

DAL CORDOGLIO ALLA RISOLUZIONE DEL LUTTO

di

Davide Berardi

Il termine lutto deriva dal latino “luctus” e significa “pianto”; fa riferimento sia alle reazioni psicologiche individuali che si sperimentano a causa della perdita di una persona significativa, sia ai rituali collettivi e alle pratiche sociali e pubbliche che vengono svolte nelle diverse culture intorno all’evento morte (Crozzoli Aite, 2003). L’“essere in lutto” o il “portare il lutto” rappresentano, quindi, una conseguenza del cordoglio, altro termine di origine latina che veniva utilizzato col significato di “provare dolore”. A differenza della parola italiana, che riassume la complessità di questa esperienza,

in inglese esistono tre diversi termini: *bereavement* che fa riferimento alla perdita di una persona cara per decesso, *grief* che indica i comportamenti ed i sentimenti conseguenti alla perdita e *mourning*, che fa riferimento agli aspetti socioculturali che intervengono modulando le caratteristiche e gli esiti dell’esperienza stessa (Cazzaniga, 2002; Lombardo et al., 2014).

Sebbene i primi modelli teorici su questo processo psicologico (e.g., Freud, 1915) e le prime osservazioni descrittive (Lindemann, 1944) risalgano alla prima metà del Novecento, ad oggi il lutto rimane una condizione in fase di studio.

In particolare, in letteratura sono presenti più modelli teorici, per certi aspetti simili, che descrivono il processo normale di elaborazione del lutto ma non vi è ancora accordo sul lutto patologico, che continua ad essere inserito nella categoria “condizioni che necessitano di ulteriori studi” del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Quinta edizione (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014).

Il presente articolo ha lo scopo di fornire una panoramica il più esaustiva possibile sul tema del lutto: dalla descrizione dei principali modelli eziologici alla clinica del lutto, soffermandosi sulla distinzione tra lutto normale e lutto patologico secondo i criteri diagnostici attualmente in uso.

Modelli teorici del lutto

Storicamente, una delle principali teorie di riferimento sul lutto è quella psicoanalitica, elaborata da Sigmund Freud nel 1915. Secondo l'autore, il "lavoro del lutto" consisterebbe nel graduale ritiro verso l'Io dell'energia psichica precedentemente investita sull'"oggetto" deceduto e, successivamente, nel reinvestimento di questa verso nuovi "oggetti". Questo processo avverrebbe in più fasi: inizialmente la persona in lutto cercherebbe il defunto attraverso i ricordi, negando la sua scomparsa; successivamente proverebbe rabbia, sensi di colpa e avrebbe un abbassamento del tono dell'umore. A questa fase seguirebbe l'introiezione dell'oggetto perduto affinché "riviva" dentro la persona che rimane in vita, permettendo a questa di incanalare l'energia psichica verso altri oggetti esterni. La teoria psicoanalitica venne approfondita e ripresa anche da altri autori nella prima metà del Novecento (e.g., Abraham, 1924; Klein, 1940), i quali inferirono dalle loro osservazioni cliniche ulteriori ipotesi circa le fasi del lutto.

Negli anni successivi, vennero pubblicate dallo psichiatra Erich Lindemann (1944) e dai suoi collaboratori le prime osservazioni descrittive sul lutto. Questo gruppo di ricerca era particolarmente interessato al tema della perdita e, in quegli anni, si trovò a fronteggiare quello che è stato definito "il più spaventoso rogo d'America" (Marino, 2017). Il 28 Novembre 1942 il Coconut Grove, un noto locale notturno di Boston, si incendiò per cause ancora ignote e portò alla morte di circa cinquecento persone, mentre 166 rimasero gravemente ustionate.

I feriti vennero portati negli unici due ospedali vicini ed il gruppo di Lindemann ebbe la possibilità di osservare 101 familiari delle vittime e di descrivere quelle che definirono le caratteristiche patognomiche del cordoglio acuto normale (Onofri et al., 2015): 1. Disturbi somatici di vario tipo; 2. Preoccupazioni riguardanti l'immagine del defunto; 3. Sensi di colpa nei confronti della persona scomparsa o delle circostanze della morte; 4. Reazioni ostili; 5. Perdita della capacità funzionale preesistente; 6. Tendenza ad assumere tratti comportamentali tipici del defunto. L'osservazione a

lungo termine dei pazienti permise a Lindemann (1944) di individuare tre stadi del lutto: 1. Shock e incredulità; 2. Cordoglio acuto; 3. Risoluzione del processo di cordoglio.

Se nel primo stadio le persone non riuscivano a capacitarsi dell'ineluttabilità della perdita e potevano arrivare a negare l'evento, successivamente diventavano consapevoli di ciò che era accaduto, perdevano interesse per le attività quotidiane, piangevano, provavano sentimenti di solitudine e potevano insorgere problemi relativi al sonno e alla perdita di appetito; solo nel terzo stadio le persone in lutto iniziavano gradualmente a riprendersi e si osservava una riduzione dei pensieri sul defunto.

Ulteriori descrizioni del lutto derivarono dagli studi di Colin Murray Parkes (1972). Lo psichiatra condusse interviste strutturate a 49 vedove e 19 vedovi di età inferiore ai 45 anni e confrontò i risultati con quelli ottenuti da un gruppo di controllo. I dati mostrarono come nelle persone che avevano subito un lutto fosse significativamente più presente la seguente sintomatologia: disturbi del sonno e dell'appetito; aumento dell'uso di alcol, tabacco e tranquillanti; ricoveri più frequenti rispetto ai controlli durante l'anno della perdita.

Queste scoperte rappresentarono le basi del filone biologico, un insieme di teorie che descrivono le fasi del lutto basandosi sui sintomi osservabili. In particolare, l'approccio etologico della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1980) sposta l'attenzione sull'adattamento all'ambiente e sull'istinto che ha come fine l'autoconservazione dell'individuo in lutto.

Possono essere distinte quattro fasi specifiche: 1. Stordimento o Incredulità, che dura in media da alcune ore a una settimana e che può essere caratterizzata da una forma di anestesia o disorganizzazione che porta il soggetto a non registrare l'evento morte in quanto eccessivamente doloroso e incomprensibile; 2. Ricerca e struggimento per la figura perduta, che può durare da alcuni mesi ad anni e che consiste in una ricerca spasmodica della persona scomparsa (attraverso ricordi, attenzione verso oggetti o ambienti legati alla persona deceduta, spinta drastica al ricongiungimento - fino a prendere in considerazione il suicidio - e richiamo verbale del defunto); 3. Disorganizzazione e Disperazione, in cui lo stato di agitazione viene sostituito da un persistente umore depresso accompagnato da sintomatologia somatica, in particolare problemi del sonno e dell'alimentazione; 4. Riorganizzazione e risoluzione, caratterizzata da una maggiore capacità di

tollerare la sofferenza, accompagnata dal graduale e lento recupero delle relazioni interpersonali e degli interessi personali.

Sul finire degli anni Ottanta, viene ripresa la teoria della crisi (Caplan, 1961) che evidenzia come gli eventi stressanti di breve durata possano compromettere la salute mentale.

A questa vengono aggiunti alcuni costrutti come quello di *coping*, ossia un insieme di strategie utili a fronteggiare una data situazione focalizzandosi direttamente sul problema o sulla regolazione delle proprie emozioni (Lazarus & Folkman, 1984). Secondo i teorici dello stress, sarebbe quindi possibile rileggere le fasi descritte da Bowlby (1980) nel seguente modo: 1. Lo stordimento equivarrebbe ad uno stato d'allarme conseguente alla valutazione di un dato evento come minaccioso; 2. La ricerca rappresenterebbe una strategia di fronteggiamento del problema; 3. La disperazione rappresenterebbe un'emozione coerente con la rivalutazione dell'evento di perdita, con l'aver preso consapevolezza di quanto accaduto; 4. La riorganizzazione sarebbe il risultato della messa in atto di strategie di fronteggiamento del problema più funzionali e in linea con il maggior livello di consapevolezza raggiunto. In questo filone può essere inserita anche la teoria del trauma (e.g., Horowitz, 1986) che considera il lutto come una delle condizioni di vita più stressanti per l'individuo sia sul piano psichico che somatico. Conseguentemente, il processo di elaborazione del lutto consisterebbe nell'attraversare gradualmente una serie di fasi di "adattamento alla perdita" (intensa protesta, rifiuto, elaborazione e completamento).

Più recente è la teoria esistenzialista del lutto (e.g., Campione, 1990) che ha proposto una spiegazione che si fonda sul pensiero e sugli studi dell'antropologo Ernesto De Martino. Secondo questo filone, la perdita di una persona cara mette in crisi il «*sensò che noi stessi abbiamo edificato e continuiamo a edificare culturalmente nella e con la nostra storia*» (De Martino, 1975). L'elaborazione del lutto servirebbe, quindi, a dare un senso alla morte della persona cara, accettando di collocarla nel tempo del passato e recuperando il senso della vita.

Lutto normale vs Lutto complicato

Etichettare il processo del lutto come "normale" o "patologico" può risultare complesso in quanto devono essere presi in considerazione e valutati, oltre ad un criterio temporale, alcuni criteri

diagnostici specifici. Uno dei primi tentativi di distinguere queste forme di elaborazione del lutto è attribuito a Parkes (1965); lo psichiatra evidenzia quattro specifiche forme di lutto: 1. *normale*; 2. *cronico*, caratterizzato da una maggiore intensità e durata dei sintomi tipici del lutto normale; 3. *inibito*, caratterizzato dall'apparente mancanza di reazione alla perdita; 4. *ritardato*, caratterizzato dal fatto che la reazione di cordoglio compariva, in forma normale o in forma cronica, dopo un periodo di lutto inibito.

Il *lutto normale* rappresenta una risposta naturale a una perdita e, per quanto riconducibile a delle fasi e a delle caratteristiche specifiche, l'esperienza vissuta differisce da persona a persona, sia in termini di intensità che di durata (Silver, & Wortman, 2007). Attualmente la letteratura sul lutto offre numerose descrizioni sul lutto normale. Oltre ai modelli teorici sopracitati che ne spiegano il processo, esistono specifiche descrizioni sulle categorie di cui si compone il cordoglio (Onofri et al., 2015):

- **Emozioni e sentimenti** (Parkes & Weiss, 1983; Lewis, 1990; Stroebe, & Stroebe, 1996; Jacobs, 1999; Parkes, & Prigerson, 2013): tristezza, collera, colpa e autorimprovero, ansia, solitudine, inaiutabilità, shock, struggimento, emancipazione, sollievo, stordimento;
- **Sensazioni fisiche** (Lindemann, 1944): senso di vuoto gastrico, costrizione toracica e difficoltà a respirare, costrizione laringea, ipersensibilità al rumore, senso di depersonalizzazione, sensazione di apnea, debolezza muscolare, mancanza di energia, bocca secca;
- **Cognizioni** (e.g., Worden, 1996) suddivisibili nelle seguenti categorie: incredulità, confusione, preoccupazione, senso di presenza, allucinazioni;
- **Comportamenti**: disturbi del sonno, disturbi dell'appetito, distrazione o svagatezza, isolamento sociale, sogni sul defunto, evitamento dei ricordi sul defunto, ricerca, sospiri, iperattività, pianto, visitare luoghi o portare oggetti che ricordano il defunto.

Inoltre, il vissuto del lutto ha un andamento oscillante fra momenti di maggiore consapevolezza e momenti di diniego o rimozione circa la dolorosa realtà della perdita. Di conseguenza, le difficoltà

sul piano emotivo, cognitivo, sociale e comportamentale possono variare da alterazioni appena percettibili a profondi stati di angoscia e di comportamento disfunzionale (Boerner et al., 2005).

Un altro aspetto che sottolinea la fluidità del processo di lutto normale e l'alternarsi dell'esperienza di dolore con sentimenti positivi, senso di sollievo, gioia, pace e serenità che possono evocare, a loro volta, emozioni negative quali senso di colpa o di slealtà nei confronti della persona cara deceduta (Bonanno et al., 2004).

Anche in fasi avanzate di elaborazione del lutto, possono essere presenti momenti di riacutizzazione della sintomatologia in corrispondenza di eventi significativi come ricorrenze, festività, anniversari, compleanni, altri lutti, o durante periodi particolarmente stressanti (Shear, & Shair, 2005).

Il lutto complicato può essere definito come un «*prolungamento del normale processo del lutto che produce effetti negativi sulla salute fisica e mentale influenzando fortemente la qualità della vita dei soggetti in lutto e dei loro familiari*» (Lombardo et al., 2014).

In letteratura i dati di prevalenza sul lutto complicato non appaiono omogenei e variano tra il 3,7% (Kersting et al., 2011) e il 4,8% (Newson et al., 2011) nella popolazione generale e tra il 10% (Zisook, & Shear, 2009), il 20% (Metzger, & Gray, 2008; Schulz et al., 2008; Boerner, & Schulz, 2009) e il 25% (Fujisawa et al., 2010; Newson et al., 2011) in popolazioni specifiche di soggetti in lutto.

Nello specifico del criterio temporale, numerosi studi hanno messo in evidenza che circa nel 7-10% delle persone l'elaborazione del lutto possa perdurare, in fase acuta, senza alcun cambiamento evidente per diversi anni, ben oltre l'arco temporale medio di 6-12 mesi dalla perdita (e.g., Kersting et al., 2011).

Ad oggi, il “Disturbo da lutto persistente complicato” è inserito nella sezione “Condizioni che necessitano di ulteriori studi” del DSM-5 (APA, 2014).

Di seguito vengono riportati i principali criteri diagnostici:

- “*L'individuo ha vissuto la morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta*”;

- *“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 [...]: 1. Un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta. [...]; 2. Tristezza e dolore emotivo intensi (possono essere associati al pianto) in seguito alla morte; 3. Preoccupazione per il deceduto; 4. Preoccupazione per le circostanze della morte. [...]”;*
- *“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 dopo il lutto: Sofferenza reattiva alla morte (ad esempio, 1. Marcata difficoltà nell'accettare la morte; 2. Provare incredulità o torpore emotivo riguardo la perdita; 3. Difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto; 4. Amarezza o rabbia in relazione alla perdita; 5. Valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla morte (per es., senso di autocolpevolezza); 6. Eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per es., evitamento di persone, luoghi o situazioni associati al deceduto); Disordine sociale/dell'identità (ad esempio, 1. Desiderio di morire per essere vicini al deceduto; 2. Dal momento della morte, difficoltà nel provare fiducia verso gli altri; 3. Dal momento della morte, sensazione di essere soli o distaccati dagli altri; 4. Sensazione che la vita sia vuota o priva di senso senza il deceduto, o pensiero di “non farcela” senza il deceduto; 5. Confusione circa il proprio ruolo nella vita, o diminuito senso della propria identità [...]; 12. Dal momento della perdita, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare piani per il futuro (per es., amicizie, attività);*
- *“Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.”;*
- *“La reazione di lutto è sproporzionata o non coerente con le norme culturali e religiose appropriate per l'età.”.*

Il DSM-5 richiede, inoltre, di specificare se il lutto possa essere definito “traumatico”, ossia 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 (APA, 2014).

Lutto nel bambino

Nei criteri diagnostici, oltre ai sintomi dell'adulto sopra riportati, sono anche presenti delle specificazioni riferite ai bambini, in particolare quelle che seguono:

- *La durata dei sintomi è di almeno 6 mesi dopo il lutto;*
- *Nei bambini il persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta “[...] 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”;*
- *Nei bambini, la “[...] 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”;*
- *I sintomi relativi alla sofferenza reattiva alla morte e al disordine sociale/dell'identità possono perdurare nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto. Riguardo la Sofferenza reattiva alla morte, “nei bambini, questa difficoltà dipende dalla capacità di comprendere il significato e la definitività della morte”;*
- *Nei bambini l'evitamento può riguardare sia i pensieri che i sentimenti che riguardano.*

Il lutto nel bambino risulta fortemente condizionato dall'età, in particolare da ciò che è in grado di capire della morte, dalle sue caratteristiche personali e dalla relazione che aveva con la persona deceduta (Lamberto, 2005): prima dei 2 anni non sanno riconoscere ed esprimere le proprie emozioni ma percepiscono quelle degli adulti e reagiscono ad esse.

Tra i 3 e i 5 anni possono pensare che la persona morta tornerà e sono presenti aspetti magici; possono anche avere reazioni di insicurezza e paura dell'abbandono quando percepiscono un pericolo per la salute. I bambini sui 5-6 anni si mostrano spesso incuriositi dagli aspetti fisici e biologici della morte. Tra i 6 e i 9 anni hanno ancora difficoltà ad identificare le proprie emozioni e

può presentarsi una regressione ad abilità precedentemente acquisite, momenti di aggressività, ad esempio nei confronti dei compagni o dei giocattoli o di altri oggetti. Tra i 9 e gli 11 anni la consapevolezza sul significato della morte causa emozioni quali rabbia, paura, sensazione di fallimento, senso di colpa. Dopo gli 11 anni possono esserci reazioni di rabbia, aggressività e ribellione che possono essere confuse con le normali reazioni tipiche di questa età.

Trattamento del lutto

E bene sottolineare che il lutto “normale” solitamente evolve spontaneamente verso la risoluzione entro un anno dalla morte e non ci sono evidenze cliniche che esso richieda particolari interventi terapeutici di tipo psicologico (Jordan, & Neimeyer, 2003). Al contrario, nel lutto complicato, oltre alla presenza di specifici sintomi sopra descritti, si deve tener conto che il dolore emotivo di chi rimane in vita può iniziare ben prima del cordoglio. Come affermava Peter Noll (1985) *«Il dialogo tra chi sa che il suo tempo sta per scadere e chi ha ancora davanti a sé un tempo indefinito, è molto difficile. Il dialogo non si interrompe con la morte, ma ben prima. Manca un elemento fondamentale che normalmente viene dato tacitamente per scontato: la comunanza»*. Ad oggi, trattandosi di una condizione che necessita di ulteriori studi (APA, 2014), non esistono trattamenti d'elezione per il lutto complicato. Sono stati, però, proposti molti interventi tra cui: terapia supportiva, terapia centrata sul cliente, terapia orientata sul significato, terapia dinamica breve, terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale, consulenza pastorale, terapia della scrittura, terapia somministrata tramite Internet, ipnosi (Wetherell, 2012). Questi interventi non sembrano, però, essere mirati su specifici sintomi del lutto complicato (e.g., Prigerson, 2000). In letteratura sono presenti anche alcuni modelli specifici:

- **Complicated Grief Therapy** (CGT; Shear et al., 2005): è un modello psicoterapeutico strutturato basato principalmente sulla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1980) e con influenze sia della psicoterapia interpersonale (Klerman, & Weissman, 1994) sia della psicoterapia cognitivo-comportamentale (Beck, 1979). Si compone di 16 sessioni, ciascuna della durata di circa 45 - 60 minuti ed include tecniche simili a quelle utilizzate nell'esposizione prolungata (es: raccontare più volte la storia della morte o svolgere un'esposizione in vivo).

• **Grief-Help Therapy** (GHT; Spuij et al., 2013): si tratta di un modello recentemente sviluppato per il lutto complicato nell'infanzia e nell'adolescenza e sembra essere promettente. Il terapeuta lavora sull'insufficiente integrazione dell'informazione riguardante l'irreversibilità della perdita e sulla propensione a farsi assorbire da pensieri negativi. Tenendo conto delle diverse età, sono state costruite versioni semplificate delle tecniche classiche di orientamento cognitivo-comportamentale, ossia il *dialogo socratico*, gli *esperimenti comportamentali*, *programmi comportamentali di apprendimento di abilità* e *l'esposizione in immaginazione e/o in vivo*.

Bibliografia

Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In: Sutherland, J. D. (Ed.) (1927), Selected papers of Karl Abraham (pp. 418-479). Hogarth Press.

American Psychiatric Association. (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Raffaello Cortina Editore.

Beck, A. T. (Ed.). (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford press.

Boerner, K., & Schulz, R. (2009). Caregiving, bereavement and complicated grief. *Bereavement Care*, 28(3), 10-13.

Boerner, K., Wortman, C. B., & Bonanno, G. A. (2005). Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(2), P67-P73.

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and aging*, 19(2), 260.

Bowlby J. (1980). *Attachment and loss vol. III. Loss, sadness and depression*. Hogarth Press. Tr. it. *Attaccamento e perdita vol. III. La perdita della madre*. (2000). Bollati Boringhieri.

- Campione, F. (1990). *Il deserto e la speranza. Psicologia e psicoterapia del lutto*. Armando Editore.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. Tavistock.
- Carmassi, C., Conversano, C., Pinori, M., Bertelloni, C. A., Dalle Luche, R., Gesi, C., & Dell'Osso, L. (2016). Il lutto complicato nell'era del DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 51(6), 231-237.
- Cazzaniga, E. (2002). La famiglia, la perdita e il lutto. In: Bellani, M. L., et al. (a cura di). *Psiconcologia*. Masson.
- Crozzoli Aite, L. (2003). *Assenza, più acuta presenza. Il percorso umano di fronte all'esperienza della perdita e del lutto*. Paoline Editoriale Libri.
- De Martino, E. (1975). *Morte e pianto rituale*. Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1917). Lutto e melanconia. In *Opere*, Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1915). Trauer und Melancholie. Tr. it. "Lutto e Melanconia". In: Freud, S. (1989). *Opere. Vol. 8*. Bollati Boringhieri.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 352-358.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes. 2nd ed.* Aronson.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*. Psychology Press.
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death studies*, 27(9), 765-786.
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affect Disorders*, 131, 339-343.

Klein, M. (1940) Mourning and its relation to manic depressive states. In: *The Writings of Melanie Klein. Volume 1. Love, Guilt and Reparation*, pp. 344-369. Hogarth Press.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated.

Lamberto, A. (2005). *Il lutto infantile e giovanile: come i bambini ei ragazzi vivono la morte delle persone care*. CVS.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In Gentry, D. W. (Ed.). *The handbook of behavioral medicine*. Guilford.

Lewis, C. S. (1990). *Diario di un dolore*. Adelphi.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.

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*, 49(3), 106-114.

Metzger, P. L., & Gray, M. J. (2008). End-of-life communication and adjustment: pre-loss communication as a predictor of bereavement-related outcomes. *Death studies*, 32(4), 301-325.

Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of affective disorders*, 132(1-2), 231-238.

Noll, P., Bistolfi, M., & Frisch, M. (1985). *Sul morire e la morte: con l'orazione funebre di Max Frish*. Mondadori.

Onofri, A., La Rosa, C., & Dantonio, T. (2015). Fenomenologia del lutto. In Onofri, A., & La Rosa, C. (2015). *Il lutto: psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore.

Parkes, C. M. (1965). Bereavement and mental illness. 1. a clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 1-12.

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. International Universities Press.

Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. Basic Books.

Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.

Prigerson, S. J. H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death studies*, 24(6), 479-495.

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press.

Schulz, R., Hebert, R., & Boerner, K. (2008). Bereavement after caregiving. *Geriatrics*, 63(1), 20.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Jama*, 293(21), 2601-2608.

Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.

Silver, R. C., & Wortman, C. B. (2007). The stage theory of grief. *JAMA*, 297(24), 2692-2694.

Spuij, M., Prinzie, P., Dekovic, M., van den Bout, J., & Boelen, P. A. (2013). The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14(1), 395.

Stroebe, W., & Stroebe, M. (1996). *The social psychology of social support*. In E. T. Higgins & A.

W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (p. 597-621). The Guilford Press.

Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 159.

Worden, J. W. (1996). *Children and grief: When a parent dies*. Guilford Press.

Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 8(2), 67.

Sitografia

Marino, A. (2017). *La storia dell'incendio al Coconut Grove, il più spaventoso rogo d'America*.
<https://www.fanpage.it/esteri/la-storia-dell-incendio-al-cocoanut-grove-il-piu-spaventoso-rogo-damerica/>