



UNIVERSITÀ DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
Applicata**

Corso di laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro

Elaborato finale

**L'elaborazione del lutto: modelli teorici a
confronto e strategie d'intervento clinico e sociale**

Grief processing: a comparison of theoretical models and clinical
and social intervention strategies

***Relatore:
Prof. Massimo Nucci***

***Laureanda:
Carlotta Terilli
Matricola: 2075068***

Anno accademico 2025/2026

Indice	
Indice.....	0
Introduzione	2
CAPITOLO I: Terminologia e concezione del lutto nella storia	3
1.1 Terminologia del lutto.....	4
1.2 Concezione del lutto nella storia occidentale.....	5
CAPITOLO II: Varie tipologie di lutto	7
2.1 Il lutto non complicato	7
2.1.1 Lutto acuto	8
2.1.2 Lutto integrato.....	8
2.2 Lutto complicato	9
CAPITOLO III: Modelli descrittivi di elaborazione del lutto	11
3.1 Teorie generali sul lutto	11
3.1.1 Lutto e melanconia.....	11
3.1.2 Modello dell'attaccamento di John Bowlby	12
3.1.3 Modello a 5 Fasi di Elisabeth Kübler-Ross	13
3.1.4 Modello del processo duale (<i>Dual process model-DPM</i>).....	14
3.1.5 Modello costruttivista del <i>Meaning making</i>	16
CAPITOLO IV: Strategie di intervento clinico	18
4.1 Tecniche di ricostruzione del significato	18
CAPITOLO V: Strategie di intervento sociale	21
5.1 Gruppi Auto-Mutuo-Aiuto.....	21
5.2 Tanatologia e <i>death education</i>	24
CONCLUSIONI	27
BIBLIOGRAFIA	28

Introduzione

Esiste un evento che accade in ogni traiettoria di vita: la perdita di una persona cara. Una frattura universale, inevitabile capace di sgretolare in un istante le certezze su cui ognuno struttura la propria quotidianità e i propri progetti di vita. Eppure, di fronte a questo vuoto improvviso, la psiche e la comunità non reagiscono secondo delle regole, dei meccanicismi; il dolore non segue alcun criterio, né si cura secondo tempi preordinati. L'elaborazione del lutto si rivela così un territorio d'ombra affascinante e complesso, sospeso in una tensione costante tra il vissuto intimo dell'individuo e la trama di relazioni e significati offerta dal tessuto sociale. La vera sfida consiste nell'immergersi in questo caos emotivo per comprendere quando la sofferenza rappresenta una risposta sana, e indispensabile alla ferita dell'attaccamento e quando invece rischia di mutarsi in una paralisi esistenziale che arresta lo scorrere del tempo della vita di una persona. Ci si trova oggi di fronte a un cambio di paradigma che solleva interrogativi importanti: come si può interpretare la mente che oscilla tra il richiamo del dolore e la necessità di tornare a vivere? Dove si traccia il confine, spesso sfumato, tra il tempo sacro della sofferenza fisiologica e l'incipit di un disturbo clinico che richiede un aiuto specialistico? E soprattutto, in una società contemporanea che tende a rimuovere la finitudine o a trasformarla in uno spettacolo mediatico, come possono i legami comunitari e le pratiche educative accogliere e dare spazio a chi soffre e spezzare l'isolamento della morte? Negli ultimi decenni, il dibattito scientifico ha progressivamente abbandonato teorie e modelli che associavano al lutto un lavoro di distacco emotivo o una sequenza lineare di stadi predeterminati, passando a modelli più dinamici, complessi e integrati, focalizzati sui processi di regolazione emotiva e sulla ricostruzione del significato dopo la perdita. Affrontare queste domande significa mettere in discussione l'approccio tradizionalmente medicalizzato del dolore. Nel testo si mette in evidenza come la dimensione clinica, focalizzata sul ricostruire la narrazione ferita dell'individuo e sulla cura della sua sofferenza, debba necessariamente intrecciarsi con la dimensione sociale e comunitaria. È solo da questo incontro tra la sofferenza dell'individuo e la comunità che nasce la possibilità di trasformare un evento di grande sofferenza in un'occasione di profonda riorganizzazione esistenziale.

Per rispondere a tali problematiche, questo lavoro si articola in una struttura sequenziale che si apre nel primo capitolo con l'inquadramento terminologico del lutto e l'analisi dell'evoluzione storica dell'atteggiamento verso la morte nella cultura occidentale; il periodo storico in esame va dall'Alto Medioevo all'attualità, ovvero alla società tardo moderna. Nel secondo capitolo vengono esaminate le varie tipologie di lutto: lutto non complicato che inizia con una fase di lutto acuto per poi evolvere e diventare lutto integrato e infine il lutto complicato. Nel terzo capitolo si confrontano i diversi modelli teorici: dall'eredità psicoanalitica e dell'attaccamento fino al modello a doppio processo, per concludere con la svolta costruttivista della ricostruzione del significato. Nel quarto capitolo vengono

illustrate le strategie di intervento clinico e le tecniche narrative capaci di ridare forma al dolore, per giungere infine nel quinto capitolo in cui si analizzano le pratiche di intervento sociale. Viene messo in luce l'impatto trasformativo dei gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto, della tanatologia e della *death education* come risorse irrinunciabili per la comunità

CAPITOLO I: Terminologia e concezione del lutto nella storia

1.1 Terminologia del lutto

Ogni individuo affronta nel corso della propria vita la perdita di una persona cara e il dolore rimane una risposta inevitabile a questo tipo di evento. Come afferma lo psicologo Simone Pesci, in psicologia si identificano con il costrutto del lutto tutti i forti sentimenti e stati mentali derivati da accadimenti più o meno improvvisi che generano sofferenza o che hanno un forte impatto psicologico e/o che presuppongono una modifica nella vita della persona (Simone Pesci, 2015). Per poter comprendere la complessità di questo costrutto, a livello metodologico è opportuno partire da una breve analisi etimologica. Il termine deriva dal latino “*luctus*”, che significa pianto e fa riferimento sia ai rituali collettivi, sociali e pubblici che vengono svolti nelle diverse culture, sia all’insieme delle reazioni psicologiche e dei comportamenti individuali che si sperimentano a causa della morte di una persona cara. Già da questa breve analisi etimologica possiamo osservare la duplice valenza del lutto: il lato soggettivo della perdita e la sua espressione che necessita di condivisione tramite forme rituali e simboliche. Nella lingua italiana, più nello specifico, il lutto si riferisce alla risposta culturale, costituita da un insieme di pratiche e riti esterni, mentre il termine cordoglio si riferisce alla sofferenza intima per la perdita; tuttavia, nella letteratura scientifica sull’argomento, il termine lutto assume una duplice valenza (Jacobsen e Petersen, 2020).

Nella lingua inglese invece si possono distinguere termini comunemente usati come sinonimi quali: *bereavement* (termine più comune in contesti clinici e accademici, riferito alla perdita per decesso), *grief* (riferito ai comportamenti e sentimenti legati alla perdita) e *mourning* (riferito alle espressioni sociali in risposta alla perdita e al cordoglio, compresi i rituali funebri).

Con l’espressione “elaborazione del lutto” si fa riferimento a una costruzione di una nuova struttura di significato: l’individuo cerca di integrare gradualmente la «storia dell’evento» della morte all’interno della sua narrativa di vita, ricavando una sicurezza di attaccamento dalla «storia passata» di una relazione con la persona deceduta. Man mano che la perdita viene integrata, la persona riconosce la realtà della morte, mantiene un accesso alle emozioni in forma modulata, rivede la rappresentazione mentale della persona deceduta e la natura del legame, formula una coerente narrazione della perdita e ridefinisce obiettivi e ruoli di vita (Pesci, 2015). Ovviamente, esistono molti modi diversi di concettualizzare e utilizzare questi termini nel linguaggio comune, così come in contesti accademici, e le loro interrelazioni e i loro confini concettuali sono spesso inquadrati in una varietà di modi specifici e, di fatto, anche differenti.

Nonostante si tenda spesso a pensare che il dolore riguardi l’individuo solo internamente, in realtà, è a tutti gli effetti un fenomeno sociale e culturale. Il modo in cui comprendiamo il dolore, come ne interpretiamo le norme e le regole sociali,

come lo manifestiamo, come lo accettiamo e come lo affrontiamo, varia considerevolmente da epoca a epoca, da cultura a cultura e da società a società (Jacobsen e Petersen, 2020).

1.2 Concezione del lutto nella storia occidentale

Nella vita degli individui, la concezione del lutto cambia nel corso della storia, non rimane statica, proprio perché il dolore non si rivela essere uno stato ma un processo con una storia sia personale che sociale (Lewis, 2007). La storia personale del lutto riguarda il modo in cui la turbolenza emotiva viene vissuta dall'individuo. La storia sociale del lutto riguarda il modo in cui la società, con le sue tradizioni, norme, valori e regole emotive, crea le modalità con cui l'esperienza e l'espressione del lutto diventano possibili.

Secondo lo storico Philippe Ariès, all'interno della cultura occidentale, si sono susseguite varie rappresentazioni della morte definite in vere e proprie fasi: si passa dalla "morte addomesticata" del Medioevo (Ariès, 1975) alla "morte proibita" del XX secolo, che sembra ora in procinto di essere nuovamente ribaltata in una "morte spettacolare" in cui la morte è qualcosa che non solo dobbiamo ma vogliamo anche affrontare se desideriamo vivere vite autentiche e soggettivamente significative. Nel periodo di alto Medioevo la morte viene intesa come "addomesticata" o naturalizzata, gli individui hanno un comportamento di serenità e familiarità nei confronti della morte. È concepita come un "passaggio obbligato" e dunque naturale, e non come un mistero o come qualcosa di terrificante da cui cercare di fuggire il più possibile (Ariès, 1975). L'uomo del primo medioevo, dunque, sembra avesse trovato il modo per accettare l'evento della morte e convivere con esso, trasformandolo, grazie anche alla diffusione di rituali e culti religiosi, in un evento pubblico da condividere con la comunità di appartenenza (Ariès, 1975).

Nell'immediato dopoguerra del secondo conflitto mondiale si passa alla rappresentazione della "morte proibita". La morte in questa fase viene totalmente rimossa dal quadro sociale trasformandosi in oggetto di divieto al fine di evitare, non più al moribondo ma alla società, ai familiari stessi, il turbamento e l'emozione troppo forte, insostenibile, causata dall'orrore dell'agonia (Ariès, 1975). La società contemporanea, dunque, sembra vivere in una sorta di amnesia, in un limbo esistenziale in cui la morte non esiste o non è un problema che ci riguarda, è vietato parlarne soprattutto con chi all'esperienza della morte è prossimo.

Sembra che ci si stia lasciando alle spalle l'epoca della cosiddetta "morte proibita" (Ariès, 1975) del dopoguerra e il conseguente dolore nascosto della società moderna, lasciando spazio a un confronto più aperto e, in effetti, più realistico con la condizione mortale. Ad oggi, infatti, ci troviamo nell'epoca post moderna, in cui il tabù della morte e il pudore che circonda il lutto, descritti da nella seconda metà del XX secolo, stanno lasciando spazio a una nuova apertura, sia pubblica che privata, al dialogo sulla morte. Ad oggi, quindi, si assiste a un ulteriore mutamento

che introduce un nuovo paradigma interpretativo della morte. Si ricomincia a parlarne, si cerca di affrontarla attraverso ogni risorsa possibile: economica, scientifica e tecnologica, per cercare di rimandarla il più possibile, così come l'invecchiamento e la malattia. Da una prospettiva di "lutto moderno", che considera il lutto come fenomeno privato, circoscritto alla sfera dell'individuo e basato su conoscenze specialistiche spesso espresse in modelli lineari a stadi, a un'esperienza di "lutto postmoderno" che si apre a nuove forme di dolore, nuove teorie su come comprenderlo, nuove reti e gruppi sociali all'interno dei quali affrontarlo e dividerlo e non da ultimo nuovi modi di esprimerlo. Nello specifico, secondo Geoffrey Gorer, siamo entrati nell'era della cosiddetta "morte spettacolare", che si riferisce a un periodo in cui la morte, precedentemente nascosta, proibita e negata, sta diventando sempre più un fenomeno accolto dai mass media, dalla cultura popolare e, non da ultimo, dagli ambiti professionali e scientifici (Gorer, 1955). Alcune delle caratteristiche principali di questa morte spettacolare invece sono, per riassumere: la nuova visibilità mediata della morte, la commercializzazione della morte, la ritualizzazione della morte, la rivoluzione delle cure palliative e, infine, la morte come argomento di attenzione e specializzazione accademica (Jacobsen e Petersen, 2020).

Se il tabù della morte sia ormai effettivamente un retaggio del passato è ovviamente difficile da determinare, anche perché i tabù sono difficili da misurare e documentare ma non c'è dubbio che la morte e il lutto, in molti modi, oggi siano discussi più apertamente nei media rispetto a pochi decenni fa. L'era del "lutto spettacolare" inaugura un periodo in cui diventa non solo interessante, ma anche opportuno (per "ricercatori del lutto", "terapeuti del lutto" e "consulenti del lutto") riscoprire, riconcettualizzare, indagare, appropriarsi delle dimensioni sociali, emotive, mediche e psicologiche del lutto. Il lutto, che fino a pochi decenni fa era considerato una nicchia riservata a pochi, è ora al centro dell'attenzione in molti ambienti scientifici: reti di ricerca, finanziamenti per la ricerca, centri di ricerca e seminari di ricerca. Inoltre viene pubblicata una grande varietà di letteratura scientifica che tratta i diversi aspetti del lutto. Negli ultimi tempi, dunque, sembra di assistere a un ritorno della morte nella vita degli individui e, in particolare, a una evidente necessità di riumanizzarla proprio perché, a partire dall'esperienza del dolore e della sofferenza, l'individuo prende coscienza della propria finitudine, sviluppando una maggiore consapevolezza di sé stesso e dell'altro. Ed è in questo processo, in cui la morte diventa strumento di soggettivazione, che vengono a crearsi nuovi spazi di mediazione, individuali e sociali, attraverso i quali poter costruire la consapevolezza dell'unicità e dell'irripetibilità di ciascun individuo all'interno di una comune identità (quella culturale) e appartenenza (quella umana).

Pertanto, negli ultimi anni è emerso un crescente interesse pubblico e accademico per il fenomeno del lutto, come mostrato in precedenza, con conseguente aumento della produzione e pubblicazione della cosiddetta ricerca sul lutto.

CAPITOLO II: Varie tipologie di lutto

2.1 Il lutto non complicato

Al di là della semplice distinzione tra lutto normale e complicato, queste formulazioni si basano in gran parte su inferenze cliniche o studi osservazionali globali e questo solleva importanti interrogativi sulla loro generalizzabilità. Infatti, molte categorie sono ricche di presupposti su cosa dovrebbe essere il lutto, su come le persone in lutto dovrebbero sentirsi e per quanto tempo dovrebbero provare questo dolore. Si è constatato che sarebbe un errore etichettare il normale ma intenso disagio per la perdita di una persona cara come un disturbo mentale. Il processo del lutto è diverso per ogni persona e per ogni perdita, e giudicare o etichettare il dolore di una persona, soprattutto nelle prime fasi del lutto, può essere dannoso. Tuttavia, un clinico deve valutare se il lutto di una persona si sta svolgendo in modo adattivo per poter prendere decisioni categoriche sull'opportunità o meno di intervenire; se dovesse non comprendere la gamma dei sintomi del lutto rischia di intervenire in un processo normale e potenzialmente di comprometterlo. Allo stesso tempo, se il lutto complicato o la depressione maggiore vengono erroneamente considerati "normali", le persone in lutto potrebbero rischiare di non ricevere attenzione o di non essere trattate in modo efficace per problemi clinicamente importanti (Zisook e Shear, 2009). Per ragioni pragmatiche, si preferisce l'utilizzo del termine "lutto non complicato" a "lutto normale", poiché è più facile categorizzare le complicazioni del lutto, come la sindrome del lutto complicato o la depressione correlata al lutto, piuttosto che risolvere l'infinito dibattito su cosa sia non sia normale (Zisook e Shear, 2009). L'intensità e la durata del lutto sono altamente variabili per:

- la personalità preesistente dell'individuo;
- lo stile di attaccamento;
- la predisposizione genetica e le vulnerabilità specifiche;
- l'età;
- la salute;
- la spiritualità;
- l'identità culturale;
- il supporto;
- il numero di perdite
- la natura della relazione, ad esempio, interdipendente o distante, affettuosa o ambivalente;
- il tipo di relazione: genitore o figlio o coniuge o fratello/sorella o amico/a, ecc.;

-il tipo di perdita: improvvisa e inaspettata vs. graduale e prevista o cause naturali vs. suicidio, incidente o omicidio. Tuttavia, esistono linee guida generali per aiutare il clinico a determinare la fenomenologia, il decorso e la durata previsti del lutto non complicato. Innanzitutto, il lutto non è uno stato, bensì un processo. In secondo luogo, il processo di elaborazione del lutto si svolge in genere in modo poco lineare, con l'attenzione che oscilla tra la dolorosa realtà della morte e il dolore. In terzo luogo, lo spettro delle perturbazioni emotive, cognitive, sociali e comportamentali del lutto è ampio e va da alterazioni appena percettibili a profonda angoscia e disfunzione. Shock, angoscia, perdita, rabbia, senso di colpa, rimpianto, ansia, paura, solitudine, infelicità, depressione, immagini intrusive, depersonalizzazione e la sensazione di essere sopraffatti sono solo alcuni degli stati emotivi spesso descritti dalle persone in lutto (Zisook e Shear, 2009).

Ciononostante, il lutto non riguarda solo il dolore, in un processo di lutto non complicato, le esperienze dolorose si mescolano a sentimenti positivi, come sollievo, gioia, pace e felicità che emergono dopo la perdita di una persona importante. Spesso, questi sentimenti positivi suscitano emozioni negative di slealtà e colpa in chi è in lutto. È interessante notare come la ricercatrice Katherine Shear, già citata in precedenza, abbia scoperto che i sentimenti positivi a sei mesi dalla morte sono un segno di resilienza e sono associati a buoni risultati a lungo termine. Infatti, il processo di elaborazione di una perdita non consiste nel "superare" o "dimenticare" il dolore, perché per la maggior parte delle persone il lutto non si conclude mai completamente ma nel permettere al lutto di evolvere passando dalla forma di lutto acuto e quella di lutto integrato (Zisook e Shear, 2009).

2.1.1 Lutto acuto

Il lutto acuto si verifica subito dopo la morte ed è considerato la reazione iniziale, può essere intensamente dolorosa ed è spesso caratterizzata da comportamenti ed emozioni che sarebbero considerati insoliti nella normale vita quotidiana. Questi includono intensa tristezza e pianto, altre emozioni disforiche insolite, preoccupazione per i pensieri e i ricordi della persona deceduta, funzioni neurovegetative alterate, difficoltà di concentrazione e relativo disinteresse per le altre persone e per le attività della vita quotidiana, a parte il loro ruolo nel lutto per il defunto. Per quanto dolorosa, la fase acuta non è una condizione patologica né una forma di depressione, ma la risposta fisiologica alla rottura di un legame di attaccamento profondo (Shear, 2012).

2.1.2 Lutto integrato

La forma successiva al lutto acuto è il lutto integrato, in cui il defunto viene facilmente ricordato, spesso con tristezza e nostalgia associate ma la persona comincia lentamente a creare le condizioni per condurre una vita appagante. La realtà e il significato della morte vengono assimilati e chi è in lutto è in grado di riprendere relazioni e attività piacevoli e gratificanti. Anche se il lutto è stato

integrato, la persona non dimentica le persone perdute, non abbandona la tristezza né smette di sentire la mancanza dei propri cari. La perdita si integra nella memoria autobiografica e i pensieri e i ricordi del defunto non sono più ossessivi o invalidanti. A differenza del lutto acuto, il lutto integrato non occupa costantemente la mente né interferisce con altre attività. Tuttavia, possono esserci periodi in cui il lutto acuto si ripresenta. Questo può verificarsi in concomitanza con eventi significativi, come festività, compleanni, anniversari, un altro lutto o un periodo particolarmente stressante.

Per concludere, non vi è alcuna prova che il lutto non complicato richieda un trattamento formale o un intervento professionale. Per la maggior parte delle persone in lutto, l'arduo percorso attraverso il dolore culminerà in un livello accettabile di adattamento a una vita senza la persona amata.

2.2 Lutto complicato

Il lutto complicato, detto anche disturbo da lutto prolungato, è caratterizzato da un dolore intenso che dura più a lungo di quanto ci si aspetterebbe secondo le norme sociali e causa una compromissione del funzionamento quotidiano; si fa riferimento a un periodo che supera ben oltre i 6 mesi. Il lutto complicato può seguire la perdita di qualsiasi relazione stretta. La prevalenza del lutto complicato è di circa il 10-20% dopo la morte di un partner romantico e ancora più alta tra i genitori che hanno perso dei figli; è più probabile quando una morte è improvvisa o violenta (ad esempio, per suicidio, omicidio o incidente) e meno comune dopo la perdita di un genitore, un nonno, un fratello o una sorella o un amico intimo (Shear, 2015). Il segno distintivo del lutto complicato è un desiderio, una nostalgia e una tristezza persistenti e intensi; questi sintomi sono solitamente accompagnati da pensieri o immagini insistenti del defunto e da un senso di incredulità o dall'incapacità di accettare la dolorosa realtà della morte della persona. Studi neuropsicologici suggeriscono al lutto complicato sono associate diverse anomalie, tra cui: alterazioni nel funzionamento del sistema di ricompensa (in risposta a stimoli che ricordano la persona deceduta) rilevate tramite risonanza magnetica funzionale, anomalie nella memoria autobiografica, nei sistemi neurali coinvolti nella regolazione emotiva e nel funzionamento neurocognitivo. Senza trattamento i sintomi persistono (Shear, 2015). Il lutto complicato è associato ad altri problemi di salute, come disturbi del sonno, abuso di sostanze, pensieri e comportamenti suicidari e anomalie nella funzione immunitaria; studi hanno anche mostrato un aumento del rischio associato di malattie cardiovascolari e cancro. I disturbi del sonno, in particolare, possono contribuire ad altre conseguenze negative per la salute del lutto complicato. Le persone con lutto complicato spesso si sentono scioccate, stordite e possono allontanarsi dagli altri a causa della convinzione che la felicità sia indissolubilmente legata alla persona cara che non c'è più. Amici e parenti sono spesso frustrati dal fatto di non poter aiutare e possono diventare critici o smettere di contattare la persona in lutto, aumentando i suoi sentimenti di isolamento. Attualmente, comunque, manca un consenso sulla definizione e sul

nome formale del lutto complicato. Questo tipo di lutto, per specificare, deriva dal mancato passaggio dal lutto acuto a quello integrato. Di conseguenza, il lutto acuto si prolunga, forse indefinitamente, diventando il fulcro principale della loro vita, sebbene accompagnato da inevitabili tristezza, frustrazione e ansia. Ci sono persone che non vogliono che il lutto finisca, perché sentono che è tutto ciò che resta del rapporto con la persona amata. Spesso infatti pensano che, godendosi la vita, stiano tradendo la persona cara scomparsa. I comportamenti disadattivi, quindi, consistono, da un lato, in un eccessivo coinvolgimento in attività legate al defunto e, dall'altro, in un eccessivo evitamento (Zisook e Shear, 2009).

I fattori di rischio per il lutto complicato non sono stati studiati a fondo; tuttavia, gli individui con una storia di relazioni difficili nella prima infanzia e che perdono una persona con cui avevano una relazione profondamente appagante sembrano essere a rischio. Anche coloro che hanno una storia di disturbi dell'umore o d'ansia, coloro che hanno subito molteplici perdite importanti e coloro che hanno una storia di eventi di vita avversi o non godono di buona salute possono essere a rischio di lutto complicato (Shear, 2009).

Le prove fino ad oggi suggeriscono che il lutto complicato sia una forma prolungata di lutto acuto piuttosto di un'entità completamente unica. La ruminazione adattiva sulle circostanze o le conseguenze della morte e la persistenza dei sintomi acuti del lutto sono state direttamente confrontate con la psicoterapia interpersonale, che si concentra sulle aree problematiche interpersonali, oltre a ciò che ci si aspetta secondo le norme sociali e culturali. Tuttavia, la determinazione di quale umore costituisca un lutto prolungato può essere problematica, perché le opinioni sul lutto differiscono tra le culture, e mancano dati per informare questa determinazione. Inoltre, il periodo di tempo tipico per le reazioni al lutto varia a seconda delle circostanze della morte (Shear, 2015).

CAPITOLO III: Modelli descrittivi di elaborazione del lutto

3.1 Teorie generali sul lutto

3.1.1 Lutto e melanconia

Nella cultura occidentale, l'inizio di una teoria moderna sul lutto e sul dolore è attribuito a Freud. Nel saggio “Lutto e melanconia” del 1917, il lutto viene definito come “la reazione alla perdita di una persona amata o di un’astrazione che ne ha preso il posto, la patria ad esempio, o la libertà, o un ideale o così via, che ha come conseguenze un doloroso stato d’animo” (Freud, 1917, p.38). Secondo Freud, il processo del lutto sembra giungere a una conclusione definitiva quando il soggetto recide completamente il suo legame emotivo con la persona perduta (l’oggetto perduto) e reinveste la propria libido libera in un nuovo oggetto, abbandonando così le speranze per una relazione futura (Freud, 1917).

Quando Freud parla di “lavoro sul lutto”, si riferisce al processo cognitivo di affrontare la realtà di una perdita dovuta alla morte, di ripercorrere gli eventi accaduti prima e al momento della morte, e di concentrarsi sui ricordi e lavorare per distaccarsi dalla persona che non c’è più (Freud, 1917). Secondo Freud, quindi, questo lavoro implica un processo di ricordo ossessivo durante il quale chi sopravvive rianima l'esistenza dell'altro perduto nella propria psiche. Questo ripristino dell'oggetto perduto permette alla persona in lutto di valutare il valore della relazione e di comprendere ciò che ha perso con la scomparsa dell'altro. Durante il lavoro di elaborazione, più specificamente, rievocando l'altro nella memoria, chi è in lutto tenta di recuperare una parte di sé che è stata proiettata sull'altro, una parte di sé necessaria alla costruzione dell'immagine di sé del soggetto come essere completo e autonomo. La perdita di una persona cara minaccia quindi di frantumare l'integrità psichica immaginaria di chi è in lutto, immaginaria poiché questa immagine di sé dipende da una relazione esterna al sé. Questa minaccia spiega perché chi è in lutto si aggrappa all'oggetto perduto, poiché riconoscere la perdita costringerebbe il soggetto in lutto a rendersi conto della portata di ciò che si è perso, ovvero un attributo irrecuperabile del sé. In altre parole, come sosteneva Freud, il lutto induce chi sopravvive a rinunciare all'oggetto perduto “offrendo all'Io l'incentivo a continuare a vivere” (Freud, 1917).

Credendo che l'amore per l'altro derivi fondamentalmente dall'amor proprio, Freud sosteneva che chi è in lutto recupera la libido investita nell'oggetto perduto e restituisce questo investimento emotivo all'Io, un processo necessario alla formazione di un nuovo attaccamento, necessario al senso di identità coerente del lutto. In breve, è funzionale recidere un attaccamento per renderne possibile un altro (Freud, 1917).

Freud ha resistito a questa repressione culturale della perdita definendo il lavoro sul lutto come necessario, teorizzando la psiche come uno spazio interno per il lavoro sul dolore e porta così il tema nel dibattito pubblico. “Lutto e malinconia” infatti riesce a contrastare la negazione della morte e la demonizzazione del lutto tipiche

della cultura occidentale di inizio Novecento. Tuttavia, è stato osservato che il concetto di "lavoro del lutto" è troppo ampio e poco chiaro perché non distingue tra processi quali la ruminazione, le strategie di coping conflittuali e l'espressione delle emozioni (Stroebe e Schut, 2001).

3.1.2 Modello dell'attaccamento di John Bowlby

Dopo Freud la psicologia, soprattutto quella clinica, continuò ad occuparsi del tema del lutto, focalizzandosi prevalentemente sul paziente adulto "depresso" piuttosto che sullo studio del processo normale del lutto (Pesci, 2015)

La prima sistematica formulazione dei processi psicologici che intervengono nell'elaborazione della perdita si deve a John Bowlby (1980) e alla sua teoria dell'attaccamento. Secondo Bowlby (1980), dato che il fine di un comportamento di attaccamento è mantenere un legame affettivo, maggiore è il pericolo della perdita, più intenso e multiforme è il tipo di azione attivata per impedirla. Se l'attività di protesta raggiunge il suo scopo, il legame è recuperato e le varie attività cessano, alleviando così lo stato di sofferenza e di stress; se invece lo sforzo non ha buon esito, prima o poi i tentativi vengono meno pur non cessando del tutto: tali tentativi vengono rinnovati a intervalli sempre più lunghi e vengono nuovamente sperimentati il dolore e la sofferenza. Secondo Bowlby nei processi del lutto si possono osservare i processi psicologici innescati dalla perdita della figura di attaccamento che possono portare ad un recupero della capacità di stabilire e mantenere legami affettivi o, al contrario, ad una menomazione di tale funzione (Pesci, 2015).

Bowlby (1980) individua quattro fasi, non lineari, che caratterizzano in maniera universale il percorso psicologico di elaborazione del lutto. La prima fase, definita dello "stordimento", è caratterizzata dal rifiuto della notizia; la persona, pur avendo riconosciuto cognitivamente l'evento, emotivamente lo rifiuta. Questa fase generalmente è caratterizzata da una calma innaturale che può essere interrotta da scoppi intensi di dolore o rabbia. A questa segue quella dello "struggimento" dove la realtà della morte viene riconosciuta in occasione dell'organizzazione e della partecipazione al funerale, cioè l'occasione del "decesso pubblico". La frustrazione conseguente all'impossibilità del ricongiungimento genera rabbia che si può manifestare in diversi modi: contro sé stessi, contro altri o contro il defunto. Quando la persona si rende conto che il proprio caro non potrà ritornare, si apre la terza fase, della "disorganizzazione", che comporta una revisione di sé stessi e della situazione: la persona si sente depressa e apatica e si distanzia da amici e parenti. Infine, nella "riorganizzazione" l'individuo può iniziare a costruire il proprio nuovo modello di vita, si tratta di una fase in cui cambia la narrativa di vita e il legame con il defunto (Pesci, 2015).

Per questo lavoro, Bowlby ha integrato idee provenienti dal pensiero psicomotorio, dalla letteratura sullo sviluppo relativa alle reazioni dei bambini piccoli alla separazione e dagli studi sul comportamento di lutto dei primati.

A differenza di Freud, Bowlby riteneva che la funzione biologica di questi comportamenti non fosse l'allontanamento dalla persona amata, bensì la riunione. Tuttavia, in caso di perdita permanente, la funzione biologica di ristabilire la prossimità con le figure di attaccamento diventa disfunzionale. Di conseguenza, la persona in lutto si trova a lottare tra le forze opposte del comportamento di attaccamento attivato e la realtà dell'assenza della persona amata.

Sottolineando il valore di sopravvivenza del comportamento di attaccamento, Bowlby fu il primo a fornire una spiegazione plausibile per reazioni come la ricerca o la rabbia nel lutto. Fu anche il primo a sostenere che esiste una relazione tra la storia di attaccamento di una persona e il modo in cui reagirà alla perdita di una persona cara. Ad esempio, i bambini che hanno subito frequenti separazioni dai genitori possono sviluppare, da adulti, legami di attaccamento ansiosi e fortemente dipendenti e possono reagire con un lutto intenso e prolungato alla morte del coniuge o del partner. Poiché fornisce un quadro di riferimento per comprendere le differenze individuali nella risposta alla perdita, il modello di attaccamento di Bowlby ha continuato ad essere influente nello studio del lutto e della perdita (Shear, 2015).

3.1.3 Modello a 5 Fasi di Elisabeth Kübler-Ross

Dagli anni '70, molti studiosi hanno cercato di sviluppare modelli concettuali descrittivi del decorso del lutto e del cordoglio secondo fasi o stadi che, sebbene differenti fra loro, condividono l'idea che il processo di adattamento alla perdita sia qualcosa che non si svolge in senso lineare e sempre uguale. Un modello molto utilizzato per descrivere le varie fasi dell'elaborazione del lutto è quello messo a punto da Elisabeth Kübler-Ross (1969). Nel suo influente libro "Sulla morte e sul morire" ha descritto un modello a cinque fasi per capire le dinamiche psicologiche più frequenti della persona a cui è stata diagnosticata una malattia terminale, un modello usato poi per descrivere in generale tutte le situazioni di elaborazione del lutto. In quanto modello a fasi e non a stadi, non è necessariamente consequenziale, per cui le fasi possono anche alternarsi e presentarsi più volte nel corso del tempo (cfr. Pesci, 2015).

Questo modello, sviluppato per spiegare come le persone morenti reagiscono alla propria morte imminente, postula che le persone attraversino le fasi di: negazione, rabbia, contrattazione, depressione e, infine, accettazione. La prima fase è quella della "negazione" o del rifiuto ed è caratterizzata dal fatto che la persona avverta l'evento come irreale. La seconda fase, quella della "rabbia", nella quale iniziano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia, paura. È un momento critico in cui il soggetto inizia ad attribuire una colpa verso sé o verso qualcun altro. Prova avversione e risentimento verso sé stesso, gli altri, il destino, l'intera esistenza di. Questa fase può essere di massima richiesta di aiuto, ma anche di ritiro in sé. Nella terza fase, della "contrattazione" o del "patteggiamento", la persona inizia a

verificare cosa è in grado di fare per riprendere il controllo della propria vita e cerca di fronteggiare la situazione problematica. Inizia una sorta di indagine su cosa avrebbe potuto fare in concreto nella fase antecedente alla morte e i ragionamenti si susseguono sotto forma di proposizione “se/solo”. La quarta fase, quella della “depressione”, rappresenta un momento nel quale la persona inizia a prendere consapevolezza della perdita che sta subendo o che sta per subire; questo passaggio elicitando profondi vissuti di tristezza, di vuoto e perdita. Infine, nella fase dell’“accettazione” la persona arriva ad un’accettazione della propria condizione e ad una consapevolezza di quanto è accaduto o sta per accadere (Pesci, 2015).

Per molti anni, il modello di Kübler-Ross è stato insegnato nelle facoltà di medicina, infermieristica e servizio sociale. È apparso anche in articoli di giornali e riviste rivolti a persone in lutto e ai loro familiari. Di conseguenza, i modelli a stadi hanno fortemente influenzato la comprensione comune del lutto nella nostra società. È bene, tuttavia, ricordare che il dolore è individuale e unico e non può essere ordinatamente classificato. Il lavoro di Kübler-Ross riguardava la morte e il morire, non il dolore. Prendere alla lettera il modello della Kübler-Ross e riferirlo, senza distinzioni, al dolore, rischia di aumentare il disagio di chi sta soffrendo: non ci sono assoluti nel dolore, non ci sono reazioni universali che tutti devono sperimentare (Pesci, 2015).

Infatti, con l'accumularsi delle ricerche, è diventato chiaro che l'idea di fasi sistematiche nel lutto trova scarso supporto, la maggior parte delle prove suggerisce che le reazioni alla perdita variano considerevolmente da persona a persona e che poche persone attraversano le fasi nel modo previsto. Sono state individuate diverse importanti debolezze dei modelli a fasi (Neimeyer, 1998). In primo luogo, non riescono a spiegare la variabilità delle risposte che seguono una grave perdita. In secondo luogo, attribuiscono un ruolo passivo a chi è in lutto, quando in realtà il processo di elaborazione del lutto richiede il coinvolgimento attivo della persona. In terzo luogo, questi modelli non considerano i fattori sociali o culturali che influenzano il processo. In quarto luogo, i modelli a fasi si concentrano troppo sulle risposte emotive alla perdita e non abbastanza sulle cognizioni e sui comportamenti. Infine, questo tipo di modelli tende a patologizzare le reazioni della maggior parte delle persone che non attraversano le fasi. A seguito di queste e altre critiche e della mancanza di supporto empirico, la maggior parte dei ricercatori è giunta alla conclusione che l'idea di una sequenza di fasi non sia particolarmente utile (Stroebe et al. 2010).

3.1.4 Modello del processo duale (*Dual process model-DPM*)

Gran parte delle teorie discusse in precedenza riguardavano modelli concettuali applicabili al lutto, ma non erano stati sviluppati specificamente per descrivere le reazioni delle persone alla morte di una persona cara. Il modello a stadi di Kübler-Ross è stato elaborato per descrivere l'esperienza delle persone morenti, il modello di attaccamento di Bowlby è stato originariamente concepito per spiegare il disagio derivante dalla separazione madre-bambino, le teorie sul trauma hanno affrontato il

caso di diverse esperienze traumatiche e l'approccio allo stress e al coping si è occupato di qualsiasi tipo di fattore di stress. Sebbene il processo di elaborazione del lutto presenti elementi di tutti questi ambiti, si potrebbe sostenere che possano esistere sfide di coping specifiche che non si applicano allo stesso modo ad altre esperienze di vita e che, pertanto, siano necessari modelli focalizzati specificamente sul lutto. Due modelli teorici che riflettono questa aspirazione sono il modello a quattro componenti di Bonanno, che verrà solo citato e il modello a doppio processo di Stroebe e Schut (1999, 2010) che verrà approfondito a breve. L'obiettivo di Bonanno era quello di sviluppare un quadro concettualmente valido ed empiricamente verificabile per comprendere le differenze individuali nel processo di lutto. Ha identificato quattro componenti principali del processo di lutto: il contesto in cui si verifica la perdita, i significati soggettivi associati al lutto, rappresentazioni e relazioni di attaccamento, meccanismi di regolazione emotiva. La conclusione è stata che il modello di elaborazione del lutto necessitava di una revisione per definire quando e per chi e in che modo l'elaborazione è efficace (Stroebe e Schut, 2010).

Nello specifico, viene descritto come un modello a due fasi del lutto (*Dual-Process Model-DPM*), il cui scopo era quello di fornire una concettualizzazione del coping e una predizione dell'attaccamento di fronte a questo evento stressante, al fine di comprendere meglio le differenze individuali nelle modalità con cui le persone elaborano la perdita. Il DPM fornisce due categorie di fattori stressanti associati al lutto, quelli orientati alla perdita e quelli orientati al recupero, ossia *Loss-Orientation (LO)* e *Restoration-Orientation (RO)*. La prima categoria (LO) si riferisce a ciò su cui si concentra specificamente la persona in lutto, la valutazione e i processi che coinvolgono alcuni aspetti dell'esperienza della perdita, la convivenza con il dolore, la ricerca della persona perduta, fenomeno che si può considerare il cuore stesso del dolore. La seconda categoria (RO), invece, si focalizza sui fattori stressanti secondari, che riflettono la lotta per riorientarsi in un mondo cambiato, senza la persona deceduta, dover ripensare e ripianificare la propria vita di fronte alla perdita infatti può essere un processo doloroso. Ciò che è fondamentale è chiarire cosa sia il coping e poi distinguerlo dalle conseguenze del lutto. Il coping si riferisce ai processi, alle strategie o agli stili di gestione (riduzione, padronanza, tolleranza) della situazione in cui il lutto pone l'individuo. Si presume che influisca sull'adattamento al lutto, se il coping è efficace, la sofferenza ma anche le difficoltà di salute mentale e fisica associate al lutto dovrebbero ridursi col tempo (Stroebe e Schut, 2010).

Per comprenderne l'impatto sull'esito, il coping deve essere considerato un'entità separata dalle conseguenze del lutto: il primo è un processo, le seconde una variabile di risultato. Altro aspetto da specificare è che entrambi gli orientamenti sono fonti di stress e possono essere associati a conseguenze come disagio e ansia. Entrambi sono anche coinvolti nel processo di coping, ad esempio, vengono affrontati, confrontati o evitati in misura variabile a seconda delle variazioni individuali e culturali. Il processo di attenzione o evitamento di questi due tipi di fattori di stress è dinamico e fluttuante, e cambia anche nel tempo. Pertanto, il DPM

specifica un processo di coping dinamico, ovvero un processo regolatorio denominato oscillazione, che lo distingue dai precedenti modelli di elaborazione del lutto (e anche dalla più generica teoria cognitiva dello stress). Il principio alla base dell'oscillazione è che a volte chi è in lutto affronta gli aspetti della perdita, altre volte li evita, e lo stesso vale per i compiti di recupero. A volte, inoltre, ci saranno delle "pause", in cui la persona non è in lutto. Affrontare il lutto secondo il DPM è quindi un complesso processo di regolazione di confronto ed evitamento. Un postulato importante del modello è che l'oscillazione tra i due tipi di fattori di stress è necessaria per un coping adattivo.

Per riassumere il DPM può essere inteso come una tassonomia per descrivere i modi in cui le persone affrontano la perdita di una persona cara (Stroebe e Schut, 2010)

Ad oggi, le crescenti evidenze sulla variabilità delle risposte alla perdita hanno portato i ricercatori ad allontanarsi dai modelli tradizionali di elaborazione del lutto e ad adottare invece approcci come quello dello stress e del coping e il modello a doppio processo sviluppato da Stroebe e Schut, che sono stati precedentemente spiegati e che possono spiegare le diverse risposte alla perdita.

I modelli teorici che non prendono in considerazione i processi interpersonali nel lutto mancano di questa componente vitale per affrontare la perdita. È necessario esplorare più nel dettaglio se e come i significati associati alla reazione alla perdita varino a seconda della cultura potrebbe far comprendere meglio l'influenza di fattori specifici di una cultura, come gli atteggiamenti e le aspettative nei confronti delle esperienze di perdita. Studi futuri che affrontino queste questioni darebbero un contributo importante, poiché raramente le persone affrontano una perdita in un vuoto sociale.

3.1.5 Modello costruttivista del *Meaning making*

Le culture occidentali contemporanee sono dominate da quella che potremmo definire una comprensione essenzialista del lutto, una visione secondo cui il lutto rappresenta una risposta naturale a una perdita profonda, caratterizzata da sintomi, fasi o difficoltà presumibilmente universali (Neimeyer et al 2002). Questa prospettiva colloca ulteriormente il lutto all'interno della persona, in linea con una forte enfasi culturale sull'individualismo e una tendenza ad attribuire la sofferenza umana a stati o tratti interiori delle persone colpite piuttosto che a sistemi e strutture sociali più ampie (Focault, 1970). Questa tendenza a "psicologizzare" il lutto è particolarmente evidente nella cultura americana, favorita sia da autentici progressi nella ricerca psicologica e medica, sia da un'etica ottimistica che considera una qualche forma di consulenza o psicoterapia come la risposta appropriata a una vasta gamma di problemi.

A differenza dei modelli tradizionali precedentemente descritti, il modello proposto da Neimeyer, è un modello recente di lutto, fondato sull'osservazione che le perdite difficili spingono i sopravvissuti a riaffermare o ricostruire un mondo di significato

che è stato scosso, e talvolta frantumato da questa transizione indesiderata nella loro vita. Questo modello trova supporto in una crescente letteratura empirica che collega la distruzione di un mondo di significato a un lutto complicato o prolungato, e la capacità di conservare o ristabilire il significato sia nella morte della persona amata che nella vita del sopravvissuto con la resilienza e un lutto adattivo.

Diversamente dal pensiero occidentale, Robert Neimeyer sostiene come il lutto non sia primariamente un processo interiore, intrapsichico ma un processo sociale poiché il lutto, in genere, cerca un significato non solo nel contesto familiare e personale ma soprattutto in quello sociale e culturale. Viene così sostenuto un modello di costruzione sociale del lutto in cui i processi narrativi, attraverso i quali vengono individuati, appropriati o assemblati i significati, si verificano non soltanto all'interno nel mondo intrapsichico ma anche e soprattutto tra gli spettatori/attori dell'evento, ovvero i partecipanti alla ritualità del funerale. In questa prospettiva, indicata da Neimeyer, il lutto è un'attività interpretativa e comunicativa "posizionata", che stabilisce il significato della vita e della morte del defunto, nonché lo status post-mortem della persona in lutto all'interno della più ampia comunità interessata alla perdita. Questo modello attinge a un approccio costruttivista e narrativo, secondo cui gli esseri umani sono visti come creatori di significato auto-organizzanti, che organizzano l'esperienza in episodi significativi, a loro volta organizzati poi in modelli per anticipare, interpretare e negoziare la realtà

In definitiva, tali processi di costruzione personale e sociale danno origine a una narrazione del sé, definita come una struttura cognitivo-affettiva-comportamentale generale che organizza le "micro-narrazioni" della vita quotidiana in una "macro-narrativa" che consolida la nostra autocomprensione, stabilisce la nostra gamma caratteristica di emozioni e obiettivi e guida la nostra vita del mondo sociale (Neimeyer, 2011). È necessario integrare la narrazione dell'evento della perdita nell'auto-narrazione del sopravvissuto che è in continua evoluzione, in modo da evitare una crisi cronica di significato. Inoltre, la rottura del processo di attribuzione di significato si è dimostrata un mediatore così significativo dell'esito del lutto che sembra spiegare quasi tutta la differenza osservata tra le perdite dovute a morte naturale (ad esempio cancro, insufficienza cardiaca) da un lato e le forme di morte violenta, tipicamente più traumatiche (suicidio, omicidio, incidente mortale), dall'altro (vedi. capitolo IV). Vista in quest'ottica, la morte di una figura di attaccamento significativa può minacciare di invalidare, a volte profondamente, il solido fondamento del sopravvissuto in una vita che un tempo "aveva senso", ma che ora non ne ha più. Per semplificare, adattarsi alla morte di una persona cara richiede comunemente di "reimparare sé stessi" e "reimparare il mondo", poiché entrambi sono spesso modificati in modo significativo dall'assenza stessa dell'altro. Quando la nostra narrazione personale sembra incapace di assimilare la dura realtà della morte della persona amata e le sue profonde implicazioni per la nostra vita, siamo comunemente spinti alla ricerca di un significato nella "storia dell'evento" della morte stessa, così come nella "storia passata" del nostro rapporto con il defunto (Neimeyer, 2011).

CAPITOLO IV: Strategie di intervento clinico

4.1 Tecniche di ricostruzione del significato

Da una prospettiva costruttivista, il lutto è un processo di ricostruzione di un mondo di significato messo in discussione dalla perdita. Sebbene la maggior parte delle persone riesca a superare il lutto e a mantenere o recuperare i livelli di funzionamento preesistenti, una parte significativa di esse non riesce a trovare un significato in seguito a questa transizione nella propria vita (Neimeyer, 2011). In sintesi, per diverse ragioni, le perdite possono minare il senso generale di significato e coerenza dell'individuo (Neimeyer, 2011).

Con l'avvento del modello di ricostruzione del significato e dei relativi approcci cognitivi e integrativi al lutto, sono emersi sforzi per costruire interventi che aiutino le persone in lutto a dare un senso a ciò che vivono. I processi narrativi su cui si basano tali interventi implicano il "racconto riparativo" della perdita in condizioni che ne promuovono l'integrazione, così come una varietà di altre tecniche per riorganizzare la relazione con il defunto in termini significativi (Neimeyer, 2011).

Come dimostrano Murphy e colleghi in uno studio pubblicato nel 2003, trovare un significato era correlato a un aumento del benessere su più dimensioni (Murphy et al, 2003). Lo studio nello specifico aveva un ampio campione di genitori a 5 anni dalla morte violenta e improvvisa di un figlio (per incidente, omicidio o suicidio). I risultati mostrano come la capacità di dare un senso alla perdita si è dimostrata un fattore protettivo multidimensionale, correlato a:

- minore disagio mentale con riduzione significativa di ansia, depressione e sintomi da stress post-traumatico;
- maggiore soddisfazione coniugale: la condivisione o la riuscita individuale nella ricerca di senso ha ridotto il tasso di conflittualità e disgregazione della coppia, fenomeno frequente dopo la perdita di un figlio;
- migliore salute fisica: minore incidenza di somatizzazioni e problemi di salute generale a distanza di anni dal trauma.

In sintesi, la ricerca dimostra che molte persone intraprendono una ricerca di significato in seguito a un lutto e suggerisce che coloro che faticano a dare un senso alla propria perdita potrebbero trarre beneficio da interventi che favoriscano questo processo.

Quindi, per coloro che hanno perso una persona cara, i terapeuti costruttivisti dispongono di diverse strategie che favoriscono la costruzione di significato e aiutano i pazienti a ristabilire una narrazione di sé coerente che integri la perdita, consentendo al contempo alla loro storia di vita di proseguire lungo nuove linee. L'obiettivo è il ristabilimento di una narrazione di sé (sufficientemente) coerente e la risoluzione dell'incongruenza tra la realtà della perdita e il proprio senso di significato (Neimeyer, 2011). Alcune strategie sono: la rielaborazione narrativa, la

scrittura terapeutica, l'attenzione al linguaggio metaforico, la visualizzazione evocativa e l'articolazione della posizione pro-sintomo. Sebbene una vasta gamma di procedure possa contribuire a una terapia del lutto costruttivista, queste si sono rivelate particolarmente utili e trasformative. Partendo dalla rielaborazione narrativa: le terapie che enfatizzano una narrazione più completa della morte in condizioni di sicurezza possono fornire una sorta di convalida sociale al racconto e compensare la mancanza di empatia o il silenzio con cui molti di coloro che sono in lutto si confrontano, soprattutto quando le loro perdite o le loro reazioni ad esse non sono conformi alla norma (Neimeyer et al 2002). È importante sottolineare che tale narrazione, concentrandosi in particolare sulle parti più difficili dell'esperienza e "rimanendo" su di esse finché le immagini e i significati associati non possono essere accolti con minore angoscia, si dimostra incredibilmente efficace per il lutto complicato. Come per le terapie basate sull'esposizione per altre forme di eventi traumatici, la rievocazione della perdita favorisce la comprensione di materiale difficile e aiuta a contrastare le strategie di evitamento. Altrettanto importante, può aiutare a identificare gli aspetti dell'esperienza per i quali è necessario un ulteriore processo di elaborazione del significato.

La seconda tecnica, menzionata precedentemente, è la scrittura terapeutica: sebbene molti terapeuti utilizzino compiti di scrittura convenzionali (ad esempio, una lettera di "addio" al defunto) per integrare il lavoro svolto in seduta, l'approccio costruttivista ha particolare affinità per la "medicina narrativa" nel contesto della terapia del lutto (Neimeyer et al. 2014). La scrittura terapeutica può assumere molte forme, che vanno dall'invitare la persona in lutto a scrivere di sé alla luce della propria perdita ma dal punto di vista di un'altra persona compassionevole, ai lavori biografici che raccontano la vita condivisa con la persona amata, fino a colloqui di ricostruzione del significato in cui rievocano immagini vivide della perdita e cercano in esse un nuovo significato.

Per quanto riguarda il linguaggio metaforico e la visualizzazione evocativa: è fondamentale prestare attenzione alle sfumature del linguaggio utilizzato dai pazienti. Coinvolgere i pazienti nella co-costruzione di scambi metaforici può essere particolarmente utile, in quanto i significati analogici possono rendere più intelligibili i "punti di svolta" del processo di attribuzione di significato da parte del cliente (Neimeyer et al 2014), ed è stato associato a sessioni terapeutiche più memorabili e trasformative, secondo il giudizio del cliente a distanza di mesi.

Incontrare la posizione pro-sintomo: nella concezione comune di psicoterapia, il paziente intraprende un percorso terapeutico per ricevere aiuto nel superare un problema, un sintomo, un conflitto interpersonale o il disagio emotivo che questi comportano. Naturalmente, i diversi approcci terapeutici si orientano a questo obiettivo in modo differente, promuovendo strategie più adeguate per affrontare le situazioni stressanti, sviluppando abilità cognitive per contestare o contrastare schemi di pensiero autodistruttivi, favorendo interazioni più soddisfacenti con gli altri, interpretando modelli di comportamento storicamente disadattivi e così via. Nonostante questa diversità di strategie e tecniche, tutti questi approcci

convenzionali condividono la premessa implicita della posizione antisintomatica del paziente, ovvero che il problema sia qualcosa a cui resistere, da abbandonare o da sostituire con un comportamento più efficace.

Alcune forme di terapia costruttivista, invece, adottano un atteggiamento fondamentalmente diverso, che inizia con la validazione empatica del dolore reale associato al problema presentato ma poi si muove efficacemente verso un'esplorazione della posizione pro-sintomo del cliente, quella costruzione (inizialmente) non cosciente di significato che rende il problema di vitale importanza, nonostante il disagio che provoca (Neimeyer, 2011). In particolare, la terapia della coerenza colloca comportamenti e sentimenti concreti all'interno di significati impliciti di ordine superiore che rendono comunque di vitale importanza la continua coerenza al problema. Originariamente soprannominata "terapia breve orientata alla profondità" (Ecker e Hulley, 2000) per la sua propensione a rivelare e dissolvere rapidamente ed efficacemente le radici della produzione dei sintomi, la coerenza. La terapia opera in modo profondamente esperienziale per portare alla luce i presupposti che alimentano il problema del cliente, in modo che possano essere considerati consapevolmente anziché semplicemente messi in atto inconsciamente. Quando questi presupposti vengono esposti e verbalizzati, senza alcun tentativo di contestarli o contrastarli, il paziente giunge generalmente a dissolverli alla luce di altre conoscenze viventi con cui sono incompatibili (risoluzione diretta) oppure ad abbracciarli come principi validi e liberamente scelti per rapportarsi al mondo (risoluzione inversa).

CAPITOLO V: Strategie di intervento sociale

5.1 Gruppi Auto-Mutuo-Aiuto

Nella nostra società, chi è in lutto rimane spesso isolato in un dolore che non trova ascolto, che non osa esprimersi, di conseguenza si ritrova senza la possibilità di condividerlo ed elaborarlo (Gori e Melone, 2016). A partire dagli anni 80, è stato riconosciuto che la mancanza di relazioni sociali significative costituisce un determinante sociale di esiti negativi per la salute, associato a un aumento del rischio di morte per una varietà di cause. Infatti, è ormai ampiamente accettato che uno scarso sostegno sociale e la solitudine possano influire negativamente sul benessere fisico, emotivo e mentale (Cacciatore et al, 2021). In particolare, Pitman e collaboratori hanno identificato il senso di appartenenza minacciato, l'allontanamento dagli altri, la mancanza di connessione e la solitudine come fattori di rischio significativi per la tendenza al suicidio nelle persone in lutto, in particolare quelle con un lutto traumatico, ovvero la morte violenta o improvvisa di una persona cara o la morte di un figlio (Pitman et al, 2021). In genere, gran parte della responsabilità del sostegno nel lutto ricade sulla famiglia e sugli amici. Tuttavia, le persone in lutto spesso segnalano un sostegno insufficiente da parte di queste figure. Inoltre, mentre la morte di una persona cara a volte rafforza i legami familiari, spesso questi rapporti si tendono, poiché anche i familiari possono trovarsi in lutto, aggravando il disagio psicologico di chi lo ha subito. Per di più, gran parte del sostegno offerto nella fase iniziale del lutto diminuisce rapidamente ma il bisogno di sostegno persiste (Cacciatore et al, 2021). Il sostegno sociale, quindi, è stato studiato come strumento per migliorare la salute e il benessere delle persone e può essere fornito a basso costo nell'ambito dei sistemi sanitari, di salute mentale e comunitari. Questo strumento potrebbe non accelerare il recupero, ma può migliorare la capacità di far fronte alla situazione (Cacciatore et al., 2021).

I gruppi di auto mutuo aiuto sono un esempio pratico di sostegno di tipo sociale, sono realtà formate da persone che vivono la stessa problematica e che decidono di affrontarla e condividerla insieme a pari. Il primo gruppo di auto mutuo aiuto risale al 1935 negli Stati Uniti, quando due persone con dipendenza da alcol scoprirono di poterla affrontare affidandosi all'aiuto reciproco. Successivamente, negli anni '70, i gruppi di Auto Muto Aiuto si sono ulteriormente sviluppati: sono nate realtà diverse per supportare persone che condividono la stessa condizione di malattia, dipendenza, dolore o perdita. Nascono pertanto anche gruppi di Auto Muto Aiuto specifici per l'elaborazione del lutto che coinvolgono e uniscono persone che vivono il dolore della perdita di una persona cara. All'interno del gruppo, le persone coinvolte sono libere di poter esprimere il proprio dolore e le proprie emozioni in un clima di ascolto reciproco e accettazione e senza il giudizio dell'altro (Gori e Melone, 2016). L'obiettivo del gruppo è quello di aiutare le persone a condividere il proprio vissuto, lenire il dolore legato al lutto e a ritrovare il supporto sociale in persone che anch'esse hanno subito la perdita di una persona cara. L'incontro fra persone con un vissuto simile fa sì che emerga un senso di comunità già dopo pochi

incontri. Il facilitatore del gruppo ha inizialmente il ruolo di gestire delle tematiche da affrontare ma con il tempo, passa ad essere un osservatore attivo dello scambio che avviene tra i partecipanti. L'incontro e la condivisione del proprio vissuto con persone che stanno affrontando il difficile processo di elaborazione del lutto mostra una connotazione diversa rispetto all'esperienza che il soggetto vive nella condivisione con amici e familiari. Le persone riportano di sentirsi maggiormente comprese all'interno del gruppo e avvertono una connessione maggiore con quegli individui con i quali condividono il dolore della perdita. Avviene così uno scambio reciproco non solo del proprio vissuto, ma anche di consigli pratici per poter far fronte alle nuove richieste familiari e della vita quotidiana. L'ascolto delle storie e dei vissuti dell'altro può quindi essere uno spunto per sviluppare nuove strategie di coping e di gestione del dolore, così come la condivisione dei successi può offrire speranza a tutti i membri del gruppo. Attraverso la narrazione dei ricordi, i racconti di aneddoti, la condivisione di fotografie e tutto quello che viene fatto nel gruppo, è stato visto come sia possibile lo sviluppo di una connessione positiva e attiva con il proprio caro dopo l'evento della perdita. Generando un lento e graduale miglioramento nella qualità della vita, il gruppo di auto mutuo aiuto consente la riduzione della sintomatologia depressiva, emersa con la morte della persona cara (Gori e Melone, 2016).

Può capitare tuttavia che per qualcuno il gruppo possa elicitare anche emozioni negative e di sconforto nel momento in cui si trova a partecipare alle storie e al dolore altrui. Per questo è fondamentale che il percorso non sia avviato troppo prematuramente, quando l'individuo non è ancora pronto alla condivisione del proprio dolore o ad accogliere il dolore altrui. Occorre altresì essere estremamente scrupolosi nel momento della creazione del gruppo per quanto riguarda la selezione dei membri. Vi sono persone che con la morte di un caro sviluppano un vero e proprio disturbo post-traumatico da stress o una sintomatologia maggiormente complessa; questa condizione non permette che riescano a beneficiare totalmente dell'esperienza, che risulta non alleviare l'impatto delle problematiche più gravi. Queste persone infatti necessitano di un intervento psicoterapeutico vero e proprio, condotto con figure adeguatamente formate nel trattamento delle condizioni post traumatiche legate al lutto. Nella conduzione di gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto è perciò necessario considerare di che cosa hanno bisogno le persone e quali sono le loro aspettative nei confronti della partecipazione. Prima dell'inizio del percorso dovrebbero essere fornite chiare informazioni su cosa aspettarsi, così che la persona possa valutare chiaramente se l'esperienza può rispondere ai suoi bisogni. Lo scopo del gruppo di Auto-Mutuo-Aiuto è in ultima istanza quello di consentire alle persone di poter esprimere liberamente le proprie reazioni di fronte alla perdita e supportarle nel ritorno ad una vita dove siano possibili dei nuovi scopi e dove avvenga una riorganizzazione degli obiettivi personali (Gori e Melone 2016).

Un articolo pubblicato da Kari Dyregrov e colleghi che verrà ora approfondito mostra i dati qualitativi raccolti tramite interviste nell'ambito del progetto di ricerca "Gruppi di supporto al lutto in Norvegia" (2009-2011). L'obiettivo di questa parte dello studio era quello di indagare le esperienze, i benefici e la soddisfazione dei

partecipanti ai gruppi di supporto al lutto. Ciò che è risultato fondamentale è stato tenere conto dei bisogni e delle aspettative dei partecipanti nella pianificazione e nell'organizzazione dei gruppi, al fine di garantire un'esperienza positiva e di massimizzare le probabilità di successo (Dyregrov et al, 2014).

Poiché l'obiettivo principale dello studio qualitativo era quello di generare una comprensione fenomenologica della partecipazione di adulti in lutto a gruppi di supporto al lutto, sono state scelte le interviste di gruppo (focus group) come metodo per acquisire descrizioni del mondo vitale degli intervistati (Dyregrov et al 2014). Questo è stato considerato il metodo di ricerca più appropriato per esplorare le esperienze di gruppo e i processi comunicativi inter relazionali che potrebbero facilitare o ostacolare la partecipazione ai gruppi di supporto al lutto. Le analisi hanno esplorato i ricordi dei partecipanti, attingendo alle "prospettive interne" attraverso le loro descrizioni piuttosto che concentrandosi sulle loro spiegazioni (Dyregrov et al, 2014).

Nonostante non avessero aspettative precise su come il gruppo di supporto al lutto potesse essere d'aiuto, molti si sono dichiarati soddisfatti o piacevolmente sorpresi dopo aver partecipato. Dalle interviste sono emersi cinque temi principali relativi agli aspetti positivi: incontrare i propri pari e ricevere conferma della normalità; condividere pensieri e sentimenti; dare e ricevere reciprocamente; scambiarsi consigli e informazioni e infine condividere la speranza. L'incontro con altre persone che avevano vissuto una perdita simile o identica si è rivelato fondamentale per ritrovare un senso di normalità. È stato confortante incontrare altre persone che, come loro, sobbalzavano guardandosi allo specchio, perdevano la concentrazione, si sentivano rassicurate sentendo parlare delle perdite altrui o rimuginavano su ogni sorta di pensieri strani. Molti dei familiari in lutto hanno affermato di attendere con impazienza gli incontri del gruppo di supporto al lutto e di sentirsi più felici e sollevati dopo gli incontri. Molto apprezzata è stata l'opportunità di condividere e parlare dei propri pensieri e sentimenti, che molti avevano tenuto nascosti ad amici e parenti. Hanno scoperto che altri individui in lutto potevano osare e ascoltare le loro sofferenze. Condividere, piangere e parlare di ciò che era accaduto ha portato grande conforto, e tra i partecipanti si è instaurato un clima di grande empatia e sostegno. Si sentivano "autorizzati" a mostrare rabbia, sfogarsi e piangere senza timore di sanzioni o sconcerto, perché era quello che facevano anche tutti gli altri. "Facilitati" dal gruppo, alcuni individui in lutto hanno potuto iniziare il loro processo di elaborazione del dolore e piangere per la prima volta dopo la perdita (Dyregrov et al, 2014). Ben poco sorprende gli altri o veniva considerato strano. Alcuni familiari in lutto sentivano di aver imparato a conoscere il proprio dolore confrontandosi con quello altrui. Sperimentavano un senso di aiuto e comprensione senza bisogno di molte parole, e altri familiari in lutto desideravano davvero ascoltare, ancora e ancora. Sebbene molti ricevessero sostegno dalle proprie reti di supporto, non avevano il coraggio di esprimere i propri sentimenti e pensieri più intimi (Dyregrov et al, 2014).

5.2 Tanatologia e *death education*

Come affermato in precedenza (vedi capitolo 1, paragrafo 1.2) ci troviamo nell'era post moderna, in cui i dibattiti sulla morte hanno assunto maggiore importanza. In quest'epoca di controllo tecnologico sulla natura e sulla vita umana, c'è più che mai bisogno di un'area di studio completamente nuova, la cui portata comprenda tutti gli incontri tra la vita e la morte. Si sta parlando infatti della tanatologia. Questa scienza è relativamente recente ed è emersa in un contesto storico caratterizzato da intensi cambiamenti sociali, economici e politici che hanno contribuito all'esclusione del concetto di morte dalla vita sociale. Infatti, la tanatologia, come scienza interdisciplinare, ha ottenuto riconoscimento solo dopo la Seconda Guerra Mondiale (Kastenbaum, 1993), nel contesto storico della negazione della morte tipica del XX secolo (Aries, 1975). La nascita di questa scienza è stata strettamente legata al momento storico e al rapporto dell'uomo con la morte in quel periodo (Testoni, Fonseca, 2010). La tanatologia, infatti, si sviluppa a partire dagli anni '60, quando un movimento di sensibilizzazione nei confronti della morte si esprime attraverso il lavoro di tre autori fondamentali: Herman Feifel, Elisabeth Kübler-Ross e Cicely Saunders. Lo psicologo Herman Feifel è stato l'apripista di questo movimento con la pubblicazione nel 1959 del suo libro *The Meaning of Death*: Feifel aveva vissuto l'esperienza della seconda guerra mondiale in aviazione ed era rimasto particolarmente segnato. Dedicò la sua vita a studiare la morte e il lutto da un punto di vista psicologico, cercando di svelare i falsi miti di medici e scienziati, in particolare la negazione dell'importanza della morte per la vita e per il comportamento dell'uomo. Cicely Saunders, infermiera e medico, fondò il primo *hospice* a Londra nel 1967 e, con esso, la filosofia alla base delle cure palliative. Anche Saunders aveva vissuto in prima linea l'esperienza della guerra, come infermiera. In seguito, come assistente sociale ospedaliera, aveva stretto un legame di profondo affetto con un paziente terminale, con il quale sviluppò l'idea di un luogo di cura più simile ad una casa. Riuscì così a creare il *St. Christopher's Hospice* dopo 19 anni di difficoltà, in un contesto medico che abitualmente non riteneva di avere un ruolo nell'accompagnare il paziente nell'ultimo viaggio, con dignità e senza dolore. Nel 1969 la psichiatra svizzera Elisabeth Kübler-Ross pubblicò *On Death and Dying*, libro che raccoglie le interviste di oltre 200 pazienti terminali, punto di partenza per la sua (oggi celebre e spesso fraintesa) teoria sulle fasi dell'elaborazione del lutto (vedi capitolo 3, paragrafo 3.1.3).

La tanatologia è stata definita come la comprensione scientifica della morte, dei suoi riti e dei suoi significati. O in modo più poetico, lo studio della vita con la morte inclusa (Kastenbaum, 1993). Questo ambito di studio non si occupa esclusivamente della morte da un punto di vista biologico ma esistenziale, psicologico, culturale, legislativo ed economico.

Parte integrante della tanatologia è la *death education*, che consiste in una varietà di attività educative organizzate per facilitare la comprensione della morte e della perdita (Wass 2004). Più nello specifico la *death education* è un campo

interdisciplinare che si concentra sull'insegnamento e sulla diffusione di conoscenze riguardanti la morte, il morire, il lutto e l'aiuto a chi soffre per esperienze di perdita. L'obiettivo della *death education* è di aiutare le persone a comprendere e affrontare meglio i vari aspetti della morte, ridurre la paura e il tabù che la circondano e promuovere una cultura più aperta e consapevole rispetto al fine-vita (Testoni, 2016). La religione, la tradizione, la famiglia sono stati tradizionalmente i responsabili di questa educazione. Tuttavia, nel mondo occidentale secolarizzato, che ha preso le distanze dai riti ma che ha rinforzato il tabù, la *death education* è una proposta che va a colmare un vuoto ed evita che il posto della religione venga assunto in modo paternalistico dalla medicina. Proprio i progressi della medicina e della tecnica, infatti, hanno introdotto un nuovo sguardo e aperto nuovi interrogativi che sfidano le tradizioni, l'etica e la legislazione ma che non possono trovare risposta all'interno della medicina stessa: morte cerebrale, eutanasia, accanimento terapeutico, direttive per il fine vita sono alcuni esempi che hanno acceso il dibattito sul significato e la natura della morte. Il cuore della *death education* si situa nello studio e nella riflessione sul significato della morte. Tra gli obiettivi principali possiamo individuare:

- conoscere i processi fisiologici, psicologici e sociali e gli aspetti della morte;
- conoscere gli atteggiamenti verso la morte;
- imparare a fare i conti con la realtà della propria mortalità;
- imparare a convivere con la realtà della morte;
- imparare ad aiutare un familiare o un amico in punto di morte o in lutto;
- imparare ad affrontare la perdita e il lutto.

Si danno due livelli diversi di intervento di *death education*. I principi fin qui considerati sono idonei per entrambi i percorsi: prevenzione primaria (*death education* in senso stretto) che è funzionale alla familiarizzazione di persone di qualsiasi età con i temi relativi alla finitudine. Nessuno è in lutto. In questo caso ogni individuo lavora "nel" gruppo e tutti sono pari. Mentre la prevenzione secondaria (grief education) consiste nel supporto all'interno di un gruppo di un minore o di una persona che deve gestire un lutto anticipatorio o completo. In questo caso tutto il gruppo lavora "per" il dolente (Testoni, 2016).

Ambiti in cui realizzare percorsi di *death education* sono quello psicologico clinico (ansia di morte / lutto), sanitario (cure palliative / *bad news*) e educativo (scuola / università e servizi educativi). L'educazione alla morte deve avere un approccio centrato sulla persona, non può prescindere da un'attenzione costante alle risposte emotive dei partecipanti ai percorsi formativi. Visto che la morte riguarda tutti, la *death education* serve a tutti. Un'attenzione speciale a medici e operatori sanitari, che rispetto ad altre categorie professionali, si ritrovano maggiormente, se non quotidianamente, in un contesto che ha che fare con la morte e con la malattia. Purtroppo, l'atteggiamento della medicina nei confronti della malattia è quello della

guerra, ma la guerra contro la morte non può essere vinta (anche se l'utopia di una vita eternamente prolungata continua ad avere il suo seguito). I giovani medici, quindi, si trovano impreparati o poco preparati nel gestire la morte, sia nella comunicazione con i pazienti e i familiari, sia come esperienza di lutto personale e di "fallimento" professionale, con conseguente rischio di burnout. Esistono numerosi modelli che sempre più frequentemente vengono insegnati per affrontare la comunicazione delle cattive notizie ma tra l'applicazione di un protocollo e la competenza comunicativa e relazionale necessaria c'è un abisso che potrebbe essere colmato dalla death education, attraverso strumenti come i role playing e la medicina narrativa (Testoni, 2015).

Le parole di Gawande, ancora una volta sono esemplificative di come un percorso di riflessione ed educazione sulla morte possa cambiare il punto di vista e di conseguenza la relazione tra medico e paziente: "Le persone gravemente ammalate hanno altre preoccupazioni oltre al semplice prolungamento della loro vita. Principalmente, come ci mostrano gli studi, vogliono evitare di soffrire, stare a più stretto contatto con familiari e amici, mantenere la lucidità mentale, non essere di peso agli altri e riuscire a dare un senso di completezza alla propria esistenza. Il nostro sistema di assistenza sanitaria tecnologica si è dimostrato clamorosamente incapace di soddisfare queste esigenze, e il costo di questo fallimento non può certo essere misurato solo in denaro. Il problema, quindi, non è come riuscire a sostenere i costi dell'attuale sistema. Il vero problema è come costruire un'assistenza sanitaria che aiuti veramente le persone a ottenere ciò che è più importante per loro alla fine della vita" (Gawande, 2014, p.155)

Altra categoria a cui dare particolare attenzione è quella delle persone anziane. La *death education* con persone in età avanzata, per quanto poco diffusa, va nella direzione del *life-long learning* e può rappresentare un momento di confronto e dialogo con altre persone, un modo per restituire una dimensione partecipata e collettiva a qualcosa che rimane generalmente relegato alla dimensione privata. Una comunità attenta al morire, al dolore e alla morte è una comunità in cui non si muore da soli. Gli argomenti di cui dovrebbe occuparsi un corso che si rivolge alle persone in età avanzata vengo spiegati in un articolo del 1980. Hannerole Wass, autrice di tale articolo, descrive 5 temi: i diritti del paziente, il diritto di morire, i gruppi di supporto emotivo e questioni legali legate al funerale (cfr. Testoni, 2015). Non si tratta quindi soltanto di pensare alla propria morte ma anche in qualche modo di gestirla con consapevolezza, acquisendo in anticipo le conoscenze e le competenze utili per prendere decisioni e prenderle in anticipo. Quello stesso atteggiamento di *shared decision making* e di autodeterminazione nei confronti della propria salute, che si sta imponendo come modello per la promozione della salute, si ripropone nei confronti della morte. Una sorta di prevenzione secondaria, che non è finalizzata ad evitare la morte ma a prendere consapevolezza di come si vuole morire (Testoni, 2015).

Conclusioni

La presente indagine ha inteso ripercorrere ed esaminare criticamente l'evoluzione dei modelli teorici sul lutto e la loro concreta traslazione nelle pratiche d'intervento clinico e sociale, offrendo una risposta agli interrogativi della fase introduttiva. I risultati emersi evidenziano in modo chiaro come l'elaborazione del lutto non possa più essere interpretata attraverso schemi rigidi, normativi o sequenze stadiali predeterminate. L'analisi dei modelli teorici contemporanei, in particolare il modello a doppio processo di Stroebe e Schut (1999) e la prospettiva costruttivista del *meaning making* sviluppata da Robert Neimeyer (2000) conferma che l'adattamento alla perdita è un percorso dinamico, altamente soggettivo e caratterizzato da un'oscillazione continua tra il confronto con il dolore della separazione e il riorientamento verso i compiti della vita quotidiana. L'obiettivo dell'elaborazione non si configura dunque come un distacco definitivo o un dimenticare, ma come la ricostruzione di un sistema di significato che la perdita ha frantumato.

Sul piano dell'inquadramento clinico, i dati raccolti permettono di chiarire la complessa distinzione tra lutto fisiologico e lutto complicato o prolungato. La differenza fondamentale non è nell'intensità o nella durata temporale della sofferenza acuta, bensì nell'incapacità di far evolvere il lutto acuto in lutto integrato, determinando una situazione di blocco evolutivo in cui l'angoscia e i comportamenti disadattivi compromettono il funzionamento globale della persona. Di conseguenza, le strategie d'intervento psicoterapeutico di matrice costruttivista e narrativa, tra cui la rielaborazione della narrazione dell'evento della morte, la scrittura terapeutica e l'esplorazione della posizione pro-sintomo, hanno dimostrato un'elevata efficacia. Tali approcci non mirano a eliminare o sopprimere il dolore ma accompagnano l'individuo nel riorganizzare l'esperienza della perdita all'interno della propria macro-narrativa di vita, facilitando la costruzione di legami continuativi e adattivi con la persona cara.

Inoltre, la ricerca ha posto in luce la centralità imprescindibile della dimensione sociale e comunitaria nel processo di elaborazione, confermando che la sofferenza non può essere esclusivamente un fenomeno intrapsichico o individuale. L'indagine sui gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto ha evidenziato come il confronto con i pari, l'ascolto empatico e la condivisione del dolore in un contesto privo di giudizio rappresentino potenti fattori protettivi contro la solitudine, l'isolamento e il rischio di cronicizzazione della sintomatologia depressiva. Parallelamente, l'approfondimento della tanatologia e delle pratiche di *death education* ha mostrato l'importanza di promuovere un'educazione emotiva e culturale sulla morte all'interno delle scuole, delle università, delle strutture sanitarie e dei contesti comunitari per la popolazione anziana. Rendere le persone consapevoli della propria finitudine rappresenta uno strumento di prevenzione primario e secondario fondamentale per superare i tabù moderni e riumanizzare il processo del morire.

In conclusione, l'elaborazione del lutto si configura come un processo complesso e multidimensionale, in cui la sfera individuale, la prassi clinica e la rete sociale sono indissolubilmente collegate. Le evidenze raccolte in questo lavoro di tesi sollecitano una sempre maggiore integrazione e collaborazione interdisciplinare tra le figure della salute mentale e gli operatori del sociale. Soltanto promuovendo interventi flessibili, personalizzati e ben radicati nel tessuto comunitario è possibile offrire un supporto efficace alla persona in lutto, trasformando il dolore devastante della perdita in una nuova forma di consapevolezza e crescita. Montaigne scriveva che “chi insegnasse agli uomini a morire, insegnerebbe loro a vivere”: la tanatologia riporta la morte dentro alla sfera della vita, invitandoci a guardarla e a imparare per dare una direzione alle nostre vite.

Riferimenti bibliografici

Ariès, P. (1975). *Western attitudes toward death: From the Middle Ages to the present* (Vol. 3). JHU Press.

Cacciatore, J., Thieleman, K., Fretts, R., & Jackson, L. B. (2021). Che cos'è un buon sostegno al lutto? Analisi degli attori e delle azioni nel sostegno sociale dopo un lutto traumatico.

Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Johnsen, I. (2014). Positive and negative experiences from grief group participation: A qualitative study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 68(1), 45–62.

Ecker, B., & Hulley, L. (2000). The order in clinical.

Fonseca, L. M., & Testoni, I. (2011). The emergence of thanatology and current practice in death education. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 64(2), 157–169. <https://doi.org/10.2190/OM.64.2.d>

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237–258). Hogarth Press.

Gawande, A. (2016). *Essere mortale: Come scegliere la propria vita fino in fondo*. Einaudi.

Gorer, G. (1955). The pornography of death. *Encounter*, 5(4), 49–52.

Gori, F., & Melone, C. (2016, 4 maggio). *I gruppi di auto mutuo aiuto per l'elaborazione del lutto*. Scuola di Psicoterapia Cognitiva. <https://www.psicoterapia-cognitiva.it/i-gruppi-di-auto-mutuo-aiuto-per-lelaborazione-del-lutto/>

Jacobsen, M. H., & Petersen, A. (2020). *Exploring grief: Towards a sociology of sorrow*. Routledge.

Kastenbaum, R. J. (1993). Reconstructing death in postmodern society. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 27(1), 75–89.

Lewis, C. S. (2007). *Diario di un dolore* (A. Ravano, Trad.; 16^a ed.). Adelphi.

Murphy, S. A., Johnson, L. C., & Lohan, J. (2003). Finding meaning in a child's violent death: A five-year prospective analysis. *Psychiatry*, 66(1), 92–104.

Neimeyer, R. A. (1998). Social constructionist perspectives on bereavement. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Lessons of loss: A guide to coping* (pp. 67–79). McGraw-Hill.

Neimeyer, R. A. (2011). Reconstructing meaning in bereavement. In M. Watson & D. W. Kissane (A cura di), *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 247–261). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470975176.ch21>

- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38(8), 485–498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46(2), 235–251. <https://doi.org/10.1177/000276402236676>
- Pesci, S. (2015). Il lutto e la sua elaborazione. *Nuovi Orizzonti*, 13, 13–20.
- Pitman, A. L., King, M. B., Marston, L., & Osborn, D. P. J. (2020). L'associazione tra la solitudine a seguito di un lutto improvviso e il rischio di tentativo di suicidio: un'indagine a livello nazionale su adulti in lutto. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(8), 1081–1092. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01921-w>
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 8(2), 67.
- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: Pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119–128. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (Eds.). (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., Schut, H., & van den Bout, J. (Eds.). (2013). *Complicated grief: Scientific foundations for healthcare professionals*. Routledge.
- Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita: Psicologia del morire e death education*. Bollati Boringhieri.
- Testoni, I. (2016). Psicologia del lutto e del morire: Dal lavoro clinico alla death education. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 50(2), 209–228.
- Wass, H. (2004). A perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 28(4), 289–308. <https://doi.org/10.1080/07481180490432315>