto significa accettarlo e smettere di considerarlo come un “problema” che si possa risolvere (Perdighe e Mancini, 2010).

La grande maggioranza delle persone che affronta un lutto riesce entro circa 18 mesi ad arrivare a questa forma di accettazione (Bonanno e Lilienfeld, 2008; Bonanno et al., 2002). A volte, invece, questo processo può incontrare diversi ostacoli nell’iniziare o nel completarsi. E’ il caso dei cosiddetti lutti complicati, cioè quelle reazioni che non tendono a diminuire e moderarsi con il passare del tempo e che interferiscono significativamente con il funzionamento personale e sociale.

Se con una certa frequenza il lutto si accompagna a un quadro sovrapponibile a quello di un Episodio Depressivo Maggiore, più o meno accompagnato da reazioni fisiche, disturbi psicosomatici o problemi internistici, esso a volte costituisce un vero e proprio evento traumatico: per qualcuno, ne possono conseguire reazioni emotive simili a quelle che incontriamo in seguito a un trauma e una sintomatologia che sembra essere grandemente sovrapponibile a quella del Disturbo da stress post-traumatico, caratterizzata da pensieri e ricordi intrusivi, tendenza all’evitamento, iperattivazione fisiologica, sentimenti depressivi, fino ai sintomi di tipo dissociativo.

Sono noti diversi fattori che possono facilitare o ritardare la “presa d’atto” necessaria alla risoluzione del lutto: tra di essi ricordiamo innanzitutto l’età del defunto e quindi il percepire la morte come un evento più o meno “naturale” e prevedibile; la natura del decesso; il ruolo e posizione occupati in vita dallo scomparso; il tipo di famiglia in cui si è verificata la perdita, la quantità e la qualità del sostegno sociale disponibile.

Le più gravi e prolungate reazioni al lutto si manifestano con maggiore probabilità quando la morte viene percepita come improvvisa e prematura. I genitori che affrontano la morte di un bambino, per esempio, hanno dei problemi di adattamento particolarmente gravi, dato che questa viene percepita come una perdita immatura, innaturale ed ingiusta.

Ma dobbiamo anche ricordare fattori individuali, come l’insieme delle credenze e aspettative personali, o i Modelli Operativi Interni relativi all’attaccamento, che possono costituire i maggiori fattori di ostacolo al cambiamento richiesto dalla morte di una persona cara.

La mancata risoluzione di un lutto è indicata dai ricercatori e dai clinici orientati dalla teoria dell’attaccamento come uno dei principali fattori correlati alla disorganizzazione dell’attaccamento nella generazione successiva: le osservazioni condotte da Mary Main indicano infatti come lo stato denominato *Unresolved* alla Adult Attachment Interview di un genitore (rilevato attraverso i segni linguistici che indicano incredulità circa la morte di una persona, idee irrazionali di essere la causa della morte, manifestazioni di confusione tra la persona morta e sé o affermazioni psicologicamente confuse, difficoltà a raccontare con coerenza la morte, etc.) correlano con un comportamento disorganizzato/disorientato del figlio alla *Strange Situation*, la procedura sperimentale ideata da Mary Ainsworth per classificare l’attaccamento in bambini di 12-18 mesi di età (Main, 2008).

Gli interventi terapeutici nel lutto complicato

I modelli basati sul considerare il lutto essenzialmente come un evento stressante sottolineano “lo sconvolgimento del mondo degli assunti personali” (Janoff-Bulman, 1992) e anche gli interventi terapeutici che propongono - come *l’Eye Movement Desensitization and Reprocessing* o *EMDR* (Shapiro, 2001; 2004) - discendono il più delle volte dalle terapie messe a punto per i disturbi appartenenti al cosiddetto “spettro post-traumatico”.

La prima domanda da porsi quando si parla di interventi terapeutici per le persone in lutto è chiedersi se e quando l’intervento diventi necessario. I dati a disposizione dimostrano con chiarezza come per la maggior parte della popolazione il cordoglio, sebbene doloroso e disturbante da un punto di vista emozionale, sia un processo normale che riflette sia la forza e il valore degli attaccamenti umani sia la capacità di adattarsi alle perdite e alle avversità. La grande maggioranza dei sopravvissuti non solo vive “normalmente” il lutto ma si adatta alla perdita e alle sue conseguenze. Non è inoltre raro che l’apprendimento derivante dal cordoglio e dal suo superamento possa contribuire positivamente al modo in cui verranno gestite altre avversità e cambiamenti nel corso della vita. Non sembra pertanto esserci alcuna necessità di interventi psicoterapeutici

e/o farmacologici *di routine* per le persone in lutto. La risposta più utile, almeno inizialmente, che si può offrire a coloro che vivono un lutto è spesso una semplice manifestazione di attenzione, empatia e conforto.

Un discorso diverso riguarda invece la opportunità di interventi nel campo della salute mentale che abbiano un significato di prevenzione rispetto a possibili complicanze in seguito a un lutto, o di *screening* volto ad individuare i gruppi più a rischio per tali complicanze.

I possibili interventi professionali nel campo del lutto, in accordo con la concettualizzazione di Mrazek e Haggarty (1994) possono infatti essere divisi in: preventivi, terapeutici o di mantenimento.

Secondo questo modello gli interventi preventivi possono essere: 1. *Universali*, ossia estesi a tutta la popolazione; 2. *Selettivi*, ossia diretti a gruppi identificati come "ad alto rischio" (per esempio i sopravvissuti a morti inattese e/o violente); 3. *Elettivi*, ossia riservati alle persone che presentano livelli costanti ed elevati di sintomatologia correlata al lutto.

Sono stati messi a punto interventi di dimostrata efficacia per soggetti ad alto rischio (per esempio, interventi selettivi per popolazioni prive di sostegno sociale e con circostanze di morte ad alto rischio (Raphael, 1997). Anche interventi specifici per quei soggetti che presentano alti livelli di sofferenza correlata al cordoglio (Vachon et al., 1980), hanno avuto esiti positivi.

Gli approcci preventivi devono avere come finalità la riduzione dei fattori di rischio e il potenziamento dei fattori protettivi per ridurre gli esiti avversi. Gli interventi sull'intera popolazione comprendono infine la psicoeducazione e il sostegno per il cordoglio "normale" e sembrano facilitare la naturale elaborazione e risoluzione del lutto. Posso esserci infatti circostanze in cui una intera popolazione può divenire particolarmente vulnerabile a causa di perdite massive (per es. per genocidio, guerra, disastro naturale, atti terroristici etc.). In questi casi le perdite possono essere complesse e comportare la morte contemporanea delle persone amate, della famiglia, dei leader della comunità, la perdita della casa, del lavoro, etc. Tuttavia non esistono dati che stabiliscano quali programmi d'intervento sul lutto siano efficaci in tali contesti.

Interventi preventivi per individui ad alto rischio

Si tratta di interventi diretti a quegli individui che, attraverso *screening* o valutazioni in base a quanto si conosce della loro esperienza, possono essere identificati come più vulnerabili agli effetti del cordoglio sulla loro salute psico-fisica. Alcuni saranno a rischio a causa di fattori personali come la natura della loro relazione con la persona defunta (per es. altamente ambivalente o dipendente) (Parkes e Weiss, 1983; Raphael, 1977). Ci possono essere caratteristiche personali dell'individuo che determinano il modo in cui gestisce le esperienze di vita negative (per es. la tendenza all'ansia o alla depressione evidenziate dalla vulnerabilità psichiatrica pre-esistente) (Andrews, 1996). Eventi di vita negativi precedenti che non sono stati affrontati ed elaborati adeguatamente, come la perdita di un genitore durante l'infanzia, possono aumentare la vulnerabilità in caso di perdite successive (Brown et al., 1977).

E' stato dimostrato che le circostanze relative a perdite improvvise, inattese e/o precoci siano associate a rischi più elevati di lutto complicato (Parkes e Weiss, 1983; Raphael, 1977). Un ulteriore fattore rilevante in questo contesto è rappresentato da circostanze di morte particolarmente traumatiche (per es. le morti orribili, scioccanti, mutilanti o violente come in caso di omicidio (Rynearson, 1996; 2006). In questi casi il cordoglio può essere complicato da un Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) (per quanto riguarda la proposta di una categoria diagnostica denominata *Lutto Traumatico*, cfr Jacobs, 1999).

E' stato evidenziato che l'incapacità da parte della rete sociale di fornire l'adeguato sostegno di cui la persona in lutto necessita, soprattutto quello che permette l'espressione del cordoglio e la risoluzione della perdita, costituisce un fattore di aumentata vulnerabilità. I componenti della rete sociale, soprattutto i familiari, possono essere essi stessi colpiti dalla perdita ed avere, quindi, difficoltà a rispondere alle necessità della persona in lutto o ci possono essere forti prescrizioni sociali che interferiscono con la capacità di rispondere alle richieste della persona in lutto.

Tutti questi fattori possono essere utilizzati per identificare le popolazioni a rischio per lo sviluppo di patologie correlate al lutto o di altre malattie. Gli interventi selettivi possono essere di vario tipo: interventi sulla crisi, counseling, gruppi di auto-aiuto.

Esistono programmi specifici di intervento per gruppi con lutti particolari, per esempio si sono rilevati molto efficaci interventi diretti ad aiutare donne rimaste improvvisamente vedove (Raphael, 1977), studi e programmi

di intervento per genitori che hanno perso un figlio e che presentano fattori di rischio quali una morte avvenuta in circostanze traumatiche (Lilford et al. 1994; Ostefeld et al., 1993; Vance et al., 1991). Di grande interesse sono gli studi degli effetti della morte di un genitore su un bambino e la messa a punto di programmi preventivi tesi a ridurre i possibili effetti avversi (Lohnes e Kalter, 1994; Sandler et al., 1992; Kranzler et al. 1990; Raphael et al. 1980). La rilevanza del lutto nella popolazione più anziana e la particolare esigenza di programmi preventivi di intervento per questi gruppi sono stati descritti da un gran numero di ricercatori e operatori della salute mentale (Mc Kibbin et al., 1997; Caserta e Lund, 1993). Poiché il lutto è un fattore di rischio per la depressione nelle persone anziane, l'attuazione di programmi finalizzati a sostenere i sopravvissuti per prevenire l'insorgenza di depressione o di lutto patologico può infatti risultare particolarmente importante.

Ci sono alcuni modi e circostanze di morte che richiedono interventi, preventivi e terapeutici, particolari e specifici. Perdite per suicidio, morte improvvisa, omicidio, lutti multipli, possono essere particolarmente problematiche per i sopravvissuti. Il terapeuta dovrebbe essere consapevole delle caratteristiche specifiche e dei problemi inerenti a queste situazioni per poter attuare gli interventi più idonei.

Secondo alcune evidenze, il cordoglio nel lutto per suicidio, può essere più intenso e può durare più a lungo rispetto a quello per altri tipi di perdite. Per ragioni di spazio, rimandiamo il lettore alla ormai vasta letteratura sull'argomento per un eventuale approfondimento (Farberow et al. 1992). , complicato da intensi sentimenti di vergogna e di colpa (Mc Intosh e Kelly, 1992; Lindeman e Green, 1953; Reed, 1993; Farberow et al. 1992).

La psicoeducazione e il *counseling* nel lutto

Bisogna fare una distinzione fra *counseling* e terapia per il lutto. Il primo consiste nell'aiutare le persone a superare un lutto non complicato, o normale, facilitando il completamento dei "compiti" del cordoglio in modo sano e in un intervallo di tempo ragionevole. Il termine "terapia" andrebbe invece riservato a quelle tecniche specialistiche usate per aiutare le persone che presentano reazioni al lutto anomale o complicate.

L'obiettivo del *counseling* per il lutto è quello di aiutare il soggetto a risolvere le questioni in sospeso con il defunto, che complicano il cordoglio. Secondo Worden (2002), il *counseling* persegue alcuni obiettivi specifici che corrispondono ai quattro compiti del lavoro del lutto: 1. accettare la realtà della perdita; 2. aiutare a gestire le emozioni del lutto; 3. superare i vari ostacoli che si oppongono alla riorganizzazione finale; 4. trovare un modo per ricordare il defunto, sentendosi, allo stesso tempo, a proprio agio nella vita attuale.

Allo stesso modo, esistono anche tre approcci al *counseling* per il lutto. Il primo prevede che il *counseling* sia offerto a tutti gli individui, in particolare alle famiglie, in cui è morto un figlio o un genitore. Questa scelta sarebbe suffragata dall'assunto che essendo, questo tipo di lutto molto traumatico per le persone coinvolte, il *counseling* dovrebbe essere offerto a tutti. La seconda filosofia si basa sull'assunto che solo alcune persone avranno bisogno di aiuto per superare il lutto quindi per intervenire si aspetterà fino a quando alcuni si troveranno in difficoltà, riconosceranno il proprio bisogno d'aiuto e cercheranno assistenza. Esistono infatti alcuni dati che mostrano come le persone che cercano il *counseling* di propria iniziativa siano quelle che ne traggono il maggior beneficio (Stroebe et al. 2001). La terza filosofia si basa su un modello preventivo: la conoscenza accurata dei fattori di rischio rende possibile la programmazione di interventi precoci in grado di contrastare un lutto irrisolto o patologico (Worden 1996; Parkes, 2001; Raphael, 1977; Parkes e Weiss, 1983). Ci sono alcuni principi e procedure che aiutano a rendere efficace il *counseling*.

PRINCIPIO UNO: *aiutare il sopravvissuto a riconoscere la perdita.* Quando una persona perde un altro significativo, anche se la morte era in qualche modo preannunciata, c'è sempre un certo senso d'irrealtà, la sensazione che la morte non sia realmente accaduta. Quindi il primo compito del cordoglio è quello di raggiungere una più completa consapevolezza che la perdita si è davvero verificata, che quella persona è veramente morta e non tornerà mai più. I sopravvissuti devono accettare questa realtà prima di poter gestire l'impatto emozionale della perdita. Il *counselor* può essere un ascoltatore e può continuare ad incoraggiare la persona a parlare della perdita. **PRINCIPIO DUE:** *aiutare il sopravvissuto a identificare ed esperire i sentimenti.* Aiutare ad accettare ed a elaborare la sofferenza è una delle parti più importanti dell'intervento. I sentimenti più problematici per i sopravvissuti sono in genere la collera, il senso di colpa, l'ansia, i sentimenti di impotenza e di solitudine (Schwartz-Borden, 1986). **PRINCIPIO TRE:** *assistere il vivente senza il defunto.* Questo principio consiste nell'aiutare le persone ad adattarsi a una perdita, facilitando la capacità di vivere

senza il defunto e di prendere decisioni indipendentemente da lui. PRINCIPIO QUATTRO: *aiutare a dare un senso alla perdita*. Uno degli obiettivi del *grief counseling* è quello di aiutare le persone a trovare un senso nella morte di una persona amata. Il processo può essere importante quanto il significato che ognuno può trovare. Schwartzberg e Halgin (1991) scrivono: “Gli specifici modi in cui le persone trovano significato (strategie quali, “c’è un ordine nell’universo”, “lei beveva troppo” o “io avevo bisogno di imparare qualcosa”) possono essere meno importanti del processo stesso. In altre parole, la capacità di riattribuire significato a un mondo mutato può essere più significativo dello specifico contenuto attraverso cui può essere realizzato. PRINCIPIO CINQUE: *facilitare la ricollocazione emotiva del defunto*. In altre parole, il *counselor* aiuta i sopravvissuti a trovare un nuovo posto nelle loro vite per la persona amata perduta, un posto che permetta al sopravvissuto di andare avanti nella vita e di formare nuove relazioni. PRINCIPIO SEI: *fornire tempo per elaborare il lutto*. L’elaborazione del lutto richiede tempo: è un processo di taglio dei legami, e tale processo è graduale. PRINCIPIO SETTE: *comprendere il lutto “normale”, riconoscendo e legittimando la sofferenza intesa come mancanza della persona morta*. Il settimo principio di questa lista è la comprensione e la decifrazione dei comportamenti normali del lutto. Dopo una perdita significativa, molte persone sentono che stanno quasi impazzendo. Se il *counselor* ha una conoscenza precisa dei comportamenti normali nel cordoglio, può dare al sopravvissuto alcune rassicurazioni sulla normalità di queste esperienze (Parkes, 1972). PRINCIPIO OTTO: *tener conto delle differenze individuali*. C’è un’ampia gamma di risposte comportamentali al lutto. Il cordoglio è un fenomeno con una notevole variabilità interpersonale, con forti differenze individuali nell’intensità delle reazioni affettive, nel livello di compromissione del funzionamento, e nella durata della sofferenza per la perdita. E’ facile che si crei del disagio, per esempio, quando un componente della famiglia devia dal comportamento del resto dei familiari, o un individuo prova qualcosa di diverso dal resto della famiglia. I *counselors* possono aiutare a far comprendere questa variabilità alla famiglia che si aspetta che tutti vivano il cordoglio allo stesso modo e con gli stessi tempi. PRINCIPIO NOVE: *esaminare gli stili individuali di difesa e adattamento*. Alcuni di essi risultano infatti più vantaggiosi, altri no. Per esempio, una persona che fronteggia il cordoglio abusando di alcool o farmaci, probabilmente non sta realizzando un efficace adattamento alla perdita. Chi evita e rifiuta di guardare fotografie del defunto o mantenere qualcosa che ricordi il defunto può avere uno stile di adattamento non sano. Così, si possono esplorare altri possibili modi di reagire più efficaci per ridurre il disagio e risolvere i problemi. PRINCIPIO DIECI: *identificare gli stati patologici*. Il decimo e ultimo principio di questa lista è: identificare problemi e affrontarli.

Esistono ormai diverse tecniche che si sono rivelate utili all’interno di un *counseling* per il lutto, come l’uso di un linguaggio evocativo, l’uso di simboli, di foto del defunto, della scrittura, dei disegni (Irwin, 1991; Schut et al., 1996) del *role playing*, di un libro di ricordi, dell’immaginazione attiva (Tibaldi, 2006), di metafore (Schwartz-Borden, 1992). Alcuni di questi approcci sono specificamente diretti al lavoro terapeutico con i bambini in lutto (Verardo e Russo, 2008).

L’obiettivo di questi approcci è quello di incoraggiare la più piena espressione di pensieri e sentimenti riguardanti la perdita, compresi i rimpianti e le delusioni, in un *setting* individuale come in un contesto di un gruppo e in ultima analisi di ridurre la percezione soggettiva della gravità del danno che si accompagna alla perdita.

Per raggiungere questo obiettivo nelle situazioni di lutto complicato può essere a volte importante ricorrere a una psicoterapia vera e propria, che si focalizzi sulle credenze patologiche correlate alla sofferenza disfunzionale degli stati di lutto.

Tecniche cognitive per la terapia del lutto complicato

Un lutto o qualsiasi altro trauma può intaccare profondamente gli assunti adattativi che danno struttura e significato alla vita di ciascuno di noi (Janoff-Bulman, 1992). Tuttavia questo sconvolgimento non si verifica quando l’esperienza del lutto è in qualche modo coerente con le nostre costruzioni (per es. quando ci aspettiamo la prevedibile morte, per cause naturali, di una persona anziana al termine di una vita soddisfacente). In questi casi, anzi, l’evento può validare e stabilizzare i nostri assunti e le nostre credenze (Neimeyer, 1998). In termini piagetiani, quindi, diciamo che possiamo avere o l’assimilazione dell’esperienza nelle esistenti strutture cognitive o l’accomodazione delle nostre assunzioni data l’irrefutabile realtà dell’esperienza discrepante.

Thompson e Janigian (1988) hanno osservato che la discrepanza tra credenze ed eventi negativi può essere risolta o attenuata: cambiando le proprie rappresentazioni cognitive e modificando le proprie percezioni in modo tale che l'evento appaia meno negativo.

In accordo con Janoff-Bulman (1992) ci sono tre assunti di base che vengono minacciati dal lutto e dal trauma: 1. *il mondo è un luogo benevolo*; 2. *il mondo ha senso*; 3. *io sono meritevole e degno*.

Questi assunti tranquillizzanti possono rivelarsi illusori per quelli che si confrontano con un lutto o un trauma, soprattutto nel caso in cui si tenda ad ipergeneralizzarli o a iperapplicarli. Esperienze negative estreme causano una brusca, terrificante disillusione con cui il sopravvissuto deve fare i conti. Gli individui che hanno sperimentato un trauma o una perdita significativa non possono continuare a sostenere completamente le loro vecchie assunzioni ma, allo stesso tempo, non riescono ad accettare del tutto le nuove, che spesso implicano una percezione del mondo come malevolo e privo di significato.

L'esito ideale prevede un processo di ricostruzione attraverso il quale il sopravvissuto possa percepire nuovamente il mondo e sé in termini positivi, incorporando al tempo stesso la perdita nel proprio mondo di assunti. Thompson (1998) ha suggerito che gli schemi o le rappresentazioni della propria vita si possono modificare: 1. *riordinando le proprie priorità*; 2. *modificando gli obiettivi in modo da renderli raggiungibili nonostante le avversità*; 3. *cambiando l'immagine di sé in un modo positivo, che incorpori anche la perdita*.

Gli assunti adattivi vengono ristabiliti attraverso la reinterpretazione degli eventi focalizzata sugli aspetti positivi, cambiando prospettiva, o paragonandosi ad altre persone che stanno peggio (Horowitz, 1986). Per ristabilire il senso di controllo si può agire in due modi: accettando semplicemente la situazione; oppure amplificando la consapevolezza di aree in cui i tentativi di esercitare il controllo hanno avuto successo.

Quando un individuo in lutto tende a mantenere visioni estremistiche e assolutistiche (per es. "*Il mondo è malevolo*"), la TCC suggerisce il modo attraverso cui favorire lo sviluppo di credenze più bilanciate e graduate: ad esempio si può, in questi casi, utilizzare il metodo socratico o esplorare con il paziente le ipotesi pro e contro queste affermazioni, per incoraggiare la considerazione di ipotesi alternative.

Oppure, un'altra strategia utilizza il cosiddetto pensiero controfattuale. Questa consiste nell'aiutare il paziente a immaginare alternative agli eventi attuali. In questa simulazione mentale di esiti alternativi, si tenta di alterare, mutare alcuni antecedenti fattuali e di contemplarne gli effetti. L'essenza di questo processo può essere catturata da riflessioni del tipo: "Se ...allora...". Per esempio un padre in lutto per la morte del figlio in un incidente automobilistico potrebbe pensare: "Se io non avessi permesso a mio figlio di guidare l'auto quella notte, oggi sarebbe ancora vivo".

Il pensiero controfattuale può essere classificato, in base alla direzione, come rivolto verso il basso (*downward*) o verso l'alto (*upward*). Nel primo caso si tende ad ipotizzare circostanze alternative con un esito più negativo rispetto a quello reale. Nel secondo avviene il contrario. Gli eventi spiacevoli sono potenti stimolatori del pensiero controfattuale che, a sua volta genera ed amplifica le emozioni negative. Uno studio di Davis et al. (1995) ha evidenziato che il 48% di un campione di persone che avevano perso in un incidente automobilistico il figlio o il coniuge riferiva scenari del tipo "Se..... allora" a distanza di 4-7 anni dall'evento. L'analisi ulteriore rivelò che il 55% era focalizzato sull'alterazione del proprio comportamento mentre il restante 45 % generava immagini dirette a modificare il comportamento del deceduto.

Roese e Olson (1995) hanno ipotizzato che le persone siano spinte a immaginare realtà alternative per essere più forti in futuro (come in una azione preparatoria) o per agire sullo stato emozionale del momento (funzione di regolazione affettiva). Quest'ultima funzione è svolta principalmente dalla generazione di pensieri controfattuali *downward*. Immaginare esiti alternativi valutati come peggiori rispetto all'evento reale può avere un effetto auto-consolatorio e ridurre la sofferenza. La funzione preparatoria è invece svolta meglio da pensieri controfattuali *upward*. La comparazione dell'evento infausto con un esito alternativo più favorevole può influenzare negativamente lo stato affettivo ma allo stesso tempo può far intravedere le possibili strategie attuabili in futuro per evitare che quanto è accaduto si ripeta.

Secondo Sherman e McConnell (1995) il pensiero controfattuale oltre alla funzione preparatoria e a quella di regolazione affettiva ha anche una terza funzione: l'induzione della sensazione di controllabilità. Un pensiero del tipo: "Se soltanto io non avessi permesso a mio figlio di guidare l'auto, ora sarebbe ancora vivo", porta alla percezione di responsabilità ma anche di controllo dell'evento e frequentemente all'attribuzione di autorimprovero e di colpa, anche quando non c'è alcuna connessione causale oggettiva. L'autorimprovero

tuttavia ristabilisce una qualche sensazione di controllo all'interno di un sentimento di impotenza e di intollerabile casualità che rende la sequenza di eventi e quanto accaduto più comprensibile, più prevedibile e, quindi, più tollerabile.

Gli stessi autori, dopo aver evidenziato gli aspetti positivi dei pensieri controfattuali hanno posto l'accento sul fatto che, essendo schemi attraverso cui viene organizzata l'esperienza, essi sono soggetti a errori di giudizio che possono avere conseguenze disastrose per l'individuo, come avviene nel caso del cosiddetto "senno del poi", o di inferenze causali erronee, che generano convinzioni patologiche.

L'errore del "senno del poi" si riferisce alla tendenza (Hawkins e Hastie, 1990) a ritenere, dopo aver conosciuto l'esito di un certo evento, di averlo potuto prevedere sulla base di segnali che assumono rilevanza solo dopo l'avvenimento. Questo determina autorimprovero e colpa che accentuano il disagio.

Per intervenire su questo errore, Kubany (1998) propone una strategia cognitivo-comportamentale a tre stadi: 1. spiegazione del concetto di errore cognitivo; 2. valutare quanto il paziente sia falsamente convinto di aver saputo quanto stava per accadere prima che fosse possibile avere accesso a questa informazione; 3. assistere i pazienti nel raggiungimento di una valutazione più accurata e più oggettiva del loro ruolo e nella riduzione dell'autorimprovero.

Una analisi causale scorretta, oltre a creare colpa e autorimprovero, può vanificare alcuni effetti benefici del pensiero controfattuale (aumentato senso di controllo personale, migliore adattamento e preparazione per il futuro). Kubany (1998) ha ipotizzato altri "errori cognitivi" che possono portare a inferenze causali erronee: 1. il non riconoscimento delle innumerevoli influenze esterne che possono aver causato l'evento falsa il processo di attribuzione causale; 2. il confondere il pensiero uno "avrebbe potuto prevenire" una tragedia con "aver causato" quello stesso esito; 3. la tendenza a fondere il senso di responsabilità con il potere di causare o di controllare le conseguenze.

Gli interventi proposti per gestire questi "errori di pensiero" sono: nella prima fase è utile distinguere causalità e colpa focalizzandosi sulla prevedibilità del danno e sul "senno del poi". Successivamente, analizzare più obiettivamente la responsabilità percepita attraverso l'elenco di tutte le persone e di tutti i fattori che possono aver dato un contributo causale allo sfortunato evento e stimando in termini percentuali il contributo di ciascuna persona e di ciascun fattore all'esito, infine rivedere la valutazione iniziale dell'attribuzione causale.

Perdighe e Mancini (2010) definiscono il lutto come un processo di cambiamento cognitivo attivato da un evento di perdita che minaccia o compromette gli scopi personali. In particolare, secondo questi autori, il cambiamento nel lutto riguarda le seguenti credenze:

1. Credenze sul proprio potere e capacità di raggiungere uno scopo. La persona in lutto, come abbiamo già sottolineato, può infatti credere che sia possibile riavere il bene perduto.
2. Credenze riguardanti i propri diritti e doveri di veder realizzato uno scopo: avere la persona cara in vita può essere internamente considerato un diritto o un dovere da perseguire, anche quando non più realizzabile
3. Credenze sul valore della meta in generale, cioè sulla assoluta esclusività dello scopo. Per esempio "Non posso più vivere senza mio marito" o "non avere più mio figlio vuol dire morire" etc.

Altri esempi di interventi cognitivo-comportamentali nel lutto complicato si trovano descritti in Sgarro (2008).

Una dettagliata cornice terapeutica per l'intervento nel lutto e nel cordoglio è stata delineata da Rando (1993): quando si parla di cordoglio ci si riferisce all'insieme di reazioni psicologiche, comportamentali, fisiche e sociali che caratterizzano l'esperienza di chi percepisce una perdita. L'obiettivo finale per un individuo che si trova a fronteggiare un'esperienza di perdita consiste nel riuscire a riconoscere che la persona amata se ne è andata via per sempre e nell'apportare i cambiamenti interni (psicologici) ed esterni (comportamentali e sociali) necessari per incorporare quella perdita nella propria vita attuale. In altre parole, la persona in lutto deve "accomodare" la perdita: adattarsi per "far posto" ad essa nella propria vita. Il cordoglio va considerato come una condizione necessaria ma non sufficiente per attuare con successo l'accomodamento di una perdita. Secondo Rando (1993), il cordoglio sta al lutto come l'infanzia sta alla fanciullezza: è l'inizio ma non l'intero corso degli eventi. Il *mourning*, quindi, contiene molto più del *grief* con cui comincia.

Il *mourning* si riferisce ai processi e al decorso di azioni che riguardano il ri-orientamento e l'adattamento al mondo senza il defunto (Rando, 1993). Nello specifico, il *mourning* implica gli sforzi di coping attraverso sei processi, conosciuti come processi R (vedi tabella 1), che permettono un accomodamento sano alla perdita,

mediante la promozione di tre processi di ri-orientamento. Questi si verificano in relazione al defunto, al sé, al mondo esterno e comprendono:

1. *Sciogliere i legami psico-sociali che hanno legato il sopravvissuto alla persona amata quando era in vita, e sviluppare con essa nuove forme di legame che tengano conto della sua morte.* L'attenzione qui è sull'alterazione (modificazione) degli attaccamenti del deceduto e della persona in lutto per permettere il passaggio e, quindi l'adattamento, da una relazione basata sulla presenza fisica ad una basata sull'assenza fisica. Per molti questo richiede lo spostamento da una relazione d'amore "in presenza" ad una "in assenza" (Attig, 1996).
2. *Adattarsi personalmente alla perdita.* Il focus qui è sul sopravvissuto e sulla sua revisione del suo mondo di assunti e della sua identità, dato che entrambi sono stati modificati dalla perdita.
3. *Imparare a vivere in modo sano nel nuovo mondo senza il defunto.* Il focus qui è sul mondo esterno e sull'adozione, da parte del sopravvissuto, di nuovi modi di essere in quel mondo, e il suo reinvestimento in esso, per compensare e per adattarsi all'assenza del defunto.

Due punti devono essere notati a proposito di questi processi "R" del lutto: il lutto complicato viene considerato presente in qualsiasi momento, prendendo in considerazione il tempo intercorso dal decesso, ci sia qualche "compromissione", distorsione o fallimento di uno o più dei sei processi "R" del lutto (Rando, 1993).

E' utile, dal punto di vista clinico, concettualizzare fasi o periodi di tempo nei sei processi "R" che caratterizzano il principale set di risposte tipiche del sopravvissuto alla perdita. Queste danno indicazioni sulla dinamica sottostante che il trattamento deve valutare. Può essere sconvolgente apprendere che una persona cara se ne è andata. Il mondo di assunti di un individuo può essere gravemente sconvolto. Il sopravvissuto può entrare in uno stato di shock per evitare e non affrontare questa terribile realtà. Possono essere esperiti: negazione, dissociazione, stordimento, confusione, stupore e smarrimento. Il sopravvissuto può mostrare accessi di emozioni, ritirarsi tranquillamente, comportarsi meccanicamente, cercare informazioni, focalizzarsi sulla realizzazione degli arrangiamenti necessari, impegnarsi coattivamente a confortare gli altri.

Subito dopo le reazioni alla perdita diventano più acute. Il sopravvissuto si confronta con la realtà della perdita e gradualmente realizza quello che realmente significa. Con intensa angoscia la persona in lutto cerca, ricorda, desidera fortemente la persona amata (che non c'è più) e poi dolorosamente apprende nuovamente che se ne è andata. Ci vuole molto tempo e centinaia, forse migliaia, di queste continue esperienze dolorose prima che il sopravvissuto sia in grado di interiorizzare che la persona cara è realmente e irreversibilmente scomparsa.

Infine, i sintomi del cordoglio gradualmente si riducono e il sopravvissuto comincia a rientrare e ad adattarsi ad un mondo quotidiano in cui il defunto non esiste più. Il sopravvissuto mette in atto degli adattamenti per fare i conti con l'assenza permanente della persona amata. L'adozione di nuovi modi di essere per compensare la perdita coinvolge la revisione del proprio mondo di assunti, la trasformazione della relazione con il defunto, la creazione di una nuova identità e il reinvestimento nel nuovo mondo.

La risoluzione del lutto sembra spesso comportare lo sviluppo di un legame diverso con la persona deceduta, non necessariamente la fine del legame. In particolare, non è affatto infrequente che i genitori in lutto riferiscano il perpetuarsi dei legami con i loro figli deceduti.

In modo simile, sembra probabile che per molte vedove e vedovi sia proprio la loro disponibilità verso la persistenza dei loro sentimenti di attaccamento nei confronti del coniuge defunto a preservare il loro senso di identità e renderli capaci di riorganizzare le loro vite lungo percorsi che essi considerano significativi. La figura di attaccamento può così continuare a fornire sicurezza nel mondo dell'immaginazione, tanto da che nella letteratura specialistica si parla sempre più di "legami permanenti" (Fraley & Shaver, 1999).

E anche i ragazzi in lutto sembrano spesso compiere sforzi attivi per mantenere i legami con i loro genitori morti e sentirli come una reale presenza nelle loro vite (sognandoli, parlandoci, credendo che i genitori li guardino, conservando oggetti appartenuti al genitore, andando alla tomba, pensandoci spesso). In altre parole, gli individui in lutto costruiscono rappresentazioni mentali delle loro relazioni con le figure di attaccamento decedute, e queste rappresentazioni possono continuare a costituire una importante fonte di sicurezza.

L'approccio EMDR nella terapia del cordoglio e del lutto complicato

L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (Shapiro, 2001; 2004) è un approccio terapeutico – facilmente integrabile all'interno di una psicoterapia cognitivista o cognitivo-evoluzionista (Onofri & Tombolini, 2006), che può essere utilizzato e particolarmente indicato per elaborare alcuni aspetti esperienziali del cordoglio e del lutto. L'EMDR può essere utile sia nel facilitare e accelerare la risoluzione del lutto non complicato che nel favorire la "guarigione" nel caso in cui assuma caratteri patologici.

Per EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) si intende un approccio terapeutico messo a punto da Francine Shapiro (1995) rivolto a produrre una elaborazione accelerata di materiale disturbante attraverso alcuni esercizi di cosiddetta *dual attention*. Vengono utilizzate stimolazioni alternate bilaterali destra/sinistra, che secondo alcuni teorici faciliterebbero il passaggio di informazioni tra i due emisferi cerebrali. Il paziente viene invitato a concentrarsi sulla scena che lo disturba (per esempio un ricordo traumatico) e intanto a seguire lo stimolo percettivo somministrato dal terapeuta. Ad esempio, mentre il paziente si concentra mentalmente sulle scene da elaborare, allo stesso tempo viene invitato a seguire visivamente le dita del terapeuta che si muovono davanti a lui da destra a sinistra, oppure riceve stimolazioni tattili alternate sulle due mani o ancora stimoli uditivi bilaterali alternati. Tali esercizi conducono spesso dapprima ad una sorta di desensibilizzazione e poi ad un cambiamento della prospettiva con cui il soggetto stesso guarda all'evento sul quale si è lavorato, delle valutazioni cognitive su di sé, delle reazioni fisiche collegate: l'immagine tende a cambiare nei contenuti, nel modo in cui si presenta, pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscono, le cognizioni del paziente diventano più adattative e le emozioni e le sensazioni fisiche disturbanti si attutiscono. Soprattutto sembrano crescere le capacità metacognitive del paziente (Onofri & Tombolini, 2006).

L'EMDR, come forma di trattamento, viene in genere integrato in una cornice terapeutica più ampia, per esempio ma non necessariamente in quella cognitivo-evoluzionista, che funge da guida ulteriore per la formulazione del caso.

L'osservazione clinica indica che il paziente che si sottopone all'EMDR attraversa gli stessi processi del lutto, in altre parole l'EMDR consente una progressione naturale attraverso l'elaborazione dei fattori più o meno traumatici che potrebbero complicare il lutto.

La strategia complessiva nel lavoro con l'EMDR per il cordoglio e il lutto consiste nell'elaborare i momenti traumatici, le memorie dolorose, insomma tutti i contenuti mentali che bloccano il normale decorso del lutto e del cordoglio e che interferiscono con il *coping*, e nel facilitare la costruzione di un funzionamento adattativo.

Tale strategia terapeutica si traduce in un protocollo che comprende:

1. L'elaborazione dei ricordi precedenti alla circostanza dolorosa attuale, come il momento in cui si è appresa la notizia del decesso, le memorie relative alla eventuale degenza ospedaliera o al funerale, o altre memorie dolorose del passato riguardanti il defunto.
2. L'elaborazione degli stimoli attuali che continuano ad evocare sofferenza e a mantenere un coping maladattativo. Questo significa affrontare le situazioni attuali in cui vengono sperimentati i sintomi e i momenti particolarmente dolorosi con le relative cognizioni negative che complicano il lutto e che costituiscono i cosiddetti "blocchi".
3. Il mettere a punto un modello di reazione futura positiva. Questo implica la facilitazione di un coping adattativo per le situazioni stressanti presenti o che si può prevedere che si verificheranno nel futuro.

I terapeuti che utilizzano l'EMDR con le persone in lutto osservano costantemente la comparsa di memorie del deceduto e delle emozioni ad esse associate. L'emergere dei ricordi gioca un ruolo vitale nell'accomodazione della perdita. Le memorie del defunto fungono da ponte essenziale fra "il mondo con" e "il modo senza" la persona amata, e costituiscono i mattoni delle rappresentazioni interne. Di conseguenza, le memorie che via via emergono durante la terapia con l'EMDR possono contribuire alla formazione di una rappresentazione interna adattativa.

Nel lutto appare infatti essenziale arrivare ad avere una rappresentazione interna adattativa della persona scomparsa. Noi non perdiamo gli attaccamenti alla persona che muore, essi vengono solo trasformati, fino a trovare un modo per portare con noi una rappresentazione del deceduto. Questa rappresentazione è dinamica e cambia nel tempo. È la comparsa di memorie del defunto che ci permette di conoscere e riconoscere il

significato della relazione con la persona amata perduta e il ruolo di quella persona nella nostra vita e nella nostra identità. Ci permette di trasportare nel futuro la sicurezza basica di aver amato e di essere stati amati. Noi possiamo andare avanti in un mondo senza il defunto perché abbiamo una rappresentazione interna adattativa da portare con noi. Quando, per qualunque ragione, queste memorie e queste rappresentazioni interne elicitano disagio, c'è l'indicazione per la loro elaborazione. Il fatto di sperimentare ansia, conflitto, depressione e colpa nel ricordare la persona amata può essere sintomatico di lutto complicato (Rando, 1996). Trovare soluzioni adattative per le memorie traumatiche o conflittuali che sostituiscano le rappresentazioni interne disturbanti, rappresenta quindi un elemento centrale della terapia con l'EMDR.

L'EMDR può infatti aiutare nella formazione di una rappresentazione interna adattativa. Lavorando con molte persone che vivono reazioni del cordoglio non complicato, abbiamo osservato la comparsa di ricordi positivi e degli affetti ad essi associati. L'EMDR, infatti, sembra facilitare la guarigione adattiva naturale e i pattern di risoluzione innati negli esseri umani. Per la maggior parte delle persone in lutto, un "buon cordoglio" sembra identificarsi con l'abilità di ricordare e di pensare all'amato deceduto con un affetto positivo. Questo è quanto sembra indicare il superamento di un processo doloroso.

Il lavoro iniziale dell'EMDR può focalizzarsi sulla gestione dell'impatto traumatico della perdita. Il cordoglio acuto, complicato o non complicato, è comunque una forma di reazione allo stress traumatico.

Abbastanza frequentemente dopo una morte traumatica, il sopravvissuto può avere difficoltà ad accedere a ricordi positivi o neutri. Le informazioni negative associate al trauma vengono trattenute in forma disfunzionale. Quando l'associazione di immagini disturbanti e gli eventi vengono elaborati in una forma più neutrale, le memorie positive possono finalmente emergere con l'affetto positivo associato. Inoltre, le emozioni bloccate possono "associarsi" ed integrarsi, permettendo che la morte sia "sentita" come reale.

Il lavoro con l'EMDR si concentra particolarmente sulle immagini intrusive negative. A volte, infatti, una persona in lutto può andare incontro a sintomi post-traumatici a causa di immagini intrusive negative che interferiscono con il cordoglio. L'EMDR può aiutare ad elaborare queste immagini negative in modo che il cordoglio possa progredire.

Talvolta il sopravvissuto lamenta un'immaginazione vicaria, caratterizzata dal fatto che il paziente sembra in grado di immaginare solo le sofferenze provate dalle persone morte. Il sopravvissuto può avere immagini orribili e così vivide che possono interferire con e prolungare il cordoglio e il lutto. L'EMDR può essere utile per mitigare queste immagini negative dolorose e, ancora una volta, per facilitare l'accesso a memorie positive.

Per una descrizione dettagliata dei possibili interventi e di un uso creativo dell'approccio EMDR nei casi di lutto complicato, rimandiamo a Spierings (2009).

BIBLIOGRAFIA

- Andrews, G. (1996): Comorbidity and the general neurotic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl.30), 76-84.
- Attig, T. (1996): *How we grieve: relearning the world*. Oxford: Oxford University Press.
- Bonanno G.A., Lilienseld S.O. (2008): Let's be realistic: when grief counseling is effective and when it's not, *Professional Psychology*, 39, 3, 377-380.
- Bonanno G.A., Papa A., Lalande K., Zhang N., Noll J.G. (2005): Grief Processing and Deliberate Grief Avoidance: a Prospective Comparison of Bereaved Spouses and Parents in the United States and the People's Republic of China, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1, 86-98.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*, Basic Books, New York. Tr. It.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: l'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*, Basic Books, New York. Tr. It.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: la separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- Bowlby (1980): *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*, Basic Books, New York. Tr. It.: *Attaccamento e perdita, vol. 3*. Boringhieri, Torino 1983.
- Brown G., Harris T. e Copeland J. (1977): Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 30, 1-

18.

- Davis C.G., Lehman D.R., Wortman C.B., Silver R.C., Thompson S.C. (1995): The undoing of traumatic life events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 109-124.
- Caserta M. S. e Lund D. A. (1993): Intrapersonal resources and the effectiveness of self-help groups for bereaved older adults. *Gerontologist*, 33, 619-629.
- Farberow N. L., Gallagher-Thompson D., Gilewski M. e Thompson L. (1992): Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, 47, 357-366.
- Fraley R.C., Shaver P.R. (1999): Tr. It. *Perdita e lutto: la teoria dell'attaccamento e recenti controversie circa il "lavoro del lutto" e la natura del distacco*. In: Jude Cassidy & Phillip Shaver (Ed), *Handbook of attachment*, Guilford Press, New York. Tr. It.: *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2002.
- Hawkins S.A., Hastie R. (1990): Hindsight: biased judgements of past events after the outcomes are known. *Psychological Bulletin*, 107, 311-327.
- Horowitz, M. J. (1986): *Stress response syndromes (2nd edition)*, Jason Aronson, Northvale. Tr. It.: *Sindromi da risposta allo stress*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.
- Irwin H. J. (1991): The depiction of loss : Uses of clients' drawings in bereavement counseling. *Death Studies*, 15, 481-497.
- Jacobs S. (1999): *Traumatic Grief. Diagnosis, Treatment and Prevention*, Taylor & Francis, New York.
- Janoff-Bulman R. (1992): *Shattered Assumptions: toward a new psychology of trauma*, Free Press, New York.
- Kranzler, E. M., Shaffer, D., Wasserman, G. e Davies, M. (1990): Early childhood Bereavement. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29, 513-520.
- Kubany E.S. (1998): Cognitive therapy for trauma related guilt. In V.M. Follette, J.I. Ruzek, F.R. Abueg (Eds). *Cognitive-behavioural therapies for trauma*. New York: Guilford Press.
- Lilford, R.J., Stratton, P. Godsil, S., e Prasad, A. (1994): A randomised trial of routine versus selective counseling in perinatal bereavement from congenital disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101, 291-296.
- Lindemann E. e Greer I. M. (1953): A study of grief: emotional responses to suicide. *Pastoral Psychology*, 4, 9-13.
- Lohnes K.L., Kalter N. (1994): Preventive Intervention Groups for Parentally Bereaved Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64 (4), 594-603. Lorenz K. (1990): *L'etologia*, Edizione Italiana, Bollati Boringhieri, Torino.
- Main M. (2008): *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- McIntosh J. e Kelly L. (1992): Survivors' reactions: Suicide vs. other causes. *Crises*, 13, 82-93.
- McKibbin C. L., Guarnaccia C. A., Hayslip B. e Murdock M. E. (1997): Locus of control perceptions among conjugally bereaved older adults, a pilot study. *International Journal of Aging and Human Development*, 44, 37-45.
- Mrazek P. J. e Haggerty R.J. (Edit.). (1994): *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington DC.
- Neimeyer R. (1998): *Lessons of loss: A guide to coping*. McGraw-Hill, New York.
- Onofri A., Tombolini L. (2006): Pensare la mente. EMDR e psicoterapia cognitivo-evoluzionista. In: M. Balbo (a cura di), *EMDR. Uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, Mc-Graw Hill, Milano;
- Ostefeld B. M., Ryan T., Hiatt M. e Hegyi T. (1993): Maternal grief after sudden infant death syndrome. *Journal of Developmental and Behavioural Paediatrics*, 14, 156-162.
- Parkes C. M. (1972): *Bereavement: studies of grief in adult life*, International Universities Press, New York.
- Parkes C. M. (2001): *Bereavement: studies of grief in adult life (3rd ed.)*, Taylor e Francis,

Philadelphia.

- Parkes C. M. e Weiss R. S. (1983): *Recovery from bereavement*, Basic Books, New York.
- Perdighe C., Mancini F. (2010): *Il lutto: dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione*, Manoscritto sottoposto per la pubblicazione.
- Rando T. A. (1993): *Treatment of complicated mourning*, Research Press, Champaign, IL.
- Rando T. A. (1996): On treating those bereaved by sudden, unanticipated death, *Psychotherapy in Practice*, 2/4, 59-71.
- Raphael B. (1977): Preventive intervention with the recently bereaved, *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael B., Field J., e Kvelde H. (1980): Childhood bereavement: a prospective study as a possible prelude to future preventive intervention. In E. J. Anthony e C. Chiland (Ed.), *Preventive psychiatry in an age of transition*, Wiley, New York.
- Raphael B. (1997): The interaction of trauma and grief. In D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendrick e G. Mezey (Ed.), *Psychological trauma: a developmental approach*, Gaskell/Royal College of Psychiatrists, London, .31-43.
- Reed M. D. (1993): Sudden death and bereavement outcomes: The impact of resources on grief symptomatology and detachment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 204-220.
- Roose N. J. e Olson J. M. (1995): Counterfactual thinking: A critical overview. In N. J. Roese e J. M. Olson (Eds.) *What might have been: The social psychology of counterfactual thinking*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 1-55.
- Rynearson E. K. (1996): Psychotherapy of bereavement after homicide: be offensive. *Psychotherapy in practice*, 2, 47-57.
- Rynearson E. K. (Ed.) (2006): *Violent death. Resilience and Intervention beyond the crisis*, Routledge, New York.
- Sandler I. N., West S. G., Baca L., Pillow D. R. e Gersten J. C. (1992): Linking empirically-based theory and evaluation: the Family Bereavement Program. *American Journal of community Psychology*, 20, 491-523.
- Schut H., De Keijser J., van den Bout J. e Stroebe M. (1996): Cross-modality group therapy: Description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*. 52, 357-365.
- Schwartzberg S. e Halgin R. (1991): Treating grieving clients: the importance of cognitive change. *Professional Psychology*, 22, 240-246.
- Schwartz-Borden G. (1986): Grief Work: Prevention and Intervention. *Social Case-work*, 499-505.
- Schwartz-Borden G. (1992): Metaphor: visual aid in grief work. *Omega*, 25, 239-248.
- Sgarro M. (2008): *Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Shapiro F. (2004): *EMDR: The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*, New Edition, Basic Books, New York. Tr. It.: *EMDR. Una terapia innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1994.
- Shapiro F. (2001): *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 2nd Edition, Guilford Press, New York. Tr. It.: *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, McGraw-Hill, Milano 2000.
- Sherman S. J. e McConnell A. R. (1995): Dysfunctional implications of counterfactual thinking: When alternative to reality fail us. In N. J. Roese e J. M. Olsen (Eds), *What might have been : The social psychology of counterfactual thinking*, Mahwah, NJ: Erlbaum, 199-231.
- Solomon R. (2008): *L'EMDR nel lutto*, manoscritto non pubblicato, Corso "EMDR nei casi di lutto", Associazione EMDR Italia, Milano.
- Spierings J. (2009): *EMDR and mourning*, European Congress EMDR Europe, Amsterdam.
- Stroebe M., Hansson R., Stroebe W. e Schut H. (Ed.). (2001): *Handbook of bereavement research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson S. (1998): Bolckades to finding meaning and control. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives*

on loss: A sourcebook, Sage Publications, Thousand Oaks Ca.

Thompson S. e Janigian A. (1988): Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 260-280.

Tibaldi, M. (2006): Un processo creativo di nuove sintesi. EMDR e analisi junghiana, In Balbo M. (a cura di), *EMDR. Uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, McGrawHill, Milano.

Vachon M. L., Lyall W. A. e Rogers . (1980): A controlled study of self-help interventions for widows. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1380-1384.

Vance J. C., Foster W. J., Najman J. M., Embleton G. e Thearle M. J. (1991): Early parental responses to sudden infant death, stillbirth or neo-natal death. *Medical Journal of Australia*, 155, 292-297.

Verardo A.R., Russo R. (2008): *Tu non ci sei più e io mi sento giù*, Edizioni EMDR Italia;

Worden J. W. (1996): *Children and grief: when a parent dies*. New York: Guilford.

Worden J. W. (2002): *Grief Counseling and Grief Therapy*. New York: Springer Publishing Company.

RIASSUNTO: Gli Autori descrivono il processo del lutto secondo la teoria dell'attaccamento e la prospettiva evuzionista. Passano quindi in rassegna i principali interventi preventivi descritti in letteratura e le attività di psicoeducazione e *counseling* rivolte alle persone in lutto, quindi le tecniche cognitivo-comportamentali più usate e infine l'approccio EMDR, particolarmente utile nei casi di lutto complicato o traumatico.

SUMMARY: The Authors describe the process of mourning from the perspective of the attachment theory and the evolutionary psychology. Then, they review the preventive and psychoeducational interventions, the *grief counseling*, then the cognitive-behavioral techniques and the EMDR approach, quite useful for complicated or traumatic *mourning*.

PAROLE CHIAVE: lutto, cordoglio, perdita, prevenzione, psicoeducazione, psicoterapia cognitiva del lutto, *EMDR*.

KEY-WORDS: mourning, grief, loss, prevention, psychoeducation, grief counseling, cognitive psychotherapy of mourning, *EMDR*.

Antonio Onofri, Medico Psichiatra, Didatta SITCC, Supervisore *EMDR*, Vicepresidente della Associazione *EMDR* Italia, Socio Fondatore della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico. Centro Clinico De Sanctis di Psichiatria e Psicoterapia, via Francesco de Sanctis 9, 00193 Roma, tel. 06.97614021. sito web: www.antonioonofri.it

Teresa Dantonio, Medico, Psicoterapeuta, Socio Ordinario SITCC, Operatore *EMDR*, ARPAS piazza Tuscolo 5, 00183 Roma, tel. 06.70496660.