

## Lutto: dalla reazione fisiologica al disturbo da lutto prolungato

CLAUDIA CARMASSI<sup>1</sup>, GIULIA AMATORI<sup>1</sup>, ANDREA CAPPELLI<sup>1</sup>, ENRICO BROSIO<sup>2,3</sup>, HÉLÈNE CHAUVEL<sup>2</sup>,  
LILIANA DELL'OSSO<sup>1</sup>, ERIC BUI<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa; <sup>2</sup>Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Caen Normandie, France; <sup>3</sup>Faculté de Médecine, Université de Caen Normandie, France; <sup>4</sup>Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, United States.

**Riassunto.** La morte di una persona cara è un'esperienza universale, un evento proprio della condizione umana. Il lutto, ovvero l'insieme delle risposte cognitive, emotive e comportamentali alla perdita, è un processo psicologico tanto ubiquitario quanto unico e, per tale ragione, si è assistito a un lungo dibattito circa il riconoscimento di processi patologici di lutto, contrapponendo la necessità di alleviare la sofferenza psicopatologica dell'individuo al rischio di "medicalizzare" la reazione da lutto. Obiettivo della presente revisione è quello di riportare l'evoluzione delle descrizioni e definizioni delle reazioni fisiologiche e psicopatologiche da lutto presenti in letteratura, oltre ai principali disturbi mentali che possono insorgere in relazione alla perdita di una persona cara, in particolare il disturbo da lutto prolungato.

**Parole chiave.** Lutto, perdita, lutto acuto, lutto integrato, lutto prolungato.

*Grief: from the physiological reaction to the psychopathology.*

**Summary.** The death of a loved one is a universal experience, and marker of the human condition. Grief, the cognitive, emotional, and behavioral responses to bereavement, is both a ubiquitous and a unique psychological process. Thus, health providers often find themselves in a dilemma, caught between the need to alleviate an individual's distress and impairment, and the danger of overly "pathologizing" their grief reaction. This chapter reviews how acute grief reactions generally evolve over time, the clinical presentation of complicated grief, and finally, other psychiatric disorders that might develop or be precipitated in the aftermath of the death of a loved one, particularly prolonged grief disorder.

**Key words.** Grief, mourning, acute grief, integrated grief, prolonged grief.

### Introduzione

La morte di una persona cara rappresenta un'esperienza universale e un evento caratteristico della condizione umana. Le reazioni emotive e psicologiche alla perdita di una persona cara sono state descritte sin dall'antichità. Nell'*Iliade* (Omero, c.a.1260-1240 a.C.) viene così descritta la reazione di Achille alla perdita dell'amico Patroclo: «Ma Achille continuò a soffrire per il suo amico, che non riusciva a scacciare dalla mente, e il sonno che tutto vince si rifiutò di visitarlo. Si trascinava da una parte e dall'altra, pensando sempre alla sua perdita, alla persona e allo spirito di Patroclo [...], alle lotte col nemico e alle navi ostili. Mentre i ricordi si affollavano su di lui, le calde lacrime gli scorrevano sulle guance». Per quanto si tratti di un processo profondamente individuale, la reazione di lutto, composta dalle risposte cognitive, emotive e comportamentali alla perdita di una persona cara, è sperimentata da ogni essere umano nell'arco della sua vita. Trattandosi di un processo psicologico sia unico che ubiquitario, i clinici si trovano spesso ad affrontare un dilemma, divisi fra la necessità di alleviare la sofferenza individuale, che può risultare anche estremamente significativa e accompagnata da complicanze severe (come il rischio suicidario o le condotte autolesive), e il rischio di me-

dicalizzare la reazione al lutto. Nel presente testo saranno affrontati i temi dell'evoluzione del lutto acuto, del disturbo da lutto prolungato e di altre reazioni patologiche alla perdita, compresi altri disturbi mentali, unitamente ad alcuni dati epidemiologici.

### Dalle reazioni da lutto acuto al lutto integrato

Come descritto inizialmente da Bowlby<sup>1</sup>, gli esseri umani, in quanto tali, tendono a instaurare delle relazioni strette con le altre persone. La separazione da una figura di attaccamento rappresenta una minaccia rispetto all'omeostasi, tale da generare una reazione di allarme<sup>2</sup>, che si pensa essere associata all'attivazione del sistema simpato-adreno-midollare e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. La morte di una persona cara costituisce uno degli eventi vitali più stressanti per un individuo ed è spesso descritto come la più dolorosa delle esperienze nell'arco della vita. Il lutto potrebbe essere concettualizzato come una risposta allo stress causato dalla perdita di un'importante figura di attaccamento. Il lutto acuto è una reazione naturale alla separazione permanente da una persona amata e implica la difficoltà nell'adattarsi alla perdita, con persistenti vissuti di angoscia e rifiuto rispetto alla separazione. Il malessere che accompagna

gli sforzi vani finalizzati a riunirsi al caro deceduto potrebbe, nel tempo, motivare il soggetto a creare legami con altre persone e le nuove relazioni potrebbero, a loro volta, alleviare tale malessere. In una certa misura, le reazioni da lutto possono contribuire a un corretto riadattamento alla vita in assenza del defunto, generando uno stimolo per la formazione di nuovi rapporti interpersonali. Durante la fase acuta del lutto, i soggetti colpiti dalla perdita manifestano, nei confronti del defunto, frequenti pensieri, preoccupazioni, sentimenti di nostalgia, nonché persistente desiderio e ricerca della persona deceduta<sup>3,4</sup>. Inoltre, negli individui che hanno subito una perdita, non è raro osservare la presenza di un intenso e persistente dolore emotivo, d'isolamento sociale e perdita degli interessi. Infine, le risposte emotive sono variabili e includono diverse emozioni negative, quali tristezza, rabbia, ansia, colpa e vergogna, ed emozioni positive, che solitamente emergono in relazione alla rievocazione dei ricordi felici o sollievo qualora la morte sia giunta al termine di una lunga malattia. È importante notare come, a volte, le emozioni possano andare incontro a disregolazione, con alternanza di crisi di pianto incontrollate, scatenate anche da stimoli di lieve entità, a fasi di emotività positiva. Nella maggior parte dei soggetti che sperimentano un lutto, i pensieri e i sentimenti di perdita si modificano nel tempo e il lutto acuto evolve progressivamente in un lutto integrato<sup>5</sup>. Tale progressione non si verifica in una definita finestra temporale, ma le attuali definizioni di risposta maladattiva al lutto prevedono un periodo di tempo pari a 6-12 mesi. Ai fini della classificazione diagnostica attualmente proposta dai sistemi nosografici come nella revisione della quinta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), il DSM-5-TR<sup>6</sup>, le reazioni al lutto presenti nei primi 12 mesi dopo la perdita della persona cara dovrebbero essere considerate come parte di un lutto acuto non complicato. Nel corso del tempo, diversi fattori possono contribuire alla progressione del lutto acuto in lutto integrato, inclusi il riconoscimento della perdita (per es., adattare il proprio funzionamento socio-lavorativo alla nuova situazione senza la persona cara e ridefinire i propri progetti e obiettivi di vita senza il defunto) e l'integrazione dei sentimenti positivi e dolorosi circa la perdita<sup>1</sup>. Durante l'evoluzione del lutto acuto in lutto integrato, un processo che solitamente si verifica in modo frammentario, le capacità di regolazione affettiva sono ristabilite, l'intensità e la persistenza dei sentimenti di desiderio, nostalgia, tristezza e solitudine si riducono (e diventano, in genere, limitati nel tempo, verificandosi in momenti specifici come gli anniversari) e le capacità di gioire e provare piacere ricompaiono. Inoltre, la finalità della morte è processata e riconosciuta. Infine, gli interessi nei confronti delle attività e delle persone

sono restaurati, con la revisione degli obiettivi e progetti di vita senza il defunto.

### Disturbo da lutto prolungato

L'incapacità di adattamento a seguito dell'iniziale risposta allo stress (per es., incapacità di procedere dal lutto acuto al lutto integrato) è stata definita come disturbo da lutto prolungato (Prolonged Grief Disorder - PGD) nell'undicesima edizione dell'International Classification of Diseases (ICD-11)<sup>7</sup> e nel DSM-5-TR. Nonostante la causa della mancata progressione del lutto acuto in lutto integrato sia multifattoriale, diversi fattori di rischio sono stati proposti: difficoltà nella regolazione delle emozioni, cognizioni negative o disfunzionali (per es., ruminazione e pensiero controfattuale), comportamenti maladattivi come l'evitamento e fattori ambientali (per es., mancanza di supporto sociale e difficoltà economiche)<sup>3,5,8-11</sup>. Infine, la recente pandemia da Covid-19 ha messo in luce ulteriori fattori di rischio per lo sviluppo di PGD, quali l'impossibilità di rimanere in contatto con il defunto negli ultimi momenti di vita, l'incertezza riguardo le condizioni della persona cara prima del decesso e l'adozione nei confronti di quest'ultimo di pratiche mediche ritenute invasive<sup>12,13</sup>. La diagnosi di PGD secondo l'ICD-11 richiede l'aver fatto esperienza della perdita di una persona cara, di uno dei due sintomi di angoscia di separazione e di almeno uno fra i sintomi accessori (preoccupazione persistente relativa alle circostanze della morte o comportamenti di evitamento circa elementi in grado di evocare il ricordo del defunto; difficoltà nel procedere con la propria vita in assenza della persona deceduta, nel richiamare ricordi positivi della stessa e nel provare fiducia negli altri, ritiro sociale e sensazione che la vita non abbia senso; aumento nel consumo di tabacco, alcol e altre sostanze o incremento di ideazione e comportamento suicidari). È inoltre necessaria la presenza di una compromissione del funzionamento globale dell'individuo e di una durata minima di sei mesi a partire dal momento della perdita<sup>7</sup>. Un recente studio ha indagato la capacità diagnostica delle caratteristiche del PGD previste dall'ICD-11 in un campione di soggetti colpiti dalla perdita di una persona cara, dimostrando come una soglia corrispondente alla presenza di 6 sintomi accessori sia efficace nel distinguere fra soggetti affetti da PGD e i soggetti non affetti<sup>14</sup>.

Nel DSM-5-TR, il PGD è incluso all'interno dei "Disturbi correlati a trauma e stress". In breve, la diagnosi di PGD nel DSM-5-TR richiede la presenza di sintomi della durata minima di 12 mesi dalla perdita della persona cara (6 mesi nel caso di bambini), insieme al riscontro di almeno un sintomo nucleare, presente per la maggior parte dei giorni a un livello clinicamente significativo, fra i seguenti due: persistente desiderio o nostalgia del deceduto;

preoccupazione per il defunto o le circostanze della morte. È inoltre richiesta la presenza di almeno tre sintomi associati, clinicamente significativi e riferiti nella maggior parte dei giorni nell'arco temporale di almeno un mese, fra i seguenti otto: disturbo dell'identità; incredulità (difficoltà ad accettare la morte); evitamento; dolore emotivo; difficoltà a mantenere attività personali/professionali e relazioni; torpore emotivo; sensazione che la vita non abbia senso; sentimenti di solitudine. Così come per altri disturbi mentali descritti nel DSM-5-TR, i sintomi devono interferire con il normale funzionamento della persona o causare un marcato malessere. Infine, i sintomi appena descritti dovranno essere sproporzionati o incongruenti con le norme culturali, religiose o correlate all'età. Uno strumento elaborato in ambito clinico denominato Intervista Clinica Strutturata per il Lutto Complicato (Structured Clinical Interview for Complicated Grief - SCI-CG) è stato sviluppato per valutare tutti i sintomi compresi nei differenti gruppi di criteri diagnostici<sup>15,16</sup>. Nello studio di validazione della SCI-CG, condotto fra i soggetti colpiti da almeno 6 mesi dalla perdita di una persona cara e richiedenti un trattamento, il sintomo "desiderio e nostalgia" per il defunto è risultato il più comune dei sintomi sperimentati (88% del campione), un riscontro in linea con l'inclusione di tale sintomo all'interno dei criteri diagnostici previsti dal DSM-5-TR. Tuttavia, è interessante notare come il secondo sintomo più comunemente riscontrato sia stato quello dei sentimenti di tristezza e dolore emotivo (riportato dall'86,1% del campione). Infatti, le prime concettualizzazioni del lutto hanno enfatizzato il ruolo centrale del dolore emotivo<sup>17</sup> e, concordemente a ciò, un recente studio di analisi delle reti sociali ha identificato tale sintomo come la principale manifestazione del PGD<sup>18</sup>.

### Altre reazioni patologiche alla perdita

In aggiunta alla reazione patologica alla perdita rappresentata dal PGD, altri disturbi mentali possono svilupparsi o precipitare nel periodo successivo alla perdita di una persona cara. La tabella 1 riporta i più comuni disturbi mentali che possono svilupparsi a seguito della perdita di una persona cara e le loro caratteristiche principali.

### Disturbo acuto da stress e disturbo post-traumatico da stress

Il disturbo da stress acuto (Acute Stress Disorder - ASD) e il disturbo da stress post-traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD) possono emergere in seguito all'esposizione a un evento traumatico. Il DSM-5-TR definisce come traumatici gli eventi che implicano un'esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesio-

**Tabella 1.** Comuni disturbi mentali che possono svilupparsi a seguito della morte di una persona cara e loro caratteristiche principali.

	Emozioni principali	Principali preoccupazioni	Finestra temporale diagnostica
PGD	Desiderio, dolore emotivo	Defunto/perdita	≥12 mesi (≥6 mesi per i bambini)
ASD	Paura	Minaccia alla vita	≥3 giorni e <1 mese
PTSD	Paura	Minaccia alla vita	≥1 mese
MDD	Tristezza, anedonia	Inutilità/colpa	≥2 settimane

*Legenda:* PGD= disturbo da lutto prolungato; ASD= disturbo acuto da stress; PTSD= disturbo da stress post-traumatico; MDD= disturbo depressivo maggiore.

ne o violenza sessuale nella forma di esperienza diretta o indiretta. La diagnosi di PTSD richiede, in aggiunta al verificarsi di un evento traumatico, la presenza, per il periodo minimo di un mese, di almeno uno fra cinque sintomi intrusivi associati all'evento traumatico ed esorditi a seguito dello stesso, almeno uno dei due sintomi di evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico ed esorditi a seguito dello stesso, almeno due fra sette sintomi di marcata alterazione dell'arousal e della reattività associati all'evento traumatico ed esorditi o aggravatisi a seguito dello stesso. I sintomi appena citati dovranno inoltre essere associati a disagio clinicamente significativo o compromissione delle aree sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento e non essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica. La diagnosi di ASD prevede invece, in aggiunta al verificarsi di un evento traumatico, definito secondo gli stessi criteri previsti nella diagnosi PTSD, la presenza, per un periodo minimo di tre giorni e massimo di un mese, di almeno nove fra 14 sintomi di intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal. Così come osservato nel PTSD, i sintomi appena citati dovranno inoltre essere associati a disagio clinicamente significativo o compromissione delle aree sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento e non essere attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica. Alcuni studi hanno indagato specificatamente l'ASD e il PTSD associati a eventi di perdita, esaminando la loro relazione con il PGD. Recenti dati suggeriscono che il PGD si ritrovi spesso in comorbilità con il PTSD, soddisfacendo la metà degli individui tanto per i criteri per il PGD che per quelli per il PTSD<sup>19</sup>. Un recente studio ha identificato due tipologie di individui in un campione di soggetti colpiti dalla perdita di una persona cara a causa di un incidente aereo: un gruppo resiliente (privo di sintomi significativi), un gruppo di soggetti con diagnosi unica di PGD e un gruppo con diagnosi di PGD e PTSD<sup>20</sup>. Questi dati suggeriscono che il

PTSD associato alla perdita possa insorgere unicamente in presenza di sintomi significativi di lutto. Poiché sia l'ASD che il PTSD possono svilupparsi a seguito della morte di una persona cara in un lasso di tempo inferiore a quello necessario allo sviluppo di PGD, gli individui colpiti da una perdita potrebbero soddisfare i criteri per la diagnosi di ASD o PTSD durante i primi mesi dopo la morte della persona cara (per es., lutto acuto), anche qualora i criteri diagnostici per PGD non siano soddisfatti. Questi individui potrebbero dunque trarre beneficio da interventi clinici mirati al trattamento di queste condizioni. I trattamenti del PTSD basati sulle evidenze includono approcci psicofarmacologici (per es., antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e terapie incentrate sul trauma (per es., terapia di elaborazione cognitiva ed esposizione prolungata).

### **Disturbo depressivo maggiore associato alla perdita**

A partire dal DSM-III fino al DSM-IV-TR, i criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore (Major Depressive Disorder - MDD) riportavano come criterio specifico d'esclusione la reazione a un evento di perdita. Questo criterio stabiliva infatti che i primi due mesi successivi a un lutto non dovessero essere considerati per l'elaborazione della diagnosi di MDD, a meno che i sintomi depressivi dell'individuo colpito dalla perdita non raggiungessero determinati livelli di gravità (per es., episodi caratterizzati da marcata compromissione funzionale, suicidalità, psicosi, preoccupazione, sentimenti di inutilità o rallentamento psicomotorio)<sup>21</sup>. Gli studi recenti non hanno dimostrato differenze statisticamente significative fra i disturbi depressivi associati a perdita e quelli non correlati a perdita in termini di caratteristiche cliniche e risposta al trattamento<sup>22,23</sup>. Basandosi su questi dati, il criterio che imponeva l'esclusione dei casi associati a perdita è stato eliminato a partire dalla quinta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5), consentendo di effettuare la diagnosi di MDD anche nei casi di morte di una persona cara. È stato osservato che più di un quarto dei soggetti affetti da MDD soddisfa i criteri per PGD<sup>24</sup> e alcuni dati suggeriscono che la metà degli individui con PGD soddisfa i criteri per la diagnosi di MDD<sup>19</sup>.

Così come l'ASD e il PTSD, l'MDD può svilupparsi a seguito della morte di una persona cara, in un lasso di tempo più breve rispetto a quello richiesto per lo sviluppo di PGD. Di conseguenza, anche se un individuo si trova ancora nel primo mese dal momento della perdita e non soddisfa i criteri per la diagnosi di PGD, egli potrà comunque soddisfare i criteri per la diagnosi di MDD e beneficiare delle terapie volte al trattamento di questa condizione. I trattamenti dell'MDD, basati su evidenze scientifiche, includono approcci psicofarmacologici (per es., antidepressivi

inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e terapie cognitivo-comportamentali.

### **Altri disturbi psichiatrici**

Poiché la perdita di una persona cara rappresenta uno degli eventi vitali più stressanti, non è sorprendente che possa associarsi ad aumentata prevalenza di disturbi di ansia. Per esempio, un recente studio di popolazione (n=24,534) ha riscontrato che la morte inaspettata di una persona cara è associata a un'aumentata incidenza di MDD e PTSD, nonché di disturbo di panico. Altri dati empirici hanno mostrato una relazione fra la morte inattesa di un caro ed elevata incidenza di episodi maniacali, fobie, disturbo da uso di alcol e disturbo di ansia generalizzata in soggetti anziani<sup>25</sup>. Considerati insieme, questi dati suggeriscono che la morte di una persona cara rappresenta un significativo fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un ampio spettro di manifestazioni psichiatriche. In aggiunta, similmente agli eventi vitali stressanti maggiori, la morte di un caro precipita le ricadute di pregressi disturbi mentali in remissione. Anche in assenza di una diagnosi di PGD, è importante valutare, nei soggetti colpiti da perdita, la presenza di potenziali disturbi dell'umore e di ansia che potrebbero essere precipitati dall'evento<sup>26,27</sup>.

### **Epidemiologia**

#### **TASSI DI PREVALENZA**

I pochi studi epidemiologici effettuati sull'argomento e la variabilità fra i differenti gruppi di criteri diagnostici rendono difficile fornire dei tassi di prevalenza consistenti e comparabili per il PGD. Un ampio studio epidemiologico condotto in Germania (n=2,520) ha riportato una prevalenza di PGD nella popolazione generale pari a 3,7% e un tasso d'incidenza del 6,7% per lo sviluppo di PGD a seguito di una perdita<sup>28</sup>. Tali risultati concordano con quelli riscontrati da una recente meta-analisi che ha evidenziato una prevalenza del 9,8% di PGD in soggetti adulti colpiti dalla perdita di una persona cara<sup>29</sup>. Un altro studio condotto in Olanda su un campione di soggetti anziani (n=5,741) ha riportato una prevalenza del 4,8% per la presenza di PGD<sup>30</sup>. Elevati livelli di sintomi depressivi e di lutto prolungato sono stati riscontrati anche in popolazioni di adolescenti e bambini colpiti dalla perdita dei genitori o di altre figure di attaccamento<sup>31,32</sup>.

#### **FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI REAZIONI PSICOPATOLOGICHE ALLA PERDITA**

I fattori di rischio per lo sviluppo di una reazione psicopatologica alla perdita di una persona cara non



risultano essere specifici per una singola tipologia di reazione patologica. Un loro screening nella pratica clinica potrebbe tuttavia risultare utile nell'identificare soggetti a rischio per lo sviluppo di condizioni legate alla perdita (per es., PGD, ASD, PTSD, o MDD). Tali fattori di rischio sono differenziati in fattori precedenti alla perdita, correlati alla perdita e successivi alla perdita. I fattori di rischio precedenti alla perdita includono storia personale pregressa o familiare di disturbi mentali, sesso femminile, pensiero ruminativo, una relazione interpersonale di dipendenza con il defunto e un declino cognitivo<sup>28,30,33-35</sup>. I fattori di rischio correlati alla perdita includono la relazione con la persona deceduta (per es., perdita di un coniuge o di un figlio, stigma associato alla perdita come nel caso di un decesso per suicidio), il carattere improvviso (soggettivamente percepito) della perdita e l'immediata risposta psicologica alla stessa, inclusi il distress peri-traumatico<sup>36-38</sup> e la dissociazione peri-traumatica<sup>39</sup>. Infine, i fattori di rischio successivi alla perdita comprendono strategie di coping negative (per es., evitamento, uso di alcol o sostanze), scarso supporto sociale e conseguenze negative della perdita quali gravi difficoltà finanziarie<sup>28,40</sup>.

## Principi di trattamento

### DISTURBO DA LUTTO PROLUNGATO

Il trattamento di riferimento del PGD è la Prolonged Grief Disorder Therapy (PGDT), una terapia individuale manualizzata in 16 sessioni settimanali, che ha dimostrato essere efficace in tre studi randomizzati e controllati<sup>41-43</sup>. Alcuni dati emergenti suggeriscono anche che la terapia cognitivo-comportamentale può essere efficace<sup>44,45</sup>.

Al contrario, non è emersa l'efficacia dei trattamenti psicofarmacologici per il trattamento del PGD<sup>46,47</sup>. Lo studio controllato randomizzato di Shear et al.<sup>43</sup> in pazienti trattati con citalopram e PGDT ha mostrato che, mentre la combinazione di CGT e citalopram non ha migliorato i risultati del PGD, i sintomi depressivi sono migliorati significativamente con l'aggiunta di citalopram alla terapia.

### DISTURBO DA LUTTO PROLUNGATO IN COMORBILITÀ CON ALTRI DISTURBI MENTALI

Qualora i pazienti affetti da PGD soddisfino i criteri diagnostici per un altro disturbo mentale fra disturbo d'ansia, PTSD e MDD, sarebbe consigliabile, alla luce dei recenti dati di efficacia sulla farmacoterapia di tali condizioni psicopatologiche, aderire alle linee guida standardizzate per il trattamento degli stessi.

Tale approccio terapeutico dovrebbe essere evidenziato soprattutto per il MDD legato al lutto, poiché l'e-

scusione del lutto, che escludeva sistematicamente gli individui in lutto dalla diagnosi di depressione a meno che non fossero soddisfatti specifici criteri aggiuntivi, è stata rimossa nel 2013 con la quinta edizione del DSM.

## Conclusione

L'esperienza del lutto è parte dell'esperienza umana ed è stata oggetto, nel tempo, di numerose descrizioni, alcune delle quali risalenti al mondo antico. I recenti progressi in tale campo hanno condotto a un aumentato riconoscimento delle condizioni di disturbo da lutto prolungato, nonostante il dibattito scientifico circa la definizione degli specifici criteri diagnostici prosegua tuttora. Sebbene la ricchezza dei dati empirici avesse supportato già da tempo la validità di tale disturbo, la penultima versione del DSM (DSM-5) non includeva il PGD come diagnosi formale. Le recenti ricerche empiriche hanno tuttavia consentito di migliorare la definizione dei criteri diagnostici a tal punto da determinare l'inclusione ufficiale di tale condizione fra i disturbi mentali correlati a traumi e stress nel DSM-5-TR.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

## Bibliografia

1. Bowlby J. Loss. Sadness and depression. Vol. 3. Attachment and loss. London: Hogarth Press, Institute of Psycho-Analysis, 1980.
2. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956.
3. Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. *N Engl J Med* 2015; 372: 153-60.
4. Vedder A, Boerner K, Stokes JE, Schut HH, Boelen PA, Stroebe MS. A systematic review of loneliness in bereavement: current research and future directions. *Curr Opin Psychol* 2021; 43: 48-64.
5. Zisook S, Iglewicz A, Avanzino J, et al. Bereavement: course, consequences, and care. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16: 482.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing, 2013.
7. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th ed; ICD-11. World Health Organization, 2019.
8. Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA. The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1123-36.
9. Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA. The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003; 34 (3-4): 225-38.
10. Boelen PA, van den Hout MA, van den Bout J. A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2006; 13: 109-28.
11. Shear K, Monk T, Houck P, et al. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 453-61.

12. Vlaker JH, van Bommel J, Wils EJ, et al. Virtual reality for relatives of ICU patients to improve psychological sequelae: study protocol for a multicentre, randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021; 11: e049704.
13. Bui E, Ander I, Jaussaud C. Grief in the time of COVID-19: an editorial. *Int J Ment Health* 2021; 50: 1-3.
14. Comtesse H, Vogel A, Kersting A, Rief W, Steil R, Rosner R. When does grief become pathological? Evaluation of the ICD-11 diagnostic proposal for prolonged grief in a treatment-seeking sample. *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11: 1694348.
15. Bui E, Mauro C, Robinaugh DJ, et al. The structured clinical interview for complicated grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depress Anxiety* 2015; 32: 485-92.
16. Carmassi C, Shea MK, Massimetti G, et al. Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): a study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 1322-9.
17. Parkes C. Bereavement: studies of grief in later life. London: Tavistock, 1972.
18. Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, Vuletic HA, McNally RJ. Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *J Abnorm Psychol* 2014; 123: 510-22.
19. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 395-9.
20. Lenferink LIM, de Keijser J, Smid GE, Djelantik AAAMJ, Boelen PA. Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2017; 8: 1298311.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
22. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1449-55.
23. Zisook S, Corruble E, Duan N, et al. The bereavement exclusion and DSM-5. *Depress Anxiety* 2012; 29: 425-43.
24. Sung SC, Dryman MT, Marks E, et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *J Affect Disord* 2011; 134: 453-8.
25. Keyes KM, Pratt C, Galea S, McLaughlin KA, Koenen KC, Shear MK. The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 864-71.
26. Carmassi C, Shear KM, Corsi M, Bertelloni CA, Dell'Oste V, Dell'Osso L. Mania following bereavement: state of the art and clinical evidence. *Front Psychiatry* 2020; 11: 366.
27. Dell'Osso L, Carmassi C, Musetti L, et al. Lifetime mood symptoms and adult separation anxiety in patients with complicated grief and/or post-traumatic stress disorder: a preliminary report. *Psychiatry Res* 2012; 198: 436-40.
28. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 2011; 131: 339-43.
29. Lunderdorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 212: 138-49.
30. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord* 2011; 132: 231-8.
31. Harrison L, Harrington R. Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *J Adolesc* 2001; 24: 159-69.
32. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Walker Payne M, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death [published correction appears in *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 1319]. *Arch Gen Psychiatry* 2019; 68: 911-9.
33. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 2010; 127: 352-8.
34. Eisma MC, Franzen M, Paauw M, Bleecker A, Aan Het Rot M. Rumination, worry and negative and positive affect in prolonged grief: a daily diary study. *Clin Psychol Psychother* 2022; 29: 299-312.
35. Sekowski M, Prigerson HG. Associations between interpersonal dependency and severity of prolonged grief disorder symptoms in bereaved surviving family members. *Compr Psychiatry* 2021; 108: 152242.
36. Hargrave PA, Leathem JM, Long NR. Peritraumatic distress: its relationship to posttraumatic stress and complicated grief symptoms in sudden death survivors. *J Trauma Stress* 2012; 25: 344-7.
37. Pop-Jordanova N. Grief: aetiology, symptoms and management. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)* 2021; 42: 9-18.
38. Revet A, Suc A, Auriol F, Djelantik AAAMJ, Raynaud JP, Bui E. Peritraumatic distress predicts prolonged grief disorder symptom severity after the death of a parent in children and adolescents. *Eur J Psychotraumatol* 2021; 12: 1936916.
39. Bui E, Simon NM, Robinaugh DJ, et al. Perilous dissociation, symptom severity, and treatment response in complicated grief. *Depress Anxiety* 2013; 30: 123-8.
40. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 103-17.
41. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2601-8.
42. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1287-95.
43. Shear MK, Reynolds CF 3rd, Simon NM, et al. Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 685-94.
44. Rosner R, Bartl H, Pfoh G, Kotoučová M, Hagl M. Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: a long-term follow-up. *J Affect Disord* 2015; 183: 106-12.
45. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, et al. Treating prolonged grief disorder: a 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 1363-68.
46. Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14: 149-57.
47. Vance MC, Bui E. Pharmacotherapy of pathological grief responses. In: *Clinical handbook of bereavement and grief reactions*. Current clinical psychiatry. Totowa, NJ: Humana Press, 2018.

Indirizzo per la corrispondenza:

Prof. Eric Bui

Service de Psychiatrie

Centre Hospitalier Universitaire de Caen

Avenue de la Côte de Nacre

14000 Caen (France)

E-mail: bui-th@chu-caen.fr