

AURORA@ COVID19-EU

ARTICULATING A UNIFIED RESPONSE TO THE COVID-19 OUTBREAK
RECONSTRUCTION AFTER LOSS IN EUROPE

AURORA
@COVID19-EU



Questa pubblicazione è stata realizzata nell'ambito dell'azione Cooperazione per l'innovazione e la condivisione di buone pratiche, KA2 - Partenariati strategici: formazione professionale del progetto "AURORA@COVID19-EU (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092)", che mira a facilitare una risposta articolata per sostenere il lutto e la sofferenza a seguito della pandemia COVID-19.

AURORA
@COVID19-EU

La produzione di questo manuale è stata condotta dal DANISH NATIONAL GRIEF CENTRE (DNGC) con la collaborazione del team di AURORA@COVID19-EU. Se si desidera fare riferimento a questo documento, si prega di utilizzare la seguente dicitura:

Tølbøll, M., Østergaard, T., Nogueira, D., Cunha, C. Soares, J., Venuleo, C., Gelo, O., Tiziana, M., Jodar-Anchia, R., Gamoneda-Larripa, J. & AURORA@COVID19-EU team (2022). *Manual for Psychologists – Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe*. Maia: UMAIA Press. ISBN 978-989-35689-5-8.

Funded by
the European Union

Il sostegno della Commissione europea alla realizzazione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per l'uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute.

INDICE

Prefazione **4**
Informazioni su questo manuale 4
Prerequisiti professionali per l'utilizzo del manuale 4
Come utilizzare questo manuale 4
1.Introduzione **6**
2.Il lutto nel contesto COVID-19 in Europa **8**
Implicazioni per l'intervento 13
Contesto culturale 13
Italia 15
Portogallo 18
Spagna 19
3.Teoria del lutto, reazioni al lutto e livelli di supporto **21**
La teoria del lutto: una breve panoramica 21
Comprensione classica: sulla separazione dal defunto 21
Il lutto come fasi e compiti 21
L'importanza della teoria dell'attaccamento per la comprensione del lutto 22
Legami continui: come mantenere il legame emotivo 23
Il Dual-Process Model 24
Posizione contemporanea: Modelli di ricostruzione e integrazione del significato in un contesto di lutto 25
Il lutto nella pratica: quando le persone sono colpite dal lutto 25
Modello di assistenza al lutto – livelli di supporto e competenze 26
Reazioni naturali al lutto 27
Il lutto nella fase acuta 28
Reazioni complicate al lutto 29
Fattori di rischio e protettivi 29
Il lutto che necessita un trattamento specializzato 30
4.Considerazioni e proposte terapeutiche **31**
Alleanza 31
Posizione relazionale e mentalizzazione 32
Come ci sentiamo noi psicologi quando lavoriamo con le persone in lutto? 33
5. Metodi terapeutici **34**
Colloquio di valutazione 34
Interventi per la prevenzione delle reazioni complicate al lutto 37
Tipologia di espressione delle emozioni 39

Processi emotivi nel lutto complicato 42
Cambiare le emozioni 43
Sequenze di emozioni nel lutto complicato 43
Lavorare con il lutto attraverso l'EFT ai tempi della pandemia COVID-19 44
Comprendere e co-costruire i principali blocchi del lutto 46
Osservazioni conclusive 48
Terapia cognitivo-comportamentale per il lutto dopo il COVID-19 49
Insufficiente integrazione della perdita nella conoscenza autobiografica di base 50
Credenze globali negative e interpretazioni erronee delle reazioni al lutto 53
L'uso di strategie di evitamento ansioso e depressivo 56
Un approccio terapeutico eclettico al lutto dopo il COVID-19 58
Il Dual-Process Model (DPM): Il lutto come processo dinamico e complesso 58
Obiettivi specifici della terapia 61
Scrivere lettere come metodo nella terapia del lutto 61
La linea del tempo 63
L'uso delle foto 64
Terapia di gruppo 69
Il setting di gruppo 69
Metodi di gruppo 70
Terapia online 71
Presenza online 72
Osservazioni conclusive 74
Appendice 1 - Ulteriori risorse e letture 75
Appendice 2 - Disturbo da lutto prolungato 76
Appendice 3 - Colloquio di valutazione 78
Appendice 4 - Terapia online 82
Appendice 5 - Esprimere e condividere le emozioni attraverso le tecniche psicodrammatiche in gruppo 83
Riferimenti 90

PREFAZIONE

Informazioni su questo manuale

Questo manuale è stato creato nel 2022 grazie alla collaborazione tra l'Università di Maia - UMAIA/Maiêutica (Portogallo), l'Università del Salento (Italia), l'Università Pontificia di Comillas (Spagna), il Centro Ospedaliero e Universitario di São João E.P.E. e il Centro Nazionale Danese per il Lutto (Danish National Center for Grief - DNCG) (Danimarca), che ha coordinato il processo di collaborazione.

Lo sviluppo del presente manuale costituisce un output del progetto di ricerca-intervento "AURORA@COVID19-EU: Articulate a Unified Response to the COVID-19 Pandemic Reconstruction After Loss in Europe" ("Articolare una Risposta Unificata alla Pandemia COVID-19. Ricostruzione dopo la Perdita in Europa"), finanziato dall'Unione Europea - ERASMUS+ (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092). L'obiettivo primario del manuale è quello di rafforzare gli sforzi per prevenire lo sviluppo di reazioni complicate al lutto negli adulti in seguito alla pandemia COVID-19 che ha colpito l'Europa, e di fatto il mondo intero, all'inizio del 2020 e successivamente. Inoltre, l'obiettivo di questo progetto è promuovere comunità più compassionevoli e più competenti nell'accogliere e supportare le persone in lutto in Europa, sensibilizzando l'opinione pubblica e rafforzando l'educazione e l'informazione sul lutto, per una società alfabetizzata sul lutto e compassionevole.

Prerequisiti professionali per l'utilizzo del manuale

Il manuale non è un'introduzione alla psicoterapia in generale. Piuttosto, fornisce una descrizione di come un clinico esperto può approcciare gli interventi volti a prevenire lo sviluppo di reazioni complicate al lutto negli adulti, in particolare in relazione al lutto durante la pandemia COVID-19. Ispirato e adattato da recenti lavori che documentano trattamenti efficaci per le reazioni di lutto complicato (Johannsen et al., 2019), il manuale offre indicazioni su come sostenere e lavorare secondo una logica preventiva con le persone in lutto, utilizzando tre diversi approcci terapeutici. Per utilizzare il manuale è necessario essere uno psicologo o uno psicoterapeuta abilitato. Inoltre, si consiglia di avere almeno due anni di esperienza nel lavoro clinico e di avere un supervisore o un gruppo professionale di colleghi che si possa consultare quando si affrontano situazioni difficili.

Come utilizzare questo manuale

Questo manuale rappresenta un punto di partenza per gli psicologi e i terapeuti interessati a una guida introduttiva su come affrontare l'elaborazione del lutto in seguito alla pandemia COVID-19. Il manuale fornisce un quadro di riferimento per lavorare con le persone in lutto, illustrando diverse posizioni e metodi d'intervento. Il lettore viene innanzitutto introdotto a informazioni rilevanti sul lutto durante il COVID-19 nell'Europa meridionale e sulle implicazioni della perdita di una persona cara in circostanze così straordinarie. Il manuale prosegue fornendo una breve introduzione agli aspetti culturali di Italia, Portogallo e Spagna, particolarmente rilevanti per le sfide e gli effetti specifici del COVID-19 in ciascun Paese. Il manuale fornisce poi una breve introduzione alla teoria del lutto e a come utilizzare la teoria contemporanea del lutto nella propria pratica quotidiana. Infine, fornisce indicazioni su come condurre un colloquio di valutazione e su cosa cercare quando si valutano clinicamente le reazioni di lutto complicato.

Questo manuale è stato sviluppato da ricercatori e professionisti di quattro Paesi europei. L'intervento descritto in questo manuale riflette quindi diverse posizioni teoriche e metodi finalizzati a prevenire reazioni complicate al lutto. I lettori di questo manuale saranno introdotti ai principi della terapia

cognitivo-comportamentale, della terapia focalizzata sulle emozioni e di un approccio eclettico che utilizza la scrittura di lettere nel contesto del trattamento psicologico del lutto. Il manuale introduce diversi strumenti e strategie, in modo da rivolgersi a clinici con background terapeutici ed esperienze differenti. Inoltre, cerca di facilitare la possibilità di fornire un intervento personalizzato a ciascun individuo in lutto, con l'obiettivo di sostenerlo nei suoi bisogni e nelle sue sfide specifiche. Segue una breve sezione dedicata alle considerazioni sulla terapia di gruppo e una sezione sulla terapia online. Infine, il manuale offre al lettore ulteriori risorse e letteratura sull'intervento per il lutto e sul lavoro con il lutto.

Leggendo questo manuale, si potranno approfondire i seguenti temi:

- Il lutto nel contesto del COVID-19 nell'Europa meridionale
- Le Teorie del lutto
- La reazione al lutto naturale o complicata
- Aspetti importanti nella valutazione dei bisogni terapeutici del cliente
- Tre diversi metodi terapeutici che possono essere applicati nella prevenzione delle reazioni complicate al lutto complicato dopo il COVID-19
- Aspetti da considerare quando si lavora online o in gruppo con persone in lutto

1. INTRODUZIONE

L'epidemia di COVID-19 (SARS-CoV2) ha imposto enormi sfide sociali all'Europa. Oltre ai rischi per la vita stessa, ha rappresentato una grave minaccia per la salute mentale, le dinamiche sociali e la giustizia sociale (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, 2020). La capacità umana di affrontare il lutto e la perdita in circostanze estreme è stata messa a dura prova durante e dopo questa crisi pandemica (Moreira et al., 2020).

In Europa, i Paesi sono stati colpiti in modo diverso durante l'epidemia di COVID-19. Il numero di decessi dovuti al COVID-19 è stato particolarmente elevato nell'asse meridionale dell'Europa, ad esempio in Italia, Spagna e Portogallo. Tuttavia, autori come Morgan e colleghi (2020) sostengono che il vero bilancio delle vittime non comprende solo i decessi dovuti al COVID-19, ma anche quelli indiretti registrati durante la pandemia, ad esempio a causa della mancanza di accesso all'assistenza sanitaria dovuta all'interruzione globale dei servizi sanitari, all'aumento dei livelli di stress e ai problemi di salute mentale.

Inoltre, le pratiche sociali relative all'assistenza ai malati terminali, alla morte, ai servizi funebri e persino alla collocazione delle salme sono state sconvolte da un quadro di restrizioni di emergenza (Lowe et al., 2020; Stroebe & Schut, 2021). È probabile che queste restrizioni abbiano avuto un impatto negativo sui processi di elaborazione del lutto. Inoltre, la pandemia ha colpito soprattutto le persone più vulnerabili, peggiorando il loro già limitato accesso a un'adeguata assistenza sanitaria sul piano psicologico e l'esposizione a rischi socioeconomici (Morris et al., 2020). Affrontare il dolore e il lutto dei propri cari in questo contesto è considerato particolarmente problematico, tenendo conto dell'ulteriore brutalità dell'isolamento sociale, della diminuzione dei meccanismi di supporto sociale e della disponibilità di servizi di assistenza sanitaria (Morris et al., 2020).

A livello globale abbiamo assistito alla mancanza di strategie nazionali e/o di risposte unificate al lutto. Questo potrebbe portare a un aumento del numero di persone che vivono reazioni complicate al lutto dopo il COVID-19. Inoltre, la mancanza di una formazione sistematica degli operatori sanitari e di altri professionisti ha probabilmente portato a servizi di assistenza al lutto insufficienti per le persone in lutto (Aoun et al., 2019).

In questo contesto, il progetto di ricerca-intervento AURORA@COVID19-EU mira a facilitare una risposta unificata e articolata per rispondere alle esigenze delle persone in lutto dopo il COVID-19. Questo progetto di partenariato mira a sviluppare risorse formative per facilitare le pratiche e fornire agli psicologi e ad agenti diretti e indiretti di supporto una formazione sui temi della morte e del morire durante la pandemia COVID-19.

Agenti diretti: Tutti i professionisti diversi dagli psicologi e dai consulenti specializzati sul lutto, che incontrano le persone in lutto nel loro ruolo professionale. Per esempio, infermieri, medici, preti, direttori funebri, insegnanti, vigili del fuoco.

Agenti indiretti: Famiglia, amici, più ampia rete sociale e comunità di sostegno degli individui in lutto.

Secondo un modello di intervento sul lutto a quattro livelli (si veda pagina 25), sono stati sviluppati manuali di formazione per diversi professionisti, per rispondere a diversi livelli di esigenze, con un'attenzione specifica al supporto al lutto durante la pandemia COVID-19.

Per questo partenariato di cooperazione sono state scelte organizzazioni partner di Portogallo, Spagna e Italia, che saranno i principali divulgatori e partecipanti locali, con

la fase di implementazione pilota realizzata in Portogallo, Spagna e Italia. Il Centro Nazionale Danese per il Lutto (DNCG) si è unito a questo consorzio in quanto organizzazione altamente specializzata nella ricerca, nel trattamento e nella formazione in materia di lutto.

Unendo le conoscenze e gli sforzi, il progetto AURORA@COVID19-EU mira a rafforzare le capacità locali di formazione, le pratiche di trattamento clinico, la diffusione della ricerca e, in ultima analisi, a creare comunità più compassionevoli per soddisfare i bisogni delle persone in lutto attraverso reti locali di professionisti, volontari e istituzioni.

Il presente "Manuale di formazione I per psicologi" si rivolge agli psicologi che intervengono con persone a rischio di sviluppare reazioni di lutto complicate durante o in seguito alla pandemia COVID-19. Prima della pandemia, circa il 10-20% delle persone in lutto sperimentavano quella che può essere definita reazione di lutto complicata, in cui le emozioni e le reazioni al lutto non si placano ma rimangono a un livello elevato e debilitante (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Diversi studi hanno suggerito che in seguito alla pandemia COVID-19 questo numero aumenterà in modo significativo a causa dell'elevato numero di fattori di stress e di complicazioni che hanno segnato e tutt'ora segnano il lutto durante questa pandemia (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022).

Il Manuale di formazione per psicologi è prodotto in cinque lingue - inglese, italiano, portoghese, spagnolo e danese - e reso disponibile per l'uso non solo nei Paesi partecipanti, ma anche in tutta Europa e nel mondo, se necessario.

Il "Manuale di formazione I per gli psicologi" incorpora le raccomandazioni della Federazione Europea delle Associazioni di Psicologi per lo Sviluppo Professionale Continuo.

In conclusione, lo sviluppo e la diffusione del "Manuale di formazione I per gli psicologi" rappresenta un obiettivo ambizioso per contribuire a migliorare i servizi di assistenza al lutto, in particolare nell'Europa meridionale, a seguito della pandemia COVID-19. Tuttavia, pensiamo umilmente che questo sia solo un passo iniziale. Sarà necessaria una collaborazione continua tra educatori, ricercatori, professionisti e clienti in lutto per migliorare la nostra capacità di comprendere e affrontare i bisogni delle persone in lutto e promuovere risposte compassionevoli al lutto.

2. IL LUTTO NEL CONTESTO COVID-19 IN EUROPA

L'ESPERIENZA DELLA PERDITA

Studi recenti suggeriscono che lo scenario COVID-19 può complicare il processo di elaborazione del lutto, confrontando gli individui non solo con il dolore della perdita, ma anche con altre sfide dolorose che precedono e seguono la morte del proprio caro. Tra queste, ad esempio, l'impossibilità di essere vicini alla persona malata e di assisterla o di ottenere informazioni dal personale medico che si occupa della cura del proprio caro. Dopo la perdita, altre difficoltà sorgono nella mancanza di accesso al supporto necessario e ai rituali funebri a causa delle politiche di allontanamento sociale (Eisma et al., 2020; LeRoy et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Uno studio preliminare (Eisma et al., 2021) ha suggerito un rischio più elevato di lutto prolungato per le persone che hanno subito la perdita di una persona cara a causa del COVID-19 e di morti innaturali (ad esempio incidenti), rispetto a persone colpite da lutti naturali (ad esempio, morti per malattie croniche). Uno studio più recente (Breen et al., 2022) ha confrontato le reazioni al lutto di persone colpite da morti legate al COVID-19 e di persone colpite da lutti per altre cause naturali o violente durante lo stesso periodo, evidenziando che non esistono differenze significative nei livelli di sintomi di lutto disfunzionale, nella compromissione della capacità di dare significato all'esperienza, nei fattori di rischio e di compromissione funzionale. Inoltre, indipendentemente dalla causa della morte del loro caro, i livelli di compromissione funzionale delle persone in lutto nello scenario COVID-19 sono risultati uguali o maggiori rispetto ai gruppi di persone in lutto con reazioni di lutto complicato o disturbo da lutto prolungato prima della pandemia. Analogamente, un altro studio (Eisma & Tamminga, 2020) iniziato prima dell'epidemia di COVID-19 e condotto durante la sua diffusione, ha dimostrato che l'esperienza di una perdita durante la pandemia ha generato reazioni di lutto acuto più gravi rispetto a prima della pandemia.

Risultati di questo tipo suggeriscono che affrontare la perdita durante questa crisi sanitaria può portare a conseguenze negative e persistenti per chi è in lutto. I decessi avvenuti all'epoca del COVID-19 possono essere considerati perdite traumatiche poiché si sono verificati in modo improvviso, violento e inaspettato, non diversamente da quanto accade nei casi di suicidi, omicidi e disastri naturali (Kristensen et al., 2012). Una perdita così traumatica aumenta il rischio di un processo di lutto traumatico (Cipolletta et al, 2022): le persone coinvolte si trovano in difficoltà nell'accettare la morte e nell'iniziare a elaborare il lutto (Torrens-Burton et al., 2022) e si confrontano con un alto livello di incertezza (Freeston et al., 2020) e sentimenti di rabbia e disperazione (Selman et al., 2021). Questi aspetti, insieme all'allontanamento sociale forzato e alle restrizioni nelle visite alle strutture sanitarie e ai funerali, sembrano aver posto le basi per un'altra epidemia, quella del disturbo da lutto prolungato (Albuquerque et al., 2021).

Gli studi condotti nell'Europa meridionale (ad esempio Aguiar et al., 2020; Cipolletta et al., 2022; Farinha-Silva & Reis-Pina, 2020; Fernández & González-González, 2020; Menichetti-Delor et al., 2021) sembrano evidenziare quattro aspetti che contribuiscono a rendere traumatica l'esperienza del lutto in seguito al COVID-19. In particolare, l'impossibilità di dire addio, il carattere ignoto della morte, l'isolamento fisico e la mancanza di supporto sociale. Questi aspetti possono, tra l'altro, far luce sul motivo per cui possiamo aspettarci un aumento del numero di individui che soffrono di complicazioni del lutto a seguito della pandemia di COVID-19.

NON POTER DIRE ADDIO

L'impossibilità di dire addio a una persona cara che muore, prima e/o dopo la perdita, è risultata essere un fattore di rischio per il lutto complicato nello scenario COVID-19 (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). Ricerche precedenti rivelano che una morte improvvisa e inaspettata (Kersting et al., 2011; Lundin, 1984) e il fatto di non avere la possibilità di vedere la salma (Chapple & Ziebland, 2010; Merlevede et al., 2004) possono rendere difficile la realizzazione della morte della persona amata e, di conseguenza, l'accettazione della perdita così da "lasciarla andare". Per esempio, in uno studio multicentrico condotto su un gran numero di parenti di pazienti deceduti in un'unità di terapia intensiva (Kentish-Barnes et al., 2015), è emerso che i parenti che non hanno potuto dire addio alla persona amata presentavano sintomi di lutto complicato, disturbo post-traumatico e sintomi depressivi in misura maggiore rispetto ai parenti che avevano avuto la possibilità di dire addio. Durante l'emergenza sanitaria COVID-19, le persone hanno perso la vita in modo rapido e inaspettato e il virus ha colpito anche i cittadini di età inferiore ai 70-80 anni, che i social media avevano erroneamente descritto come non a rischio. A volte la rapida progressione del virus ha fatto sì che i parenti sentissero di non essere stati adeguatamente informati sulla gravità della situazione e di essere impreparati al momento del decesso (Menichetti-Delor et al., 2021).

Inoltre, negli ospedali e in altri servizi sanitari le politiche di visita dei degenti sono state riviste e la presenza dei visitatori è stata scoraggiata: i familiari e i parenti, quindi, non hanno potuto fornire conforto e supporto emotivo ai propri cari in fine vita. Il momento del fine vita si è svolto in condizioni traumatiche e senza precedenti, con persone che morivano in ospedali e case di cura senza le loro famiglie al loro fianco (Cipolletta et al., 2022). La distanza fisica dal paziente in fine vita o ormai deceduto ha fatto sì che le famiglie sentissero di non aver fatto abbastanza, creando sentimenti di colpa e di privazione (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021). Al contrario, la possibilità di comunicare con i propri cari in ospedale, grazie alle infermiere che tenevano il telefono vicino al letto, ha fatto la differenza nella capacità delle persone di dare un senso alla propria perdita e di modellare l'esperienza dell'addio (Wakam et al., 2020). Non poter vedere il corpo del defunto ha aumentato la sensazione di incredulità e la difficoltà ad accettare la realtà della morte. Hernández-Fernández e Meneses-Falcón (2021) raccontano di come le famiglie abbiano chiesto agli operatori sanitari dettagli concreti sul momento del decesso e/o prove della morte (ad esempio una foto o un oggetto personale, il certificato di morte) per poter strutturare una narrazione sensata dei fatti e accettare l'accaduto.

Inoltre, l'assenza di funerali o di rituali per segnare la morte ha contribuito all'idea di non dire addio e di non poter sancire simbolicamente la morte della persona amata. I funerali rappresentano una componente culturale e religiosa cruciale del processo di elaborazione del lutto (O'Rourke et al., 2011): da sempre, forniscono l'opportunità di trasmettere amore e rispetto per il defunto e di dirgli "addio"; segnano una transizione in cui la morte può essere pienamente realizzata, ma costituiscono anche un momento in cui le persone in lutto danno voce alle loro emozioni e ricevono supporto sociale e psicologico dalle loro reti di riferimento (Mortazavi et al., 2021). In Italia, le misure di chiusura hanno vietato le cerimonie funebri e chiuso i cimiteri ovunque (Ingravallo, 2020). In Spagna e Portogallo, i funerali sono stati limitati rispettivamente a tre e dieci persone più l'officiante (Aguiar et al., 2020). Misure simili sono state adottate in tutto il mondo (Burrell & Selman, 2022). In molti casi, le famiglie non hanno potuto sistemare e

scegliere gli abiti per il funerale, non c'è stata possibilità di vedere la salma, né di svolgere un vero e proprio funerale, come avrebbero desiderato. Le veglie funebri - un altro importante rituale in Paesi con una forte eredità cristiana come il Portogallo, la Spagna e l'Italia - non sono state possibili per lunghi periodi di tempo; ai membri della famiglia è venuto a mancare anche il significato correlato di poter rendere onore ai defunti, ricordando la loro vita, le loro azioni e i loro racconti (Aguiar et al., 2020; Burrell & Selman, 2020; Fernández & González-González, 2020).

L'INCERTEZZA CHE CIRCONDA LA MORTE

In questo contesto, l'incertezza ha a che fare con "l'incapacità di determinare il significato degli eventi legati alla malattia" (Mishel, 1988, p. 225). Hebert e colleghi (2009), hanno identificato quattro tipi di incertezza: *medica*, concernente la diagnosi, la prognosi e il decorso clinico; *pratica,* concernente i compiti che devono essere completati prima della morte o le preoccupazioni legate al periodo del lutto (ad esempio, dal punto di vista economico-finanziario); *psicosociale*, che riflette le preoccupazioni su come le dinamiche e le relazioni familiari saranno modificate a seguito della malattia e della morte; *religiosa/spirituale*, riferita a preoccupazioni esistenziali e a questioni di senso. Secondo gli autori, gli strumenti più importanti per aiutare le famiglie e i parenti ad affrontare tutte queste forme di incertezza sono una buona comunicazione e relazioni di fiducia tra i caregiver e gli operatori sanitari. In questo modo, i caregiver possono essere "preparati". Al contrario, l'incertezza che circonda la morte può aumentare il rischio di complicazioni nel processo di lutto: le difficoltà nella gestione dell'incertezza sono state associate a un rischio maggiore di lutto prolungato, stress post-traumatico e depressione (Boelen et al., 2016). Più la perdita è circondata da incertezza, più le persone hanno la sensazione di non sapere se la persona amata sia viva o morta, assente o presente; quindi, potrebbero non essere in grado di elaborare la perdita (Boss et al., 2021).

Tale sensazione di incertezza è riconosciuta come una delle principali cause di angoscia nei lutti durante il COVID-19 (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). L'imprevedibilità dei sintomi e del decorso della malattia, la mancanza di chiarezza - ad esempio, sulla diagnosi e sulle opzioni terapeutiche - ma anche le informazioni ambigue provenienti da fonti diverse e le lacune nella comunicazione con l'ospedale, hanno generato sentimenti di ingiustizia e bisogno di chiarezza su ciò che è accaduto al defunto (Menichetti-Delor et al., 2021). In particolare, l'assenza e/o l'inefficacia della comunicazione tra operatori sanitari e caregiver è segnalata come un aspetto critico nella gestione del decesso durante l'emergenza COVID-19. Ad esempio, uno studio condotto in Italia da Testoni e colleghi (2021) si è posto l'obiettivo di considerare il processo di notifica del decesso tra medici (notificanti), parenti del paziente (riceventi) e coloro che lavorano con loro (infermieri). Gli autori hanno rilevato che, se da un lato medici e infermieri hanno segnalato difficoltà relazionali nel supportare i parenti dei pazienti, dall'altro i parenti hanno riportato una sofferenza legata all'inefficacia degli operatori sanitari nella comunicazione prima e dopo il decesso.

Non avere la possibilità di dare un significato a una perdita improvvisa, inaspettata e traumatica rende la morte un problema aperto, portando a preoccupazioni e ruminazione, come ad esempio, cercare continuamente di ricostruire gli eventi per capire cosa è andato storto (Testoni et al., 2021) e "congelando" il processo di lutto. La preoccupazione per il defunto è uno dei sintomi chiave della diagnosi di Disturbo da Lutto Prolungato (Killikelly & Maercker, 2017). Questo supporta ancora una volta l'idea che il lutto durante la pandemia COVID-19 abbia aumentato il rischio di

sviluppare reazioni di lutto complicate nel tempo.

ISOLAMENTO FISICO E MANCANZA DI SUPPORTO

Il ruolo del supporto sociale come moderatore dell'impatto del lutto sulla salute psicologica e sul benessere è ben noto nella letteratura scientifica (per una rassegna, si veda Burke & Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Studi condotti un anno dopo il decesso hanno dimostrato come il supporto sociale di familiari e amici permetta di sopportare il processo di lutto senza incorrere in depressione o altre forme di disagio mentale (Benkel et al., 2009; Bonanno & Kaltman, 2001).

Durante l'emergenza COVID-19, le misure di allontanamento fisico e di quarantena domiciliare hanno in gran parte costretto le famiglie ad affrontare il processo di lutto da sole, senza il supporto delle loro reti sociali, anche per i familiari e gli amici non conviventi. Pertanto, alcuni dei più importanti fattori protettivi per l'adattamento al lutto e per affrontare la morte di una persona cara come il coinvolgimento della famiglia, la presenza fisica, l'elaborazione del lutto con altri e il supporto sociale (Lyons & Chamberlain, 2006) - sono stati negati alle persone in lutto nello scenario COVID-19 (Fernández & González-González, 2020). In alcune interviste condotte tra gli psicologi che offrono supporto alle famiglie in lutto nel Nord Italia (Menichetti-Delor et al., 2021), è stato riferito che una causa di grande sofferenza è stata l'impossibilità di elaborare il lutto insieme agli altri: a volte la sensazione è stata che la mancanza di contatto corporeo e di abbracci abbia bloccato l'esperienza fisica del lutto, ostacolando, ad esempio, l'importanza di piangere insieme. Inoltre, le famiglie possono aver sperimentato lo stigma sociale nei confronti delle perdite da COVID-19 (Albuquerque et al., 2021) che le ha fatte sentire ancora più abbandonate e sole, nell'impossibilità di ricevere supporto in una condizione di imposta distanza sociale.

EMOZIONI EVIDENZIATE NEL LUTTO COVID-19

Come abbiamo visto, l'impossibilità di dire addio, l'incertezza che ha circondato le morti, insieme all'isolamento fisico che impatta il momento del saluto finale e il processo di elaborazione del lutto, suggeriscono che le persone potrebbero avere difficoltà ad affrontare il proprio lutto. Le suddette circostanze specifiche che hanno caratterizzato la perdita di una persona cara, come il carattere rapido e inaspettato della morte, la mancanza di una chiara comprensione di come i propri cari siano venuti a mancare e la possibilità di vedere il corpo del defunto, hanno trasformato la perdita della persona amata in una **perdita ambigua**: come ha detto, in modo suggestivo, un familiare in lutto intervistato a Madrid (Fernández & González-González, 2020), "mi è sembrato una specie di rapimento". Infatti, come accade nel caso degli scomparsi, di cui non si avrà mai la certezza assoluta della morte, le persone in lutto durante il COVID-19 possono avere difficoltà a credere che il loro caro sia morto, poiché l'incertezza, la repentinità, l'imprevedibilità e l'assenza di rituali rendono ambigua anche la perdita (Bertuccio & Runion, 2020; Fernández & González-González, 2020; Testoni et al., 2021).

Altri si riferiscono a questo tipo di perdita come a un **lutto disconosciuto** (Albuquerque et al., 2021; Kaur et al., 2022; Kokou-Kpolou et al., 2020), come a un dolore non accettato o legittimato, che non è stato riconosciuto e sancito socialmente dagli altri a causa dell'isolamento e della mancanza di supporto sociale dopo la morte. Altri spiegano il lutto in termini di **lutto traumatico**, dove le circostanze traumatiche della morte, così come la paura per la perdita degli altri e della propria vita, complicano l'esperienza del lutto. Ad esempio, gli studi qualitativi condotti nel contesto

dell'Europa meridionale, basati sulle narrazioni dei lutti, evidenziano come spesso le narrazioni presentino tratti traumatici tipici che congelano il processo di lutto e complicano le risposte ad esso (ad esempio, Cipolletta et al., 2021; Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021; Mortazavi et al., 2021; Picardi et al., 2021; Testoni et al., 2021).

Nel complesso, le circostanze specifiche della perdita sembrano aver amplificato emozioni negative come rabbia, senso di colpa e tristezza, molto frequenti nei racconti delle persone in lutto nel contesto del COVID-19 (Albuquerque et al., 2021; Chopra & Arora, 2020).

RABBIA

La rabbia è stata una delle principali reazioni alla perdita e può essere collegata a una serie di circostanze che caratterizzano lo scenario COVID-19 (Cipolletta et al., 2022). Le persone in lutto fanno riferimento a un'intensa sensazione di abbandono da parte degli operatori sanitari, incapaci di offrire una comunicazione chiara su ciò che è accaduto al defunto e di fornire assistenza e un atteggiamento compassionevole nei confronti dei pazienti. Descrivono la sensazione di essere semplicemente un numero nella comunicazione con le autorità sanitarie e nelle modalità di trattamento del corpo, creando un senso di disumanizzazione. Qualcuno ha rimproverato ai medici di aver sbagliato la diagnosi del paziente, di aver impropriamente suggerito il ricovero o di aver fornito cure improprie. La lamentela è espressa anche nei confronti dell'amministrazione sanitaria che non è stata in grado di fornire un ricovero tempestivo. La rabbia è rivolta anche al governo, incapace di contenere la diffusione delle infezioni e di gestire l'emergenza sanitaria (Marinaci et al., 2021).

INCREDULITÀ E COSTANTE RUMINAZIONE

L'incredulità ha accompagnato le perdite durante il COVID-19, cioè la sensazione di "non poter credere che siano morti" (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). Il carattere improvviso della morte, l'imposta mancanza di contatto con la persona prima del decesso e la mancanza di un rituale funebre in presenza della salma hanno rappresentato un complesso insieme di circostanze che ha accresciuto l'ambiguità (Imber-Black, 2020) e ostacolato la possibilità di realizzare l'avvenuta perdita. La ruminazione si riferisce a domande come: "cosa è andato storto?", "è stato fatto tutto il possibile per salvare la persona amata?", "cosa hanno provato e pensato mentre affrontavano la morte da soli?" (Testoni et al., 2021).

IL SENSO DI COLPA

Il senso di colpa riferito dalle persone in lutto (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021) è legato al fatto di non essere stati al fianco della persona amata, quindi di non averle potuto offrire aiuto e conforto emotivo e di aver abbandonato la persona amata. In alcuni casi, il senso di colpa emerge in relazione al rimpianto per aver sottovalutato la letalità del virus o dalla paura/conferma di aver infettato personalmente il defunto.

VERGOGNA

Lo stigma del possibile contagio che circonda un decesso legato al COVID-19 ha spinto le persone a nascondere la malattia dei propri cari o la causa del decesso per evitare discriminazioni; di conseguenza, la possibilità di ricevere supporto sociale e pratico è risultata ulteriormente compromessa (Albuquerque et al., 2021).

ANSIA, ANGOSCIA E STRATEGIE DI COPING

A livello generale, la pandemia sembra aver messo in discussione le strategie di regolazione delle emozioni, ponendo un rischio elevato di sviluppare un disagio psicosociale (Di Blasi et al., 2021). Le difficoltà nella regolazione del disagio emotivo sono state correlate alla gestione delle incertezze dovute alla paura del

COVID-19 che, congiuntamente, ha aumentato il rischio di disagio psicologico (ansia, depressione e stress) (Gullo et al., 2022). Più specificamente, è stato sostenuto che la presenza di fattori di stress legati alla pandemia, come l'allontanamento sociale e le limitazioni nella disponibilità e nell'accesso a una rete sociale, ha reso più difficile per gli individui mettere in atto strategie di coping adeguate ad affrontare la perdita, con la conseguenza di livelli più elevati di disagio psicologico e risultati peggiori in termini di salute mentale (Fisher et al., 2022). Rabbia, negazione, senso di colpa, vergogna, depressione e ansia sono tutti sentimenti di lutto che accompagnano ogni perdita, compresi i decessi (Buglass, 2010). Si può ipotizzare che questi sentimenti siano stati sperimentati più intensamente nel contesto della pandemia COVID-19.

Implicazioni per l'intervento

Da quanto detto, si possono trarre alcune implicazioni per l'intervento clinico. Oltre a un intervento più generale sul lutto, è necessario concentrarsi sul significato attribuito da ciascun individuo ai seguenti aspetti: l'impossibilità di dire addio, il carattere sconosciuto della morte e la mancanza di supporto sociale, che possono richiedere un'attenzione specifica nell'intervento.

A tal fine, può essere utile considerare lo studio qualitativo di Menichetti-Delor e colleghi (2021). Questo studio si è basato sull'analisi delle chiamate di follow-up per il lutto offerte da un'unità di psicologia clinica alle famiglie dei pazienti COVID-19 deceduti in ospedale. Sono stati identificati i bisogni espressi dalle famiglie durante le telefonate. In primo luogo, il bisogno *di dare un significato* a ciò che è accaduto per "mettere insieme i pezzi". La costruzione di significato è un processo curativo centrale in risposta al trauma di una perdita, sia essa legata alla morte o no, e implica lo sforzo di comprendere ciò che è stato perso e come sia possibile costruire una nuova vita (Neimeyer & Sands, 2011). A tal fine, è determinante per chi ha subito un lutto, condividere e raccontare la propria perdita, in modo che la narrazione della propria esperienza possa facilitare la ricerca di significato e coerenza in tale esperienza (Neimeyer et al., 2010). In secondo luogo, è stata spesso segnalata la necessità di *esprimere emozioni* (come tristezza, ansia, rabbia, ma anche anestesia emotiva). Tale processo è stato reso difficile dall'isolamento e, quindi, dall'assenza di contenitori relazionali. In terzo luogo, il bisogno *di dare l'ultimo saluto* e la ricerca di modi alternativi per accompagnare la perdita e il lutto quando non è stato possibile organizzare un funerale tradizionale (ad esempio, accendendo una candela, organizzando una cerimonia all'aperto, o raccogliendo canzoni, foto e storie legate al defunto e/o anche esperienze digitali come ad esempio i memoriali online; si veda ad esempio il Memorial del Coronavirus promosso dall'emittente nazionale spagnola *Radio Televisión Española:* rtve.es/coronavirus/memorial). La quarta esigenza principale individuata è stata quella *di ricordare* il defunto insieme agli altri membri della famiglia e di condividere con loro i ricordi del passato. Anche in questo caso, tale processo è stato ostacolato dall'isolamento dovuto al COVID-19, che ha portato i membri della famiglia a vivere un lutto solitario.

Lo studio evidenzia quali siano gli aspetti specifici che hanno caratterizzato il lutto nell'ambito della pandemia COVID-19 e che può essere opportuno affrontare sul piano dell'intervento. Questo aspetto sarà ulteriormente approfondito nelle sezioni successive relative all'intervento.

CONTESTO CULTURALE

I decessi diretti che hanno caratterizzato i paesi europei nello scenario pandemico COVID-19 richiedono un intervento mirato e hanno

motivato lo sviluppo di questo partenariato strategico di cooperazione tra quattro Paesi (il progetto AURORA). Mentre Portogallo, Spagna e Italia hanno registrato più di 280 decessi ogni 100.000 abitanti, la Danimarca ha registrato meno di 65 decessi. Nella sezione che segue, illustriamo l'ambito generale, le tendenze e i gruppi target colpiti in ciascun contesto.

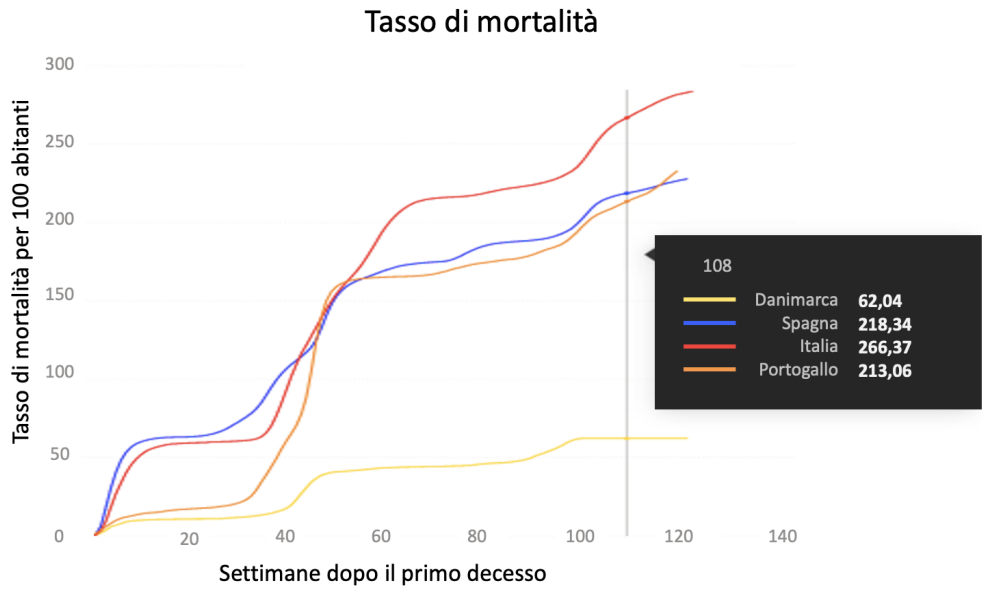


FIGURA 1 Comparazione situazione COVID-19 tra i paesi partner del Progetto AURORA (Fonte: National Public Health School - https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/epidemiologia-da-covid-19/letalidade-e-mortalidade-entre-paises/)

Molte delle restrizioni imposte per contrastare la pandemia COVID-19 sono entrate in conflitto con le abituali pratiche e le risposte collettive e culturali solitamente attivate in caso di morte e nelle situazioni di fine vita, come descritto in precedenza. Le restrizioni imposte dal COVID-19 hanno aumentato il rischio di sviluppare reazioni complicate al lutto e si prevede che avranno un impatto sulla salute mentale delle persone in lutto (Stroebe & Schut, 2021).

Per fornire una prospettiva comparativa complessiva tra i dati COVID-19 nazionali di seguito riportati, facciamo riferimento alla panoramica globale più recente contenuta nell'articolo dell'Economist "Tracking COVID-19 death across countries". Poniamo attenzione particolare ai decessi in eccesso e non al conteggio delle morti - in quanto quest'ultimo dato sottovaluta il numero totale di vittime - in modo da fornire una panoramica dell'impatto reale in termini di vite perse a causa della pandemia.[1]

[1] "Tracciare l'eccesso di decessi di COVID-19 nei vari Paesi: In molte parti del mondo, i conteggi ufficiali di morte sottovalutano il numero totale di decessi", The Economist 20 ottobre 2021 (aggiornato a marzo 2023), https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker

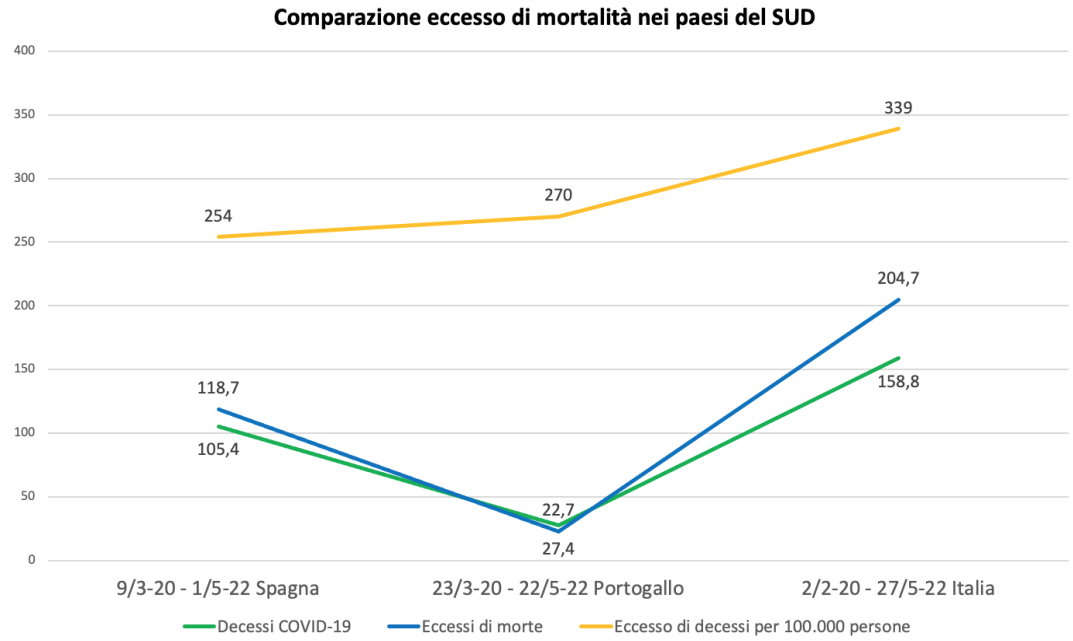


FIGURA 2 Eccesso di mortalità per Paese (Fonte: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained)

Sulla base della ricerca portoghese e del modello statistico che calcola nove persone in lutto per ogni decesso (Albuquerque et al., 2021; Carvalheiro et al., 2021), il numero approssimativo di lutti durante la pandemia COVID-19 nei tre Paesi è il seguente:

TABELLA 1 - Numero approssimativo di persone in lutto

Paese	Totale popolazione 01/2020	Eccessi di morte	Totale approssimativo dei lutti
Spagna	47.332,60	118,740	1.068,660
Portogallo	10.295,90	27,440	246,960
Italia	59.641,50	204,710	1.842.390

Fonte: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained

Italia

Dati demografici di COVID-19 nel contesto italiano

L'Italia è stato il secondo Paese al mondo, dopo la Cina, a essere colpito dalla pandemia COVID-19 e a registrare un drammatico record nel numero di decessi da COVID-19. L'Italia ha subito un totale di 188.322 decessi da COVID-19 secondo il dashboard dell'OMS sul Coronavirus (COVID-19) (marzo 2023). Il corteo di furgoni dell'esercito che attraversa la città di Bergamo[2] trasportando i corpi dei defunti rimane probabilmente tra le immagini più eloquenti e simboliche della violenza delle perdite,

[2] Una città del Nord Italia, l'area geografica interessata per prima.

del lutto e del dolore vissuti durante l'esperienza italiana del COVID-19, divenendo al contempo un simbolo della paura condivisa a livello mondiale (Figura 2).



FIGURA 3 Corteo di furgoni dell'esercito con le salme dei morti COVID-19

La popolazione anziana è stata la fascia di età più colpita dal COVID-19, con un'età media di 80 anni (43,6% donne, 56,4% uomini) (Istituto Superiore di Sanità, 2021a; Polidori et al., 2020). Le case di cura hanno registrato la maggior parte dei focolai con un alto tasso di mortalità, soprattutto all'inizio della pandemia. Secondo i dati di un'indagine nazionale avviata dal Ministero della Salute (Gnasso et al., 2022), un totale di 9154 residenti nelle case di cura è morto dal 1° febbraio al 5 maggio 2020.

La fascia di età inferiore ai 50 anni è la seconda fascia di età più colpita, con 1743 deceduti da COVID-19, tra cui 440 donne sotto i 40 anni; 273 gli uomini e 167 le donne di età compresa tra 0 e 39 anni (Istituto Superiore di Sanità, 2021b). Ben l'82,3% dei decessi si è verificato negli ospedali, con quasi 500 decessi registrati tra gli operatori sanitari (Istituto Superiore di Sanità, 2021b). Soprattutto all'inizio, ma anche durante tutta la pandemia, ci si è confrontati con una mancanza di personale sanitario, di posti letto nelle unità di terapia intensiva e di dispositivi di protezione individuale. Ciò è avvenuto all'interno di un sistema sanitario già in sofferenza per la mancanza di risorse.

Sono già disponibili alcuni studi sull'impatto psicologico sul personale sanitario direttamente coinvolto nella risposta al COVID-19 (Barello et al., 2020; Felice et al. 2020; Marinaci et al., 2020, 2021). Uno studio italiano ha esplorato l'effetto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale di un ampio campione di operatori sanitari italiani (Moro et al., 2021), analizzando il ruolo di fattori individuali e lavorativi durante la fase di riapertura successiva al primo rigoroso lockdown. Tra i fattori individuali presi in considerazione, il sentirsi stigmatizzati o discriminati in quanto operatori sanitari a causa del COVID-19 e aver subito violenza a causa della propria professione durante la pandemia sono risultati associati sia a sintomi depressivi clinicamente

rilevanti che a disagio psicologico. Altri studi condotti in Italia hanno rilevato livelli medio-alti di esaurimento emotivo e sintomi psicosomatici (Marinaci et al., 2021), insieme a sentimenti di paura e impotenza (Marinaci et al., 2020).

Sebbene non esistano studi in Italia sul numero e sulle caratteristiche di chi ha subito il lutto durante la pandemia COVID-19, è probabile che l'elevata incidenza tra la popolazione anziana abbia lasciato in lutto soprattutto coniugi anziani, figli adulti e nipoti.

Le famiglie dei pazienti ricoverati sono state private dell'assistenza ai loro parenti malati, della possibilità di essere presenti al momento della morte, di vedere e prendersi cura del corpo del loro parente deceduto e di celebrare riti funebri o altre cerimonie. Tutte queste condizioni eccezionali - spesso compresenti o moltiplicate a causa di più perdite nella stessa famiglia - hanno provocato un impatto emotivo e psicologico molto forte (Menichetti-Delor et al., 2021; Vito, 2021), come evidenziato nelle sezioni precedenti.

Assistenza al lutto - pre e post COVID-19

In Italia il supporto emotivo e pratico, prima e durante il COVID-19, è ed è stato generalmente fornito dalla famiglia e dalla rete amicale. In parte a causa di vincoli culturali connessi alla percezione della professione psicologica, non è molto comune la ricerca di supporto professionale per le reazioni al lutto. Inoltre, non esiste una risposta coordinata a livello nazionale per l'assistenza al lutto, né linee guida nazionali per gli psicologi, e l'attenzione scientifica sul lutto è relativamente limitata.

Esistono diverse associazioni di volontariato che supportano, e durante la pandemia hanno continuato a supportare, le persone in lutto attraverso gruppi di auto-aiuto distribuiti su tutto il territorio nazionale (http://vivereilmorire.eu/accompagnamento-lutto/elenco-italiano-dei-gruppi-ama-per-lelaborazione-del-lutto/). I gruppi di mutuo-aiuto rappresentano una preziosa possibilità di condividere le emozioni, promuovere l'autoefficacia, evitare il ritiro sociale e favorire la costruzione di significati (Cipolletta et al., 2022), ma non dispongono di competenze specifiche per fornire una risposta di intervento alle persone in lutto a rischio o con reazioni complicate al lutto.

Durante la pandemia, sono state avviate diverse iniziative per fornire supporto alle persone nell'affrontare l'impatto psicologico generale del COVID-19. Il Ministero della Salute e della Protezione Civile ha attivato un numero verde per il supporto psicologico ai cittadini, grazie anche alla collaborazione con l'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) - punto di riferimento nazionale per gli psicologi che lavorano nelle Università e negli Enti di ricerca - che ha consentito la messa in rete dei servizi di psicologia presenti nelle strutture universitarie. Servizi gratuiti di supporto psicologico raggiungibili online o telefonicamente sono stati offerti anche da singoli psicologi in ambito privato, associazioni professionali e servizi psicologici accademici (ad esempio Parolin et al., 2021), molti dei quali non sono più attivi.
Tuttavia, le azioni intraprese durante la pandemia per il supporto nel lutto sono apparse brevi, frammentarie, organizzate localmente e non specificamente focalizzate sul lutto.
La drammaticità del COVID-19 non ha portato a cambiamenti significativi nell'assistenza al lutto né a una strategia a livello nazionale. Inoltre, poca attenzione è stata prestata all'impatto psicologico conseguente alle misure di allontanamento fisico. Questa è la situazione attuale, nonostante la portata, l'impatto e le condizioni eccezionali del COVID-19 in Italia, e nonostante il fatto che la necessità generale di un'assistenza al lutto più sistematica in seguito

al COVID-19 sia riconosciuta dai professionisti (Costantini et al., 2020).

Rimane quindi in primo piano la necessità di una strategia di lutto coordinata a livello nazionale, insieme a una risposta professionale per l'assistenza al lutto dopo la pandemia COVID-19 in Italia.

Portogallo

Dati demografici di COVID-19 nel contesto portoghese

Secondo il Dashboard dell'OMS sul Coronavirus (COVID-19) (marzo, 2023), il Portogallo ha registrato un numero totale di 26.266 decessi dovuti al COVID-19, per la maggior parte uomini (52,6% e 47,4% donne). Gli anziani sono stati i più colpiti dalla malattia e il numero di decessi è stato più alto tra le persone di 80 anni.

Assistenza al lutto - pre e post COVID-19

Prima del 2019 in Portogallo, come in molti paesi europei, mancava una risposta integrata di salute pubblica per assistere le persone in lutto e anche l'assenza di strutture di volontariato che (in)formalmente potessero assistesse e fornire supporto alle persone in lutto per colmare le lacune dell'assistenza sanitaria e promuovere una società più compassionevole.

Nel 2019, il governo portoghese, rappresentato dal Dipartimento del Direttore Sanitario, ha proposto e approvato un'importante normativa per la "Implementazione del Modello di Intervento Differenziato per i Disturbi da Lutto Prolungato". Ciò conferisce alle persone in lutto che soffrono di un Disturbo da Lutto Prolungato il diritto e l'accesso a un'assistenza al lutto basata sulle necessità, che deve essere identificata e attuata dagli operatori sanitari del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò rappresenta la scelta, da parte del Portogallo, di riferirsi alla formale inclusione, da parte dell'OMS, del "Disturbo da Lutto Prolungato" nell'11ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-11.

Cinque istituzioni nazionali sono state designate come centri di riferimento per fornire assistenza specializzata alle persone in lutto con reazioni complicate. Inoltre, sono stati forniti strumenti di valutazione e linee guida ai medici per garantire un adeguato intervento. Nonostante questo miglioramento nazionale nell'offerta di servizi, questo quadro era precedente al COVID-19 e non era ancora stato adeguatamente implementato nel sistema sanitario pubblico a causa della mancanza di risorse umane in queste unità pilota.

Inoltre, va osservato che circa il 60% delle équipe portoghesi di cure palliative offre un programma di supporto al lutto formalmente strutturato ai familiari che hanno perso un familiare (Carvalheiro et al., 2021).

Anche dopo COVID-19, la limitata disponibilità di psicologi clinici nel sistema pubblico rimane il problema fondamentale della psicologia clinica sovvenzionata pubblicamente. In Portogallo, su circa 24.000 psicologi, solo 250 lavorano nell'assistenza primaria nel sistema sanitario nazionale, il che si traduce in un rapporto di 2,5 psicologi per 100.000 abitanti (OPP, 2020).

Il COVID-19 ha portato un cambiamento inimmaginabile e repentino alle pratiche standard del sistema sanitario. Nonostante tutti i vincoli e le limitazioni imposte dal COVID-19, la comunità in generale è diventata più attenta e sensibile all'importanza della salute mentale, ma anche all'importanza della cura e dell'assistenza alle persone in lutto, e molti professionisti sono stati in grado di reinventarsi e pensare a modi creativi per superare questi ostacoli.

Un esempio di re-invenzione creativa e di collaborazione unitaria della professione degli

psicologi clinici è stata l'introduzione della linea diretta di emergenza psicologica, creata come risposta al COVID-19 dal Sistema Sanitario Nazionale con la collaborazione dell'OPP - Associazione Portoghese degli Psicologi. Questo organismo ha anche sviluppato molte linee guida e materiali importanti per l'intervento degli psicologi in diversi contesti, e anche delle brevi linea guida per affrontare le particolarità del lutto e del dolore nel contesto pandemico (https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_luto.pdf).

Ciononostante, anche in considerazione dell'elevato numero di persone colpite da un lutto durante la pandemia COVID-19, è necessario istruire e formare un maggior numero di professionisti per poter rispondere a questa elevata ed enorme domanda post-pandemica.

Dati sul lutto COVID-19

Uno studio online condotto tra la popolazione generale adulta con 929 partecipanti (Aguiar et al., 2020) ha riscontrato che il 17,9% ha perso una persona cara dall'inizio della pandemia e l'impatto sulla salute mentale è dimostrato dalla prevalenza del 30,7% di sintomi d'ansia clinica, del 10,2% di sintomi depressivi e del 16,8% con un punteggio elevato nella scala del lutto prolungato.

I risultati preliminari del campione portoghese di persone in lutto dello studio "Grief and Bereavement in face of COVID-19 Pandemic: Transnational Study on its impact on well-being" (Barbosa et al., 2022), che riporta una raccolta di dati online nel periodo tra gennaio e ottobre 2021, con un totale di 127 partecipanti in lutto, riferiscono indicatori simili.[3] I dati sulla salute mentale dei partecipanti sono i seguenti: Il 75,6% presenta punteggi clinicamente significativi di sintomatologia ansiosa (di questi il 59,1% a livello lieve-moderato e il 16,5% con sintomatologia grave); il 30,5% dei partecipanti presenta reazioni sintomatologiche clinicamente significative di stress post-traumatico. Per quanto riguarda la depressione, il 66,9% presenta livelli clinicamente significativi di sintomatologia depressiva (47,6% lieve-moderata e 19,3% grave). Infine, per quanto riguarda i dati sulle reazioni di lutto complicato, il 23,8% dei lutti manifesta una sintomatologia indicativa dell'insorgenza di un possibile disturbo da lutto prolungato.

Spagna

L'impatto di COVID-19 nel contesto spagnolo

Secondo i dati del dashboard **Coronavirus (COVID-19) dell'OMS**, 119.479 persone sono morte in Spagna a causa del COVID-19, da marzo 2020 a marzo 2023. Come nel caso dell'Italia e del Portogallo, anche in Spagna la fascia di età più anziana è stata quella maggiormente colpita dalla mortalità COVID-19, e i dati della prima e peggiore ondata rivelano incrementi del 55,4% dei tassi di mortalità tra i 65-74enni e del 75,9% tra le persone di età superiore.

Il lutto nel contesto spagnolo prima e dopo il COVID-19

Il COVID-19 ha costretto a vivere il lutto in solitudine, in una società come quella spagnola che valorizza soprattutto il supporto sociale di amici e familiari stretti (Fernández & González-González, 2020). Gli operatori sanitari sono stati particolarmente colpiti dai processi di lutto traumatico (Gilart et al., 2021).

In Spagna non c'è stata una valutazione professionale della necessità di interventi terapeutici per i lutti con reazioni complicate, ma ci sono stati alcuni adattamenti da parte

[3]Gli intervistati sono per lo più donne (83,6%) con un'età media di 31 anni. L'età media del familiare deceduto era di 71,8 anni e le principali cause di morte sono state: malattie cardiorespiratorie 19,5%; malattie oncologiche 36,7% e malattie COVID-19 10.2%. Solo il 10% dei partecipanti ha ammesso di non aver partecipato ai riti funebri del proprio caro.

delle istituzioni sanitarie pubbliche e delle società private per far fronte a queste esigenze.

La risposta pubblica alla perdita e al lutto dopo il COVID-19 continua a essere sostenuta dalle cure primarie, in cui il medico si concentra principalmente sui sintomi di ansia e depressione, utilizzando raramente i criteri diagnostici di lutto complicato o prolungato. Le principali risposte sono la prescrizione di psicofarmaci (ansiolitici e/o antidepressivi) e, meno frequentemente, l'invio ad uno psicologo clinico.

Il problema fondamentale dell'intervento psicologico sovvenzionato dai bilanci pubblici risiede nella limitata disponibilità di psicologi clinici nel sistema pubblico (5,14/100.000 abitanti, dieci volte inferiore al sistema danese[3]), e nei conseguenti ritardi nell'invio (da 1 a 9 mesi a seconda della provincia).

Sebbene non vi sia stato un cambiamento fondamentale nella risposta complessiva all'assistenza al lutto dopo la pandemia, si è registrato un aumento significativo della presenza di psicologi clinici in alcune regioni della Spagna. Durante il primo anno della pandemia, il dolore e il lutto hanno ricevuto un'attenzione particolare. Ad esempio, l'Associazione Ufficiale di Psicologia in Spagna ha offerto diverse edizioni di corsi di formazione per lavorare sul lutto (https://www.copmadrid.org/web/formacion/actividades/20211229112306641780/c2210-v-edicion-curso-intervencion-psicologica-procesos-duelo).

I Collegi Ufficiali di Psicologia hanno messo a disposizione della società diverse risorse per affrontare il disagio e il dolore creati dalla pandemia, delle guide da diffondere al pubblico generale e ad alcuni professionisti (ad esempio, https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/GUIA%20Duelo.pdf) e per le famiglie (http://www.infocoponline.es/pdf/GUIA_PARA_FAMILIARES_EN%20DUELO_GT%20Duelo.pdf).

Il Ministero della Salute spagnolo ha costituito un gruppo di lavoro composto da persone con background diversi: psicologi, specialisti di medicina di famiglia e di salute comunitaria e medici specialisti in medicina preventiva e salute pubblica, oltre a specialisti in bioetica e gestione del lutto, per la presa in carico di persone che avevano appena perso i loro cari a causa del COVID-19. Di conseguenza, sono state diffuse alcune infografiche per aiutare la popolazione ad affrontare la perdita di una persona cara (https://eurohealthnet-magazine.eu/materiales-de-apoyo-para-afrontar-el-duelo-en-tiempos-de-coronavirus-en-espana/).

Il Ministero della Salute e il Consiglio Generale degli Psicologi hanno offerto una linea di assistenza ai parenti delle persone malate o decedute a causa del coronavirus. Anche la Croce Rossa ha creato un servizio ("Cruz Roja te escucha", "la Croce Rossa vi ascolta"), per offrire supporto e accompagnamento psicosociale, in particolare a parenti e amici di persone gravemente malate o decedute a causa della malattia causata dal COVID-19. Una parte importante della risposta ai bisogni delle persone in lutto è venuta da enti di beneficenza come la "Fundación Mario Losantos del Campo" (https://www.fundacionmlc.org/) o il "Centro de Humanización de la Salud " (https://www.humanizar.es/).

Nonostante gli sforzi compiuti per rispondere alle esigenze delle persone in lutto in questo periodo senza precedenti, in tutti questi Paesi del Sud del mondo c'è ancora molto da fare.

3. TEORIA DEL LUTTO, REAZIONI AL LUTTO E LIVELLI DI SUPPORTO

Lo scopo di questa breve introduzione nel campo della ricerca sul lutto è quello di offrire una conoscenza di base dei principali modelli teorici esplicativi e delle teorie che hanno contribuito a formare o a rappresentare l'attuale comprensione del lutto e dell'intervento.

LA TEORIA DEL LUTTO: UNA BREVE PANORAMICA

Negli ultimi cento anni si sono verificati cambiamenti fondamentali nella comprensione psicologica e -scientifica del lutto. Ciò ha importanti implicazioni per lo sviluppo dell'attuale trattamento del lutto . Questo manuale presenta un quadro generale e quindi semplificato dello sviluppo della comprensione del lutto (per un resoconto teorico più completo, si veda ad esempio Stroebe et al., 2001).

Dall'inizio del 1900, i modelli psicologici più importanti del lutto sono stati costituiti prima dall'ipotesi psicoanalitica del lavoro sul lutto, poi - dalla fine degli anni '60 alla fine degli anni '80 - dalle teorie delle fasi e dalle teorie sui compiti del lutto. Negli anni Novanta si è assistito a un cambiamento di paradigma nella comprensione del lutto e nella ricerca di intervento con il Modello dei legami continui e il Dual-Process Model (Modello a doppio processo). Questi modelli esplicativi hanno offerto diversi costrutti teorici per la comprensione del lutto e non una spiegazione teorica unificata, né sono stati tutti supportati empiricamente (Guldin, 2010; 2019). La comprensione del lutto è stato un campo di ricerca soggetto ad importanti discussioni accademiche.

Comprensione classica: sulla separazione dal defunto

Il distacco era la parola chiave della comprensione psicoanalitica classica del lutto (Freud, 1913). La comprensione del lutto da parte di Sigmund Freud si basava sulla sua teoria dell'operazionalismo e del risparmio di "energia". Seguendo questo modello, si pensava che l'energia del lutto fosse legata all'oggetto amato che non c'era più, e che la persona in lutto dovesse liberare l'energia per continuare a vivere, separando, distaccando e liberando i propri sentimenti, ricordi e aspettative dalla persona perduta. Questa comprensione teorica della psiche ha portato all'approccio terapeutico della catarsi - il confronto con le emozioni come necessità per risolvere il lutto - che ha dominato la comprensione del lutto per decenni (Freud, 1917; Guldin, 2019; Klass & Steffen, 2018). L'approccio ha incontrato notevoli critiche: gli studi empirici sull'ipotesi del lavoro sul lutto non sono riusciti a supportare la tesi che il confronto con le emozioni del lutto sia necessario per il recupero (Archer, 2008; Guldin, 2019). Poiché il lutto consiste di problemi multipli, questa comprensione e approccio metodologico al lutto è apparsa troppo unilaterale. Il focus posto sul distacco e la separazione dal defunto attraverso il confronto con le emozioni del lutto sono cambiati radicalmente negli ultimi tre decenni.

Il lutto come fasi e compiti

A partire dagli anni Sessanta, si sono sviluppate una serie di teorie psicodinamiche sulle fasi e sui compiti del lutto, chiamate "Teoria degli stadi" e "Teoria dei compiti". Le teorie degli stadi comprendono la teoria delle fasi del lutto di John Bowlby (Bowlby, 1980), le cinque fasi di Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 2006), le quattro fasi di Johan Cullberg (Cullberg, 2008) e il modello dei compiti di James William Worden (Worden, 2018). La comprensione del modello

di Freud del distacco e della catarsi sta alla base dei modelli delle fasi e dei compiti, che fondamentalmente ritengono che il lutto richieda di lavorare attraverso le emozioni e verso una riorganizzazione della relazione da cui ci si distacca. Come nelle teorie delle fasi, i compiti si basano su una comprensione del lutto come processo interno in cui la persona in lutto deve affrontare ed elaborare attivamente le emozioni del lutto attraverso una serie di compiti, al fine di distaccarsi e adattarsi alla vita senza il defunto (Guldin, 2019; Mogensen & Engelbrekt, 2013; Stroebe et al., 2001).

Probabilmente la teoria più significativa sulle fasi del lutto è il modello di Bowlby che si basa sulla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969; 1973; 1980). La teoria dell'attaccamento è fortemente fondata su studi empirici sul legame tra i bambini piccoli e le loro madri, e sui modelli di elaborazione del lutto. Bowlby (1980) ha descritto quattro fasi nel corso del lutto (shock e intorpidimento, desiderio e ricerca, disorganizzazione e riorganizzazione) che, come processo individuale, riflettono i cambiamenti nella vita quotidiana dopo la perdita. Secondo Bowlby, l'obiettivo del lavoro sul lutto è la riorganizzazione dell'attaccamento alla persona perduta. In altre parole, i modelli di funzionamento interno di sé/altro che la perdita ha scosso devono essere modificati per consentire alla persona in lutto di rimanere legata al defunto, ma anche di iniziare a considerare la vita quotidiana per come alterata dalla perdita. Bowlby in questo modo sviluppa ulteriormente l'idea di distacco nell'ipotesi del lavoro sul lutto; il distacco non è più l'obiettivo finale, ma qualcosa a cui la persona in lutto si rapporta nel processo di riorganizzazione dei modelli di lavoro interni e dell'attaccamento alla persona perduta (Bowlby, 1980).

La critica ai modelli sulle fasi e sui compiti è diretta principalmente alla comprensione del lutto, diventata l'eredità principale nel campo da Freud in poi, vale a dire il requisito della confrontazione e del lavoro attraverso la liberazione delle emozioni al fine di distaccarsi dal defunto. Secondo Archer (2008), i modelli di fase e di compito hanno un supporto empirico limitato e Guldin (2010; 2019) sottolinea che non ci sono prove che "il confronto con la perdita attraverso compiti per la liberazione dal lutto promuova l'adattamento in tutti i lutti". È quindi un nodo aperto nel dibattito sul lutto se il "lavorare *attraverso* la prospettiva del distacco" sia favorevole al processo di elaborazione del lutto (Guldin, 2010; 2019).

I modelli delle fasi e dei compiti sono anche criticati perché troppo schematici nella loro visione del lutto, troppo rigidi nelle loro raccomandazioni cliniche per i processi di elaborazione del lutto e per la terapia del lutto, e troppo ristretti nella loro comprensione eziologica delle reazioni di lutto complesse. Non tutte le persone in lutto attraversano le fasi e i compiti nell'ordine suggerito. Il lutto non può essere sempre descritto e osservato empiricamente in termini di particolari fasi o sulla base di particolari assunti teorici secondo cui, ad esempio, deve esserci "una particolare accettazione" o elaborazione della perdita. Infine, i modelli non tengono conto delle differenze culturali nel lutto (Guldin, 2019; Klass & Steffen, 2018; Stroebe et al., 2001).

L'importanza della teoria dell'attaccamento per la comprensione del lutto

Le teorie dell'attaccamento e delle fasi del lutto di Bowlby (Bowlby, 1969; 1973; 1980), come descritto in precedenza, hanno avuto un grande impatto sulla comprensione generale del lutto. Secondo Bowlby, l'attaccamento consiste nella tendenza umana a formare legami emotivi stretti e duraturi con particolari persone che possono fornire protezione, sicurezza, conforto e pace (Bowlby, 1988; Broberg et al., 2008). Quando il legame con una figura di attaccamento particolarmente importante si spezza a causa di un decesso, questo può avere un forte impatto sulla persona che rimane.

Bowlby ha sottolineato che le quattro fasi della sua teoria del lutto seguono un processo individuale, il cui ordine dipende dall'individuo (Bowlby, 1980). Tuttavia, per superare bene il lutto, le rappresentazioni interne dell'altro perduto, del sé in lutto e del legame tra loro devono essere riorganizzate. Ciò significa che l'attaccamento al defunto deve essere trasformato e adattato alla nuova realtà in cui la presenza fisica della persona perduta non esiste più. Non si tratta quindi di un distacco, ma di una riorganizzazione del rapporto con il defunto.

La teoria dell'attaccamento ha contribuito a orientare la comprensione nel campo verso una visione del lutto come processo unico, funzione della relazione con la persona perduta e della qualità della relazione; in altri termini, la teoria favorisce una comprensione dell'espressione del lutto in relazione al significato, per l'individuo, della persona perduta. In questo modo, Bowlby sviluppa anche una visione specifica dell'impatto che il lutto può avere quando la qualità della relazione con il defunto non è ottimale.

Legami continui: come mantenere il legame emotivo

La recente comprensione del lutto segue il cambiamento di paradigma del modello dei Legami Continui (Continuing Bonds - CB) (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018) e del Dual-Process Model (DPM) di Coping del lutto (Stroebe & Schut, 1999). Nel modello dei Legami Continui, il lutto è visto come un processo che dura tutta la vita. il legame con la persona perduta viene mantenuto e diventa parte della vita interiore della persona in lutto, cioè la relazione viene interiorizzata. Questa teoria ha rappresentato una ribellione contro l'interpretazione nel campo del lutto da parte di Freud della separazione dalla persona deceduta come necessaria. Secondo questa teoria, la persona in lutto non ha bisogno di disimpegnarsi, ma semplicemente di rimodellare l'attaccamento al defunto. Si mantiene il legame emotivo con la persona perduta per integrarlo nella propria narrazione personale della vita e nella propria coscienza e conservare il significato della relazione nella propria vita. Questo può essere fatto, ad esempio, attraverso dialoghi interiori, ricordi, visualizzazioni e rituali personali. In questo modo, una connessione interiore viva con il defunto aiuta a facilitare il lutto e ad adattarsi alla perdita (Guldin, 2019).

La teoria è emersa come risultato del fatto che sia i clinici che i ricercatori hanno iniziato a notare che le persone in lutto che mantenevano un contatto interiore, probabilmente spirituale, con la persona perduta non sviluppavano reazioni complicate al lutto. Una serie di risultati concomitanti di diversi gruppi di ricerca ha mostrato legami positivi tra il mantenimento di un legame continuo con la persona perduta e un migliore adattamento sociale alla perdita nelle persone in lutto. Da qui, il modello dei Legami Continui si è evoluto come una controreazione che ha superato decenni nei quali è stata sostenuta la necessità di distaccarsi e disimpegnarsi dall'attaccamento alla persona di cui si è subita la perdita. La teoria è inclusiva, ampia e si sforza di non semplificare i processi di lutto o i modi specifici in cui le persone lavorano con il lutto (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

Due decenni dopo l'affermarsi della nuova concezione del lutto, Klass e Steffen (2018), in una nuova pubblicazione sulle direzioni future per la ricerca e l'intervento sul lutto, hanno sostenuto che il legame con la persona perduta ha una natura intersoggettiva: il dolore della perdita è una relazione tra il lutto e la persona perduta che è sia presente che assente. La mancanza e la nostalgia sono di per sé una relazione con colui che era presente. Pertanto, il lutto è compreso come un'attività situata e comunicativa, e la terapia del lutto come finalizzata a fornire l'accesso alla storia di fondo

della relazione, consentendo alla persona in lutto di ripristinare l'attaccamento e ricostruire un "mondo" la cui significatività è stata messa in discussione dalla perdita. Nel lavoro terapeutico, la persona in lutto deve creare e integrare una rappresentazione interiore equilibrata del legame emotivo con la persona perduta, che può tradursi in modi idiosincratici di avere con sé la persona cara perduta. È un compito clinico valutare quando il rapporto luttuoso con la persona perduta è appropriato e quando non lo è, ma finché mantenere il legame emotivo sembra utile alla persona in lutto, porta all'adattamento e non complica il lutto, si è sulla strada giusta (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

Questa teoria è stata oggetto di numerose ricerche (si veda Klass et al., 1996; Klass & Steffen 2018) ed oggi il mantenimento del legame emotivo gioca indubbiamente un ruolo importante nel processo di elaborazione del lutto.

Il Dual-Process Model

Il Dual-Process Model di coping per il lutto ha identificato due processi critici, o fattori di stress, associati alla perdita: il processo orientato alla perdita e il processo orientato al recupero. Stroebe e Schut (1999) hanno sostenuto l'esistenza di un'oscillazione dinamica e regolatoria di importanza cruciale tra i due processi. Secondo il modello, un'appropriata e adeguata elaborazione del lutto consiste nell'affrontare, alternativamente e gradualmente, la realtà della perdita e le emozioni difficili, mentre in altri momenti si rimanda, si evita e ci si distrae dal lutto, per concentrarsi invece sul compito di ristabilire la vita senza la persona perduta. Allo stesso modo, il modello comprende le modalità patologiche di elaborazione del lutto, ad esempio l'assenza di un'oscillazione equilibrata tra evitamento e confronto o l'intrusione involontaria a seguito di una perdita traumatica, come un disturbo nel processo di oscillazione (Stroebe & Schut, 1999). Secondo Guldin (2019), il Dual-Process Model sottolinea che il lutto è un processo individuale, dinamico e adattivo che è in costante movimento all'interno della persona e in relazione al mondo esterno. Pertanto, le circostanze esterne influenzano il processo di lutto all'interno, così come i processi cognitivi interni modulano il lutto all'esterno.

La persona in lutto deve essere in grado di alternare e passare in modo flessibile tra i due processi, che sono considerati equivalenti. Il grado di coinvolgimento in un processo rispetto all'altro è individuale e dipende dalla perdita specifica, e questa possibilità di comprensione articolata e individuale del lutto è la grande forza del modello. Nel processo di perdita, le persone in lutto sono distratte dal processo riparativo e si relazionano emotivamente e cognitivamente con il riconoscimento della perdita relazionale irreversibile. Questo può avvenire con reazioni come la nostalgia, l'assenza di significato, la disperazione, l'accettazione della finitezza e la riorganizzazione dell'attaccamento e del significato del defunto nella rappresentazione interiore. Nel processo riparativo, le emozioni dolorose vengono messe in pausa e la persona in lutto si relaziona, con un approccio focalizzato sui problemi, con i cambiamenti di vita concreti e gli aspetti funzionali della perdita, ad esempio imparando nuove abilità in relazione ai compiti di cui la persona perduta si occupava in precedenza, cambiando ruolo, trovando nuovi confidenti dopo la perdita e creando legami più stretti con altre persone care. La continua creazione di significati sulla perdita guida la persona in lutto nella comprensione e nell'elaborazione del lutto. L'intero processo di elaborazione del lutto è diretto ad integrare la perdita nella comprensione di sé e, quando il lutto è complicato, viene compreso in termini di mancanza di oscillazione tra i due processi e di attivazione degli stessi. Se la persona in lutto si

muove solo in un processo, qualcosa sarà trascurato nell'altro processo.

Posizione contemporanea: Modelli di ricostruzione e integrazione del significato in un contesto di lutto

La letteratura emergente cerca di incorporare la natura idiosincratica della comprensione del lutto, ponendo l'accento sui processi di creazione di significato implicati nell'esperienza del lutto, che possono facilitare la possibilità di una crescita post-traumatica dopo che la perdita è stata integrata (Tedeshi & Calhoun, 2004). In questo senso, Neimeyer (2000; 2001; 2022), basandosi su una prospettiva costruttivista, afferma che il lutto è un processo attivo di ricostruzione del significato che è stato messo in discussione dalla perdita. Questi modelli utilizzano diverse procedure/strategie narrative, rituali ed espressive per promuovere il racconto della perdita traumatica e favorire l'integrazione della nuova identità del sopravvissuto, consentendo, allo stesso tempo, che la storia personale del lutto possa andare avanti (Neimeyer, 2022). La terapia di ricostruzione del significato del lutto è una terapia costruttivista teoricamente coerente che integra il contributo della teoria dell'attaccamento, dei legami continui e del processo duale, ed è una terapia tecnicamente eclettica (cfr. Neimeyer & Sands, 2022).

Alba Payàs e Adrian Chaurand (2019) hanno proposto un metodo di intervento specifico nell'elaborazione del lutto attraverso la facilitazione della continuazione dei legami con il defunto e l'attivazione dei ricordi della relazione perduta. Essi partono da un processo integrato di ricostruzione del significato da cui emerge una nuova visione personale del mondo dopo il trauma. Alla base del modello c'è il principio che i ricordi relazionali attivano stati più equilibrati e meno angosciati, defocalizzando la persona in lutto da pensieri intrusivi legati alle circostanze della morte, dall'intorpidimento emotivo, dall'attivazione somatica e dai sintomi traumatici (Boelen & Huntjens, 2008). Questi ricordi opprimenti legati alla morte dovrebbero essere affrontati attraverso interventi specifici orientati al trauma per aumentare le capacità di autoregolazione del cliente (Shear et al., 2011). Per progettare il loro modello integrativo che si concentra sulla ricostruzione del significato, gli autori attingono ai modelli cognitivisti e a quelli costruttivisti sociali, cercando di far sì che la persona in lutto trovi un significato per le sue esperienze di perdita, alla ricerca di benefici per ricollocare la perdita all'interno di una narrazione strutturata che restituisca una visione del mondo come prevedibile e coerente (Folkman, 2001; Janoff-Bulman, 2010), per accogliere i nuovi significati del cambiamento nella propria identità (Gillies & Neimeyer, 2006), per sperimentare crescita e trasformazione (Calhoun & Tedeschi, 2014), per mantenere un senso di scopo nella vita e per assegnare valori all'esperienza di vita dopo la perdita (Hershberger & Walsh, 1990). Tutti questi diversi punti di vista teorici sono alla base del modello e si traducono in tecniche specifiche utili per i clinici che cercano di facilitare il processo di cambiamento dei clienti tenendo conto delle loro esperienze idiosincratiche.

Questa breve panoramica sull'evoluzione concettuale del processo di lutto e dei rispettivi modelli non è una rassegna esaustiva di tutti gli approcci e gli autori che hanno sviluppato lavori in questo campo; la nostra scelta, tuttavia, ha inteso dare voce agli approcci che principalmente supportano l'intervento che presenteremo nelle sezioni successive.

IL LUTTO NELLA PRATICA: QUANDO LE PERSONE SONO COLPITE DAL LUTTO

Dopo un'introduzione alle concezioni passate e contemporanee del lutto e alle teorie che ne

sono alla base, ci avviciniamo alla pratica spostando l'attenzione su come il lutto può manifestarsi, su come si sviluppano le reazioni naturali al lutto e su cosa può accadere quando le reazioni al lutto diventano complicate e necessitano di un trattamento specializzato.

Modello di assistenza al lutto – livelli di supporto e competenze

Iniziamo introducendo quella che in un linguaggio più informale viene chiamata "Piramide del lutto" o "Triangolo del lutto", a seconda del Paese. Si tratta di un modello che illustra l'assistenza al lutto a tappe e sulla base dei bisogni; il modello è già stato applicato e promosso in alcune organizzazioni e paesi europei.

Il modello si ispira all'approccio evidence-based di salute pubblica per l'assistenza al lutto come avanzato dal NICE[4] (2022) e applicato al contesto del lutto da Aoun (2020) e da Aoun e colleghi (2017; 2018; 2019). L'approccio a quattro livelli riconosce che, mentre le reazioni al lutto variano da persona a persona, in generale i bisogni di assistenza al lutto possono essere concettualizzati come un bisogno che va da un'informazione e un supporto di base, a un supporto e una guida aggiuntivi, fino a un alto livello di assistenza specializzata. Un approccio simile è attualmente utilizzato dall'Associazione Europea per le Cure Palliative (Guldin et al., 2015).

L'organizzazione per il lutto di Dublino - l'Irish Hospice Foundation - ha coordinato un dialogo nazionale e ha sviluppato un quadro nazionale completo sotto forma di piramide del lutto degli adulti che delinea bisogni, servizi e competenze. Come si afferma: "Mette al centro i bisogni delle persone in lutto e mostra il supporto/servizio appropriato e le competenze necessarie per soddisfare le esigenze di base fino a quelle complesse del lutto".

La "Bereavement Network Europe" (Rete Europea sul Lutto) ha ulteriormente ampliato il lavoro della Irish Hospice Foundation e ha aggiunto un quarto e ulteriore livello di "società" alla piramide del lutto, riconoscendo l'importanza dell'alfabetizzazione sociale al lutto, della de-stigmatizzazione del lutto e delle politiche che devono essere sviluppate e attuate nell'ambito del lutto. La base del modello piramidale identifica l'importanza della consapevolezza, dell'educazione e dell'informazione del pubblico sul lutto che porta a una società più compassionevole. Per approfondimenti, si consulti la pagina: https://bereavement.eu/

Il modello di assistenza al lutto a quattro livelli, basato sui bisogni, è stato promosso e applicato alla prima Conferenza Europea sul Lutto (European Grief Conference), ospitata a Copenaghen nel 2022 dal Centro Nazionale Danese per il Lutto in collaborazione con il Bereavement Network Europe, l'Irish Hospice Foundation e l'Istituto di Psicologia dell'Università di Aarhus, nella speranza che questo modello, col tempo, possa accreditarsi come uno standard ampiamente accettato dagli operatori del lutto, dagli educatori e dai responsabili politici, ecc. per valutare e affrontare in modo appropriato i bisogni, i servizi e le competenze del lutto in Europa. Per approfondimenti, si consulti la pagina: https://egc2022.dk/

[4] Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) è un'organizzazione del Regno Unito che fornisce orientamenti basati sull'evidenza per il miglioramento della salute e della cura dei pazienti. NICE sviluppa linee guida cliniche e fornisce raccomandazioni su trattamenti, farmaci e interventi sanitari basati su ricerche scientifiche e migliori pratiche.



FIGURA 4 *La piramide del dolore presentata all'EGC* (European Grief Conference)

Questo approccio graduale alla concettualizzazione dei bisogni di assistenza alla persona in lutto fornisce una struttura efficace per organizzare e presentare le informazioni sui bisogni e le risorse di intervento per il lutto. La terminologia della piramide del lutto "tutti, alcuni e pochi" si riferisce anche alle stime basate sulla ricerca dei diversi bisogni di assistenza al lutto. Per saperne di più, si rimanda alla sezione seguente sulle reazioni al lutto.

Reazioni naturali al lutto

Il lutto è un processo naturale e adattivo. È un processo di adattamento necessario dopo la perdita di una persona cara con cui si era creato un legame affettivo. Studi empirici hanno dimostrato che il lutto è complesso e può manifestarsi in un'ampia gamma di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiche, nonché di pensieri esistenziali. Alcuni esempi sono riportati nella Tabella 2.

TABELLA 2 Esempi di reazioni comuni al lutto

REAZIONI EMOTIVE	REAZIONI FISICHE	REAZIONI COMPORTAMENTALI	REAZIONI COGNITIVE	ASPETTI ESISTENZIALI
• Shock • Desiderio • Tristezza • Rabbia • Colpa/libertà • Paura • Ansia • Insicurezza • Intorpidimento	• Problemi di sonno • Variazione dell'appetito • Mal di testa • Mal di stomaco • Palpitazioni cardiache • Irrequietezza fisica • Stanchezza	• Isolamento sociale • Dipendenza dagli altri • Evitamento • Agitazione • Ansia • Iperattività • Ritualizzazione	• Difficoltà di concentrazione • Disturbi sensoriali • Confusione • Ruminazione • Pensieri suicidi	• Sensazione di mancanza di significato • Perdita di identità e confusione • Isolamento • Esperienza di ingiustizia (*Perché io?*)

Fonte: Stroebe et al. (2001b) Guldin, 2019

Nel periodo immediatamente successivo a una perdita, è naturale che il lutto acuto sia caratterizzato da forti emozioni, tra cui la nostalgia, la tristezza e la perdita. Allo stesso tempo, le persone possono provare una serie di altre emozioni e reazioni che possono sembrare travolgenti e strane, ma che sono risposte tipiche alla perdita, come ansia, palpitazioni e disturbi sensoriali. L'esperienza del lutto cambia nel tempo, cioè i sentimenti dolorosi e le reazioni travolgenti diminuiscono sia in intensità che in durata. La persona in lutto inizia a comprendere (e ad accettare) la definitività della perdita e ad ambientarsi nella nuova vita

senza il defunto. La persona in lutto trova anche un modo significativo per mantenere la relazione con il defunto. Si può dire che le persone in lutto riescono a integrare la perdita e il defunto nella loro vita. La maggior parte delle persone direbbe che il lutto non scompare, ma che cambia e si integra nella storia della vita di una persona. Circa l'80% delle persone in lutto sperimenta un processo di lutto naturale e sano (Bonanno & Malgaroli, 2020; Lenferink et al., 2020; Nielsen et al., 2019).

È importante notare che il processo di elaborazione del lutto si esprime in modo diverso da persona a persona. La risposta dipenderà dalla personalità, dalla storia della vita, dal contesto culturale, da chi si è perso e da come lo si è perso.

Il lutto nella fase acuta

Il periodo immediatamente successivo a un decesso è tipicamente segnato da emozioni intense come nostalgia, tristezza, vuoto, disperazione, rabbia, ecc. L'intensità di questi sentimenti può essere estranea sia alla persona in lutto sia a coloro che lo circondano e quindi questa esperienza può sembrare spaventosa e fuori dal normale. Per alcuni, il lutto acuto è uno stato violento e caotico, forse meglio assimilabile a uno stato di shock o di crisi. Il lutto nella fase acuta non segue uno schema preciso. Alcuni si sentono sopraffatti dalle emozioni e altri non riescono a provare nulla a causa dell'insondabile perdita subita (Dyregrov & Dyregrov, 2009).

Subito dopo un decesso, le persone in lutto si confrontano spesso con molte richieste, compiti e valutazioni simultaneamente. È un momento in cui si devono prendere molte decisioni e per alcuni diventa un momento in cui si devono gestire diverse risposte emotive e interessi. Quando noi professionisti incontriamo persone nella fase acuta del lutto, i clienti possono sentirsi sovraccaricati e consumati dai compiti pratici da gestire.

SUPPORTO PIUTTOSTO CHE TERAPIA NELLA FASE ACUTA

Tipicamente, l'intervento clinico ha in mente un obiettivo di sviluppo. Un processo che spesso richiede al cliente di uscire da aree familiari che danno sicurezza e che mette in discussione meccanismi di difesa e di coping e modalità di comprensione esistenti. Nel lutto acuto, l'autoprotezione è necessaria per avvicinarsi e adattarsi lentamente alla nuova realtà insopportabile. L'evitamento della realtà della morte e l'inazione per comprendere la finalità della perdita sono meccanismi di difesa appropriati nel lutto acuto, per evitare di essere sopraffatti. Pertanto, l'aspetto più conflittuale dell'intervento sul lutto non sarà utile in questa fase del processo di elaborazione del lutto. Inoltre, in questa fase non sappiamo se la persona in lutto si trova in un processo di elaborazione naturale del lutto, come è in circa l'80% dei casi (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Per le persone in lutto con una reazione naturale al dolore è stata dimostrata l'importanza del supporto piuttosto che di un intervento terapeutico diretto con il confronto e la verbalizzazione (Guldin, 2014).

Pertanto, il compito principale di noi professionisti, quando incontriamo un lutto nella fase acuta, è quello di supportare, piuttosto che di intervenire terapeuticamente. La persona in lutto può trovarsi in uno stato caotico, sentendosi fuori di sé e in caduta libera. Un professionista può aiutare la persona in lutto a ritrovare un luogo più sicuro. Un modo per farlo è offrire quanto segue (ispirato da Dyregrov, 2011; Guldin, 2014):

1. Primo soccorso psicologico: sonno, alimentazione, riduzione di ulteriori fattori di stress, chi fa cosa, ecc;
2. Curiosità sul contesto e sul supporto sociale che circonda il lutto;
3. Presenza, compassione e cura;
4. Ascoltare - non agire o risolvere;
5. L'elemento psicoeducativo e la normalizzazione dell'esperienza.

Il lutto nella fase acuta del dolore è spesso caratterizzato da un senso di irrealtà. È un meccanismo di difesa naturale che richiede la comprensione graduale della perdita e delle sue implicazioni. Come professionisti dobbiamo tenere presente che per molti sarebbe semplicemente troppo opprimente assimilare tutto in una volta sola.

Nei primi sei mesi dopo il decesso, la gamma e l'intensità delle emozioni e delle reazioni inizieranno lentamente a trovare un livello più naturale. Il lutto cambia gradualmente nel corso del tempo, poiché la maggior parte delle persone in lutto inizia a comprendere e ad accettare la definitività della perdita (Bonanno et al., 2008).

Reazioni complicate al lutto

Tuttavia, non tutte le persone in lutto sperimentano un processo di lutto sano. Circa il 10-20% sperimenta quelle che possono essere definite reazioni di lutto complicate, in cui le emozioni e le reazioni al lutto non si placano, ma rimangono intense e debilitanti (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). È come se la persona in lutto fosse intrappolata e la risposta al lutto non si evolvesse e non cambiasse nel tempo. Sulla base del Dual-Process Model, questo può essere compreso come un'indicazione del fatto che la persona in lutto non oscilla tra i due processi di regolazione in modo appropriato e adattivo, ma si trova principalmente in uno di questi. Di conseguenza, la persona in lutto non raggiunge il giusto equilibrio che lo aiuterebbe ad accettare e integrare la perdita, ma al contrario viene sopraffatta dalle emozioni (rimane esclusivamente nel processo orientato alla perdita) o chiude completamente il dolore e le altre emozioni (rimane esclusivamente nel processo riabilitativo).

Un processo di lutto complicato può contribuire a uno scarso benessere, a un funzionamento compromesso e a problemi sociali e relazionali, oltre che a disturbi psicologici come il lutto prolungato, la depressione e il Disturbo Post-traumatico da Stress (Lenferink et al., 2020; Zisook et al., 2014).

Fattori di rischio e protettivi

Esistono fattori che possono aumentare il rischio di reazioni complicate al lutto (Guldin, 2018; Thomas et al., 2014; si veda Tabella 3). In primo luogo, le persone in lutto possono presentare vulnerabilità individuali, ad esempio uno stile di attaccamento insicuro, una malattia mentale, una scarsa autostima, una perdita precedente o un abbandono infantile. Inoltre, può essere un fattore importante se la relazione con il defunto era conflittuale o altamente dipendente. Anche le circostanze del decesso possono avere un ruolo, ad esempio se la perdita è stata improvvisa e imprevedibile o traumatica (incidente, suicidio o omicidio). Può anche essere che la malattia abbia avuto un decorso lungo ed estenuante e che il sopravvissuto si sia assunto, ad esempio, ampie responsabilità di assistenza. Infine, i grandi cambiamenti sociali e la mancanza di supporto della rete di riferimento costituiscono un fattore di rischio importante dopo la perdita (Boelen et al., 2006; Burke & Neimeyer, 2013; Larsen et al., 2018).

TABELLA 3 Esempi di fattori di rischio per lo sviluppo di un lutto complicato

FATTORI DI PRE-PERDITA	FATTORI LEGATI ALLA PERDITA	FATTORI POST-PERDITA
• Genere - Uomini: rischio più elevato di comportamenti suicidi dopo la perdita. Donne: rischio più elevato di sviluppare depressione e altre malattie mentali dopo la perdita. • Età - i giovani adulti e gli anziani sono generalmente più a rischio. • Malattia mentale precedente • Precedenti perdite significative, traumi o negligenza • Alto livello di sintomi di lutto prima della morte • Altre perdite o fattori di stress concomitanti	• Rapporto di parentela molto stretto con il defunto (ad es. figlio, coniuge) • Qualità della relazione: la relazione era importante per il benessere e il funzionamento della persona in lutto e comportava un certo grado di dipendenza. • La perdita è stata vissuta come traumatica • Suicidio, omicidio, incidenti • La reazione alla perdita è stata violenta, con elevato arousal, paura o evitamento • Un elevato carico di assistenza, ad esempio nei confronti del partner o del genitore malato	• Alta vulnerabilità • Mancanza di autoefficacia • Alto livello di sintomi di lutto a 6 mesi dalla perdita • Esperienza di mancanza di supporto da parte di altri • Solitudine emotiva dopo la perdita • Altri eventi stressanti concomitanti

Fonti: Guldin (2018); Thomas et al. (2014)

Fortunatamente, esistono anche fattori protettivi. Le ricerche suggeriscono che uno stile di attaccamento sicuro, l'esperienza di avere una rete di supporto e la ricerca e la ricettività del supporto possono essere protettivi (Heeke et al., 2017; Levi-Belz & Lev-Ari, 2019). Inoltre, gli studi dimostrano che se la persona in fin di vita e la sua famiglia hanno ricevuto cure palliative/supporto (ad esempio, in hospice), questo può costituire un fattore protettivo (Levi-Belz & Lev-Ari, 2019; Mason et al., 2020). Allo stesso modo, le strategie di coping che si concentrano sulla risoluzione dei problemi e includono la pianificazione attiva di attività positive/rilassanti, nonché il coping con uno scopo spirituale, possono essere utili per prevenire un processo di lutto complicato (Parro-Jiménez et al., 2021).

Il lutto che necessita un trattamento specializzato

Per il 10-20% di adulti in lutto che sperimentano un decorso del lutto più complicato, persistente e debilitante, vi sono conseguenze negative gravi e durature per la qualità di vita complessiva, il benessere e il funzionamento (Shear, 2015; Stroebe et al., 2007). Le persone in lutto di questo gruppo possono avere bisogno di una psicoterapia per sbloccare i fattori che inibiscono il processo naturale e sano del lutto (Boelen et al., 2007; Shear, 2017). Il Disturbo da Lutto Prolungato (Killikelly & Maercker, 2017) è un esempio di reazione al lutto, ma esistono altri tipi di lutto che richiedono un trattamento. Questi includono disturbi come la depressione, l'ansia e il Disturbo da Stress Post-Traumatico. La perdita di una persona cara può anche causare una crisi esistenziale così forte da far perdere la voglia di vivere e richiedere aiuto. Per le persone colpite da queste reazioni al lutto, una vita sicura e significativa non sembra possibile (Neimeyer et al., 2010). Alcune persone in lutto presentano schemi cognitivi e comportamentali inappropriati che tendono a mantenerle nel dolore, ad esempio sotto forma di pensieri che

ruotano costantemente intorno al defunto o di comportamenti che evitano tutto ciò che ricorda alla persona in lutto la realtà della perdita (Boelen et al., 2007). Non è possibile dimostrare se questi meccanismi causino o mantengano un processo di lutto bloccato. Tuttavia, sembrano essere associati a sopraffazione emotiva, difficoltà a risolvere i problemi e a dare un senso alla perdita e alla vita successiva. Come discusso in precedenza, non è sempre l'evento in sé - la morte - a determinare se il lutto è tale da richiedere un intervento specialistico.

Nonostante l'enorme dibattito degli ultimi 40 anni sulla patologizzazione dell'amore e dei processi di lutto, l'OMS e l'APA (American Psychiatric Association) hanno recentemente incluso nei rispettivi trattati sanitari (ICD-11[5] e DSM-5-TR[6]) il Disturbo da Lutto Prolungato come nuova condizione clinica (Boelen & Lenferink, 2022; Prigerson et al., 2021). Indipendentemente dalla discussione, poiché questa condizione è ora rappresentata nei libri di testo che fanno parte della formazione di base degli psicologi, faremo riferimento ai rispettivi criteri diagnostici dell'ICD-11 e del DSM-5-TR nell'appendice 2, oltre a fornire le fonti per ulteriori consultazioni. Inoltre, come già detto, questo manuale di formazione si focalizza più sul ruolo preventivo degli psicologi che si occupano di reazioni complicate al lutto, piuttosto che sul contesto di intervento di questa nuova condizione in cui devono agire psicologi specializzati, che si presuppone abbiano già una certa familiarità con l'intervento.

4.CONSIDERAZIONI E PROPOSTE TERAPEUTICHE

La ricerca sulla psicoterapia ha dimostrato che il cliente, il terapeuta, la loro relazione, il metodo di trattamento e il contesto terapeutico contribuiscono all'efficacia del trattamento (Norcross & Lambert, 2019). In questa sezione ci concentriamo sull'alleanza terapeutica tra il cliente e lo psicologo e sulla posizione terapeutica di questo ultimo.

Alleanza

L'alleanza terapeutica si compone di tre parti: 1) l'accordo sugli obiettivi terapeutici, 2) il consenso sui compiti terapeutici e 3) il legame tra cliente e psicologo. Si può dire che l'alleanza costituisca una collaborazione attiva e basata sul consenso (Horvath & Greenberg, 1989; Norcross & Lambert, 2019). L'alleanza può fluttuare all'interno e tra le sedute in relazione a ciò che accade in terapia. Per mantenere l'alleanza, è fondamentale che lo psicologo mantenga un atteggiamento positivo nei confronti dell'onesta valutazione dell'alleanza da parte del cliente e risponda in modo non difensivo alla negatività, ma percepisca il disaccordo come un indicatore del fatto che potrebbe essere utile parlare dell'interazione terapeutica. Sia lo psicologo che il cliente contribuiscono all'alleanza, ma la capacità di creare un'alleanza è una caratteristica del terapeuta; coloro che riescono a creare alleanze migliori con i loro clienti ottengono risultati migliori (Norcross, 2011; Norcross & Lambert, 2019).

L'alleanza non è la stessa cosa della relazione terapeutica, sebbene questi termini siano spesso usati come sinonimi. Anche la relazione terapeutica è importante e si compone di molti altri elementi, come l'empatia, che possono essere utilizzati per promuovere e alimentare l'alleanza. Una relazione terapeutica sicura o un

[5] https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder

[6] https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314

legame sicuro, tra psicologo e cliente, è una condizione necessaria per esplorare le esperienze dolorose al fine di riorganizzare e rivedere le rappresentazioni mentali e facilitare il processo di elaborazione del lutto (Mikulincer et al., 2013). Nei processi di terapia del lutto, lo psicologo lavora per stabilire la relazione/il legame prestando particolare attenzione al suo ruolo di "base sicura" e "rifugio sicuro" dell'attaccamento. Lo psicologo lascia che i suoi interventi sul lutto siano guidati dal tipo specifico di modello di attaccamento del cliente e sostiene la regolazione degli affetti e la mentalizzazione da parte del cliente.

La relazione terapeutica non è un approccio terapeutico tecnico, ma è l'espressione di un modo specifico di incontrare e relazionarsi con la persona in lutto. Lo psicologo è interessato a comprendere la persona in lutto come un essere umano che sperimenta e che è intenzionale a comprendere il materiale relativo al lutto e a comprendere e relazionarsi con ciò che avviene nello spazio terapeutico, comprese le esperienze e le reazioni dello psicologo stesso.

Posizione relazionale e mentalizzazione

La relazione terapeutica è un aspetto fondamentale di qualsiasi intervento psicologico. Tuttavia, questa è particolarmente rilevante - e può diventare abbastanza impegnativa - per i terapeuti che lavorano con clienti in lutto, a causa della sofferenza e dell'angoscia che i clienti sperimentano. Inoltre, stabilire una relazione terapeutica può diventare ancora più complicato se il terapeuta ha una storia personale di perdita e lutto.

Per sviluppare e gestire adeguatamente la relazione terapeutica con i pazienti in lutto, i terapeuti dovrebbero coltivare una posizione relazionale caratterizzata, tra l'altro, da:

- *autenticità* e *congruenza,* nel senso di essere liberamente e profondamente ricettivi a tutti gli aspetti del proprio flusso di esperienza all'interno della relazione con il cliente;
- *comprensione* e *percezione empatica* degli stati interni (esperienza) del cliente;
- *considerazione positiva incondizionata* e *accettazione* di chi è il cliente e di ciò che sta vivendo;
- capacità di base di *comunicare* l'autenticità/congruenza, la comprensione empatica e l'accettazione al cliente (Abass & Town, 2021).

Coltivare questo atteggiamento relazionale richiede livelli adeguati di mentalizzazione del terapeuta, fondamentale per l'autoregolazione e la co-regolazione, che potrebbe essere definita come la capacità di percepire sé stessi e gli altri come caratterizzati da stati mentali, cioè assunzioni, credenze, intenzioni e speranze (Bateman & Fonagy, 2012). Questa nozione pone una grande enfasi sulla rappresentabilità degli affetti, ancor più che delle credenze cognitive, che creano una relazione intersoggettiva (Bateman & Fonagy, 2012). È importante riconosce il qui-e-ora delle transazioni intersoggettive che avvengono all'interno dell'intervento clinico come il principale strumento di cambiamento (Karterud, 2015).

Tuttavia, la mentalizzazione può non essere sempre facile per il terapeuta a causa dell'elevata angoscia e del senso di fragilità che un cliente in lutto può sperimentare. Nella misura in cui quest'ultima può diventare affettivamente minacciosa per i terapeuti, essi potrebbero vedere compromessa la loro capacità di mentalizzazione, con la conseguenza di auto-ingannarsi, allontanandosi affettivamente ed emotivamente. In questo caso, potrebbero verificarsi delle rotture relazionali che dovranno essere riparate. A tal fine, i terapeuti dovrebbero prestare particolare attenzione ai seguenti aspetti.

Dovrebbero considerare che le rotture relazionali rappresentano un'opportunità essenziale di cambiamento per il cliente (cioè, un'esperienza emotiva correttiva) nella misura

in cui il terapeuta può ripararle sufficientemente (Abbass & Town, 2021). A tal fine, i terapeuti dovrebbero essere in grado di:

- riconoscere che si è verificata una rottura relazionale ed essere quindi sensibili ai marcatori di rottura (per le rotture da confronto, ad esempio, il cliente si lamenta della mancanza di progressi o si svaluta; per le rotture da ritiro, ad esempio, il cliente è verbalmente disimpegnato, presenta incoerenza tra l'espressione affettiva e il contenuto narrativo, o fa uso di operazioni di rafforzamento dell'autostima);
- concentrarsi ed esplorare contemporaneamente la propria esperienza di rottura e quella del paziente (cercando di passare dal sentimento di rabbia al sentimento di delusione e ferita nel caso delle rotture da confronto; dal sentimento di scontentezza, rifiuto e vulnerabilità all'affermazione e all'autoaffermazione nel caso delle rotture da ritiro);

Quanto sopra può fornire al cliente un'esperienza emotiva correttiva. Tuttavia, poiché una rottura relazionale è dovuta essenzialmente a un crollo delle capacità di mentalizzazione del cliente e del terapeuta, ripararla è un compito molto delicato e richiede che i terapeuti recuperino livelli adeguati di mentalizzazione:

- in caso di rotture relazionali da lievi a moderate (in termini di intensità), ciò significa migliorare nel qui-e-ora la capacità (i) di notare i marcatori di rottura dell'incontro e (ii) di attivare la memoria episodica della rottura relazionale passata;
- in caso di rotture relazionali da moderate a gravi, ciò significa (i) attivare esplicitamente la riflessione durante/attraverso (i) la relazione clinica e (ii) la necessità di ricevere supervisione.

Come ci sentiamo noi psicologi quando lavoriamo con le persone in lutto?

Come accennato nella sezione precedente, la creazione e il mantenimento di una relazione terapeutica possono essere particolarmente impegnativi quando si lavora come terapeuti con persone in lutto. Ciò è espresso nella seguente citazione:

"L'assistenza ha un costo. I professionisti che ascoltano le storie di paura, dolore e sofferenza dei clienti possono provare la stessa paura, dolore e sofferenza perché si preoccupano. A volte sentiamo che stiamo perdendo il nostro senso di sé a favore dei clienti che serviamo" (Figley, 1995; p.1).

Esiste un rischio nel lavorare con i clienti in lutto, quando il lavoro è considerato significativo, e cioè il fatto che proprio perché è considerato significativo è difficile metterlo da parte, non pensarci. La *Compassion Fatigue*, termine proposto da Figley nel 1995, ha dato il via a un filone di ricerca psicologica volto a comprendere meglio e a evidenziare la vulnerabilità psicologica delle persone che si occupano di altri che hanno subito traumi e sofferenze.

L'aspetto della compassion fatigue è diventato particolarmente rilevante durante la crisi COVID-19, dove i professionisti sono stati esposti a un'enorme quantità di lavoro angosciante (Franza et al., 2020; Gilart et al. 2021; Serrão et al. 2021). Sono state condotte ricerche sull'impatto del COVID-19 sugli operatori sanitari, che hanno evidenziato il disagio emotivo sperimentato e l'influenza delle circostanze pandemiche sul loro ruolo professionale. Ad esempio, un'indagine online condotta su operatori sanitari italiani ha mostrato che il COVID-19 ha avuto un impatto negativo sul loro umore e stile di vita, caratterizzato da livelli più elevati di irrequietezza, preoccupazione, solitudine,

umore negativo e livelli più bassi di felicità (Mansueto et al., 2021). La letteratura sulle implicazioni di tali condizioni circa la qualità e l'efficacia del lavoro svolto è ancora scarsa. Tuttavia, queste considerazioni preliminari suggeriscono la necessità di monitorare adeguatamente le condizioni psicosociali degli operatori sanitari e i loro effetti sul lavoro. In Spagna, ad esempio, è stata lanciata un'iniziativa gratuita per ascoltare e sostenere gli operatori sanitari (https://sanitarios.noestassolo.es/).

Un altro aspetto da tenere in considerazione quando si lavora come terapeuti all'indomani della pandemia è il ruolo che viene attribuito al terapeuta in alcune società. In uno studio di Cipolletta e colleghi (2021), i ricercatori hanno esplorato come l'intervento degli operatori sanitari possa essere ostacolato dalla varietà di rappresentazioni che gli individui hanno nei confronti del sistema sanitario in Italia. La conclusione è stata che i terapeuti dovrebbero utilizzare attivamente questo aspetto quando lavorano con le persone in lutto durante il COVID-19: ad esempio, essere consapevoli che esso può costituire per il cliente una possibile barriera ad intraprendere la terapia e affrontarlo in modo aperto e con interesse.

La pandemia COVID-19 ha avuto un profondo impatto sulla vita di tutti, compresi i terapeuti. Gli aspetti presentati in questa sezione evidenziano che lavorare come terapeuta con persone colpite da lutto a causa della pandemia richiede una particolare posizione e consapevolezza nel monitorare sia l'alleanza, sia la relazione terapeutica, sia gli effetti personali di questo lavoro. La supervisione clinica e il monitoraggio di un adeguato carico di casi sono aspetti importanti che possono sostenere il terapeuta aiutandolo a bilanciare con successo questo ruolo.

5. METODI TERAPEUTICI

Come descritto nelle sezioni precedenti, la ricerca indica che una gran parte delle persone che perdono un proprio caro ristabilisce una vita quotidiana con il supporto della famiglia e delle reti sociali, mentre una percentuale minore di persone in lutto sperimenta che il dolore non si attenua nel tempo e che ha bisogno di un intervento professionale dopo la perdita. Per determinare se il cliente in lutto è motivato a intraprendere un percorso terapeutico, si raccomanda di condurre un colloquio di valutazione prima di avviare la terapia.

COLLOQUIO DI VALUTAZIONE

Nel colloquio di valutazione viene effettuata una valutazione psicologica, in cui il terapeuta interroga la storia di vita del cliente, e valuta il livello attuale dei sintomi e del funzionamento attraverso le informazioni fornite dal cliente stesso, nonché attraverso l'impressione clinica e/o l'uso di misure oggettive (si veda l'appendice 1). Vengono poste domande specifiche su chi ha perso, quale relazione aveva, quali reazioni al lutto, il livello di funzionamento attuale e abituale: funzionamento nella vita quotidiana, a casa, nelle relazioni strette, nelle attività sociali, nello studio/lavoro. L'appendice 1 contiene un esempio di intervista di valutazione e un suggerimento di possibili misure di esito per valutare le complicanze del lutto.

Il colloquio di valutazione si tiene di solito non prima di quattro-sei mesi dalla perdita, in quanto può essere difficile valutare prima la necessità di un intervento terapeutico preventivo. Se il lutto viene riferito subito dopo la perdita, si può avviare un intervento di crisi, oppure si può fare riferimento a un intervento di crisi altrove e valutare successivamente la necessità di un trattamento del lutto.

Come già detto, il colloquio di valutazione aiuta il terapeuta a determinare se il cliente rischia di

sviluppare - o ha sviluppato - un lutto complicato e necessita di una terapia del lutto specialistica, oppure se il cliente presenta un lutto normale che può essere adeguatamente supportato attraverso l'aiuto della famiglia, delle reti di riferimento ed eventualmente di altre comunità volontarie.

La revisione di Burke e Neimeyer (2012) della letteratura sui fattori di rischio evidenzia che il processo di elaborazione del lutto individuale è influenzato dalla disponibilità di un supporto adeguato da parte della rete di riferimento. In pratica, vediamo che la qualità del supporto offerto dalla rete di riferimento, compreso il supporto della famiglia o di altre relazioni affettivamente importanti, ha un impatto significativo sulla capacità del cliente di affrontare il lutto. Alcuni dei fattori sono quindi la famiglia e la rete. Altri fattori sono l'entità dei cambiamenti esterni nella vita quotidiana, che influenzano anche il processo di elaborazione del lutto del cliente. Altri fattori ancora sono le risorse e la vulnerabilità, i sintomi e le caratteristiche personali del cliente.

I seguenti fattori, tratti dalla ricerca, sono inclusi nella valutazione complessiva:

Fattori di rischio

Nella storia dei clienti:

- Problemi di attaccamento sia all'inizio della vita che nella relazione con il defunto;
- Abuso e negligenza;
- Rapporto di forte dipendenza con il defunto;
- Perdite precedenti.

Nel contesto della malattia/morte:

- Coinvolgimento eccessivo a causa di una lunga malattia del defunto e assenza di aiuto lungo il cammino;
- Mancanza di tempo per la preparazione prima della morte;
- Mancanza di supporto nella rete dopo la perdita;
- Cambiamenti importanti nella vita quotidiana dopo la perdita;
- Intensità e durata delle reazioni al lutto;
- Esperienze traumatiche e circostanze ambivalenti.

Come spiegato nella sezione sul lutto acuto, le reazioni attese nei primi mesi dopo la perdita possono essere angoscianti per il cliente, ma non sono di per sé indicative di complicazioni del lutto. Per questo motivo, si guarda all'intensità e alla durata delle reazioni.

Intensità

Se le reazioni al lutto non si riducono nel tempo e sono così pervasive da rendere difficile il ripristino della vita quotidiana dopo la perdita, ciò può indicare un lutto complicato a sei mesi dalla perdita.

> *Esempio: un giovane adulto può avere difficoltà a socializzare con i coetanei nel periodo immediatamente successivo alla perdita. Se, diversi mesi dopo la perdita, il giovane non è ancora in grado di frequentare la scuola o si è completamente ritirato dall'interazione sociale con i coetanei, ciò può indicare la necessità di un aiuto professionale.*

Durata

Se le reazioni intense al lutto persistono oltre i sei mesi dalla perdita, o sono persistentemente intense per più di sei mesi, ciò può indicare un lutto complicato.

> *Esempio: è comune che una persona in lutto si senta regolarmente triste*

o arrabbiata nel periodo immediatamente successivo alla perdita e abbia difficoltà a dormire. Se, sei mesi dopo la perdita, la persona in lutto si sente ancora triste o arrabbiata più volte alla settimana e ha difficoltà ad addormentarsi, questo può indicare un lutto complicato.

Durante il colloquio di valutazione, il professionista effettuerà quindi una valutazione qualificata del bisogno di una terapia del lutto specialistica. Il clinico lo farà utilizzando la conoscenza dei fattori di rischio, valutando l'intensità dei sintomi del lutto nel tempo, il bisogno di una valutazione del rischio suicidario e la flessibilità mentale intorno alla perdita, nonché sulla base dell'impressione clinica del disagio emotivo del cliente e della sua motivazione ad intraprendere una terapia.

INTERVENTI PER LA PREVENZIONE DELLE REAZIONI COMPLICATE AL LUTTO

Negli ultimi anni sono state rese disponibili maggiori conoscenze sugli interventi efficaci per le reazioni di lutto complicate. Recenti revisioni sistematiche e meta-analisi hanno trovato supporto per l'intervento psicologico per gli adulti in lutto con risposte al lutto prolungate o persistenti (Johannsen et al., 2019; Maass et al., 2020; Wagner et al., 2020). Nel 2020, il DNCG ha completato una revisione delle conoscenze esistenti a livello nazionale e internazionale derivanti dalla ricerca (ad esempio, Johansen et al., 2019) e dalla pratica sugli interventi psicologici per gli adulti con reazioni di lutto complicate (Larsen et al., 2020). La revisione ha prodotto diverse raccomandazioni e suggerimenti per gli interventi psicologici per gli adulti che soffrono di complicazioni del lutto. La revisione ha inoltre consentito l'elaborazione di un intervento psicologico specifico per gli adulti con reazioni al lutto complicate (cioè con un alto livello di sintomi di lutto). Con l'espressione "specifico per il lutto" si intende un intervento che (a) si concentra sui sintomi del lutto, (b) include una psico-educazione in relazione al lutto e (c) affronta le sfide associate alla perdita, come l'evitamento, la mancanza di accettazione e i temi esistenziali. Coerentemente con queste raccomandazioni, il presente manuale presenterà una serie di approcci teorici e di metodi incentrati sulla riduzione dei sintomi del lutto negli adulti dopo il COVID-19: l'approccio della Terapia Focalizzata sulle Emozioni, l'approccio della terapia Cognitivo Comportamentale e un approccio Eclettico. I metodi qui presentati affrontano in modo specifico aspetti quali la mancanza di accettazione, l'evitamento e le sfide esistenziali del lutto. Tutti i metodi sono descritti in un'ottica di terapia individuale. L'approccio eclettico viene applicato anche alla terapia di gruppo, ma non è compito di questo manuale approfondirlo.

Questo manuale è stato sviluppato con l'obiettivo di prevenire le reazioni complicate al lutto negli adulti a seguito della pandemia di COVID-19. Per focalizzare l'intervento sugli aspetti specifici del lutto in seguito alla pandemia, questo manuale si ispira a quanto abbiamo appreso sull'efficacia della terapia del lutto in generale (come descritto in precedenza) e al recente studio qualitativo di Menichetti-Delor e colleghi (2021) (si veda la sezione "Implicazioni per l'intervento" a pagina 18). Questo studio evidenzia quattro aspetti che potrebbero essere particolarmente importanti da affrontare con le persone in lutto, che hanno subito la perdita durante la pandemia.

- Primo, la necessità *di dare un senso* a ciò che è accaduto per "mettere insieme i pezzi".
- Secondo, il bisogno di *esprimere emozioni* come tristezza, ansia, rabbia ma anche intorpidimento emotivo.
- Terzo, la necessità *di dare l'ultimo saluto* e la ricerca di rituali alternativi al funerale tradizionale per facilitare la chiusura.
- Quarto, la necessità di individuare modi *per ricordare* il defunto insieme agli altri membri della famiglia e per condividere con loro i ricordi del passato.

Questo offre un esempio di come affrontare gli aspetti specifici che hanno caratterizzato il lutto nell'ambito della pandemia COVID-19. Ciò sarà ulteriormente approfondito nelle sezioni di intervento che seguono.

TERAPIA FOCALIZZATA SULLE EMOZIONI (EFT – EMOTION FOCUSED THERAPY) PER IL LAVORO SUL LUTTO DOPO IL COVID-19

La Terapia Focalizzata sulle Emozioni (EFT) incorpora principi, processi e tecniche della tradizione della terapia esperienziale che accoglie l'eredità della comprensione profondamente umanistica del cambiamento umano di Carl Rogers e Fritz Perls (Elliott & Greenberg, 2021; Greenberg & Goldman, 2019). Questa prospettiva concepisce le emozioni come un sistema di segnalazione fondamentalmente adattivo che fornisce alle persone informazioni importanti sui loro bisogni e obiettivi (Elliott & Greenberg, 2021). Le emozioni vengono infine simbolizzate con la creazione di significati narrativi in una visione dialettico-costruttivista e idiosincratica del sé (Greenberg et al., 1993).

L'EFT propone diversi principi di cambiamento delle emozioni (Greenberg, 2011): consapevolezza, espressione, riflessione, regolazione e trasformazione (cambiare l'emozione con un'altra emozione, cambiare l'emozione con un'esperienza interpersonale) che possono essere definiti come lavoro emotivo produttivo. Greenberg (2002) sottolinea "come le emozioni dolorose e spiacevoli possano promuovere la guarigione, poiché spingono il cliente su una traiettoria di auto-organizzazione sana che raggiunge il suo completamento come esperienza significativa, emotivamente differenziata e integrativa" (p. 10).

Il lutto è una transizione evolutiva sulla scia della morte e della perdita, in cui i processi narrativi e la ricostruzione del significato giocano un ruolo importante. Infatti, le perdite possono facilitare la crescita personale e assumono un ruolo centrale nel cambiamento terapeutico (Sayar & Hjeltnes, 2021). L'EFT aiuta i clienti a elaborare in modo produttivo la tristezza e il dolore emotivo (Kramer & Pascual-Leone, 2015; Paivio & Pascual-Leone, 2010; Rosner et al., 2011; Sharbanee & Greenberg, 2022). La forma più completa di lutto prevede l'integrazione degli aspetti positivi della relazione in modo da poter portare avanti l'amore per l'altro dopo la perdita (Elliott & Greenberg, 2021).

Secondo Larson (2020) questo approccio con il lutto aiuta a spiegare la "paradossale realtà clinica che il dolore della perdita aiuta effettivamente a elaborare la perdita, in altre parole, per cambiare il lutto, bisogna sperimentare il lutto" (p. 246). Pertanto, poiché il modello EFT propone che "l'unica via d'uscita è attraverso" [il dolore] (Pascual-Leone, & Greenberg, 2007, p. 875), la natura e i principi di questo approccio empiricamente supportato corrispondono ai bisogni di chi ha subito un lutto, facilitando l'integrazione della perdita.

Nonostante questa esperienza sia, oltre che adattiva, dolorosa, occorre considerare che una reazione complicata al lutto deriva dall'interruzione della tristezza e del dolore. I clienti potrebbero essere incapaci di affrontare una perdita importante e di andare avanti. Spesso hanno bisogno di imparare a esprimere la rabbia o il senso di colpa irrisolti per poterlo fare. Potrebbero anche aver bisogno di sviluppare un senso di sé più forte, in modo da sviluppare la fiducia di potercela fare senza l'altra persona (Greenberg, 2009).

A volte, il lutto può essere bloccato da altri stati emotivi, come il senso di colpa (ad esempio nei processi autovalutativi), la paura o l'evitamento/blocco delle emozioni (ad esempio nei processi di auto-interruzione). Così, durante il lavoro di elaborazione del lutto e del dolore, si accede ad altri nuclei emotivi (cioè, alle emozioni primarie disadattive) (Sharbanee & Greenberg, 2022) che devono essere trattati. In questi processi terapeutici, il defunto ha svolto un ruolo nei ricordi emotivi schematici (ad esempio, l'essere l'unica persona che ha alleviato una profonda vergogna) che ora possono essere accessibili e trasformati. In questo modo, la vergogna, la paura o la tristezza possono essere rese accessibili e trasformate

(Timulak, 2015) per aiutare ad integrare la perdita.

Sebbene siano stati sviluppati approcci EFT per lavorare con il lutto (si veda una recente rassegna in Sharbanee & Greenberg, 2022), questa è una proposta specifica, innovativa e in costruzione, che può essere adattata con clienti specifici in lutto in un contesto specifico di pandemia COVID-19 e delle emozioni che essa scatena. L'accesso e la simbolizzazione delle emozioni è il processo terapeutico centrale dell'EFT, ma noi affronteremo queste emozioni con compiti esperienziali specifici che possono essere adattati al processo dei clienti. L'intervento segue l'approccio a moduli proposto nell'EFT transdiagnostica (Timulak & Keogh, 2022), aiutando il clinico a strutturare un trattamento breve per il lutto nel contesto della pandemia.

Tipologia di espressione delle emozioni

L'EFT agisce in modo differenziato su diversi tipi di emozioni. Le emozioni possono essere distinte in (a) primarie adattive, (b) primarie disadattive, (c) secondarie e (d) strumentali (Elliott & Greenberg, 2021).

a) Emozioni adattive primarie

Le emozioni adattative primarie sono la prima reazione a una situazione e portano la persona ad azioni che la aiutano a soddisfare i propri bisogni nella situazione attuale. Ad esempio, la tristezza per la perdita che porta a ricercare il conforto, il dolore che porta a lasciare andare ciò che è irrimediabilmente perduto, la solitudine che si protende verso l'altro, il dolore/la ferita che porta ad esprimere una frattura emotiva o un senso di rottura, la paura di una minaccia, la rabbia per una violazione o la disperazione che lascia andare un bisogno che non può più essere soddisfatto (Kramer & Pascual-Leone, 2015).

L'obiettivo terapeutico di queste emozioni è quello di aiutare i clienti a utilizzare le informazioni per guidare le loro azioni. In seguito, esamineremo alcune delle emozioni adattive più comuni nel lavoro sul lutto.

TRISTEZZA

L'emozione più importante e dominante nel lavoro sul lutto è la tristezza per la perdita (Paivio & Pascual-Leone, 2010b; Pinto et al., 2021; Rosner et al., 2011). Questo stato cognitivo-affettivo è qualitativamente diverso dalla tristezza legata alla mancanza di speranza (solitamente secondaria), o dalla tristezza legata alla solitudine (primaria disadattiva), essendo maggiormente connesso alla sensazione di perdita e al fatto che il suo oggetto di dolore è più chiaramente rappresentato. Come abbiamo detto, questo tipo di tristezza è intesa come derivante dalla separazione o dalla perdita e può essere elaborata identificando la causa del lutto (Greenberg & Paivio, 1997; Pinto et al., 2021). Elaborare il lutto e vivere la realtà della perdita è intimamente legato a due tendenze all'azione, ordinate in sequenza (Paivio & Pascual-Leone, 2010; Pascual-Leone & Greenberg, 2005). La prima tendenza è quella di chiedere aiuto, cercare conforto e ricercare l'oggetto perduto. A volte la richiesta di aiuto non funziona, per una scarsa risposta da parte del contesto o perché espressa in modo inadeguato (Timulak & Keogh, 2021), o ancora perché la ricerca di contatto si scontra con l'assenza di ciò che si è perso. La seconda tendenza d'azione è quella di ritirarsi e conservare le energie per i momenti difficili che ci attendono. È importante tenere presente che, sebbene il processo abbia un carattere relativamente lineare, è naturale e prevedibile che ci sia un movimento tra queste due tendenze e ciò che esse implicano.

Nel contesto della pandemia, Menichetti-Delor e colleghi (2021) hanno evidenziato come le famiglie abbiano bisogno della possibilità di esprimere la tristezza in queste circostanze straordinarie di barriere relazionali ed emotive e di restrizioni dovute all'isolamento fisico. Tra le altre, un'indagine condotta nel Regno Unito

su persone in lutto durante la pandemia riporta intensi sentimenti di tristezza per non aver potuto visitare o salutare il parente in fin di vita (Selman et al., 2022). Breen e colleghi (2021) aggiungono che la tristezza che emerge dai contesti di perdita durante la pandemia probabilmente comprometterà il funzionamento delle persone in lutto, in particolare di coloro che manifestano angoscia da separazione e stress post-traumatico.

ANGOSCIA

La rabbia è un'emozione molto importante nel lutto, poiché potrebbe essere un'emozione adattiva primaria che può facilitare la risoluzione del lutto (Sayar & Hjeltness, 2021): una volta attivata, può promuovere l'assertività ed evitare i sentimenti intensi e conflittuali trovando un equilibrio tra di essi.

A volte la rabbia assume la forma di rifiuto dell'altro (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Ad esempio, la persona può incolpare la persona amata di non aver adottato misure di protezione contro il COVID-19, o può incolpare i medici di non averci provato abbastanza o di non aver fornito cure adeguate per evitare la perdita (Selman et al., 2022). In questi casi, è comune che la rabbia sia secondaria e offuschi altre esperienze emotive primarie, come la tristezza della perdita o la paura della mancanza di controllo di fronte alla morte.

In altre occasioni, la rabbia si manifesta come rabbia assertiva o protettiva di fronte a una trasgressione dei limiti. In questo caso, la rabbia difende l'autonomia, i propri limiti, quando ci sono stati trattamenti inadeguati da parte dei medici o norme sanitarie vissute come profondamente ingiuste. Questa rabbia, in genere principalmente adattiva, se riconosciuta e validata, guida la persona e le permette di rafforzare il senso di sé (Rosner et al., 2011) e di sperimentare i benefici della definizione dei limiti e della difesa dei propri bisogni (Sayar & Hjeltness, 2021).

GIOIA NOSTALGICA

Per quanto riguarda i processi di cambiamento legati al buon esito del lutto, è comune che i pazienti inizino a provare una gioia nostalgica quando ricordano la persona amata, ricordando momenti significativi e speciali che riportano alla memoria le caratteristiche uniche della persona e della relazione con essa. Queste espressioni emotive di gioia sono state riscontrate come un predittore di recupero dalla tristezza del lutto (Bonanno & Keltner, 1997).

Questa emozione adattiva ha una qualità di dolcezza rispetto alla tristezza; le espressioni di gioia e divertimento, come il sorriso e la risata, sono comuni (Sharbanee & Greenberg, 2022). Questi ricordi di esperienze positive passate portano un senso di vitalità del sé e di celebrazione del sé perduto.

GRATITUDINE

L'emozione della gratitudine è comune nel processo di elaborazione del lutto, in quanto esprime un apprezzamento per il bene ricevuto dal defunto. L'espressione di gratitudine permette di vivere la relazione, di mantenere il legame apprezzando ed essendo grati per ciò che si è ricevuto (Sharbanee & Greenberg, 2022). Mentre il lutto permette di accettare la perdita, la gratitudine consente di vivere le nuove forme della relazione interiorizzata, sentendo che sono stati incorporati in sé aspetti che durano nel tempo.

COMPASSIONE

La compassione è un'emozione chiave nel lavoro emotivo, è la risposta adattiva alla vulnerabilità (Neff, 2003; Timulak, 2015). Le persone in lutto sperimentano la compassione da parte degli altri nel loro ambiente interpersonale e del terapeuta, ma in molte occasioni la compassione nasce da sé, quando si esprimono emozioni dolorose, come il lutto. La

compassione spinge ad agire forme di conforto, tendendo la mano per nutrire la parte danneggiata e vulnerabile, essendo un'emozione chiave nella trasformazione (Timulak, 2015) e aiutando a elaborare il lutto (Harris, 2021; Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022). Alcune ricerche evidenziano il ruolo protettivo dell'autocompassione nelle reazioni complicate al lutto, poiché promuove la qualità dei legami continui e un funzionamento globale complessivo (Bussolari et al., 2021).

b) Emozioni disadattive primarie

Vengono descritte come emozioni centrali dolorose, che vengono provate in modo ricorrente e in qualche modo rigido dalla persona nel corso della sua vita; esse costituiscono dunque un elemento di vulnerabilità abituale e costruiscono un senso di sé deteriorato (tipicamente un senso di inadeguatezza o di fragilità).

Nel lavoro terapeutico cerchiamo di accedere, simbolizzare e trasformare questo tipo di emozioni. Le emozioni disadattive primarie più comuni sono la vergogna ("non sono degno, non valgo"), la paura di non essere protetto ("non c'è nessuno per me, sono solo e non protetto"), la tristezza/solitudine ("desidero un contatto che non arriva mai") (Timulak, 2015).

ABBANDONO/TRISTEZZA-SOLITUDINE

Nel lavoro sul lutto, a volte compaiono vecchie emozioni dolorose di base, che sono esacerbate e innescate dalla perdita e dal bisogno e che possono essere trasformate. Ad esempio, la persona può aver sentito storicamente la mancanza di un maggiore apprezzamento, di una maggiore protezione o di un maggiore affetto da parte del defunto. Queste emozioni di tristezza e solitudine legate a questi bisogni hanno una storia precedente alla morte e possono richiedere un trattamento più lungo.

Altre volte, la persona deceduta era l'unica fonte di apprezzamento, protezione o contatto, cosicché la sua perdita lascia la persona in lutto con un profondo senso di impotenza. In altri casi, il defunto era l'unica fonte di conforto quando la persona sentiva il suo dolore nucleare, così che il processo di lutto è bloccato dall'attivazione di questo dolore che non si sente più regolato (Gamoneda & Jódar, 2022).

VERGOGNA/INGANNO

L'inadeguatezza, l'autosvalutazione e la vergogna possono essere sperimentate ogni volta che la persona in lutto interiorizza gli assunti non detti della società sul dolore e sul lutto, riguardo a ciò che ci si aspetta essere una forma "adeguata" di espressione dei propri sentimenti, riguardo la sua durata o addirittura la sua legittimità. La persistenza di questi sentimenti può portare la persona in lutto all'isolamento e, di conseguenza, all'aumento delle reazioni complicate al lutto. Harris (2021) afferma che la vergogna crea il bisogno di ritirarsi, mettendo a repentaglio il processo di connessione significativa di cui c'era più bisogno. Un altro aspetto importante della vergogna è il senso di sicurezza interiore che viene inibito e minacciato quando una severa autocritica e un eccesso di perfezionismo portano alla sensazione di non essere degni o di essere carenti in qualche modo.

Nel contesto della pandemia, la vergogna e il senso di colpa sono generalmente presenti a causa dell'impossibilità di visitare, confortare e sostenere i parenti in fin di vita (Selman, et al., 2022).

PAURA/ANSIA

La paura (nel presente) e l'ansia (nel futuro) rappresentano un segnale di pericolo, che ci dice che noi o qualcuno che amiamo è minacciato (Elliott & Greenberg, 2021). Anche se la natura incerta della pandemia COVID-19 nelle fasi iniziali e il numero di decessi causati dalla malattia hanno stimolato queste reazioni adattive basate sulla paura, il senso di minaccia generale e continuo/cronico, per alcuni individui, è diventato problematico. Mentre la

paura ci spinge a fuggire dalla minaccia o a bloccarci per non attirare l'attenzione, l'ansia ci spinge a evitare un comportamento carico di preoccupazioni. Il bisogno sottostante è la sicurezza che è chiaramente a rischio per i caregiver che anticipano la minaccia dei legami di attaccamento a causa della separazione fisica legata alla perdita. Sebbene l'ansia anticipatoria possa avere un ruolo di protezione in quanto impedisce il contatto con il dolore e la sofferenza, essa impedisce anche un'elaborazione emotiva sana e proficua (Timulak & Pascual-Leone, 2014) che può intensificare le complicate reazioni al lutto. La morte di una persona cara può essere vissuta come non significativa e talvolta può essere percepita come un'esperienza traumatica (Harte et a., 2020); il verificarsi di una pandemia può così potenzialmente aumentare il senso di perdita traumatica (Reitsma et al., 2021). Un'esperienza di paura legata al trauma può innescare l'evitamento emotivo e persino bloccare l'accesso alle emozioni dolorose (si veda di seguito come affrontare i processi di auto-interruzione), che possono disturbare il processo di elaborazione del lutto. Questi schemi traumatici basati sulla paura possono essere inquadrati come emozioni disadattive che dovrebbero essere affrontate nelle reazioni di lutto complicate.

c) Emozioni secondarie

Le emozioni secondarie sono emozioni che oscurano nella coscienza l'esperienza di altre emozioni primarie. Coprono le emozioni precedenti e la persona non è in grado di percepire ciò che sente e di cui ha primariamente bisogno. Queste emozioni vengono convalidate in terapia, ma invece di facilitarne l'elaborazione e l'espressione, il terapeuta cerca di approfondirle per accedere all'emozione primaria sottostante, in altre parole, facilitando l'esperienza della trasformazione emotiva (Elliott & Greenberg, 2021).

La mancanza di speranza, l'ansia, l'irritazione che incolpa gli altri (coprendo il dolore nucleare), come la rabbia che porta al rifiuto, sono emozioni secondarie comuni (Timulak, 2015). Questi processi emotivi secondari devono essere convalidati e simbolizzati, ma anche affrontati andando oltre per accedere al dolore centrale. Il senso di colpa, la mancanza di speranza, l'ansia, l'incredulità e la costante ruminazione, un "senso di ingiustizia e di 'contestazione del significato' derivante dalla convinzione che le cose sarebbero dovute andare diversamente" (Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 5) sono emozioni secondarie comuni nel processo di elaborazione del lutto. Questi sintomi secondari e le strategie di evitamento per affrontarli costituiscono una grande fonte di disagio che la persona deve affrontare prima di poter approfondire le emozioni centrali descritte sopra (Timulak & Keogh, 2021).

d) Emozioni strumentali

Le emozioni strumentali sono espresse per raggiungere obiettivi relazionali, come la tristezza che viene espressa per cercare conforto o la rabbia che la persona esprime per ottenere intimidazione e obbedienza negli altri. Quando queste emozioni compaiono nel processo terapeutico, il terapeuta facilita la sostituzione di queste espressioni con richieste oneste e dirette degli obiettivi che la persona sta cercando di raggiungere (Greenberg, 2011).

Processi emotivi nel lutto complicato

Le diverse difficoltà psicologiche sintomatiche sono comprese entro il frame dell'EFT come derivate da diversi processi emotivi: mancanza di consapevolezza emotiva, mancanza di regolazione, presenza di emozioni disadattive o espressione inadeguata delle emozioni nei contesti interpersonali (Greenberg, 2011). L'EFT distingue i tipi di lutto in base all'eziologia emotiva sottostante, piuttosto che all'espressione dei sintomi (Sharbanee & Greenberg, 2022). Così, nel processo tipico o non complicato, il lutto è un'emozione di

adattamento alla perdita (Sharbanee & Greenberg, 2022). Tuttavia, nelle reazioni di lutto complicate, compaiono altri processi emotivi, come il senso di colpa (ad esempio, nel processo di auto-valutazione) o la paura (ad esempio, nel processo di auto-interruzione), che bloccano il lutto naturale. A volte, durante il lavoro di elaborazione del lutto, prevalgono altri dolori emotivi di base (cioè, emozioni primarie disadattive) e anche il processo di elaborazione del lutto viene bloccato.

Cambiare le emozioni

L'EFT propone diversi principi di cambiamento delle emozioni (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2011) per aiutare le persone ad accettare, esprimere, regolare, dare senso e infine trasformare le emozioni difficili. Un altro tratto distintivo dell'EFT è la facilitazione di questi processi emotivi attraverso compiti che vengono proposti quando nel cliente compare uno specifico stato problematico (ad esempio, lo stato di autocritica verrebbe affrontato con la proposta del compito del dialogo a due).

Il cambiamento emotivo richiede sia che l'emozione primaria disadattiva venga riattivata (Warwar, 2005) sia che venga sentita in modo produttivo. L'elaborazione produttiva implica che il cliente sperimenti un'attenzione e un'accettazione consapevole dell'emozione, la esprima in modo congruente, la simbolizzi a parole e l'esperienza sia differenziata, regolata e vissuta con un senso di agency (Auszra & Greenberg, 2007). Le emozioni primarie adattive vengono sperimentate come risultato di questa elaborazione produttiva e trasformano le precedenti emozioni disadattive, attraverso il riconsolidamento della memoria (Greenberg, 2021). Come processo finale di consolidamento, la codifica delle emozioni in una narrazione ha l'importate funzione di *dare un senso al* dolore, regolandolo e rendendolo meno disorientante (Kennedy-Moore & Watson, 1999; Sharbanee & Greenberg, 2022).

Sequenze di emozioni nel lutto complicato

È importante notare che, sebbene ora parleremo di sequenze, queste non sono equivalenti alle fasi o ai compiti che altri modelli di lutto propongono. Le sequenze emozionali si verificano momento per momento, immerse nel lavoro dei diversi compiti della seduta e seguendo il flusso dinamico di elaborazione emotiva che è caratteristico dell'esperienza del cliente (Sharbanee & Greenberg, 2022). Queste sequenze sono presentate in modo lineare perché alcune emozioni di solito precedono e danno origine ad altre. Tuttavia, non dobbiamo dimenticare che il corso naturale delle sequenze di elaborazione emotiva evidenziate dall'esperienza del cliente di solito avviene in modo ricorsivo, poiché i clienti di solito oscillano tra gli stati emotivi e a volte ci sono passi indietro, per consentire successivi passi avanti (Pascual-Leone, 2009).

Possiamo riconoscere due tipi di sequenze nel lutto complicato (vedi figura 5): nella prima sequenza, il processo centrale consiste nel superare il blocco emotivo e le emozioni secondarie, per poter elaborare completamente il lutto. Dopo l'elaborazione e l'espressione della tristezza e la differenziazione di rabbia e tristezza (se necessario), possono comparire altre emozioni adattive, come la compassione, la gratitudine, la gioia nostalgica. In questa prima sequenza, l'accesso al dolore è il principale processo di cambiamento, un processo ampiamente osservato nell'esperienza clinica ("Molte persone traggono beneficio dal lutto aprendosi e lasciando scorrere le lacrime" in Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 5).

Sequenza 1:



Sequenza 2:

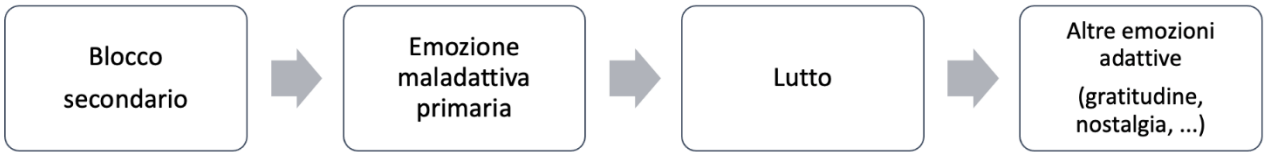


FIGURA 5 - *Due sequenze di emozioni nel lavoro sul lutto complicato* (Sharbanee & Greenberg, 2022)

Nella seconda sequenza, l'accesso al lutto avviene di solito dopo aver lavorato con le ferite storiche (cioè, le emozioni maladattive primarie) in cui la persona amata deceduta ha avuto un ruolo. In queste sequenze, dopo la convalida e il superamento dei blocchi e delle reazioni secondarie, è necessario lavorare con la vergogna di base, la vulnerabilità basata sulla paura o la solitudine/abbandono. Dopo l'accesso e la simbolizzazione di queste emozioni primarie, è probabile che compaiano il dolore e altre emozioni adattive (Timulak, 2015), poiché "è il dolore a suscitare la compassione e a contenere i ricordi di gioia e la conseguente gratitudine" (Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 8).

Così, "l'elaborazione proficua di un lutto complicato richiede che i clienti siano portati dalle loro reazioni secondarie alle loro emozioni disadattive primarie, come la vergogna, l'inadeguatezza, l'insicurezza e la vulnerabilità, per poi passare alla piena espressione sia della rabbia assertiva per i fallimenti del passato, sia del dolore per la perdita, sia della compassione e della gioia nostalgica" (Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 10). Il progresso attraverso questa sequenza di elaborazione emotiva è stato associato a un approfondimento dell'esperienza in seduta (Pascual-Leone & Greenberg, 2007) e ad esiti clinici positivi in diversi disturbi clinici e terapie (per una rassegna si veda Pascual-Leone & Kramer, 2019). Pinheiro e colleghi (2021), in uno studio comparativo di un caso con esito positivo e uno con esito negativo di uno studio clinico di terapia costruttivista per un lutto complicato, rivelano la facilitazione terapeutica offerta dell'elaborazione emotiva durante la terapia. L'elaborazione emotiva è associata: (a) al cambiamento delle emozioni maladattive legate al lutto, (b) alla capacità di adattarsi alla nuova vita senza il defunto sulla base degli input sani forniti dalle emozioni e (c) al miglioramento complessivo dei sintomi nel caso con esito positivo (si vedano le vignette cliniche in Pinheiro et al., 2021).

Lavorare con il lutto attraverso l'EFT ai tempi della pandemia COVID-19

Sebbene siano stati sviluppati approcci di EFT per lavorare con le persone in lutto (Sharbanee & Greenberg, 2022), il nostro obiettivo qui è quello di presentare una proposta innovativa e in costruzione adattata ai clienti in lutto nel contesto specifico della pandemia COVID-19.

L'intervento segue l'approccio a moduli proposto nell'EFT transdiagnostica (Timulak & Keogh, 2022), aiutando il clinico a strutturare un trattamento breve per il lutto nelle sfide specifiche del contesto pandemico.

Costruire un'alleanza di lavoro produttiva: compassionevole, radicata nella presenza terapeutica, empatica. Questi sono i principi di base della relazione, costruiti su un rapporto autentico ed accurato nell'assistere e decodificare l'esperienza del cliente (Elliott & Greenberg, 2021).

Formulazione del caso in termini emozionali: guida la terapia verso il blocco centrale del lutto adattivo (Shabernee & Greenberg, 2022, p.10). "...un processo emotivo di blocco irrisolto è ciò che distingue un processo di lutto complicato da un processo di lutto normale" (p. 5). Pertanto, la comprensione del blocco emotivo e la sua trasformazione saranno il punto cruciale per la formulazione del caso (si vedano le sequenze sopra descritte).

Ascoltare i marcatori (segnali di stati emotivi problematici nel cliente):

Autocritica: a volte il blocco emotivo può essere una forma di critica interna (autocritica). Questa autocritica può enfatizzare la paura di aver contaminato il defunto, di non aver portato via il familiare dalla casa di cura, di non poterlo salutare, di non poter partecipare ai rituali, ecc.

Processo di auto-interruzione: il processo di interruzione dell'esperienza, attraverso pensieri come "non serve a nulla provare questo dolore" o evitare gli scenari "non andrò nel suo quartiere, non voglio passare un brutto momento, è al di là delle mie possibilità".

Marcatori di questioni in sospeso: un senso di lutto incompleto o inespresso, o questioni irrisolte nei confronti del defunto.

Significato di protesta: la persona è bloccata, incapace di elaborare un'esperienza che ha infranto le sue convinzioni fondamentali.

Reazioni problematiche: la persona non comprende il significato delle sue reazioni e risulta perplessa.

Pressione narrativa legata alla perdita traumatica: sono presenti elementi traumatici che una persona deve affrontare.

ASCOLTARE I TEMI E LE EMOZIONI: L'ESPERIENZA DEL LUTTO DURANTE IL COVID-19 ATTRAVERSO LA LENTE DELL'EFT

A) IL CARATTERE SCONOSCIUTO DELLA MORTE

Diversi aspetti legati al carattere sconosciuto della morte (come l'incapacità di determinare il significato degli eventi legati alla malattia, l'imprevedibilità dei sintomi, la mancanza di chiarezza sulle opzioni terapeutiche o una grande disinformazione generale), possono scatenare molta rabbia e altri marcatori di significato di protesta (ad esempio verso i medici e le politiche governative). Ciò richiede un compito di ricostruzione del significato, per aiutare i clienti a esprimere le specificità della loro perdita e i significati ad essa collegati, ad accedere e a specificare le credenze più care che sono state violate e a ricreare il significato quando tali credenze sono state infrante dalle circostanze della perdita.

È necessario elaborare alti livelli di rabbia e paura. La sintonizzazione empatica è fondamentale per aiutare a differenziare queste emozioni forti e importanti, che possono apparire come una complessa miscela.

B) NON ESSERE IN GRADO DI DIRE ADDIO

Una parte del profondo dolore per la perdita durante il COVID-19 deriva dal non poter dire addio. Alcuni clienti mostrano una sorta di shock e paura/ansia legati all'incredulità. Non sapere come il defunto è stato sepolto o non avere un ricordo del contatto con il defunto può scatenare queste emozioni, che devono essere simbolizzate e approfondite quando attive. Questo processo favorirà l'accettazione della morte (Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022).

Alcuni aspetti dell'esperienza sono più traumatici e opprimenti (ad esempio la morte improvvisa, senza bare disponibili). Pertanto, sarà fondamentale aiutare le persone a raccontare la storia e allo stesso tempo concentrarsi e liberare uno spazio (Elliott & Greenberg, 2021) per aiutare le persone a regolare le reazioni emotive sotto regolate e ad accedere all'esperienza con un senso di agency.

C) ISOLAMENTO FISICO E MANCANZA DI SUPPORTO

Alcune delle esperienze più singolari di perdita durante il COVID-19 sono legate all'isolamento fisico e alla mancanza di supporto della persona in lutto. I marcatori di vulnerabilità sono attesi (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021), quando i clienti esprimono angoscia per i forti sentimenti negativi legati a sé stessi (di solito con disperazione e senso di isolamento). L'affermazione empatica e l'autocompatimento sono compiti disponibili per facilitare il processo.

Alcuni clienti possono esprimere dolore e sofferenza immaginando l'isolamento fisico e la mancanza di supporto della persona cara deceduta. Questo processo può essere compreso come una questione incompiuta e il lavoro con la sedia potrà aiutare i clienti a elaborare questo dolore (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021).

Comprendere e co-costruire i principali blocchi del lutto

A volte la persona deceduta è associata ad un'emozione primaria disadattiva, per essersi dimostrata nel passato sprezzante, abbandonica o umiliante. In altre occasioni il defunto era l'unica persona che rappresentava una fonte di conforto di fronte a emozioni dolorose croniche. In questo caso, il lutto si complica perché la persona si sente più indifesa di fronte al dolore della propria famiglia.

FACILITARE LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI

È molto importante considerare le capacità di regolazione emotiva, poiché il lavoro emotivo attivo deve essere facilitato solo quando sappiamo che la persona possiede capacità di regolazione adattiva. In caso di abuso di sostanze, autolesionismo o processi che rimandano ad un'importante fragilità, è molto importante lavorare preventivamente sulla regolazione emotiva (Greenberg, 2011). L'alleanza terapeutica è lo strumento fondamentale per generare un aumento della competenza nella regolazione emotiva del cliente. Oltre alla relazione, abbiamo diversi compiti che promuovono un aumento della regolazione emotiva, a fronte di specifici stati problematici:

1. Affermazione empatica per gli stati di vulnerabilità;
2. Calmarsi (Self-shooting);
3. Liberare uno spazio (Clearing a space).

LAVORARE CON IL SENSO DI COLPA E ALTRI SINTOMI COMUNI

Se attraverso la sintonizzazione empatica non riusciamo a superare le emozioni secondarie e i processi bloccanti, abbiamo a disposizione compiti attivi che possono facilitare il processo. Con il dialogo a due sedie lavoriamo sul senso di

colpa e su altri processi sintomatici che bloccano l'elaborazione del lutto (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021). In questo compito, il cliente è invitato a mettere in scena la voce interna che incolpa, induce ansia, interrompe o suscita pensieri o ruminazioni ossessive. Uno dei vantaggi di questo compito è l'esperienza di agency che il cliente ha nel processo di generazione di questa sintomatologia. Invitando la persona a cambiare sedia, le esperienze disadattive primarie possono emergere, essere simbolizzate ed espresse. In questo processo è molto importante l'espressione a voce dei bisogni esperienziali. Questo permette il processo di trasformazione di quella stessa voce che prima biasimava, interrompeva o spaventava. In questo processo possono emergere emozioni adattive trasformative. L'EFT prevede un lavoro con la sedia diverso per ogni processo:

1. Colpa: lavoro a due sedie ;
2. Auto-preoccupazione (scissioni dell'ansia);
3. Auto-interruzione;
4. Ruminazione/processo ossessivo (vedi Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021).

LAVORARE CON LE EMOZIONI PRIMARIE

Il lavoro con la sedia occupata dall'altro significativo è il compito più emblematico del lavoro sul lutto complicato con l'EFT (Sharbanee & Greenberg, 2022). Viene facilitata la presenza dell'altro significativo attraverso l'uso di una sedia vuota, in modo che il cliente possa accedere ed esprimere le emozioni che emergono quando è in contatto con il defunto (Elliott & Greenberg, 2021). L'obiettivo è accedere e differenziare le emozioni adattive e, se necessario, lavorare con le emozioni primarie disadattive. A questo scopo, se congruente con la formulazione del caso, momento per momento, di solito si suggerisce al cliente di occupare la sedia dell'altro e, da questa posizione, di mettere in scena l'altro negativo, riversando il suo messaggio (ad esempio, vergognarsi o allontanarsi) al sé esperienziale dell'altra sedia. Il cambio sedia del cliente facilita l'accesso alle emozioni nucleari croniche. A questo punto è fondamentale simbolizzare ed esprimere queste emozioni, in modo che possano essere elaborate in modo produttivo. Nelle fasi successive di questo compito, facilitiamo l'emergere di emozioni adattive (Elliott & Greenberg, 2021).

CONSOLIDAMENTO IN NARRATIVA:

Il processo terapeutico di accesso alle emozioni primarie adattive e di trasformazione delle emozioni primarie disadattive può essere consolidato in narrazioni che riuniscano elementi della storia personale, del passato e del futuro anticipato, dando luogo a un nuovo senso di identità (Cunha et al., 2016). Ma la riflessione e la ricostruzione narrativa richiedono, come abbiamo anticipato in precedenza, che il dolore del lutto sia riconosciuto.

Quando la persona sente pienamente la propria emozione primaria, è in grado di articolare il bisogno che è insito in essa e si sente in diritto di soddisfare quel bisogno o di esplorare quello che desidera. Questa articolazione dei bisogni ci permette di provare nuove emozioni adattive, tipicamente la compassione e la rabbia assertiva. Per dire addio, dobbiamo dire e sentire tutto ciò che era inespresso e implicito nelle nostre emozioni. Tutti i momenti significativi di cambiamento sono ancorati a incontri esperienziali vividi con sé e con gli altri, piuttosto che a commenti, interpretazioni o istruzioni terapeutiche, anche se queste avranno un ruolo importante in una fase successiva per il consolidamento di una nuova

narrazione integrata di sé (Neimeyer et al., 2009).

In questo processo di consolidamento dell'elaborazione del lutto e di costruzione di nuove narrative identitarie, possiamo seguire il compito di ricostruzione del significato (Elliott & Greenberg, 2021) e il compito di esplorazione empatica (Elliott et al., 2004).

Osservazioni conclusive

In quanto modello umanistico, processuale ed esperienziale, l'approccio dell'EFT richiede lo sviluppo di un ambiente relazionale specifico, caratterizzato da un terapeuta pienamente presente all'altro e in sintonia con il flusso dinamico di elaborazione emotiva, che è caratteristico dell'esperienza del cliente. L'EFT aiuta i clienti in lutto a sbloccare i processi di interruzione e ad entrare in contatto con le emozioni primarie. In questo processo, i terapeuti facilitano l'accesso, la simbolizzazione, l'espressione e la regolazione delle emozioni primarie dei clienti. A volte questo processo implica la trasformazione di ferite fondamentali come la paura del trauma, la vergogna, la solitudine e l'abbandono. Nella maggior parte dei processi, il terapeuta è testimone del dolore devastante legato alla perdita inevitabile che la morte comporta. Tuttavia, i terapeuti sono anche testimoni delle risorse dei pazienti, il che provoca emozioni adattive profonde anche nel terapeuta: tristezza e compassione di fronte alla vulnerabilità, gioia di fronte alla guarigione o ammirazione per il dispiegarsi delle risorse che i clienti mettono in atto e che li guidano verso la vita.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER IL LUTTO DOPO IL COVID-19

Il modello cognitivo si basa sull'idea che gli esseri umani siano governati da processi cognitivi. Una concettualizzazione cognitivo-comportamentale del lutto complicato (LC) presenta tre *processi fondamentali* come aspetti cruciali per lo sviluppo e il mantenimento del LC: a) l'insufficiente integrazione della perdita nella conoscenza autobiografica di base (autobiographical knowledge base), b) le credenze negative globali e le interpretazioni errate delle reazioni al lutto e c) l'uso di strategie di evitamento ansiose e depressive (Boelen et al., 2006b). Questi tre processi sono importanti in quanto contribuiscono ciascuno ai diversi esiti clinici che costituiscono il LC. Si presume che un'insufficiente connessione tra la realtà della perdita e la conoscenza autobiografica di base generi sintomi chiave del LC come l'incredulità, il ricordo involontario e il comportamento di ricerca. Le credenze globali negative sono collegate al desiderio, alla rabbia, al senso di colpa e ad altre emozioni associate al LC, mentre l'interpretazione errata delle reazioni al lutto genera disagio e paura. L'ultimo processo fondamentale, le strategie di evitamento ansioso e depressivo, alimenta l'intorpidimento, il distacco e la difficoltà a immaginare una vita significativa (Boelen et al., 2006b; 2007). Questa concettualizzazione del LC offre un quadro di riferimento per la generazione di ipotesi sui meccanismi alla base del LC, che successivamente possono essere informativi per un intervento terapeutico.

Ai fini del presente manuale, utilizzeremo questa concettualizzazione del LC e la ricerca condotta dallo psicologo olandese Paul Boelen e colleghi sulla terapia cognitivo-comportamentale per il lutto complicato transdiagnostico per trattare gli adulti in terapia individuale (Boelen et al., 2006b; 2007). Questo lavoro costituirà un punto di partenza per comprendere come la terapia cognitivo-comportamentale possa essere utilizzata per condurre una terapia con individui colpiti da lutto durante la pandemia COVID-19 e dove sia necessario lavorare terapeuticamente per prevenire il lutto complicato. Come illustrato nel capitolo 2 di questo manuale, le circostanze specifiche e le restrizioni che circondano la morte e il morire durante la pandemia COVID-19 hanno avuto un forte impatto sull'esperienza del lutto e del dolore nell'Europa meridionale. Pertanto, un approccio cognitivo-comportamentale per prevenire il lutto complicato dopo la pandemia dovrà prendere in considerazione questi aspetti specifici del lutto nell'era del COVID-19. Gli interventi cognitivi-comportamentali, che includono esposizione, ristrutturazione cognitiva e attivazione graduata, sono stati in precedenza ritenuti efficaci nell'alleviare le reazioni di lutto complicato in ricerche condotte prima della pandemia COVID-19 (cfr. Boelen et al., 2007; Bryant et al., 2017; Currier et al., 2010; Johannsen et al., 2019).

Insufficiente integrazione della perdita nella conoscenza autobiografica di base

Una caratteristica fondamentale del lutto complicato è che la persona in lutto ricorda costantemente la persona che ha perso, ma la separazione assoluta e la definitività della perdita sembrano irreali e il ricordo di questa realtà continua a creare dolore e angoscia intensi (Boelen et al., 2006b). Nella terapia cognitivo-comportamentale questo fenomeno viene spiegato proponendo che la separazione non è sufficientemente compresa e integrata nella conoscenza autobiografica di base. L'informazione della perdita non è stata incorporata nella memoria esistente, il che spiega perché il dolore emotivo non si attenua nel tempo. Quando si lavora per prevenire lo sviluppo di un lutto complicato, può essere utile aiutare i clienti a comprendere, accettare e integrare la loro perdita nella loro base di conoscenze e nella loro narrazione di vita. Questo aspetto, tuttavia, potrebbe essere particolarmente impegnativo per coloro che hanno subito un lutto durante il COVID-19. Per molte persone in lutto, l'incertezza sugli eventi che hanno circondato la morte è stata una caratteristica fondamentale, rendendo la narrazione della perdita particolarmente difficile da comprendere e integrare nella conoscenza esistente (Boss et al., 2021). Inoltre, quando la morte è traumatica, i ricordi per definizione sono molto difficili da incorporare nella conoscenza autobiografica esistente (Boelen et al., 2006b), il che pone nuovamente il lutto durante il COVID-19 a rischio di essere particolarmente difficile da elaborare (Testoni et al., 2021).

Un aspetto fondamentale dei pazienti che soffrono di reazioni complicate al lutto è l'uso dell'evitamento come strategia per tenere a bada i sentimenti dolorosi e la realtà della perdita. Pertanto, il trattamento di questo aspetto del lutto complicato richiede di affrontare la realtà della perdita e di confrontarsi con segnali interni ed esterni legati alla realtà della morte (Boelen et al., 2007). Nella terapia cognitivo-comportamentale, il metodo utilizzato a questo scopo è l'esposizione. Quando si lavora per prevenire lo sviluppo di un lutto complicato, i clienti che sembrano affidarsi all'uso dell'evitamento come strategia di coping potrebbero beneficiare di un approccio simile.

L'esposizione comporta il confronto (graduale) con specifici stimoli interni ed esterni legati alla

perdita, come ricordi, oggetti e situazioni, che sono stati evitati dalla persona in lutto (Boelen et al., 2021). L'obiettivo è integrare la perdita nella memoria autobiografica e aumentare la connessione nella narrazione della vita della persona. Gli esercizi generali di esposizione includono il racconto delle circostanze della perdita, per articolare ed elaborare le conseguenze della perdita per sé, per il futuro e per la relazione con il defunto, e per sperimentare ed esprimere l'angoscia di separazione connessa a questa realtà (Boelen et al., 2021). Gli interventi e i metodi applicati in questa fase mirano ad aiutare la persona in lutto a relazionarsi e a comprendere, razionalmente ed emotivamente, che il defunto è morto e non tornerà. L'obiettivo è quello di riuscire a fare i conti con la definitività della perdita. Nella terapia è estremamente importante che lo psicologo sia empatico e attento e crei uno spazio sicuro che permetta alla persona in lutto di esplorare questi aspetti dolorosi e difficili (Boelen et al., 2007).

AVVIO DELL'INTERVENTO

La terapia di esposizione si basa sull'idea che l'evitamento dei ricordi legati alla persona deceduta sia un fattore chiave di mantenimento del lutto complicato. Per facilitare il processo di adattamento diventa quindi importante che i pazienti si confrontino gradualmente con questi ricordi ed elaborino le implicazioni della perdita (Boelen et al., 2007). Quando si inizia la terapia, è importante spiegare questo razionale alla persona in lutto, in modo che questi comprenda lo scopo del confronto, spesso doloroso. In alcuni interventi cognitivo-comportamentali sul lutto, nelle prime sedute viene chiesto alla persona in lutto di raccontare la storia della sua perdita, in modo che il terapeuta possa identificare gli aspetti della perdita particolarmente angoscianti. Vengono identificati sia gli stimoli interni, come i ricordi e i pensieri, sia gli stimoli esterni, come i luoghi e le persone, che si tende a evitare.

Questo racconto iniziale della storia della perdita fornisce informazioni sui tre processi fondamentali:

a) insufficiente integrazione della perdita nella conoscenza autobiografica di base;
b) credenze globali negative e interpretazioni errate delle reazioni al lutto;
c) l'utilizzo di strategie di evitamento ansioso e depressivo.

Ciò consente al terapeuta di creare ipotesi su quali siano gli aspetti più critici nel processo di elaborazione del lutto e su quali aspetti la terapia debba concentrarsi (Boelen et al., 2006b, Boelen et al., 2007).

In terapia, l'esposizione immaginale ad argomenti di conversazione rilevanti che possono promuovere l'accettazione della realtà della perdita può includere:

IL MODO IN CUI IL LUTTO HA CAMBIATO L'IMMAGINE DI SÉ E L'IDENTITÀ

Le conversazioni in terapia possono concentrarsi sul modo in cui la persona in lutto vede sé stessa e su come appare il "nuovo me". Affinché la persona in lutto accetti l'esistenza di una nuova versione di sé, deve accettare di aver perso una persona importante nella sua vita e quindi accettare la morte. Questo processo potrebbe essere sollecitato attraverso l'esplorazione della mutata immagine di sé e l'identificazione rispetto ai ruoli e alle responsabilità nella famiglia o in relazione alla più ampia rete sociale. Cosa significa passare dall'essere parte di una coppia all'essere soli in un contesto sociale? Spesso le persone in lutto dicono di sentirsi come se avessero perso una parte di sé: può essere utile esprimere a parole questa sensazione e convalidare l'esperienza. Per le persone che hanno subito un lutto durante il COVID-19 può esserci la consapevolezza che la pandemia ha avuto un impatto fondamentale sulla loro vita e sulla loro

identità. La perdita di una persona cara, ma forse anche altre perdite, come il lavoro, la stabilità finanziaria, la fiducia nelle autorità e i cambiamenti nelle reti sociali (Kokou-Kpolou et al., 2020), aumentano il livello di complessità nell'accettare un'immagine di sé modificata.

PIANI E ASPETTATIVE PER IL FUTURO

In terapia, la persona in lutto può riflettere sui sogni infranti e sui progetti per il futuro, sui possibili cambiamenti nelle circostanze finanziarie e pratiche e sulle situazioni in cui il defunto "mancherà". Parlare del futuro significa accettare che sarà un futuro senza la persona amata e quindi accettare la morte. Potrebbe anche essere necessario parlare di "ciò che non abbiamo potuto fare", "ciò che non è stato detto" e/o di conflitti irrisolti. Per quanto riguarda il lutto durante la pandemia COVID-19, molti hanno perso i propri cari senza preavviso o senza avere il tempo di dire addio. Questo aspetto di "questioni in sospeso" può complicare gravemente il processo di elaborazione del lutto, suscitando emozioni di colpa per non essere stati al fianco della persona amata o di rabbia per essere stati impossibilitati a farlo (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021).

RAPPORTO CON IL DEFUNTO

La terapia può affrontare il tema di chi era il defunto come persona, di cosa si sente maggiormente la mancanza e di cosa no. Parlando della persona e dei ricordi al passato, si confronta la persona in lutto con il presente senza la persona amata. Il terapeuta può chiedere esempi di momenti quotidiani e di come il defunto possa conservare un ruolo nella vita della persona in lutto, ad esempio attraverso rituali, ricordi, conversazioni con altri sul defunto, ecc. La ristrutturazione della relazione richiede una forma di accettazione, che può essere difficile se il lutto è ambiguo, ad esempio perché non si è potuto salutare la persona amata a causa delle restrizioni imposte dall'emergenza pandemica. Questo deve essere riconosciuto e forse un rituale o una cerimonia per segnare la morte in questa fase successiva può essere utile al cliente per dare l'ultimo addio (Menichetti-Delor et al., 2021).

LE EMOZIONI DOLOROSE

Le emozioni dolorose possono essere evitate da chi soffre un lutto complicato perché ricordano la perdita. In terapia, le conversazioni possono concentrarsi sui sentimenti che turbano la persona in lutto. Come vengono vissuti e come possono essere affrontati dalla persona in lutto? È possibile per la persona "stare con" i sentimenti, aspettare e lasciarli passare? Ci sono emozioni di cui la persona in lutto ha paura o che forse la imbarazzano? I sentimenti sono legati ai ricordi, alle paure per il futuro, forse a temi esistenziali come la solitudine e il non-senso? Studi condotti su persone in lutto durante la pandemia COVID-19 hanno rilevato che i livelli più elevati di disagio psicologico, come rabbia, senso di colpa e vergogna, erano legati alla loro visione della pandemia (Gullo et al., 2022). Se le persone colpite dal lutto riescono a comprendere meglio i propri sentimenti e ad avere l'opportunità di esprimerli, anziché reprimerli, ciò può contribuire ad avviare un ulteriore processo di adattamento.

Per lavorare con gli stimoli esterni, come l'evitamento di luoghi fisici, oggetti e persone, si può introdurre l'esposizione in vivo insieme all'esposizione immaginale attraverso la conversazione. Per coloro che sono stati colpiti da un lutto durante la pandemia, ciò potrebbe consistere nel visitare l'ospedale in cui è morta la persona amata o nel chiedere informazioni al personale ospedaliero che era con la persona amata nelle ultime ore. Potrebbero essere visitati luoghi che ricordano alla persona in lutto il defunto e che sono stati evitati. L'esposizione in vivo può essere opprimente per chi è in lutto e si consiglia di adottare un approccio graduale, affrontando prima gli

aspetti meno preoccupanti e avvicinandosi di volta in volta ai luoghi e agli oggetti più angoscianti. Mantenere uno stretto contatto e monitorare continuamente il cliente per assicurarsi che l'esposizione non stia causando troppo disagio (Boelen et al., 2006b). Gradualmente la terapia di esposizione dovrebbe consentire al paziente di comprendere e affrontare la realtà della perdita e di incorporarla nella propria storia di vita.

Credenze globali negative e interpretazioni erronee delle reazioni al lutto

La perdita di una persona cara può lasciare l'impressione che la propria comprensione del mondo sia stata messa sotto-sopra: il mondo non ha più senso e le fondamenta esistenziali sono stravolte. Questo può creare convinzioni globali negative su sé stessi, sugli altri e sul futuro, che sono considerate particolarmente critiche nello sviluppo e nel mantenimento di reazioni di lutto complicato. Quando si lavora per prevenire lo sviluppo di reazioni di lutto complicato, può essere utile esplorare e affrontare le potenziali convinzioni negative e le interpretazioni errate. Le errate interpretazioni catastrofiche delle reazioni al lutto contribuiscono ad alimentare nelle persone in lutto una sensazione di perdita di controllo e di angoscia e, di conseguenza, portano spesso ad attivare strategie di evitamento ansioso, al fine di minimizzare i sentimenti e i pensieri legati alla perdita. Questi due processi cognitivi generano a loro volta forti emozioni negative come rabbia, senso di colpa e paura (Boelen et al., 2006b). Durante la pandemia, l'adattamento delle credenze globali negative può aver rappresentato una sfida particolare per le persone in lutto. Molti hanno subito perdite e molteplici stress. Non solo hanno perso una persona cara, ma possono aver perso anche i loro mezzi di sostentamento, la fiducia nelle autorità, la loro rete sociale, ecc. Per adattarsi a queste perdite e alla vita quotidiana senza il defunto, è importante lavorare per ristabilire un senso di fiducia in sé stessi e negli altri, nella vita e nel futuro, affrontando la perdita e accettando i pensieri e i sentimenti associati (Boelen et al., 2006).

Utilizzando la terapia cognitivo-comportamentale, un modo per lavorare per ristabilire la fiducia globale è la ristrutturazione cognitiva. La ristrutturazione cognitiva mira a identificare e mettere in discussione le cognizioni maladattive che ostacolano il confronto con la realtà della perdita e l'impegno con il futuro, mantenendo emozioni negative e comportamenti di coping non utili (Boelen et al., 2006b; Boelen et al., 2021). Le cognizioni disadattive includono cognizioni negative sul sé, sul significato della vita e sul futuro, nonché interpretazioni catastrofiche errate delle reazioni al lutto. In particolare, dopo perdite traumatiche (come molte di quelle avvenute durante la pandemia di COVID-19), il senso del mondo come luogo sicuro, prevedibile e in qualche modo controllabile, viene messo in discussione (Boelen et al., 2021). L'obiettivo della terapia diventa quello di aumentare la fiducia nelle capacità della persona in lutto di affrontare la vita e di padroneggiare, ad esempio, nuovi compiti che era solito svolgere il defunto o di stabilire nuove relazioni. Inoltre, la terapia può concentrarsi sull'incoraggiare la persona in lutto a cercare conforto nelle relazioni con gli altri, nonché ad accettare le esperienze di fallimento e delusione da parte di amici e familiari dopo la perdita, in modo che queste esperienze negative non creino ritiro e isolamento sociale. Lo scopo della ristrutturazione cognitiva non è quello di aiutare i pazienti a pensare in modo positivo o di convincerli che le loro cognizioni sono sbagliate. L'obiettivo è invece quello di aiutare i pazienti ad accettare che la perdita ha mandato in frantumi alcuni aspetti che prima erano certezze e che è importante modificare le credenze disadattive in credenze utili, che riflettano la fiducia, la sicurezza e la speranza

per accettare la perdita e andare avanti (Boelen et al., 2021).

Nel primo processo di base viene introdotta l'esposizione immaginale, in cui la persona in lutto inizia raccontando la storia della perdita. L'esposizione immaginale è anche un aspetto importante del trattamento delle cognizioni negative. Ascoltando la narrazione della perdita del lutto, vengono fornite informazioni importanti sulle cognizioni negative relative all'evento che ha portato alla morte o all'incapacità di affrontare la nuova situazione di vita (Boelen et al., 2006b). Ad esempio, una persona in lutto potrebbe essere caratterizzata da un'eccessiva responsabilità nei confronti di un parente affetto da COVID-19 e da un conseguente senso di colpa per averne presumibilmente causato la morte (Boelen et al., 2021).

Durante le sedute di terapia, la persona in lutto e il terapeuta possono esplorare e affrontare le cognizioni e le ipotesi negative che contribuiscono ai problemi di fiducia in sé stessi, alla fiducia negli altri e alla visione negativa della vita e del futuro. Ad esempio, potrebbe trattarsi di:

MANCANZA DI FIDUCIA IN SÉ STESSI E IMMAGINE DI SÉ NEGATIVA
Alcune persone in lutto pensano e temono di non essere in grado di affrontare il lutto o la vita senza il defunto. Pensano di non essere in grado di vivere o di essere al servizio degli altri. Inoltre, possono lottare con sentimenti di dolore che sono troppo opprimenti per essere affrontati.

MANCANZA DI FIDUCIA NEGLI ALTRI
La mancanza di fiducia negli altri può essere dovuta al fatto di incolpare i medici e gli altri operatori sanitari per non aver svolto il loro lavoro in modo adeguato durante il COVID-19. Può anche riguardare episodi di delusione con i familiari e la rete di riferimento. Sentirsi dimenticati durante la pandemia e non essere riconosciuti dalla rete di riferimento dopo la revoca delle restrizioni.

MANCANZA DI FIDUCIA NELLA VITA E DI SPERANZE NEL FUTURO
Alcune persone in lutto pensano che la vita sia ormai priva di significato e che il futuro sia tetro e oscuro. La pandemia può aver portato nella loro vita molteplici fattori di stress ed è difficile vedere come la loro vita possa in qualche modo essere di nuovo bella e significativa. Le speranze e i progetti per il futuro erano legati alla vita con il defunto, e quella vita non è più possibile.

Nelle conversazioni di supporto, i pensieri negativi possono essere messi in discussione e modificati attraverso il dialogo socratico, l'identificazione delle distorsioni negative e il passaggio a pensieri alternativi e più utili.

DIALOGO SOCRATICO
Si tratta di mettere in discussione i pensieri negativi e non utili in modo curioso e indagatore, in modo da promuovere la riflessione sulla misura in cui questi pensieri sono veri e utili. Per esempio:

Chiedere le prove che supportano i pensieri negativi

> "Cos'è che le fa pensare che sia colpa sua se __ è morto a causa del COVID?
>
> "Lei dice che non sarà mai più felice, è vero questo pensiero? Quali sono le prove di questo?"

Chiedere le prove che contrastano con i pensieri negativi

> "Lei dice che è colpa sua se __ è morto. Ci sono prove a supporto di questa tesi?"
>
> "La vita non ha più senso. C'è qualcosa che possa contraddire questo pensiero?"

Domande sulla logica

"Lei è convinto che avrebbe dovuto essere con __ quando è morto in ospedale da solo. Mi parli un po' di come avrebbe potuto fare."

"Lei dice che non può contare su nessuno, ma dice anche che suo figlio le è sempre stato vicino. Ha ragione su entrambi i fronti?"

DISTORSIONI NEGATIVE

Le distorsioni cognitive negative sono schemi di pensiero che perpetuano idee sbagliate e ipotesi che non sono logiche o utili. Durante le conversazioni in terapia, il terapeuta e il cliente esaminano insieme se questi schemi di pensiero sono presenti nel cliente:

Eccessiva generalizzazione: trarre conclusioni generali su basi inconsistenti.

"Niente può rendermi felice ora."

Personalizzazione: spiegare l'esito di una situazione in base alle proprie colpe o mancanze.

"È colpa mia se è morta."

Catastrofizzazione: Valutazione estremamente negativa di situazioni spiacevoli.

"Crollerò completamente, se incontrerò qualcuno che conosco."

Se il terapeuta e il cliente si rendono conto di distorsioni cognitive negative, queste possono essere messe in discussione utilizzando le domande socratiche (come indicato sopra). È importante che il terapeuta continui a sondare, a essere curioso e riflessivo, oltre che a offrire sostegno. Il terapeuta deve mostrare accettazione per le distorsioni cognitive negative, poiché sono state sviluppate come risultato di un'esperienza che ha sconvolto le precedenti certezze della vita (Boelen et al., 2006b).

IDENTIFICAZIONE DI PENSIERI ALTERNATIVI

Una volta identificati e discussi i pensieri o gli schemi di pensiero negativi e non utili, il passo successivo è aiutare il cliente a trovare pensieri alternativi e più utili; cioè, pensieri che non tengano la persona in lutto bloccata in un dolore stagnante e sofferente, ma che siano più sfumati e che riescano a essere sia descrittivi di come il cliente si sente, sia speranzosi. È importante che le idee alternative siano realistiche e credibili. Alcuni esempi potrebbero essere:

Prima: "Non sarò mai più felice."

Alternativa: "Sono ancora molto triste, ma scelgo di credere che un giorno potrò essere di nuovo felice."

Prima: "Avrei dovuto evitare la sua morte."

Alternativa: "Vorrei aver fatto di più."

Prima: "Non posso sopportare di vivere senza di lui."

Alternativa: "Sarà difficile continuare a vivere senza di lui. Farò del mio meglio."

I pensieri alternativi sono costruiti in collaborazione dal cliente e dal terapeuta. Questo può essere un compito difficile ed è importante non muoversi troppo velocemente. L'obiettivo è trovare pensieri alternativi meno

negativi e più utili. Non si tratta solo di pensare in modo più positivo, ma di trovare pensieri realistici, logici e utili per ridurre i sentimenti negativi e dare speranza per il futuro. Con la pratica, la persona in lutto impara a diventare consapevole e capace di sfidare i pensieri e le ipotesi non utili per il futuro.

L'uso di strategie di evitamento ansioso e depressivo

Le procedure di esposizione introdotte nelle sezioni precedenti sono utili per far sì che la persona in lutto si confronti con gli stimoli che rendono la perdita una realtà e quindi con le strategie di evitamento ansioso. Quando le strategie di evitamento ansioso si manifestano nel tentativo di mantenere inalterato il legame con il defunto, è possibile parlarne con il terapeuta. Un'ipotesi potrebbe essere che l'incertezza che circonda la morte, la mancanza di rituali e di supporto sociale in seguito a una perdita durante la pandemia possano farla sembrare irreale e aumentare le strategie di evitamento ansioso (Fisher et al., 2022). Insieme al terapeuta, la persona in lutto può esaminare quali possono essere gli effetti a breve e a lungo termine dell'evitamento della perdita per il cliente. Per esempio, a breve termine la persona in lutto può evitare di sentire il dolore e a lungo termine non riesce ad adattarsi alla vita senza la persona che ha perso, con tutte le implicazioni che ciò può comportare (Boelen et al., 2006b). Lentamente, con un approccio graduale, la persona in lutto viene incoraggiata a ridurre il comportamento compulsivo (ad esempio, non dormire nel letto condiviso dal marito defunto). La riduzione degli sforzi per mantenere un rapporto immutato con il defunto causerà probabilmente dolore e sofferenza alla persona in lutto, di cui il terapeuta deve essere consapevole e di cui deve tenere conto nella terapia (Boelen et al., 2006b).

Per le persone in lutto che soffrono di evitamento depressivo, sono incoraggiate le attivazioni comportamentali che aumentano l'umore e la qualità della vita (Boelen et al., 2021). Durante la pandemia, l'allontanamento sociale ha interrotto le interazioni sociali e le attività del tempo libero, rendendo difficile l'accesso al supporto sociale per le persone in lutto, che è un moderatore chiave dell'impatto del lutto (Burke & Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Potrebbe quindi essere ancora più necessario aiutare i pazienti ad aumentare gradualmente il loro impegno nelle attività abituali che offrivano gioia, significato e appagamento prima della perdita. Nel caso in cui la dipendenza reciproca con il defunto fosse forte, si dovrebbe porre l'accento sulla ricerca di nuove attività e sull'impegno in nuovi ruoli non legati al defunto. Per aiutarle ad andare avanti, le persone in lutto dovrebbero essere supportate a prendere coscienza dei valori personali e dei conseguenti obiettivi che vogliono raggiungere e a stabilire i passi per raggiungerli (Boelen et al., 2021).

Le attività potrebbero includere:

- Contatti sociali con amici e familiari;
- Rientro nel mondo del lavoro o scolastico, ricerca di lavoro volontario;
- Attività sportive e ricreative (ad es. club e associazioni);
- Hobby e altri interessi (ad esempio, leggere, ascoltare musica, suonare, fare passeggiate, ecc.).

Il terapeuta può spiegare che attività e umore sono collegati. Cioè, se ci si impegna in un'attività che piace, di solito ci si sente meglio e di umore meno cattivo che se non si facesse nulla (ad esempio, stare a casa da soli). Il terapeuta può chiedere se il cliente è in grado di riconoscerlo da esperienze precedenti.

Nel parlare con il cliente dell'impegno nelle attività, può essere utile parlare di alcuni dei possibili ostacoli che il cliente incontra nell'impegnarsi nuovamente nella vita quotidiana. Questi possono andare dalla

mancanza di energia, ai problemi di concentrazione, alla mancanza di desiderio, alla preoccupazione di affrontare la situazione o alla tristezza, all'incertezza su come reagiranno gli altri e alla paura di dover parlare con gli altri della perdita. Tutto ciò può riflettere una mancanza di fiducia negli altri, nonché ipotesi pessimistiche su quanto possa essere vantaggioso impegnarsi nelle attività. La vita può aver subito un cambiamento drastico a causa della pandemia e il terapeuta deve incoraggiare il paziente a riprendere contatto con il mondo. È qui che si torna al secondo compito e ci si concentra sull'adozione di un approccio di problem-solving agli ostacoli. Può essere utile iniziare in piccolo con attività gestibili e poi valutare come vanno le cose e se sono utili. Ad esempio, incontrarsi con un amico da solo prima di tornare all'interno del circolo ricreativo; oppure iniziare a lavorare qualche giorno alla settimana prima di tornare alla settimana lavorativa completa.

Tentare di svolgere un'attività di fronte a una perdita importante può essere visto come estenuante, inutile e banale. Siate comprensivi, ma cercate di motivare il cliente a provare comunque a svolgere le attività, come distrazione dal dolore e dalla tristezza e nel tentativo di integrare il lutto nella vita futura.

Se il cliente ha difficoltà a pensare a un'attività o non riesce ad affrontare l'idea di doverla riprendere, semplici domande come queste possono aiutarlo:

> Quali interessi/hobby aveva prima che ___ morisse?
>
> Quali attività la rendevano felice?
>
> Quali interessi condivideva con gli altri membri della sua rete di riferimento?
>
> Se non si sentisse così triste e stanco, cosa vorrebbe fare, secondo lei?
>
> C'è qualcuno che può aiutarla a ripartire?
>
> Cosa pensa che ___ la incoraggerebbe a fare?

Alcuni clienti pensano di doversi sentire meglio e avere più energia prima di poter riprendere le attività, ma in realtà è spesso il contrario. Iniziare a fare qualcosa, cioè a impegnarsi in un'attività, per quanto piccola, può aiutare a sentirsi meglio.

Come detto, la strategia consiste nell'iniziare in piccolo, aumentando così la possibilità che l'esperienza dell'attività sia positiva. In questo modo si rafforza la fiducia in sé stessi e negli altri e cresce il coraggio di impegnarsi ulteriormente. Se l'esperienza non è positiva, se ne può discutere il motivo e si può implementare e testare un'altra forma di attività.

Gli esercizi di attivazione comportamentale si svolgono tra una seduta e l'altra e può essere utile chiedere al cliente di scrivere come è andata. Per esempio, il cliente può scrivere una breve descrizione dell'attività, quando e dove si è svolta, come è andata e come si è sentito prima, durante e dopo l'attività.

Promuovere un comportamento sano si rivolge a tutti e tre i processi fondamentali, in quanto affronta l'irreversibilità della separazione, genera esperienze che contrastano con le convinzioni globali negative e arresta la spirale discendente dell'evitamento depressivo (Boelen et al., 2006b).

UN APPROCCIO TERAPEUTICO ECLETTICO AL LUTTO DOPO IL COVID-19

I metodi efficaci di trattamento del lutto sono tipicamente basati sulla teoria cognitivo-comportamentale, ma spesso utilizzano un approccio eclettico nella scelta dei metodi e degli strumenti terapeutici (Cfr. Boelen & Smid, 2017; Bryant et al., 2017; M. K. Shear et al., 2014, 2016; Wagner et al., 2006). Questi metodi e strumenti includono la psico-educazione al lutto, ad esempio utilizzando il Dual Process Model di coping del lutto (Stroebe & Schut, 1999, 2010), l'esposizione, la ristrutturazione cognitiva, l'attivazione comportamentale, il racconto del momento della morte e la conversazione immaginaria con il defunto.

Questa sezione è stata ispirata dall'intervento terapeutico condotto dal Centro Nazionale Danese per il Lutto (DNGG). Il DNCG ha oltre 20 anni di esperienza nella conduzione della terapia del lutto con bambini e giovani adulti (fino a 28 anni). Il centro si avvale di un approccio psicoterapeutico eclettico integrato che consiste nell'integrazione di modelli teorici e terapeutici che affrontano diverse aree del processo di elaborazione del lutto. Da un punto di vista pratico, la terapia è un ponte tra gli approcci teorici del Dual Process Model (DPM), psicodinamico, dell'attaccamento, narrativo, cognitivo ed esistenziale. Attinge anche a elementi chiave della terapia basata sulla mentalizzazione e della terapia focalizzata sulle emozioni e si concentra sulla postura terapeutica. Questo approccio consente di affrontare questioni complesse e di adeguare gli interventi alle esigenze individuali dei clienti.

Il Dual-Process Model rappresenta una pietra teorica miliare dell'intervento specifico sul lutto. Viene anche utilizzato attivamente nella terapia attraverso la psico-educazione. Di seguito verrà presentato il modo in cui il modello viene utilizzato per comprendere il processo individuale di elaborazione del lutto e per individuare i bisogni terapeutici. Dopo questa sezione, seguirà una breve introduzione ad alcuni degli approcci teorici più importanti.

Il Dual-Process Model (DPM): Il lutto come processo dinamico e complesso

Come già detto, il fondamento teorico del trattamento specifico per il lutto si basa sul DPM (Stroebe & Schut, 1999, 2010). In accordo con questo modello, gli psicologi abbracciano l'idea che il lutto, nella sua essenza, sia un processo dinamico e complesso. La persona in lutto ha bisogno di affrontare sia i processi orientati alla perdita sia quelli di ripristino per potersi adattare alla perdita e integrarla nella propria vita. In altre parole, la persona in lutto deve, da un lato, affrontare e sperimentare i difficili sentimenti dolorosi associati alla perdita; imparare ad accettare che il defunto è di fatto morto; e stabilire un nuovo e diverso tipo di legame continuo con il defunto - il lavoro orientato alla perdita (Stroebe & Schut, 1999). Allo stesso tempo, la persona in lutto deve trovare un modo per accogliere e adattarsi ai cambiamenti della vita quotidiana associati alla perdita. Ciò include, tra l'altro, imparare cose nuove, trovare soluzioni alle sfide pratiche, stabilire nuovi ruoli, identità e relazioni indipendenti dal defunto e continuare il proprio sviluppo personale - il lavoro di restauro (Stroebe & Schut, 1999). Il DPM spiega che, idealmente, la persona in lutto oscilla tra i due processi. Il modello favorisce un meccanismo graduale che facilita il confronto con i vari processi e le sfide in porzioni gestibili, in modo che l'adattamento complessivo possa avvenire pian piano. Nel corso della terapia, questo importante processo di adattamento alla perdita viene spiegato ai clienti attraverso la psico-educazione. In questo modo si tende a migliorare la comprensione delle esperienze dei clienti e a evidenziare i punti in cui possono essersi bloccati nel processo di elaborazione del lutto. Sembra anche utile per i clienti imparare che il lutto non ha una data di scadenza, ma che il loro dolore diventerà più gestibile nel tempo.

Il fatto che l'elaborazione del lutto avvenga in un contesto culturale con norme e aspettative sul modo di elaborare il lutto, e che questo abbia un impatto sull'esperienza del lutto, viene affrontato esplicitamente nel corso del trattamento. Ovviamente, anche il contesto personale del cliente, la personalità dell'adulto in lutto, il modello di attaccamento, le strategie di coping, i meccanismi di difesa e le circostanze familiari e sociali influenzano il lavoro con i processi di perdita e di recupero (Guldin, 2019).

All'interno di questa concezione del processo di elaborazione del lutto, gli psicologi lavorano in modo flessibile con i clienti, utilizzando tecniche terapeutiche provenienti da diversi approcci terapeutici (si vedano i dettagli nella sezione successiva) al fine di incoraggiare, tra l'altro, l'accettazione della morte, facilitare la creazione di un legame continuo con il defunto, aiutando il cliente a funzionare meglio nella vita e a stabilire relazioni con altre persone di supporto, con l'obiettivo di rafforzare le speranze per il futuro. Di seguito verranno presentati brevemente alcuni dei modelli psicoterapeutici più importanti, prima di introdurre tre importanti aree di lavoro sul lutto all'interno di questo approccio.

IL MODELLO PSICODINAMICO

Quando le esperienze dolorose e i pensieri complessi e le emozioni legati al lutto sono stati repressi e forse esclusi dalla coscienza, possono avere un potere di arresto che può creare diversi problemi intrapsichici e interpersonali per le persone in lutto (Rubin, 1999). Il compito della terapia è quello di rendere cosciente il contenuto inconscio legato al defunto e al lutto, in modo che le persone in lutto acquisiscano una maggiore consapevolezza e siano in grado di accogliere meglio i sentimenti evitati e di accettare la perdita. In questo modo, si dà spazio al processo di elaborazione del lutto. Ciò avviene, tra l'altro, concentrandosi sulle relazioni oggettuali della persona, cioè sul suo modello di sé/altro, prestando attenzione all'esperienza di transfert nella terapia ed esaminando i conflitti interiori e le difese del lutto (Gullestad & Killingmo, 2007; Larsen et al., 2021;).

Nella prospettiva delle relazioni oggettuali, i modelli relazionali della persona in lutto e le esperienze con gli altri significativi sono al centro della comprensione terapeutica. In terapia si analizza il significato che la persona in lutto attribuisce alla relazione con il defunto, nonché i pensieri e i sentimenti associati alla perdita. Nel modello psicodinamico, quando le persone provano emozioni complesse in seguito a una perdita (per esempio, senso di colpa, vergogna o rabbia), la terapia del lutto va oltre la normalizzazione di queste emozioni, per consentire una comprensione più articolata e profonda dei sentimenti di perdita.

Quando la terapia include l'approccio alle esperienze, ai pensieri e alle emozioni evitate legate al lutto, può essere fonte di ansia e quindi suscitare difese. Le difese, così come i conflitti e le emozioni sottostanti, vengono affrontate esplicitamente nelle sedute di terapia. L'intento è quello di cercare di sciogliere questi nodi, spesso relazionali, e di aiutare la persona in lutto ad ampliare la propria consapevolezza e la propria narrazione, al fine di ridurre il bisogno di difendersi (Larsen et al., 2021; Rubin, 1999). I sentimenti di rabbia rivolti all'inadeguatezza delle risposte governative durante il COVID-19, ad esempio, possono essere esacerbati nel tentativo di difendersi da sentimenti più profondi e radicati di impotenza e di mancanza di aiuto che sono stati innescati.

Come esempio di lavoro con l'esperienza di transfert nella terapia del lutto, l'approccio psicodinamico utilizzerà le esperienze di transfert e controtransfert per comprendere le dinamiche personali sottostanti del cliente ed esplorare l'impatto di queste sulla risposta (adattamento) del cliente alla perdita. Per esempio, Rubin (1999) descrive situazioni terapeutiche in cui il professionista può sperimentare di essere in competizione con una persona defunta idealizzata o può sperimentare

di non "esistere" per il cliente, il che può essere usato per comprendere la rappresentazione mentale della persona in lutto e la funzione della persona defunta per l'immagine di sé del cliente - e la sua risposta alla perdita (come per comunicare "mia madre era perfetta, non posso vivere senza di lei, e tu non puoi aiutarmi, perché non sei perfetto").

COMPRENDERE IL LUTTO DALLA PROSPETTIVA DELL'ATTACCAMENTO

I modelli di attaccamento degli adulti possono essere definiti come modelli mentali cognitivi, affettivi e comportamentali che coinvolgono strategie di regolazione degli affetti e che si sviluppano nelle relazioni intime strette (George et al., 1996; Main et al., 2003). Ciò significa che le esperienze infantili con le figure di attaccamento portano a determinati modelli inconsci di attenzione, aspettative, regolazione delle emozioni e strategie di azione in relazione agli altri.

Le persone con un attaccamento sicuro sono meglio attrezzate per affrontare la perdita, perché questo modello permette loro di tollerare la separazione. Inoltre, il processo di elaborazione del lutto è in genere meno complicato, perché è probabile che siano loro stessi a rimodellare il legame emotivo con il defunto in modo adattivo. Al contrario, l'attaccamento insicuro compromette il processo di elaborazione del lutto. Crea difficoltà per il modo in cui questo tipo di attaccamento arriva a mantenere il legame emotivo con il defunto (Kosminsky, 2018; Stroebe et al., 2010). I clienti con attaccamento insicuro sono spesso caratterizzati dalla sfiducia nelle intenzioni degli altri e hanno un'immagine di sé più negativa. Hanno un forte bisogno di affermazione da parte degli altri o sono estremamente diffidenti nel formare relazioni strette, il che rende molto più difficile costruire e mantenere una relazione terapeutica e stabilire un accordo sugli obiettivi e sui compiti della terapia (Diener & Monroe, 2011). Pertanto, la comprensione del modello di attaccamento della persona in lutto contribuisce a fornire una chiave importante per capire come la persona possa rispondere alla terapia e al terapeuta (Levy et al., 2011; Larsen et al. 2021).

Nella terapia del lutto basata sull'attaccamento, lo psicologo funge da figura di attaccamento transizionale per aiutare la persona in lutto ad affrontare e ad adattarsi a una perdita significativa. Nel processo terapeutico, la persona in lutto viene sostenuta nell'esplorare, sperimentare e tollerare i sentimenti di dolore e di separazione dal defunto. Vengono affrontati i problemi di mentalizzazione della perdita, ovvero la capacità di comprendere lo stato mentale proprio e altrui. La terapia incoraggia un'attenzione flessibile sia alla perdita che alla vita futura, in modo che la persona in lutto ricominci a impegnarsi nella vita senza rinunciare al legame con il defunto.

In generale, gli approcci alla terapia del lutto basati sull'attaccamento affrontano la storia di vita della persona in lutto e la relazione con la persona perduta, nel contesto di una "base sicura e di un rifugio sicuro" creato dallo psicologo. Inoltre, lo psicologo permette che i processi terapeutici siano guidati dal modello di attaccamento/strategia di regolazione degli affetti e dai modelli di sé/altro del cliente (Bowlby, 1988; Daniel, 2015; Mikulincer & Shaver, 2013; Stroebe et al., 2010; Larsen et al., 2021).

IL MODELLO NARRATIVO

Il modello narrativo si concentra sull'impatto della perdita sull'identità della persona in lutto e sulla sua narrazione di sé. I processi narrativi costruiscono significato per l'individuo e quindi possono aiutare l'adattamento dopo la perdita (Neimeyer & Milman, 2020; Sayar & Hjeltnes, 2021). Neimeyer e Hooghe (2018) sottolineano che può essere difficile "trovare un significato" in una perdita, soprattutto quando la morte avviene prematuramente, o quando è spaventosa o violenta, o se la nostra identità e la nostra sicurezza dipendevano dalla persona deceduta - molti di questi fattori di rischio potrebbero essere rilevanti se il decesso è

avvenuto durante la pandemia di COVID-19. L'importanza della creazione di significato a seguito di un lutto è supportata da uno studio condotto da Menichetti-Delor e colleghi (2021) sui bisogni delle famiglie dei pazienti COVID-19 deceduti in ospedale in Italia.

Secondo Neimeyer e Hooghe (2018), il tentativo di adattarsi alla perdita affermando o ricostruendo il significato avviene attraverso due tipi di narrazione: in primo luogo, il bisogno di relazionarsi con la morte stessa e il suo significato per la persona in lutto; in secondo luogo, lo sforzo di accedere alla storia della relazione tra la persona in lutto e il defunto - questo al fine di chiarire le questioni incompiute e (ri)creare la sicurezza dell'attaccamento (Neimeyer & Hooghe, 2018).

Attraverso la narrazione, costruiamo la nostra identità mettendo parti di noi stessi in un insieme significativo che definisce chi siamo, chi eravamo, chi vogliamo diventare. Il narratore attribuisce un significato agli episodi e li collega tra loro in una trama, ma le crisi esistenziali, le perdite o gli eventi traumatici possono portare alla rottura della narrazione, come nel caso della perdita di una persona cara durante il COVID-19 (Riber & Lindvig, 2011; White, 2004). In relazione al lutto, il significato della perdita e il modo in cui l'identità o la narrazione di sé sono state influenzate dalla morte possono essere esplorati attraverso una serie di domande che possono essere rivisitate più volte nel corso di un processo di lutto, al fine di integrare l'esperienza della perdita in una narrazione coerente: *Come si sente ora? Può raccontarmi di quando è morto il suo partner? Può raccontarmi la storia della vita del suo partner? Che cosa ha perso? Chi è lei adesso? A che cosa ha bisogno di aggrapparsi? È emerso qualcosa di buono da questa esperienza per lei? Che aspetto ha il futuro che desidera?* (Kosminsky & Jordan, 2016; Neimeyer, 2012).

Obiettivi specifici della terapia

Sulla base della precedente rassegna delle basi teoriche della terapia del lutto, possiamo definire gli obiettivi generali concreti dell'intervento eclettico sul lutto. Lo scopo della terapia è quello di creare:

- Una migliore regolazione delle emozioni e una migliore mentalizzazione;
- Consapevolezza e capacità di descrivere sentimenti, pensieri e azioni;
- Coping emotivo: la capacità di rispondere alle emozioni forti in modo adattivo;
- Oscillazione flessibile tra i processi di coping orientati alla perdita e quelli orientati alla guarigione;
- Capacità di esplorare e accettare la realtà della morte;
- Una narrazione coerente della perdita e dell'identità del sé;
- Una riorganizzazione dell'attaccamento - legami continui;
- Migliori relazioni/competenze relazionali.

Passiamo ora a tre esempi che introducono modi più pratici di lavorare in terapia.

SCRIVERE LETTERE COME METODO NELLA TERAPIA DEL LUTTO

A partire dagli anni '80, la cosiddetta scrittura espressiva è stata utilizzata e studiata come metodo per elaborare esperienze stressanti e traumatiche (cfr. Pennebaker et al., 1988, 1990). È stato dimostrato che ha un effetto positivo sul benessere fisico e mentale (Frattaroli, 2006), in parte dovuto a un aumento dell'insight (Pennebaker, 1997), al confronto con ciò che si è cercato di evitare (Frattaroli, 2006; van der Houwen et al., 2010) e a una maggiore accettazione emotiva di ciò che è accaduto (Baum & Rude, 2013). Il lavoro con la scrittura espressiva è il precursore dell'uso della scrittura di lettere nella terapia del lutto e comporta la descrizione di sentimenti e pensieri profondi associati a un'esperienza stressante o traumatica e alla morte di una persona importante.

La scrittura di lettere come metodo fornisce una struttura semplice e facile da usare per il lavoro sul lutto. È un modo di strutturare il lavoro terapeutico che prevede compiti a casa, cioè la contemplazione tra una seduta e l'altra, e un metodo che dà al cliente un senso di controllo sul focus della terapia, in quanto è lui a determinare il contenuto delle lettere. È anche un metodo flessibile che, attraverso il focus specifico delle lettere, si adatta ai bisogni terapeutici dell'individuo.

Il compito di sedersi a casa e riflettere su esperienze, pensieri e sentimenti intorno a un tema e di formulare una lettera su di esso può aiutare il cliente a lavorare per strutturare esperienze e sentimenti che altrimenti sarebbero sembrati caotici e disorganizzati. Le esperienze traumatiche degli ultimi giorni della persona amata possono essere scomposte e affrontate in piccole porzioni meno opprimenti facendo scrivere al cliente una serie di lettere su temi diversi. Le lettere permettono di elaborare le singole esperienze e le parti più piccole, piuttosto che affrontare l'intera storia della perdita in una volta sola. Con il tempo, l'attenzione ai sotto elementi delle esperienze può contribuire a creare una migliore visione d'insieme per il cliente e a favorire l'accettazione della perdita e il controllo sulla propria storia.

IL FRAMEWORK DELLA SCRITTURA DELLE LETTERE

Le lettere vengono scritte alla persona che il cliente ha perso o ad altre persone importanti, se opportuno. Non è importante la lunghezza delle lettere, ma che siano personali, pertinenti e significative per il cliente. Il terapeuta spiega che la scrittura di lettere viene utilizzata come strumento per elaborare le esperienze di perdita e di lutto e per evocare i sentimenti e i pensieri associati alla perdita di una persona importante nella propria vita e al lutto che ne deriva. Il terapeuta può spiegare che le lettere possono aiutare a portare maggiore chiarezza e prospettiva a situazioni che sono state travolgenti, confuse e traumatiche. Possono anche aiutare a distinguere le emozioni spesso intricate del lutto.

La lettera viene letta in seduta e, successivamente, si sviluppa un dialogo tra il cliente e il terapeuta, in cui quest'ultimo commenta, esamina e pone domande su quanto detto dal cliente. Il terapeuta si sofferma sulle parti della lettera che gli sono sembrate particolarmente importanti. Il terapeuta può esplicitare e rispecchiare le reazioni emotive e corporee del cliente durante la lettura e nel dialogo che segue. È qui, nella conversazione tra il cliente e il terapeuta, che si svolge il lavoro clinico sul lutto. Alla fine del dialogo, terapeuta e cliente decidono insieme l'obiettivo della lettera successiva, un obiettivo che spesso viene concordato sotto forma di intestazione per la lettera della seduta successiva.

CONSIDERAZIONI SULL'USO DELLA SCRITTURA DI LETTERE IN UN CONTESTO CLINICO

La scrittura espressiva può facilitare sia il processo che i risultati della psicoterapia, come discusso in precedenza. Offre ai clienti l'opportunità di lavorare individualmente, controllando il proprio grado di investimento. È a basso costo e facilmente attuabile. Inoltre, l'intervento di scrittura espressiva ha dimostrato di essere praticabile e tollerabile in una varietà di situazioni difficili, come si è visto, ad esempio, nel programma Workforce, Education and Training (WET) per le persone con Disturbo Post-traumatico da Stress (Sloan et al., 2021), nell'uso della narrazione per i caregiver che hanno subito un lutto (Barnato et al., 2017), nelle persone che hanno subito un lutto da poco (Barnato et al.,2017), nelle persone in lutto per decessi legati alla droga che rispondono a richieste di scrittura (Thatcher, 2021) e nel breve programma "Writing for

Recovery" testato su adolescenti afghani rifugiati in lutto (Kalantari et al., 2012). Infine, sebbene non sia stato testato, l'uso della scrittura espressiva sotto forma di lettere è praticabile nel contesto della terapia del lutto, come si evince dal suo uso ripetuto in tutti i trattamenti efficaci per il disturbo da lutto prolungato (ad esempio, Boelen et al., 2013; Bryant et al., 2017).

Tuttavia, anche l'uso della scrittura di lettere come strumento clinico presenta dei limiti. Per esempio, la scrittura espressiva può provocare un disagio immediato (Smyth, 1998). Pertanto, alcuni clienti possono scegliere di fermarsi e non completare il compito di scrivere lettere, se superano la loro soglia di tolleranza al disagio emotivo. Alcuni clienti possono avere difficoltà a comprendere il valore di scrivere lettere al defunto su esperienze sconvolgenti. In questo caso potrebbe essere utile rivedere alcuni dei potenziali benefici discussi in questa sezione.

Anche le considerazioni pratiche meritano di essere prese in considerazione quando si tratta di stabilire se la scrittura di lettere possa essere un buon strumento da utilizzare con un particolare cliente. Ad esempio, i clienti con disabilità fisiche, cognitive o di apprendimento o con problemi di alfabetizzazione potrebbero trovare difficile scrivere lettere e potrebbero non essere motivati a impegnarsi in attività di scrittura. Anche i clienti che presentano una limitata autoconsapevolezza e per i quali è difficile riflettere sulle esperienze vissute potrebbero non trarre beneficio dai compiti di scrittura descritti in questo documento, e potrebbe essere più utile concentrarsi sull'esplorazione del materiale clinico attraverso la tradizionale conversazione in seduta. Infine, in alcune situazioni, il cliente potrebbe non avere il tempo, la privacy a casa o la motivazione per completare i compiti a casa. Se il terapeuta non è in grado di aiutare il cliente a risolvere questi problemi, i compiti di scrittura non sono praticabili (Larsen, 2022).

LA LINEA DEL TEMPO

Un altro metodo utilizzato nel DNCG è la creazione di una cronologia degli eventi importanti durante il decorso della malattia o intorno al decesso. Questa viene spesso utilizzata come quadro di riferimento per la stesura delle lettere e sarà presentata nella sezione seguente.

In terapia, un buon punto di partenza per il cliente è la compilazione di una linea del tempo per avere una visione d'insieme degli eventi che circondano la perdita e la malattia, se pertinente. Questo può essere fatto all'inizio della terapia o più avanti nel corso del trattamento, quando potrebbe essere necessario avere una visione più ampia di ciò che è accaduto. Come già detto, la sofferenza del lutto durante il COVID-19 è caratterizzata da un senso di confusione, distacco e incertezza (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). Mettere insieme i pezzi in modo intenzionale aiuterà a creare una panoramica di ciò che è noto e di ciò che rimane ancora incerto. Questo fornirà alla persona in lutto una narrazione più forte di ciò che è accaduto e aiuterà l'accettazione razionale della perdita. La linea del tempo viene utilizzata anche per decidere quali lettere il cliente deve scrivere, in quanto gli eventi individuati sulla linea del tempo indicano episodi particolarmente difficili che stanno complicando il processo di lutto. La linea del tempo viene utilizzata in modo flessibile e in base alle esigenze della persona in lutto.

Per alcuni clienti, la crescita e la vita fino alla perdita sono state segnate da malattie, stress familiari e/o personali, il che significa che i ricordi possono essere frammentari e incoerenti e che il senso di identità stesso è vissuto come incerto. Durante la pandemia COVID-19, gli aspetti e gli eventi che circondano la morte possono non essere noti e affrontare

questa "non conoscenza" è una parte importante dell'accettazione della realtà della morte (Cipolletta et al., 2022). La persona in lutto può anche essere incoraggiata a parlare con una persona vicina o a chiedere informazioni agli operatori sanitari dell'ospedale o della casa di cura in cui il proprio caro è morto durante la pandemia, al fine di aiutarlo a creare una narrazione più coerente. La linea del tempo permette alla persona in lutto di mettere in parole, riflettere e riconsiderare esperienze, sentimenti e azioni che possono fornire nuove intuizioni e spiegazioni per le proprie azioni e reazioni fino al momento attuale.

Una migliore visione d'insieme consente di integrare una rappresentazione più completa di ciò che è accaduto quando un genitore era gravemente malato o è morto (improvvisamente). È importante che la persona si concentri sulle proprie esperienze relative alla malattia del proprio caro quando lavora con la linea del tempo, piuttosto che concentrarsi su ciò che la persona malata ha vissuto. Per molti è stato naturale prestare più attenzione a come si sentiva la persona malata, piuttosto che a come si sentivano loro.

La linea del tempo viene realizzata sul quaderno o su un foglio di carta. Può essere disegnata in modi diversi. Alcuni creano una linea del tempo come una linea o un'illustrazione. Altri scrivono punti o fanno un elenco. I partecipanti decidono la forma, ma sono guidati dal fatto che la linea del tempo può includere eventi specifici e il loro significato per la persona. Per esempio, gli eventi concreti possono essere scritti su un lato della linea e il significato degli eventi sull'altro lato della linea. Si può anche scegliere di scrivere gli eventi concreti su un lato e sull'altro una descrizione di ciò che è accaduto nella vita della persona in quel periodo, ad esempio chi sono state le persone più importanti nella sua vita durante l'isolamento sociale, quando ha iniziato a reinserirsi nella vita sociale dopo la pandemia, ecc.

Dopo aver completato la linea del tempo, magari come compito a casa, il cliente ne parla con il terapeuta. All'inizio il cliente parla del contesto in cui ha scelto i punti e di come è stato realizzare la linea del tempo. Successivamente, i punti formulati dal cliente sulla linea del tempo vengono approfonditi. È importante che il cliente si concentri sulle circostanze stressanti della propria esperienza. Potrebbero esserci esperienze traumatiche che il cliente non ha affrontato, gravi sentimenti di impotenza e inadeguatezza per non essere stato in grado di fare qualcosa quando la persona amata si è ammalata o un senso di colpa per non essere stato presente quando la persona amata è morta da sola in ospedale (Cipolletta et al., 2022; Testoni et al., 2021).

Il lavoro con la linea del tempo non deve necessariamente essere fatto in ordine cronologico. Ci possono essere punti di impatto che hanno un peso particolare e che impediscono alla persona in lutto di percepire l'importanza di altri punti di impatto. Si dovrebbe quindi valutare se non sia più opportuno iniziare con ciò che il cliente trova più difficile e poi lavorare sugli altri punti.

L'USO DELLE FOTO

Un altro approccio per accettare la realtà della perdita è quello di lavorare con le foto del defunto durante la terapia. Inizialmente, il cliente presenta al terapeuta, la persona che ha perso, mostrando e parlando di una sua foto. La persona deceduta è il punto focale del lavoro terapeutico; ha senso, quindi, "invitarla" nello spazio terapeutico ed essere visivamente presente attraverso le foto. In relazione alla scrittura della lettera, il cliente viene istruito a guardare la foto della persona deceduta prima di scrivere e leggere la lettera. Lo scopo di guardare le foto è, tra l'altro, quello di creare una sensazione di maggiore vicinanza e

connessione con la persona deceduta. Il lavoro con le foto può inoltre contribuire a stimolare sentimenti, pensieri e ricordi importanti per il lavoro terapeutico.

Alcuni clienti si divertono a guardare le foto e possono provare bei ricordi e sentimenti positivi legati alla persona deceduta, attraverso la relazione con le foto. Altri hanno difficoltà a guardare le foto del loro caro defunto. Trovano difficile affrontare la morte e le emozioni che ne derivano. Quando guardano una foto della persona deceduta, devono affrontare la perdita e rendersi consapevoli del fatto che il defunto è ora solo in un'immagine e non più una realtà fisica. In questo caso, il cliente può essere incoraggiato a guardare la foto all'inizio per un breve momento, e poi il terapeuta può aiutarlo con una graduale esposizione e assuefazione alle emozioni dolorose, con cui il cliente viene a contatto. Alcune persone parlano al presente quando guardano la foto e parlano della persona amata deceduta. In questo caso il terapeuta può guidare dicendo "era" invece di "è". Questo viene spesso vissuto come un confronto con una realtà a cui il cliente resiste, ma può essere utile per riconoscere la perdita.

Il lavoro con le foto mira a consentire ai clienti di guardare le foto nel tempo, in modo che diventino una fonte di gioia e di connessione piuttosto che una fonte di disperazione e un ricordo unilaterale di tutto ciò che è stato perso.

Usare la scrittura delle lettere nella pratica clinica

Ora ci occupiamo di tre aspetti comuni nella terapia del lutto e forniamo esempi di come il lavoro con la scrittura di lettere possa essere utilizzato come metodo nei contesti terapeutici quando si lavora con persone in lutto.

ACCETTAZIONE
L'evitamento è spesso presente sia nelle reazioni di lutto naturali che in quelle problematiche. Come descritto in precedenza nel contesto del DPM, la persona in lutto si alterna tra il processo orientato alla perdita e quello orientato al recupero. I problemi sorgono se la persona in lutto si concentra esclusivamente su un processo e cerca, consciamente o inconsciamente, di evitare del tutto l'altro processo. Ad esempio, quando la persona in lutto è talmente sopraffatta dalle emozioni difficili che diventa quasi impossibile affrontare la vita quotidiana. Oppure quando la persona è così impegnata ad "andare avanti" che i sentimenti e i pensieri associati alla perdita vengono chiusi ed evitati. È qui che l'evitamento e, in ultima analisi, la mancata accettazione della morte possono diventare problematici a lungo termine.

Questa difficoltà ad accettare la morte può essere causata e mantenuta da una serie di fattori. Ad esempio, la perdita può sembrare così sconvolgente che affrontarla è troppo doloroso e spaventoso. Una persona in lutto può sentirsi incapace di affrontare queste emozioni intense, temendo di perdere il controllo se dovesse iniziare ad affrontare le conseguenze della morte. Oppure, può esserci un senso di "questioni incompiute" che ostacolano l'accettazione, in relazione all'esperienza che qualcosa non è stato portato a termine o non è stato completato o gestito prima della morte della persona. È una sensazione che molte, se non tutte, le persone in lutto si portano dietro in qualche modo dopo la morte di una persona cara. Questo può essere accompagnato da una serie di reazioni emotive complicate, come ad esempio sentimenti di colpa, rabbia e rimpianto, oltre che da un'opprimente tristezza per ciò che non è stato raggiunto con la persona amata. Come già analizzato nel capitolo 2, il lutto durante la pandemia COVID-19 è stato particolarmente segnato da "questioni in sospeso", in quanto molti non hanno avuto l'opportunità di dire addio o devono ancora affrontare la perdita perché molti aspetti della morte rimangono sconosciuti. L'evitamento può quindi essere un aspetto significativo che complica il lutto durante il COVID-19.

CREARE UNA NARRAZIONE COERENTE ATTRAVERSO LA SCRITTURA DI LETTERE

Un modo per lavorare con l'accettazione è la scrittura di lettere, che consente alla persona in lutto di raccogliere una narrazione coerente della storia della perdita, prima e dopo. Le esperienze di una persona sul decorso della malattia del defunto, sul momento del ricovero in ospedale e sul periodo successivo alla morte del proprio caro sono spesso descritte come caotiche, confuse e "apparentemente irreali". Questo è il caso di coloro che hanno subito un lutto durante la pandemia - i racconti su un membro amato della famiglia, che è stato portato in ospedale e poi non è stato più visto sono numerose. Molti aspetti degli ultimi giorni e delle ultime ore della persona amata possono non essere stati spiegati e i clienti possono avere difficoltà a ricostruire la sequenza degli eventi e la loro esperienza in relazione a ciò che è accaduto. Il fatto che queste esperienze ed eventi significativi siano stati così confusi e difficili da capire rende difficile per una persona relazionarsi, comprendere e infine accettare ciò che è accaduto (Menichetti-Delor et al., 2021).

Il metodo della scrittura di lettere può essere un modo efficace per lavorare alla creazione di una narrazione più organizzata dell'esperienza di perdita. La persona può essere istruita a scrivere una serie di lettere che si riferiscono al periodo che sembrava particolarmente caotico. In questo modo, si può sviluppare una narrazione che diventi più chiara per la persona in lutto, consentendole di iniziare a capire e accettare che la persona che amava è morta (Larsen et al., 2020).

UNA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTACCAMENTO - LEGAMI CONTINUI

Il concetto di legame continuo è stato introdotto da Klass e colleghi nel 1996. Questo ha comportato un cambiamento di paradigma nella comprensione del lutto. Il lutto è ora compreso come un processo che dura tutta la vita e che non termina quando si raggiunge una fase, o si risolve un compito o si recide il legame con il defunto. Piuttosto, la perdita, il conseguente lutto e il legame significativo con il defunto devono essere integrati in sé e diventare parte della vita della persona in lutto. Pertanto, il processo di elaborazione del lutto non consiste nel rompere il legame con il defunto; piuttosto, il rapporto deve essere interiorizzato, in modo che la persona in lutto possa portarlo immaginariamente con sé nel futuro (Klass et al., 1996; Worden, 2018). L'idea dei legami continui è vista da molti come un'estensione dell'idea di base della teoria dell'attaccamento. Invece di mantenere la vicinanza fisica alla figura di attaccamento, si crea una vicinanza psicologica che può fornire un senso di rassicurazione (Field et al., 2005). Ad esempio, per una vedova può essere rassicurante pensare a ciò che l'amato marito le avrebbe consigliato di fare di fronte a una situazione difficile, continuando così il loro legame in una nuova forma.

Quando il proseguimento dei legami è al centro del lutto, si cerca di incoraggiare un'attenzione flessibile sia alla perdita che alla vita futura, in modo che la persona in lutto inizi a impegnarsi di nuovo nella vita, senza rinunciare all'attaccamento al defunto.

RAFFORZARE IL LEGAME CONTINUO ATTRAVERSO LA SCRITTURA DI LETTERE

La scrittura terapeutica di lettere può essere utilizzata come un modo per portare la persona a dire addio al defunto nella sua forma fisica, ma anche per promuovere un legame continuo con il defunto in modo psicologico, simbolico o spirituale. Scrivere direttamente alla persona amata è un modo per renderla vicina, consentendo una comunicazione continua, anche se simbolica. La persona in lutto è spesso in grado di immaginare come avrebbe risposto il defunto e può persino scriverlo come parte della lettera. Così, la persona in lutto può essere sollecitata a scrivere sui problemi ma anche su come la persona defunta sarebbe stata in grado

di aiutarla. Se il cliente immagina che la persona defunta avrebbe risposto con consigli o incoraggiamenti, può essere rassicurante per il cliente ricordarsi di questo e dei modi per tenere la persona defunta con sé nella sua vita mentre va avanti. La persona in lutto può anche essere incoraggiata a scrivere le situazioni in cui il defunto mancherà e a descrivere come il defunto sarà "presente", ad esempio attraverso rituali in giorni speciali (ad esempio, compleanni e festività), parlando del defunto (ad esempio, con i nipoti), condividendo ricordi, creando un'eredità e così via (Larsen, 2022).

SPERANZE PER IL FUTURO

Oltre a lavorare sull'accettazione della realtà della perdita e sulla creazione di un legame continuativo, un altro aspetto importante dell'intervento può essere quello di lavorare per impegnarsi nuovamente nella vita e trovare speranza per il futuro. Pensando al DPM, questa parte del processo di elaborazione del lutto rientra nel processo orientato al restauro. Il reinserimento nella vita di tutti i giorni, come andare al lavoro, vedere gli amici e riprendere le vecchie attività del tempo libero, può aiutare a riadattarsi alla vita e, di conseguenza, a ritrovare la speranza che una vita e un futuro senza il defunto possano essere possibili. Ciò che può complicare questo reinserimento può variare da persona a persona. Ad esempio, un calo di energia o di umore, il sentirsi in colpa per essere ancora vivi, la paura della reazione degli altri. In terapia, è importante esplorare ciò che può aiutare a motivare la persona in lutto a riprendere in mano la propria vita precedente, ma anche quali possono essere gli ostacoli che impediscono di farlo.

CREARE SPERANZA PER IL FUTURO ATTRAVERSO LA SCRITTURA DI LETTERE

In terapia, quando si usa la scrittura di lettere terapeutiche per creare un senso di speranza per il futuro, l'attenzione è volta ad aiutare il cliente a trovare il modo di impegnarsi in attività significative e a superare le barriere che lo ostacolano. Il terapeuta può chiedere al cliente di scrivere una lettera sui pensieri e i sentimenti associati all'avvio di una certa attività. Le lettere possono essere utilizzate per esplorare i modi per identificare le fonti di apprensione e i modi per affrontarle. Se la vita è cambiata in vari modi dopo la pandemia, anche questo aspetto può essere esplorato nelle lettere. Quali sono i pensieri e i sentimenti associati al reinserimento nel mondo, cosa li incoraggia e cosa li frena? Dopo aver esplorato i sentimenti e i pensieri, il cliente può condurre piccoli esperimenti comportamentali. Un punto di partenza potrebbe essere l'incontro con un collega fidato al di fuori del lavoro, prima di tornare al lavoro. Dopo aver completato l'attività, può essere utile che il cliente scriva dell'esperienza vissuta. C'è stato qualcosa di sorprendente nell'esperienza? Forse c'è stato un momento in cui ha quasi perso il coraggio o è successo qualcosa che ha reso l'esperienza più facile? Se il cliente non è riuscito a iniziare il lavoro come previsto o ha perso l'incontro di allenamento della squadra di calcio, scrivere una lettera su quell'esperienza può essere un modo utile per ottenere una maggiore comprensione, sia per il cliente che per il terapeuta, di ciò che gli impediva di impegnarsi in un'esperienza significativa. Il terapeuta può, su base temporanea, fornire il supporto e l'incoraggiamento che in precedenza poteva essere fornito come risposta da un partner o da un genitore per affrontare situazioni difficili.

Altri aspetti significativi su cui lavorare nella scrittura di lettere, quando si tratta di tornare alla vita dopo la perdita, possono essere le lettere che riguardano il dover "invitare" altre persone nella vita della persona in lutto, cioè il dover creare nuove relazioni o cambiare quelle vecchie. Ad esempio, una lettera in cui il giovane chiede alla madre ciò di cui necessita da lei dopo la morte del padre. Possono anche essere lettere in cui si parla dell'identità diversa della persona in lutto, del dover fare cose nuove senza il partner defunto, così come lettere in cui si parla di cosa significhi per il marito dover ripulire gli oggetti preziosi e i vestiti preferiti della moglie defunta, ecc. L'obiettivo è concentrarsi sulle

conseguenze relazionali, identitarie e pratiche della perdita.

Si tratta di una breve introduzione ad alcuni aspetti dell'approccio eclettico alla terapia del lutto utilizzato al DNCG. Questa sezione è stata fortemente ispirata dal manuale terapeutico del DNCG sui gruppi aperti, attualmente in uso nel DNCG. Per saperne di più sull'intervento del DNCG sul lutto per i giovani e sulla sua efficacia si veda Larsen, Guldberg e Kring, 2021; Harresen, Tølbøll e Larsen, 2022.

TERAPIA DI GRUPPO

Questo manuale ha presentato tre approcci teorici per lavorare con il lutto, al fine di prevenire le reazioni complicate al lutto in seguito alla pandemia di COVID-19. I tre approcci sono stati presentati in vista della conduzione di una terapia individuale. Questo fa seguito alla metanalisi di Johannesen e colleghi (2019) che ha rilevato che l'effetto dell'intervento sul lutto fosse maggiore nella terapia individuale che in quella di gruppo. Tuttavia, ciò potrebbe essere dovuto alla mancanza di studi randomizzati controllati (Randomised controlled trial – RCT) anche sull'intervento di gruppo e sono, quindi, necessarie ulteriori ricerche.

Storicamente i gruppi di elaborazione del lutto sono stati utilizzati per decenni come metodo di lavoro con le persone in lutto, in quanto offrono opportunità uniche di comunicazione, connessione empatica, obiettivi condivisi e adattamenti psicologici, come la diminuzione dell'angoscia e del senso di isolamento sociale rispetto alle sfide della vita (Davison et al., 2000). Si ipotizza inoltre che per le persone che hanno subito un lutto a causa della pandemia, la terapia di gruppo possa essere particolarmente vantaggiosa, poiché è più probabile che abbiano sofferto in isolamento e che non abbiano avuto a disposizione ambienti sociali in cui esprimere ed elaborare il proprio dolore. Pertanto, seguirà una breve sezione sugli aspetti specifici da tenere in considerazione quando si lavora con i gruppi di lutto.

Innanzitutto, è essenziale garantire un'adeguata formazione professionale nel lavoro con il lutto e con i gruppi. Le terapie di gruppo devono essere condotte da un clinico esperto, data la specificità delle competenze richieste per svolgere le funzioni psicologiche e la complessità del processo emotivo. Un lavoro di questo tipo richiede al terapeuta di gestire l'intimità e di rappresentare e sollecitare l'atteggiamento riflessivo-analitico nel gruppo (Karterud & Bateman, 2012). Inoltre, il conduttore deve essere in grado di applicare funzioni specifiche relative alla gestione delle dinamiche di gruppo, che affondano le loro radici nella gruppoanalisi e nella terapia di gruppo psicodinamica (Anthony & Foulkes, 1965; Karterud & Bateman, 2012): ad esempio, il conduttore stabilisce le norme del processo, incoraggia gli interventi e l'interazione di gruppo e promuove il processo interpersonale di gruppo come veicolo di cambiamento.

Il setting di gruppo

L'intervento sul lutto tende ad utilizzare un gruppo omogeneo: tutti i membri del gruppo sono colpiti da una perdita significativa; ciò al fine di incrementare le qualità terapeutiche fondamentali, come le opportunità di comunicazione, la connessione empatica, gli obiettivi condivisi e gli adattamenti psicologici (cioè, la diminuzione dell'angoscia e del senso di isolamento sociale) alle sfide della vita (Davison et al., 2000). Le ricerche indicano che l'intervento di gruppo può essere più efficace quando tiene conto del livello delle reazioni al lutto, delle caratteristiche del lutto, della relazione con il defunto e del contesto della morte (Johannesen et al., 2019; Jordan & Neimeyer, 2003). L'obiettivo principale della composizione del gruppo è cercare di creare le opportunità che aumentano e mantengono la coesione del gruppo. Il terapeuta può sostenere questo obiettivo con la struttura, gli interventi e il clima emotivo del gruppo stesso, oltre a tenere presente il gruppo nel suo complesso quando crea il gruppo e integra i nuovi membri nel gruppo.

Per ottenere il riconoscimento in un gruppo e allo stesso tempo evitare che un partecipante "si distingua" e si senta solo con la sua situazione di perdita, alcuni studiosi suggeriscono che è consigliabile comporre il gruppo in modo che ci siano almeno due persone con la stessa esperienza, ad esempio la perdita del partner, la perdita dopo un suicidio, la perdita dopo una malattia, ecc.

Allo stesso tempo, il terapeuta non deve solo sforzarsi di ottenere la massima omogeneità

possibile nel gruppo, ma anche prestare attenzione al fatto che nel gruppo si dia spazio alla diversità, ad esempio nella personalità, nelle relazioni e nel modo di affrontare le situazioni emotive. Il gruppo è uno specchio - un microcosmo sociale - dove le persone interagiscono in modo esemplare e possono imparare dalle loro sfide, risolvere i conflitti e affrontare il dolore in modo da rafforzare la coesione del gruppo e dove si sviluppa il potenziale di essere parte di questo particolare gruppo.

Quante persone dovrebbero far parte di un gruppo? Come in altri tipi di gruppi clinici, i gruppi per il lutto sono generalmente concepiti per essere costituiti con un minimo di 5 persone e un massimo di 12, al fine di facilitare un coinvolgimento efficace e la comunicazione tra i partecipanti. L'esperienza ha dimostrato che, pur riconoscendo che non è ottimale, può essere accettabile gestire un gruppo con 13-14 persone.

Tempo. Indipendentemente dal tipo di gruppo (ad esempio, gruppo di supporto o terapeutico; rivolto a persone in lutto non a rischio di disturbo da lutto prolungato o a persone in lutto a rischio o con lutto complicato), gli orari e la durata delle sessioni sono un aspetto importante della struttura dell'intervento e forniscono coerenza, stabilità e rassicurazione ai partecipanti circa i confini, i limiti e le opportunità all'interno del gruppo.

Procedure di reclutamento. Esse dovrebbero essere finalizzate ad attirare partecipanti motivati (Schut & Stroebe, 2005). Di solito si raccomanda un incontro di screening individuale per i potenziali membri del gruppo, per valutare la loro idoneità al lavoro di gruppo. Si tratta di valutare la loro capacità di lavorare adeguatamente con gli altri e il loro livello di disagio. I clienti che appaiono molto fragili o traumatizzati possono non essere aiutati al meglio in un gruppo e, inizialmente, richiederanno un monitoraggio individuale più attento. Infine, gli obiettivi e le aspettative nei confronti del gruppo devono essere ampiamente compatibili con la terapia offerta (Neimeyer et al., 2022). Inoltre, è utile richiedere una breve descrizione delle circostanze di vita e dell'esperienza di perdita dell'intervistato per acquisire una maggiore conoscenza delle circostanze, delle lotte e dei punti di forza dei membri.

Metodi di gruppo

Non è obiettivo di questo manuale fornire un manuale per gli interventi di gruppo. I clinici interessati possono cercare ulteriori informazioni nei seguenti lavori:

- Hedtke, L. (2012). Bereavement support groups: Breathing life into stories of the dead. Taos Institute Pub.
- MacNair-Semands, R. R. (2004). Theory, Practice, and Research of Grief Groups. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), Handbook of group counseling and psychotherapy (pp. 518–531). Sage Publications Ltd.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weideman, R. (2011). Short-term group therapies for complicated grief: Two research-based models. American Psychological Association.
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2012). Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved.
- Darrow, L. S., & Childs, J. (2020). Experiential action methods and tools for healing grief and loss-related trauma: Life, death, and transformation. Routledge.

- Possono trarre ispirazione anche dall'appendice 5, su come lavorare con il lutto usando lo psicodramma in un contesto di gruppo.

TERAPIA ONLINE

Questa sezione tratterà brevemente la conduzione di una terapia online per persone in lutto. La sezione introduce alcuni degli aspetti chiave della terapia online da tenere in mente e indica ulteriori letture.

Un aspetto da tenere in considerazione quando si conduce una terapia in un contesto post COVID-19, riguarda il crescente utilizzo della tele-psicologia, per fornire assistenza professionale (Boelen et al., 2020; Barker & Barker, 2022). È importante sottolineare che il format di erogazione online, basato su internet o sul web, comprende una molteplicità di forme di contatto, dalle sessioni sincrone completamente online tra un cliente e un terapeuta, ai trattamenti misti (cioè che combinano sessioni faccia a faccia con moduli psicoeducativi online) o a forme di comunicazione asincrone (come lo scambio di e-mail, messaggi, e altre tipologie), che devono essere tutte attentamente analizzate e confrontate in termini di risultati di efficacia (cfr. Andersson et al., 2019).
Prima dello scenario della pandemia di COVID-19, gli studi di meta-analisi avevano evidenziato che questo format di erogazione degli interventi era complessivamente efficace e positivo, con una maggioranza di clienti che ne traevano beneficio, soprattutto se confrontato con le liste d'attesa; si veda, ad esempio, la meta-analisi di Andersson & Cuijpers (2009), relativa al trattamento della depressione. Tuttavia, gli studi che analizzano le prospettive dei clienti o gli esiti degli interventi via internet restituiscono anche risultati contrastanti: ad esempio, Rozental e colleghi (2015) hanno dimostrato che alcuni clienti hanno sperimentato effetti negativi come esiti degli interventi erogati via internet (circa il 9% dei clienti ha riportato effetti negativi o peggioramenti), mentre Treanor (2017) ha riscontrato che i clienti hanno sperimentato una profondità relazionale importante e una connessione profonda con i loro terapeuti negli interventi online. Alcuni clienti descrivono questi momenti, ad esempio, come momenti "al di là delle parole" e "liberatori". Pertanto, è meglio essere cauti riguardo allo stato attuale dei risultati e mantenere la consapevolezza di possibili situazioni non ideali o di clienti con i quali questa potrebbe non essere la modalità di terapia preferibile o più vantaggiosa.

Interventi online e basati sul web. Una recente meta-analisi ha dimostrato che esistono prove iniziali dell'efficacia degli interventi basati sul web per i clienti in lutto (Wagner et al., 2020). Tutti gli interventi basati sul web nel campione raccolto (N = 7) seguivano un approccio cognitivo-comportamentale, e sei di essi erano basati su manuali. Gli interventi si sono avvalsi di un supporto terapeutico minimo, di un feedback individualizzato dopo i moduli di trattamento e hanno incluso compiti a casa via e-mail, compiti di scrittura dell'esposizione, moduli di attivazione comportamentale e rivalutazione cognitiva. Cinque di essi sono derivati da un adattamento dei protocolli per il trattamento online del disturbo post-traumatico da stress. I risultati hanno mostrato che tutti gli interventi basati sul web considerati hanno mostrato effetti da moderati a elevati (rispetto ai gruppi di controllo) per i sintomi del lutto e del disturbo post-traumatico da stress, ma minori per la depressione.

In Italia è stato sviluppato un intervento psicologico di gruppo basato su un'applicazione per smartphone (*"Italia Ti Ascolto"*) (Parolin et al., 2021). L'obiettivo era quello di fornire un supporto psicologico alle persone con disagio psicologico durante la pandemia COVID-19 del 2020 in Lombardia (Nord Italia), in termini di

riduzione tempestiva del disagio emotivo, di riduzione della preoccupazione per la pandemia e di collegamento delle persone colpite con i servizi di salute mentale locali e nazionali. L'applicazione fornisce diverse stanze online, ognuna con un tema specifico; una stanza tematica specifica è stata inclusa per coloro che hanno sperimentato il lutto a causa del COVID-19. Il gruppo di intervento online è stato gestito per tre mesi da psicoterapeuti professionisti sottoposti a una supervisione settimanale. I risultati di un'indagine preliminare mostrano un'associazione tra strategie disfunzionali di regolazione delle emozioni (soppressione espressiva), sintomi di depressione e ansia, livelli di stress e riduzione del supporto sociale percepito (Parolin et al., 2021). In Spagna sono state realizzate iniziative simili, come l'app *Sperantia* (Halty et al., 2020), che offre diversi servizi di psicologia quando i risultati dei questionari dell'utente rivelano punteggi clinici o fornisce raccomandazioni preventive in caso di livelli subclinici.

In Portogallo, nel 2020 è stata lanciata la linea di consulenza psicologica SNS 24, grazie a una partnership tra l'Assistenza Sanitaria Nazionale, la Fondazione Calouste Gulbenkian e l'Associazione portoghese degli psicologi. Più di 148 mila persone, tra cui 9.500 professionisti della salute, hanno ricevuto un supporto principalmente in relazione a problemi e sintomi associati all'ansia, al peggioramento di una precedente psicopatologia, alla gestione e all'adattamento in una situazione di crisi. Gli psicologi di questo servizio hanno anche individuato la necessità di rivolgersi al servizio SNS 24 Triage, Counseling and Referral, qualora si ritenesse che la situazione dell'utente non fosse stata risolta nell'ambito di questa breve consulenza psicologica (https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/).

Un aspetto da considerare è la gestione della relazione terapeutica. In tele-psicologia, la relazione terapeutica si svolge in un contesto per molti aspetti insolito e diverso da quello tradizionale, con la conseguenza di possibili aspetti problematici nello sviluppo e nella gestione della relazione terapeutica. La letteratura su questo tema è ancora scarsa (cfr. Geller, 2021; Poletti et al., 2021; Sucala et al., 2012). Tuttavia, può essere importante sottolineare che tutti noi dovremmo almeno non dare per scontato che le modalità abituali che abbiamo imparato per costruire e gestire un'adeguata relazione terapeutica nei contesti vis-à-vis più tradizionali possano essere ugualmente applicabili nei contesti online. Ciò richiede che il terapeuta sia consapevole e auto-riflessivo riguardo alla propria posizione relazionale in tali contesti. A livello molto generale, gli effetti a lungo termine di un tale cambiamento (dal setting in ufficio a quello online) sono ancora sconosciuti. Di certo, sembra che molti professionisti sopravvalutino le proprie competenze nella capacità di fornire assistenza psicologica in contesti online (Sammons et al., 2020).

Presenza online

La presenza terapeutica è un processo che avviene tra il terapeuta e il cliente ed è legata alla disponibilità e all'apertura di entrambi momento per momento. È un modo di stare con il cliente che migliora il fare e l'applicazione delle tecniche in terapia (Geller, 2017).
La Teoria Polivagale presenta una spiegazione bio-comportamentale di come la presenza terapeutica possa facilitare un senso di sicurezza sia nel terapeuta che nel cliente (Geller & Greenberg, 2015; Porges, 2017, 2021). Questa teoria sostiene che i meccanismi neuronali comunicano l'esperienza di sicurezza del terapeuta diminuendo i sottosistemi difensivi involontari del cliente. La fiducia deriva dalla sincronizzazione dei ritmi fisiologici e dei movimenti corporei espressi dal contatto visivo e dalla mimica dei gesti e delle

espressioni del cliente, che facilita la regolazione emotiva del cliente, garantendo un senso di tranquillità e sicurezza che favorisce l'interazione sociale.

TABELLA 4 Spunti corporei per comunicare la presenza

Presenza
Tono prosodico della voce (accentuazione, intensità della pronuncia)
Inclinazione in avanti
Gesti armoniosi (nel rispecchiamento)
Postura aperta del corpo
Espressione del viso armoniosa e tranquilla

Il terapeuta utilizza il proprio sé e l'attenzione alla consapevolezza del proprio corpo come strumento per comprendere il cliente e per capire come le sue risposte stiano facilitando il processo terapeutico. È come un'antenna/radar che permette allo psicologo di leggere l'esperienza, momento per momento, e di riecheggiare e sintonizzare la propria esperienza. Il terapeuta cerca indizi nell'espressione non verbale, ascoltando internamente una combinazione di a) risonanza con i clienti; b) comprensione della storia e degli obiettivi del cliente; c) saggezza clinica e teorica. Si tratta di un processo molto impegnativo per i terapeuti, perché le loro risorse interne e la loro disponibilità attiva sono sempre molto mobilitate; la cura di sé e la pratica di coltivare la presenza nella vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali, quindi, sono fondamentali per costruire i percorsi neurali per l'allenamento alla presenza e per la presenza terapeutica (Geller, 2017).
Durante la crisi pandemica, soprattutto durante la prima ondata del COVID-19, gli psicologi, come molti altri professionisti dell'aiuto, sono stati inibiti dal proseguire la loro pratica clinica con interventi faccia a faccia. La tele-psicologia o l'e-health erano improvvisamente l'unico modo che potevano utilizzare per continuare a fornire i loro servizi. Anche se alcuni erano già abituati ai servizi online, sono state rese disponibili alcune linee guida per promuovere le buone pratiche, diffuse da organizzazioni professionali come l'American Psychological Association (https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf), la British Association for Counseling and Psychotherapy (https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf) e, in Italia, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/04/LINEE-DI-INDIRIZZO-PER-LINTERVENTO-PSICOLOGICO-A-DISTANZA-A-FAVORE-DELLA-POPOLAZIONE-NELLEMERGENZA-COVID-19-1.pdf).

Tuttavia, ci sono alcune sfide nel setting o nel format di erogazione online che possono interferire con gli elementi relazionali, come la presenza terapeutica e la profondità della relazione. L'ostacolo principale è rappresentato dalle difficoltà tecniche relative alla connessione online, tra cui la scarsità del segnale internet che può confondere il cliente. Un altro aspetto importante è la mancanza di segnali non verbali che rende più difficile prestare attenzione ai segnali corporei del cliente (Cooper, 2020; Geller, 2020). Cooper (2020) aggiunge la distrazione che la visione di sé stessi sullo schermo impone e Geller (2020) integra con il controtransfert del terapeuta (le proprie ansie, la paura dell'incertezza e i processi di lutto attivati dalla pandemia) e con una maggiore stanchezza, dato che stare al computer per molte ore facilita la disconnessione e l'esaurimento del terapeuta.
Tuttavia, le caratteristiche personali e professionali del terapeuta, come l'essere autentico, il "mantenere i confini" e la competenza, possono diminuire queste difficoltà. Treanor (2017) afferma che la distanza fisica imposta dal contesto online ha permesso un dialogo più onesto e quindi un

livello di comunicazione più profondo tra il cliente e il terapeuta, oltre alla comodità dell'incontro e alla facilità di trovarsi a casa in un luogo sicuro per affrontare la profondità emotiva dell'esperienza alla fine dell'incontro. Per un ulteriore approfondimento, si veda l'appendice 4.

Questa sezione sulla terapia online ha introdotto nuove ricerche che hanno preso spunto dalla pandemia, oltre a evidenziare gli aspetti chiave che il terapeuta deve tenere a mente quando lavora con i clienti in un contesto online. La terapia online, che comprende una molteplicità di forme di contatto online, offre l'opportunità di raggiungere i clienti che, a causa di problemi di salute o di vincoli geografici o finanziari, potrebbero non essere in grado di incontrarsi faccia a faccia con il terapeuta. Per ragioni di accessibilità e principi di equità, la terapia online è un aspetto importante da tenere presente nella pianificazione dei futuri servizi clinici.

Osservazioni conclusive

Questo manuale è stato co-prodotto al fine di rafforzare ulteriormente gli interventi terapeutici per le reazioni complicate al lutto per gli adulti, in risposta alla pandemia COVID-19. Il manuale combina le nuove conoscenze derivanti dalla ricerca sulla pandemia COVID-19 e sul suo impatto sul lutto nell'Europa meridionale con tre approcci teorici agli interventi sul lutto. L'obiettivo del manuale è assistere psicologi e psicoterapeuti dell'Europa meridionale nel loro lavoro con le persone in lutto. Come viene illustrato in questo manuale, la perdita di una persona cara durante il COVID-19 comporta un rischio specifico di sviluppare reazioni complicate al lutto. Questo manuale è un contributo e un punto di partenza per approfondire la comprensione di questi aspetti specifici del lutto e per fornire un trattamento clinico adeguato a una popolazione a rischio di lutto complicato.

Appendice 1 - Ulteriori risorse e letture

Terapia cognitivo-comportamentale: leggi di più da Paul Boelen e colleghi su Terapia cognitivo-comportamentale per il lutto complicato transdiagnostico.

- Boelen, P.A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2):277-84. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277

- Boelen, P. A., van Den Hout, M..A. & van Den Bout, J. (2006), A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*: 109-128. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x

- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J., & Lenferink, l. (2021). Remotely deliverd cognitive behavior therapy for disturbed grief during COVID-19 crisis: challenges and opportunities. Journal of Loss and Trauma, 26, 3, 211-219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Terapia focalizzata sulle emozioni

- Elliott, R., & Greenberg, L. (2021). *Emotion-Focused counseling in action*. SAGE.

- Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10447-000

- Timulak, L., & Keogh, D. (2021). Transdiagnostic Emotion-Focused Therapy. A clinical guide for transforming emotional pain. American Psychological Association.

L'approccio eclettico e la scrittura di lettere e nella terapia del lutto

- Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. https://doi.org/10.1177/00302228211070155

- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, *32*(suppl. 1), 10-14.

- Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Meaning Reconstruction in Bereavement. From principles to pactice. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. Grief and Bereavemnet in Contemporary Society. Routeledge.

- Payàs, A. P., & Chauraud, A. M. (2019). Unfolding Meaning From Memories: An integrative Meaning Reconstruction Method for Counseling the bereaved. *Ilness, Crisis and Los, 27* ,3, 209-225. https://doi.org/10.1177/1054137316687954

Altre risorse:

Larson, D. (2020). *The helper's journey. Empathy, compassion and the challenge of caring*. Research Press.

Appendice 2 - Disturbo da lutto prolungato

Definizione narrativa dell'ICD 11 PGD

Criterio	Dettagli
A. Evento	La morte di una persona vicina negli ultimi 6 mesi
B. Item fondamentali	Una risposta al dolore persistente e pervasiva caratterizzata dal desiderio del defunto o da una preoccupazione persistente e pervasiva per il defunto
C. Item aggiuntivi	Accompagnata da almeno un esempio di intenso dolore emotivo, ad esempio: Tristezza Senso di colpa Rabbia Negazione Biasimo Difficoltà ad accettare la morte Sensazione di aver perso una parte di sé Incapacità di provare stati d'animo positivi Intorbidimento emotivo
D. Criteri di compromissione	Il disturbo causa una compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti come risultato del sintomo
E. Caratteristiche culturali	La risposta al lutto è persistita per un periodo di tempo atipicamente lungo dopo la perdita (più di 6 mesi) e supera chiaramente le norme del contesto sociale, culturale e religioso dell'individuo

PGD, Prolonged Grief Disorder (Disturbo da lutto prolungato)
Fonte: Killikelly et al., 2021, disponibile in https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.034

Caratteristiche essenziali (richieste) per il disturbo da lutto prolungato nella descrizione clinica e requisiti diagnostici dell'ICD-11 (CDDR; Clinical Description and Diagnostic Requirements)

- Storia di lutto a seguito della morte di un partner, genitore, figlio o altra persona vicina.
- Una risposta al dolore persistente e pervasiva caratterizzata dal desiderio del defunto o da una preoccupazione persistente per il defunto accompagnata da un intenso dolore emotivo. Ciò può manifestarsi con esperienze come tristezza, senso di colpa, rabbia, negazione, biasimo, difficoltà ad accettare la morte, sentire che una parte di sé è perduta, incapacità di provare uno stato d'animo positivo, intorpidimento emotivo e difficoltà nell'impegnarsi con relazioni sociali o altre attività.
- La risposta pervasiva al dolore è persistita per un periodo di tempo atipicamente lungo dopo la perdita, superando notevolmente le norme sociali, culturali o religiose attese per la cultura e il contesto dell'individuo. Le risposte al dolore che durano meno di 6 mesi, e per periodi più lunghi in alcuni contesti culturali, non dovrebbero essere considerate come soddisfacenti questo requisito.

- Il disturbo provoca una compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, scolastico, lavorativo o di altre aree importanti. Se il funzionamento viene mantenuto, è solo attraverso un significativo sforzo aggiuntivo.

Fonte: Read et al., 2022

Criteri per il disturbo da lutto prolungato nel DSM-5-TR (2022)

A. La morte, da almeno 12 mesi, di una persona vicina alla persona in lutto (per bambini e adolescenti, da almeno 6 mesi).
B. Dopo la morte, c'è stata una risposta al dolore caratterizzata da uno o entrambi i seguenti criteri, in misura clinicamente significativa, quasi ogni giorno o più spesso almeno nell'ultimo mese:
1. Intenso desiderio/nostalgia per la persona deceduta;
2. Preoccupazioni con pensieri o ricordi della persona deceduta (per bambini e adolescenti, la preoccupazione potrebbe focalizzarsi sulle circostanze della morte)
C. Almeno 3 dei seguenti 8 sintomi si sono manifestati in misura clinicamente significativa dopo il decesso, anche quasi ogni giorno o più spesso almeno nell'ultimo mese:
1. Perturbazione dell'identità (es. sentire come se una parte di sé fosse morta)
2. Marcato senso di incredulità riguardo la morte
3. Evitare di ricordare che la persona è deceduta (in bambini e adolescenti, potrebbero esserci sforzi di evitare di ricordare)
4. Inteso dolore emotivo connesso alla morte (es. rabbia, amarezza, tristezza)
5. Difficoltà nel reinserirsi nella quotidianità dopo la morte (es. problemi nell'ingaggiarsi con gli amici, perdita di interessi e pianificazione del futuro)
6. Intorbidimento emotivo (es. intensa o marcata riduzione dell'intensità delle emozioni, confusione) come risultato della morte
7. Sentire che la vita è senza significato come risultato della morte
8. Intensa solitudine (es. sentirsi soli o distaccati dagli altri) come risultato della morte
D. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione sociale, lavorativa o in altre aree importanti di funzionamento.
E. La durata e la gravità della reazione al lutto superano chiaramente le norme sociali, culturali o religiose attese per la cultura e il contesto dell'individuo.
F. I sintomi non sono meglio spiegati da un Disturbo Depressivo Maggiore, da un Disturbo Post-Traumatico da Stress, o da un altro disturbo mentale o attribuibile agli effetti fisiologici di sostanze (es. farmaci, alcol) o altre condizioni mediche.

Fonte: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA. (Tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).

Appendice 3 - Colloquio di valutazione

Di seguito sono riportati alcuni elementi chiave che possono aiutare a strutturare il colloquio di valutazione e che, insieme, costituiscono la base per valutare se un lutto debba essere preso in considerazione per la terapia. Sotto ogni voce troverete una serie di domande di aiuto. Non è detto che si debbano sempre ottenere tutte le informazioni.

Considerazioni relative all'indagine:

(contesto della richiesta, richiesta di aiuto, motivazione)

La malattia:

(quale malattia, durata, cambiamenti nelle capacità fisiche e mentali nel corso del tempo, episodi particolarmente violenti, coinvolgimento, responsabilità, impatto sulla vita quotidiana, ad esempio le cose che non potevano fare, come si parlava della malattia in famiglia, preparazione alla gravità, compresa la possibile morte. Focus: impatto della malattia sulla persona, comprese eventuali esperienze traumatiche e rimpianti).

Morte di una persona cara:

(quando, circostanze della morte, compreso se la persona era presente e/o ha visto la persona morta, se era preparata alla morte e se ha potuto dirle addio. Focus: eventuali circostanze traumatiche del decesso, come ad esempio il ritrovamento del cadavere, il coinvolgimento personale, la morte violenta e le percezioni, ecc.)

***Reazioni del lutto*:**

(emotivo, cognitivo, comportamentale, fisico, esistenziale, cambiamenti, livello di funzionamento, immagini postume, pensieri suicidi, autolesionismo)

***Situazione familiare*:**

(i membri della famiglia, la convivenza, la comunicazione in famiglia sul defunto e i sentimenti di lutto, il funzionamento della famiglia prima e ora, il processo di lutto di altri familiari stretti, le principali conseguenze del decorso della malattia, ad esempio il trasloco, le reti familiari).

Altri fattori sociali:

(situazione abitativa, livello di funzionamento al lavoro prima e ora, livello di funzionamento sociale prima e ora, rete di contatti al di fuori della famiglia, dipendenza, livello di supporto all'università/al lavoro, cambiamenti importanti nella vita quotidiana)

Contesto:

(educazione, rapporto con i genitori, altre circostanze difficili, comprese eventuali perdite passate e capacità di farvi fronte, eventuali difficoltà psicologiche proprie)

Trattamento precedente:

(interventi speciali intorno al cliente e loro impatto)

Impressione clinica:

(ad es. aspetto, contatto, livello di mentalizzazione, tono emotivo, percezione del processo di lutto del cliente con evitamento/travolgimento, motivazione)

Valutazione complessiva:

(breve sintesi dei principali risultati, tra cui lo stato di sofferenza, il livello di funzionamento, i fattori di rischio e di protezione, il piano (che include gruppo/famiglia/individuo e focus, se appropriato) per il bambino/giovane in BU&S e qualsiasi altro intervento, informazioni fornite al cliente)

Altre risorse disponibili online in italiano o in inglese:

Disturbo da lutto prolungato
Scala PG13
https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13.pdf

Scala PG12
https://www.researchgate.net/publication/228659246
https://www.ordinemedicilatina.it/system/files/Validazione+italiana+del+Questionario+Prolonged+Grief+Disorder.pdf

Prolonged Grief Disorder (PG - 12) ©

Disturbo da sofferenza prolungata

Holly G. Prigerson, Ph.D., Paul K. Maciejewski, Ph.D.
Traduzione italiana a cura di: Chiambretto P., Guarnerio C., Bollini S., Opizzi C., Bertolotti G.

PARTE I

Istruzioni: per ogni item, indichi con un segno la sua risposta. Si raccomanda di completare lo spazio vuoto in ogni domanda con il nome proprio del paziente.

1. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha desiderato ardentemente che_____ (il paziente) fosse di nuovo in salute?
   _____ 1 = Mai
   _____ 2 = Almeno una volta
   _____ 3 = Almeno una volta alla settimana
   _____ 4 = Almeno una volta al giorno
   _____ 5 = Più volte al giorno

2. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha provato intense sensazioni di sofferenza emotiva, dispiacere o fitte di dolore legate alla malattia di_____ (paziente)?
   _____ 1 = Mai
   _____ 2 = Almeno una volta
   _____ 3 = Almeno una volta alla settimana
   _____ 4 = Almeno una volta al giorno
   _____ 5 = Più volte al giorno

3. Nell'ultimo mese, quanto spesso ha cercato di evitare il pensiero che_____(il paziente) è malato?
   _____ 1 = Mai
   _____ 2 = Almeno una volta
   _____ 3 = Almeno una volta alla settimana
   _____ 4 = Almeno una volta al giorno
   _____ 5 = Più volte al giorno

4. Nell'ultimo mese, quanto spesso si è sentito stordito, scioccato o confuso dalla malattia di_____(il paziente)?
   _____ 1 = Mai
   _____ 2 = Almeno una volta
   _____ 3 = Almeno una volta alla settimana
   _____ 4 = Almeno una volta al giorno
   _____ 5 = Più volte al giorno

PARTE II ***Istruzioni:*** *per ogni item indichi come si sente attualmente. Metta un cerchio sul numero a destra che corrisponde alla sua risposta. Si raccomanda di completare lo spazio vuoto in ogni domanda con il nome proprio del paziente.*	**Mai**	**Un po'**	**Abbastanza**	**Molto**	**Insopportabilmente / Più di quanto potessi immaginare**
5. Si sente confuso riguardo al suo ruolo nella vita o ha avuto la sensazione di aver perso una parte di sé (es.: il sentire che una parte di sé è morta)?	1	2	3	4	5
6. Ha avuto problemi ad accettare la malattia di_____ (il paziente)?	1	2	3	4	5
7. È stato difficile per lei avere fiducia negli altri (amici, parenti ecc.) da quando_____ (il paziente) si è ammalato?	1	2	3	4	5
8. Si sente amareggiato per la malattia di_____ (il paziente)?	1	2	3	4	5
9. Le sembra che andare avanti (es.: farsi nuovi amici, coltivare nuovi interessi) sia difficile per lei adesso?	1	2	3	4	5
10. Si sente emotivamente svuotato (raggelato) da quando_____ (il paziente) si è ammalato?	1	2	3	4	5
11. Sente che la vita è vuota o priva di significato, inutile da quando_____(il paziente) si è ammalato?	1	2	3	4	5

PARTE III

Istruzioni: indichi con un segno la sua risposta.

12. Ha sperimentato una riduzione significativa in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti di vita (es. responsabilità domestiche quali cucinare, fare lavori di manutenzione, fare la spesa)?

_____ No

_____ Si

Disturbo da lutto prolungato rivisto (PG13-R)
https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/file_uploads/pg-13-r_0.pdf

Appendice 4 - Terapia online

Suggerimenti per coltivare una presenza online (adattato da Geller, 2020)			
	Prima dell'incontro	**Durante l'incontro**	**Dopo l'incontro**
Terapeuti	*Creare sicurezza online*: competenze di base in materia di sicurezza informatica, privacy e protezione dei dati, utilizzando piattaforme sicure con crittografia dei dati che garantiscano la riservatezza e la sicurezza di tutti; *Coerenza e configurazione*: - Trovare uno spazio adatto in casa/ufficio che sia sempre lo stesso per garantire un senso di prevedibilità. - Incoraggiare la privacy dei clienti chiedendo loro di stare in un luogo privato, di indossare le cuffie e di non essere disturbati dai familiari. Distanza *ottimale* - Circa un metro di distanza dallo schermo, ma possiamo chiedere ai clienti di trovare la distanza più comoda per loro. - Tenere la telecamera all'altezza degli occhi per favorire il contatto visivo. Illuminazione - Adeguato, senza finestre sullo sfondo Abbigliamento - Mantenere lo stesso stile di abbigliamento che si usa in un incontro faccia a faccia. Fornite queste raccomandazioni di scrittura prima delle sessioni per aiutarli a creare un ambiente sicuro. Cura di sé: - Fare una passeggiata o fare qualcosa di fisico, uscire dalla sala di consultazione, andare in bagno. - Prendetevi 5-10 minuti per concentrarvi sul qui e ora, ad esempio con un esercizio di meditazione, una respirazione profonda, una posizione yoga (albero), e solo allora lasciate che il cliente entri in seduta.	*Comunicare presenza, empatia e* risonanza - L'espressione del viso, la prosodia vocale (ritmo, timbro, volume e metrica), il contatto visivo, le indicazioni non verbali, i gesti, sono molti modi per comunicare la nostra presenza e sintonia con i clienti). Essere contemporaneamente in sintonia con la nostra esperienza interna: attenzione alla nostra tolleranza per gli affetti e agli indizi di presenza. - Mantenere il contatto visivo Invita alla sincronizzazione - Permettetevi di co-regolare con i clienti rispecchiando la loro espressione, il contatto visivo, il ritmo e il tono della voce e allenando insieme la respirazione diaframmatica. Ricettività: apertura all'esperienza, allontanando le distrazioni. Sintonizzarsi sull'esperienza interna - Essere in contatto con l'esperienza interna e gli stati emotivi in modo compassionevole, per essere in grado di riconoscere gli stati emotivi importanti nei clienti (come l'esperienza del cliente si manifesta nel nostro corpo) e di contrastare le risposte di transfert (spegnimento, fattori scatenanti, ecc.). Monitoraggio della risposta del cliente - Prestare attenzione alle sfumature delle microespressioni dei clienti, quando sono aperti nella loro finestra di tolleranza o sopraffatti e disimpegnati. Per facilitare un senso di co-regolazione, regolare la postura o il tono di voce. - Accesso alle microespressioni del viso Contatto: Confermare che l'immagine rimane allineata Prestate attenzione alle vostre risposte in modo che riflettano l'esperienza e le esigenze del cliente. Check-in con il cliente Affrontare le sfide del controtransfert e della presenza: se siamo invasi dall'ansia del cliente, possiamo diventare noi stessi ansiosi. In questo senso è importante praticare il PNR (Pause, Notice and Return), o una breve	Cura di sé dopo le sessioni - muovere il corpo e/o fare stretching. Sessioni di chiusura - Stabilite se avete bisogno di più tempo tra un incontro e l'altro, per prendere appunti, fare pause, fare stretching, ecc. Terminare con intenzionalità: - Chiudere la giornata, chiudere il computer, riordinare l'ufficio - Prima di "tornare a casa" prendetevi anche qualche minuto per fare una pausa

		pratica di autocompassione, o tre lunghi respiri profondi, con il Grounding (sentire i piedi per terra) per aiutarci a ricentrarci. Questo dà anche al cliente un senso di umanità e un'opportunità di modellazione per il cliente. Se la tecnologia si blocca/la connessione non funziona: abbiate compassione di noi, riconoscete il problema e riprovate.	
Clienti	*Ottimizzare la* presenza *dei clienti* - Garantire ai clienti un ambiente riservato - Invitate i clienti a ridurre intenzionalmente al minimo le distrazioni, ad esempio spegnendo i telefoni, disattivando le applicazioni del computer come le notifiche delle e-mail, ecc. - Chiedere di tenere la telecamera accesa - Ricordare loro di avere dei fazzoletti a portata di mano - Se c'è la necessità di utilizzare materiale specifico: ad esempio, nell'EFT avere delle sedie vicine; nella CBT: quaderni vicini; nella DBT: schede di diario e strumenti di regolazione delle emozioni.		Aiutare i clienti a capire di cosa hanno bisogno per la transizione dopo la seduta (nel formato faccia a faccia alcuni clienti vanno in bagno o fanno il viaggio in macchina verso casa). Nel formato online, al termine della consultazione potrebbero aver bisogno di un po' di tempo per assimilare o elaborare il tutto prima di aprire la porta e rientrare nel loro ambiente domestico.

Appendice 5 - Esprimere e condividere le emozioni attraverso le tecniche psicodrammatiche in gruppo

La maggior parte delle persone in lutto ha bisogno di essere aiutata a esprimere le proprie emozioni, a sapere che il proprio dolore è legittimo, che le intense emozioni che sta provando sono sentite anche da altri e che altre persone possono ascoltarle, capirle e accettare il loro stato d'animo. Dickson (2002), introducendo il valore delle tecniche drammatiche in un contesto di gruppo rivolto a persone in lutto, ha osservato come subito dopo la morte, la rete di riferimento delle persone in lutto sembra non essere in grado di sostenerle: quando la morte è quella di un familiare, spesso ogni membro teme di sopraffare ulteriormente gli altri membri aggiungendo il proprio dolore a quello che gli altri stanno già vivendo; alcuni amici evitano deliberatamente di menzionare la morte; altri evitano attivamente il lutto o vogliono vederlo felice come lo vedevano prima, criticandolo per il fatto di essere ancora in lutto dopo diversi mesi. In molti luoghi di lavoro e scuole ci si aspetta che le persone in lutto si comportino normalmente, nonostante i noti effetti del lutto, come la mancanza di concentrazione, la scarsa energia e l'intensa mutevolezza delle emozioni, che portano a voti scolastici più bassi e a prestazioni lavorative al di sotto degli standard precedenti.

Nello scenario pandemico, alla difficoltà sociale e culturale di entrare in contatto con la sofferenza della morte, si è aggiunto l'isolamento legato alle misure anti-COVID. La maggior parte delle persone ha vissuto il lutto in modo privato, provando emozioni intense, travolgenti e confuse, legate anche al carattere traumatico dell'esperienza di perdita (si veda il Capitolo 2): l'impossibilità di stare con i propri familiari negli ultimi momenti, il carattere rapido e inaspettato della morte, la mancanza di una chiara comprensione di come i propri cari siano morti, la mancanza di un addio e della possibilità di vedere il corpo.
Le tecniche psicodrammatiche (o i giochi) possono rappresentare strategie elettive per gestire gli affetti travolgenti, favorendo il contatto con elementi profondamente emotivi e facilitando l'espressione emotiva e la condivisione di esperienze emotive dolorose (Margherita, 2009; McVea & Gow, 2006).

Lo psicodramma è ampiamente associato a un trattamento efficace per i sopravvissuti ai traumi, ad esempio per aumentare l'autodisvelamento e la profondità dell'esperienza nelle persone con Disturbo Post-traumatico da Stress (McVea, Gow & Lowe, 2011). In letteratura sono riportate anche alcune esperienze di utilizzo dello psicodramma per affrontare il lutto (ad esempio Dayton, 2005; Dickson, 2002; Figush, 2009; Istvan, 2014; Testoni et al., 2019).

In questa sezione, introdurremo innanzitutto i principi chiave dello psicodramma come metodo d'azione e la sua struttura classica; quindi, presenteremo le tecniche principali, con l'idea che possano costituire uno strumento della pratica clinica, che può essere integrato con diversi metodi psicoterapeutici e che può anche includere la conversazione, utilizzo di disegni, lettere e altre tecniche espressive creative.
In tutti i casi, dato che lo psicodramma può confrontare con un'intensa esperienza emotiva, si richiede ai professionisti un'elevata competenza metodica e di counseling/terapeutica, per gestire il processo, selezionare le tecniche appropriate o anche svilupparne di nuove in base alla situazione, ai clienti, all'argomento e all'obiettivo dell'incontro. In un approccio orientato al processo, il conduttore deve anche essere consapevole del livello delle dinamiche di gruppo, prestando attenzione all'integrazione del gruppo, richiedendo il rispetto di norme e confini elementari e aiutando a chiarire i conflitti (von Ameln & Becker, 2020).

Lo psicodramma come metodo d'azione

Lo psicodramma è un metodo d'azione sperimentato da Moreno (1946-1993), uno dei fondatori della psicoterapia di gruppo, in cui "le persone mettono in scena situazioni della loro vita, sogni o fantasie nel tentativo di esprimere sentimenti inespressi, ottenere nuove intuizioni e comprensioni, e praticare nuovi e più soddisfacenti comportamenti" (Garcia & Buchanan, 2000, p. 162).
La rievocazione di un'esperienza dolorosa in un gruppo, la possibilità di identificare, attraverso l'aiuto degli altri membri, modi più adattivi di pensare, sentire e agire riguardo all'esperienza, l'inversione di ruolo che consente una prospettiva diversa o il feedback di altri che condividono lo stesso problema, evento critico o sfide di vita, sono concetti fondamentali dello psicodramma.
Mentre Freud considerava l'"acting out" come una resistenza alla psicoterapia, Moreno (1969) considera l'azione che si svolge nella relazione (ad esempio l'ambiente sicuro e di supporto di un incontro di gruppo) un fattore chiave del processo di cura (Nolte, 2020). Oggi lo psicodramma è raccomandato da diversi governi europei come buona pratica sanitaria (Cruz et al., 2018).

Sebbene lo psicodramma si sia storicamente basato su una cornice psicoanalitica e interpersonale, dalla fine del XX secolo diversi autori hanno integrato la teoria psicodrammatica originale con altre teorie o hanno suggerito nuove basi teoriche per il metodo (Cruz et al., 2018). Ad esempio, la pratica psicodrammatica è stata utilizzata nella cornice della terapia cognitivo-comportamentale (ad esempio, Somov, 2008) e della terapia familiare per aumentare l'empatia, dare l'opportunità di risolvere le incomprensioni e stabilire una connessione (Farmer et al., 2018; Homes & Kirk, 2014).
Quindi, in realtà, le tecniche psicodrammatiche specifiche vengono applicate come interventi indipendenti all'interno della psicoterapia più tradizionale (Kipper, 1997). Esse sono ampiamente utilizzate in contesti sanitari, tra cui ospedali e servizi di salute mentale, e anche in ambienti educativi e lavorativi (von Ameln, F., & Becker, 2020; Bendel, 2017; Lipman, 2003).

Struttura

Utilizzato principalmente come metodo di gruppo, lo psicodramma di solito coinvolge almeno un terapeuta psicodrammatico, chiamato direttore, e da cinque a quindici clienti o partecipanti, con l'obiettivo di favorire l'esplorazione di problemi individuali o di gruppo attraverso l'uso della messa in scena e del feedback (Holmes & Kirk, 2014).

Nello psicodramma centrato sul protagonista, uno dei membri del gruppo - il protagonista - è al centro del gioco e i partecipanti rappresentano "ego ausiliari", chiamati a incarnare le relazioni dei protagonisti o a rappresentare entità e cose astratte (von Ameln, & Becker, 2020). Nel sociogramma non c'è un protagonista, la rappresentazione si concentra sull'intero gruppo e ogni membro è un ego ausiliario.
La sessione inizia in modo simile a ogni incontro, con procedure pensate per fornire un senso di prevedibilità e sicurezza ai membri del gruppo, consentendo loro al contempo una misura di controllo. I membri siedono in cerchio, il che rafforza il senso letterale e simbolico di sicurezza e cura. I partecipanti vengono introdotti allo scopo dell'incontro e vengono condivise le procedure e le aspettative del gruppo. È importante sottolineare la garanzia di riservatezza.

Nel lavoro con le persone in lutto, il gruppo può essere presentato come uno spazio-tempo in cui le persone possono parlare tra loro del modo in cui la morte della persona amata ha influenzato la loro vita e le relative emozioni possono essere espresse e condivise. Le persone possono piangere liberamente, esprimere rabbia e parlare apertamente della persona amata che è morta (Dickson, 2002).

Dopo aver creato l'ambiente di supporto, un gruppo di psicodramma standard comprende tre fasi essenziali: riscaldamento, azione e condivisione (Kellermann, 1987).

La fase di riscaldamento.
Serve sia a riscaldare i partecipanti all'azione fisica sia a riscaldarsi emotivamente per lo psicodramma (Giacomucci, 2021). Questa fase è progettata per portare eventi critici o esperienze angoscianti nel presente ("qui e ora") dell'incontro. Le attività di riscaldamento hanno lo scopo di aiutare i membri del gruppo a (i) identificare ciò su cui hanno bisogno di lavorare, (ii) far emergere un tema di gruppo e (iii) facilitare l'espressione e l'esplorazione di sé da parte dei membri del gruppo. Il conduttore può utilizzare esercizi fisici (ad esempio, i partecipanti sono invitati a camminare per la stanza), avviamenti mentali (ad esempio, i partecipanti sono invitati a pensare a come si sentono in quel momento) e check-in (ogni membro del gruppo racconta eventi importanti vissuti) (Nolte, 2019). Nella fase di riscaldamento, un membro del gruppo viene scelto come protagonista della successiva fase di azione. I membri del gruppo indicano quale degli argomenti proposti li può aiutare maggiormente; l'argomento e il protagonista sono scelti democraticamente per garantire che l'argomento del gruppo rappresenti collettivamente il gruppo nel suo insieme e che la storia di ogni membro del gruppo sia collegata all'argomento.

Un esempio di tecnica che può essere utilizzata all'inizio di un incontro con persone in lutto è la "Presentazione da un altro ruolo" (von Ameln & Becker, 2020), in cui i partecipanti, a turno, assumono il ruolo di una figura di attaccamento a loro scelta (ad esempio il genitore defunto, il fratello, l'amico, ecc.) e si presentano dal ruolo scelto. Un esempio:

> Il signor Smith si alza e si presenta nei panni della moglie defunta:
> "Questo è mio marito, John Smith. John ha 45 anni e fa il pilota di aerei, quindi è spesso lontano da casa. Per questo motivo, mi sono occupata soprattutto dei nostri due figli, Helen, 4 anni, e Stewart, 8 anni. So che John ama molto i suoi figli, ma mi chiedo se sarà più presente a casa, ora che non ci sono più (ecc.)".

Questa tecnica non è solo un modo per consentire ai partecipanti di presentarsi nella fase introduttiva, ma permette anche di esprimere i pensieri, le preoccupazioni o i cambiamenti di ruolo che sentono di aver ereditato e/o di dover affrontare dopo la morte della persona amata.

La fase dell'azione
Ha lo scopo di portare in scena la vita intrapsichica o interpersonale dei partecipanti attraverso il gioco di ruolo e altre tecniche psicodrammatiche. A seconda dei temi che emergono durante la fase di

riscaldamento, possono essere messe in atto una serie di scene che approssimano situazioni di vita reale (per esempio, ricordi di situazioni specifiche condivise in passato con la persona deceduta o vissute in ospedale, nel rapporto con il personale sanitario che si è preso cura del proprio caro, o situazioni che possono presentarsi dopo la sua morte, come il dover affrontare da soli le decisioni relative all'educazione dei figli), oppure sono esternazioni di processi mentali interni (drammi interiori, fantasie, sogni o espressioni non provate di stati mentali nel qui e ora). Di solito, l'attività si concentra su un partecipante specifico (psicodramma centrato sul protagonista) che assume il ruolo di protagonista e mette in scena una specifica esperienza cruciale, con il supporto di almeno un ausiliario che assume la parte dell'altro significativo per il protagonista (ad esempio, la persona deceduta, un medico con cui si è entrati in conflitto, un figlio che condivide con il protagonista la perdita della persona amata) o di un'idea astratta (ad esempio la forza, la pazienza, il supporto di cui il protagonista sente di aver bisogno per affrontare la perdita) (Holmes & Kirk, 2014).
Un esempio è offerto da von Ameln e Becker (2020, p. 90) attraverso il caso della signora Madison, una paziente che ha perso la figlia e il marito alcuni anni prima. La signora Madison non aveva amicizie strette e non aveva idea di come rendere più attive le relazioni esistenti. Il suo terapeuta, il signor Smith, posiziona una sedia per la signora Madison al centro della stanza di terapia, mentre altre sedie sono raggruppate intorno ad essa per le sue figure di attaccamento. Alla signora Madison viene chiesto di cambiare i vari ruoli sedendosi sulle rispettive sedie.

> "Signora Madison, si sieda qui e si metta nei panni di suo fratello James. Ora lei è James Madison. La prego di presentarsi".
> (Il protagonista presenta il fratello).
> Il signor Smith chiede: "Signora Madison, com'è il rapporto tra lei e sua sorella?".
> "Beh, da quando mia sorella ha perso il marito, si è molto ritirata. La sento raramente", risponde la signora Madison dal ruolo del fratello.
> "Vorrebbe essere più in contatto con lei?", chiede il signor Smith.
> "Ormai ci siamo allontanati. In passato ci incontravamo più spesso, a volte per un fine settimana", è la risposta.
> Il signor Smith chiede: "Vuole far rivivere quel periodo, signora Madison?".
> "Sì, certo, ho molto tempo a disposizione ora che sono in pensione", è la risposta.

<u>La fase di condivisione</u>

Moreno descrive la condivisione come la "parte terapeutica di gruppo dell'incontro". Questa fase (chiamata anche "ritorno al gruppo", Schützenberger, 1979) ha lo scopo di permettere a ciascuno dei membri del gruppo di condividere le proprie emozioni riguardo all'esperienza di interpretare un ruolo o di osservare lo psicodramma di un altro partecipante svolto durante l'incontro. Questo processo aiuta il protagonista a rientrare nel gruppo, dove i membri del gruppo possono identificarsi con il protagonista, esprimendo, in modo non analitico e non giudicante, con quale aspetto si sono identificati e/o perché le loro esperienze sono simili a ciò che il protagonista ha rappresentato. Homes e Kirk (2014) definiscono la fase di condivisione come un "love-back", per sottolineare che la condivisione dovrebbe servire a esprimere empatia e supporto al protagonista. Leutz (1974) sottolinea che la comunicazione allontana il protagonista e il pubblico dall'idea che la sofferenza rappresentata sia qualcosa di unico. La condivisione può essere espressa attraverso dichiarazioni verbali e comunicazioni non verbali (ad esempio, abbracciando il protagonista). Un esempio:

> La signora Katy Holmes ha messo in scena la sua difficoltà a pensarsi sola nella gestione della vita quotidiana e nella cura dei due figli piccoli dopo la morte del marito. Quest'ultimo era molto presente in casa; la aiutava nelle faccende domestiche, ma giocava anche molto con i suoi figli. In una scena la signora Holmes ha rappresentato la paura di non essere all'altezza del compito, chiedendo a un "io ausiliario" di interpretare la parte di uno dei suoi figli che, mentre giocano, le dice "mi manca papà". Un altro partecipante ha preso il posto della signora Holmes;

si è avvicinata al figlio, gli ha detto "anche a me manca molto" e lo ha abbracciato; poi hanno pianto insieme. Durante la fase di condivisione, interventi di questo tipo si susseguono tra gli altri partecipanti:
Joana (che, come la signora Holmes, ha recentemente perso il marito): Mi sono identificata molto con le paure di Katy. Mi chiedo sempre cosa posso dire ai miei figli; ora sento che la cosa importante non è cosa dire, ma permettere loro di esprimere il loro dolore, insieme a me.
Steven (che ha perso la madre): Mi sono identificato con il figlio di Katy e ho sentito che una delle mie più grandi difficoltà, quando ho perso mia madre, è stata quella di temere di appesantire ulteriormente mio padre con il mio dolore; forse è stato sufficiente abbracciarsi e dirsi quanto ci mancava.
Mary (che ha perso il suo ragazzo): Vorrei davvero abbracciarti, Katy, posso?
Mrs Katy Holmes: Certo, ne ho bisogno anch'io.

Quando l'incontro sta per terminare, i partecipanti possono essere invitati a riflettere su ciò che hanno ricevuto dalla partecipazione al gruppo. Questo stimolo può essere proposto attraverso una discussione libera in cerchio o anche utilizzando un gioco psicodrammatico, come "Prendo il tuo posto perché..." e "Arrivederci al gruppo" (Montesarchio & Marzella, 2004).

Prendo il tuo posto perché.... Il conduttore invita i partecipanti a formare un cerchio insieme agli altri. A turno, chi vuole può attraversare il cerchio e mettersi di fronte a un altro partecipante verbalizzando con poche parole perché "prende il suo posto" (ad esempio, "prendo il tuo posto perché mi piace il modo in cui stai affrontando questa esperienza"). Dopo la verbalizzazione, i due partecipanti si scambiano di posto nel cerchio. In seguito, altri partecipanti possono chiedere di prendere il posto di qualcun altro. Può essere utilizzato dopo un gioco vero e proprio che coinvolge l'intero gruppo, per sollecitare i partecipanti a condividere le impressioni sulle risorse che gli altri membri hanno dimostrato di possedere.

Arrivederci al gruppo. Il conduttore suggerisce ai partecipanti di distribuirsi nell'area disponibile, sedersi e immaginare il proprio saluto. Quindi, invita ciascuno a formare un cerchio insieme agli altri, prima tenendosi per mano, poi fianco a fianco, infine con le braccia intrecciate, formando un gruppo molto compatto, il più vicino possibile gli uni agli altri. Dopo qualche istante in questa posizione, ognuno a turno pronuncia il proprio saluto verso il gruppo e, sempre mantenendo il cerchio, si gira verso l'esterno. Quando tutti hanno pronunciato il proprio saluto, il conduttore invita a immaginare il proprio ritorno a casa e infine a sciogliere il cerchio. Essendo un esercizio di chiusura dell'incontro o anche di un ciclo di incontri, questo gioco non prevede il momento della verbalizzazione, avendo di per sé la funzione di fornire al gruppo una sorta di "restituzione" dell'esperienza fatta insieme.

Le principali tecniche specifiche di psicodramma

- Addestramento ai ruoli. Il protagonista identifica i ruoli familiari e quelli non familiari (ad esempio, un familiare da cui si sente lasciato solo, un medico che lo fa sentire impotente), e poi si esercita a adattare i ruoli disadattativi in ruoli funzionali e sani (Holmes & Kirk, 2014). Un membro del gruppo (l'Io ausiliario) funge da altro significativo per i protagonisti, assumendo la parte di un individuo o di un'idea astratta, come la forza o la speranza (Holmes & Kirk, 2014). Un esempio:

  La signora John, che ha perso la madre, ha raccontato la difficoltà di gestire le telefonate di parenti e amici; spesso si trova ad ascoltare passivamente consigli, suggerimenti, inviti a distrarsi. Un Io ausiliario prende il posto di un amico che, al telefono, la invita ad andare avanti e a distrarsi. Il signor John fa un lungo respiro e poi le spiega di cosa ha bisogno: "Sento che è troppo presto per immaginarmi distratta, sento il bisogno di stare un po' da sola con me stessa,

di sfogliare gli album e raccogliere i pensieri, ma ho qualcosa da chiederti": Marie e John mi hanno detto che vorrebbero giocare con i loro amici. Potresti portarli con te quando porti i tuoi figli al parco? Mi sentirei sollevata".

- Inversione di ruolo. Il protagonista esce dal suo ruolo e assume quello di una persona significativa della sua vita (ad esempio la persona deceduta) o di una parte di sé (ad esempio il coraggio, l'idealismo, i valori che pensa di aver ereditato dalla persona amata deceduta), o di un oggetto (ad esempio una lettera, una collana ereditata dalla persona deceduta) (Holmes & Kirk, 2014).
- Doppio. Mentre il protagonista rappresenta il proprio ruolo, l'Io ausiliario gli sta accanto o dietro, ne adotta l'espressione corporea ed emotiva, ma incoraggia anche l'auto esplorazione (von Ameln & Becker, 2020), verbalizzando lentamente le emozioni, le paure, le motivazioni o le intenzioni nascoste che il protagonista non esplicita. Il doppio, quindi, dà voce in prima persona a ciò che crede che il protagonista stia soffrendo/sentendo ma che, per qualche motivo, non percepisce o evita di esprimere. Tornando all'esempio della signora John, se la protagonista avesse difficoltà a esprimere i propri sentimenti e bisogni nella scena con l'amico, il conduttore potrebbe incaricare un membro di amplificare la sua espressione di disagio e di rendere espliciti i pensieri taciti (ad esempio, "non è questo l'aiuto di cui ho bisogno").
- Mirroring. Il protagonista esce dal "palcoscenico" e un membro del gruppo o il terapeuta ne assume il ruolo, svolgendo una funzione simile a quella di un video feedback, ma un video che va più in profondità e può enfatizzare alcuni aspetti (von Ameln & Becker, 2020). In questo modo, i protagonisti possono vedersi da una distanza critica (Holmes & Kirk, 2014).
- Soliloquio. Il protagonista esprime verbalmente i suoi pensieri e le sue emozioni su qualcosa (ad esempio, le cose che teme di aver perso con la morte della persona cara, le sfide che dovrà affrontare, i conflitti irrisolti, i sogni non realizzati).
- Sedia vuota. L'esercizio inizia con il gruppo seduto in semicerchio di fronte allo spazio con una sedia vuota posta al centro. La sedia viene occupata da coloro che si sentono pronti a iniziare l'esercizio con la consegna di parlare a sé stessi, articolando il dialogo in domande e risposte, rimanendo seduti quando si risponde e stando in piedi, con la sedia vuota, quando si fa la domanda, o viceversa, ma con l'idea che nelle due fasi il protagonista abbia davvero come interlocutore una parte di sé.
- Sedia con persona significativa. In questo caso, il protagonista è invitato a immaginare che sulla sedia ci sia una persona significativa (genitore, migliore amico, fidanzato/a, ecc.) e a scegliere, tra i membri del gruppo, una persona che interpreterà il personaggio scelto. Nel lavoro con le persone in lutto, la persona deceduta può essere chiamata a sedersi sulla sedia vuota e, così facendo, a lavorare su tutto ciò che era rimasto sospeso nel dialogo con la persona morta (ad esempio le contraddizioni, le ambiguità e le ambivalenze e tutto il "non detto").

Applicazioni e benefici clinici delle tecniche di psicodramma

I giochi di ruolo che agiscono "come se" hanno molteplici implicazioni cliniche, tra cui fornire un addestramento al ruolo per situazioni future, offrire momenti di riparazione dello sviluppo o esperienze emotive correttive e fornire al corpo la possibilità di completare le risposte di sopravvivenza a eventi traumatici che sono stati interrotti lasciando congelati (Giacomucci, 2021). L'azione in una relazione di gruppo permette di superare l'isolamento, attraverso la comunicazione con altri che soffrono di problemi simili e di beneficiare delle esperienze e dei punti di vista del gruppo sul problema su cui si sta lavorando. Ogni evento viene elaborato attraverso vertici di osservazione multipli e diversificati, e questo rende possibile una riflessione a più voci su materiali vissuti in comune.

Tele-psicodramma

Recentemente, le tecniche dello psicodramma sono state adattate alla modalità online (Biancalani et al, 2021). Per esempio, eventi significativi dei partecipanti possono essere rappresentati attraverso oggetti significativi o fotografie che i membri del gruppo hanno a casa; sentimenti specifici legati alle circostanze di allontanamento fisico possono essere rappresentati, attraverso disegni realizzati dai partecipanti che possono essere visualizzati sullo schermo e condivisi e commentati dall'intero gruppo. Biancalani e colleghi (2021) hanno indagato qualitativamente l'impatto di un tele-psicodramma di gruppo attuato durante le misure di chiusura. I quindici membri, appartenenti a un gruppo di psicodramma preesistente, riferiscono un aumento del benessere personale grazie al tele-psicodramma e un'attenuazione del senso di isolamento sociale.

RIFERIMENTI

Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 148–150. https://doi.org/10.1037/tra0000868

Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(2), 398–413. https://doi.org/10.1002/jclp.23115

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. Acta Médica Portuguesa, 33(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Albuquerque, S., Teixeira, A. M., & Rocha, J. C. (2021). COVID-19 and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 638874. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.638874

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196–205. https://doi.org/10.1080/16506070903318960

Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry*, *18*(1), 20–28. https://doi.org/10.1002/wps.20610

Aoun, S. M., Keagan O., Roberts, A., Breen., L., J. (2020) The impact of bereavement support on wellbeing: a comparative study between Australia and Ireland. *Palliative Care and Social Practice.* 14. https://doi.org/10.1177/2632352420935132

Aoun, S. M., Breen, L. J., Rumbold, B., Christian, K. M., Same, A., Abel, J. (2019). Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support*? PLoS ONE* 14(3): e0213367. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213367

Aoun, S.M., Breen, L. J., White, I., Rumbold, B., Kellehear, A. (2018). What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*, 32(8):1378-1388. doi:10.1177/0269216318774995

Aoun, S.M., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A., Breen, L. J. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLOS ONE 12*(10): e0184750. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750

Archer, J. (2008). Theories of grief: Past, present, and future perspectives. In: M. Stroebe, *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention, 45-65*. American Psychological Association.

Auszra, L., & Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, *7*(1), 137-152.

Barbosa, E., Nogueira, D., Cunha, C., Pinheiro, P., Soares, J., Carqueja, E., Jódar, R., Gamoneda, J., Gismero, E., Prieto, M., & Núñes, J. (2022). The Grief and Bereavement and the pandemic by COVID-19: A transnational study on its impact on well-being. *Oral Presentation on the European Grief Conference,* September, Copenhagen, Denmark.

Barker, G. G., & Barker, E. E. (2022). Online therapy: Lessons learned from the COVID-19 health crisis. *British Journal of Guidance & Counselling*, *50*(1), 66–81. https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1889462

Bateman, A. W., Fonagy, P., & Bateman, A. (Eds.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (1. ed). American Psychiatric Publ.

Baum, E. S., & Rude, S. S. (2013). Acceptance-Enhanced Expressive Writing Prevents Symptoms in Participants with Low Initial Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(1), 35–42. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9435-x

Bendel, K. E. (2017). Social work and Moreno: A systematic review of psychodrama methods and implications. *ProQuest Dissertations and Theses*, Retrieved from: https://proxy.library.upenn.edu:7450/docview/1920065271?accountid=14707

Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, *23*(2), 141–149. https://doi.org/10.1177/0269216308098798

Bereavement Network Europe (n.d.). *Join BNE*. https://bereavement.eu/

Bertuccio, R. F., & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 87-89. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000723

Biancalani, G., Franco, C., Guglielmin, M. S., Moretto, L., Orkibi, H., Keisari, S., & Testoni, I. (2021). Tele-psychodrama therapy during the COVID-19 pandemic: Participants' experiences. *The Arts in Psychotherapy*, *75*, 101836. https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101836

Boelen, P. A, de Keijser, J., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2007) Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(2), 277-284. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277

Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J. de, & Lenferink, L. I. M. (2020). Remotely Delivered Cognitive Behavior Therapy for Disturbed Grief During the COVID-19 Crisis: Challenges and Opportunities. *Journal of Loss and Trauma*, *26*(3), 211–219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Boelen, P. A., & Huntjens, R. J. C. (2008). Intrusive images in grief: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(4), 217–226. https://doi.org/10.1002/cpp.568

Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. Austraulian & New Zeland Journal of Psychiatry, 56, 6, 667-674. Doi: 10.1177/00048674211025728

Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 65–72. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.004

Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ: British Medical Journal*, *357*. https://doi.org/10.1136/bmj.j2016

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 109–128. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x

Boelen, P. A., van den Hout, M., & van den Bout, J.. (2013). Prolonged grief disorder: Cognitive-behavioral theory and therapy. In: M. Stroebe, H. Schut, & J. V. d. Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*, 221–234. Routledge/Taylor & Francis Group.

Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). Trajectories of grieving. In: M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention,* 287–307. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14498-014

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705–734. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3

Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the *DSM-5* and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 17–25. https://doi.org/10.1002/da.22902

Boss, P., Roos, S., & Harris, D. L. (2021). Grief in the Midst of Ambiguity and Uncertainty. I R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton, *Grief and Bereavement in Contemporary Society,*163–175. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003199762-16

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Sadness and depression* (Vol. 3). Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. Routledge.

Breen, L. J., Mancini, V. O., Lee, S. A., Pappalardo, E. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning. *Death Studies*, *46*(1), 43-52. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666

British Association for Counseling and Psychotherapy (2021). *Online and phone therapy (OPT) competence framework: User guide*. https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf

Broberg, A., Grandquist, P., Ivarsson, T., & Mothander, P. R. (2008). *Tilknytningsteori—Betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. Hans Reitzels Forlag.

Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., & Nickerson, A. (2017). Treating Prolonged Grief Disorder: A 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*(9), 1363–1368. https://doi.org/10.4088/JCP.16m10729

Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, *24*(41), 44–47. https://doi.org/10.7748/ns2010.06.24.41.44.c7834

Burke, L. A. & Neimeyer, R. A. (2012). Prospective Risk Factors for Complicated Grief: A Review of the Empirical Literature. In M. Stroube, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.). *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*, 145-161. Routledge.

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Meaning making. In: M. Cobb, C. M. Puchalski & B. Rumbold (Eds.). In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare,* 127–133. Oxford University Press.

Burrell, A., & Selman, L. E. (2022). How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. OMEGA - Journal of Death and Dying, *85*(2), 345–383. https://doi.org/10.1177/0030222820941296

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. http://site.ebrary.com/id/10895851

Carvalheiro, A.M., Faria, C., Semeão, I., & Martinho, S. M. (2021). Caring for End-of-Life Patients and Their Families, During Life, and Mourning, in the COVID-19 Era -The Experience of a Palliative Care Team in Portugal. *Front. Psychiatry*, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.624665

Chan, H. (2022). Death, burials and funerals: grieving in the shadow of COVID-19. *The Journal of the Society for Advanced Legal Studies*, *3*(2), 250-277.

Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: Qualitative study in the UK. *BMJ: British Medical Journal*, *340*(apr30 2), c2032–c2032. https://doi.org/10.1136/bmj.c2032

Chopra, K. K., & Arora, V. K. (2020). COVID-19 and social stigma: Role of scientific community. *Indian Journal of Tuberculosis*, *67*(3), 284-285. https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2020.07.012

Cipolletta, S., Entilli, L., Bettio, F., & De Leo, D. (2021). Live-Chat Support for People Bereaved by Suicide: A Thematic Analysis. *Crisis*, *43*(2), 1-7. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000759

Cipolletta, S., Entilli, L., & Filisetti, S. (2022). Uncertainty, shock and anger: Recent loss experiences of first-wave COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Community & Applied Social Psychology,* 1-15. https://doi.org/10.1002/casp.2604

Cooper, M. (2020). Relational depth in online therapy: can it be experienced, and what facilitates and inhibiths it? Retrieved from https://mick-cooper.squarespace.com/new-blog/2020/3/18/relational-depth-in-online-counselling-and-psychotherapy-can-you-get-there-and-what-facilitates-and-inhibits-it

Costantini, M., Sleeman, K. E., Peruselli, C., & Higginson, I. J. (2020). Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: A national telephone survey of hospices in Italy. *Palliative Medicine*, *34*(7), 889-895. https://doi.org/10.1177/0269216320920780

Cruz, A., Sales, C., Alves, P., & Moita, G. (2018). The core techniques of Morenian psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in psychology*, 1263. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263

Cullberg, J. (2008). *Krise og udvikling*. Hans Reitzel.

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(1), 77–93. https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.1.77

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, 55*(2), 205–217. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.2.205

Dayton, T. (2005). The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma. *Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Soiometry*, 58(1), 15-35.

Di Blasi, M., Gullo, S., Mancinelli, E., Freda, M. F., Esposito, G., Gelo, O. C. G., ... & Coco, G. L. (2021). Psychological distress associated with the COVID-19 lockdown: A two-wave network analysis. *Journal of affective disorders*, *284*, 18-26 https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.016

Dickson, B. (2002). An Invisible Grief – Group Work with Bereaved Siblings. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, (11), 20–30. https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.608472030430810

Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, *300*, 113916. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916

Dorrucci, M., Minelli, G., Boros, S., Manno, V., Prati, S., Battaglini, M., Corsetti, G., Andrianou, X. Riccardo, F., Fabiani, M., Vescio, M. F., Spuri, M., Mateo-Urdiales, A., Del Manso, M., Pezzotti, P., Bella, A., & the Italian Integrated Surveillance COVID-19 Group. (2022). A population-based cohort approach to assess the excess mortality due to the spread of COVID-19 in Italy, January-May 2020. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, *58*(1), 25-33.

Dragioti, E., Tsartsalis, D., Mentis, M., Mantzoukas, S., & Gouva, M. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of hospital staff: An umbrella review of 44 meta-

analyses. *International journal of nursing studies*, *131*, 104272. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104272

Dyregrov, A. (2011). Akut kriseintervention. *Månedsskrift for Almen Praksis og Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, *89*(10).

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2009). *Krisepsykologi i praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, *288*, 113031. https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113031

Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(6), e1–e4. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004

Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, *278*, 54-56. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(3), 241–254. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241

European Grief Conference (n.d.). *Welcome.* https://egc2022.dk/

Eurostat (n.d.). *Statistics Explained.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page

Farinha-Silva, S., & Reis-Pina, P. (2020). COVID-19: From Grief and Mourning to Prolonged Grief Disorder. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(10), 709. https://doi.org/10.20344/amp.14701

Farmer, C., Moreno, Z. T., Campbell, D., & Draper, R. (2018). *Psychodrama and systemic therapy*. Routledge.

Fernández, Ó., & González-González, M. (2020). The Dead with No Wake, Grieving with No Closure: Illness and Death in the Days of Coronavirus in Spain. *Journal of Religion and Health*, *61*(1), 703-721. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01078-5

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Brunner/Mazel.

Figusch, Z. (2009). From one-to-one psychodrama to large group socio-psychodrama: More writings from the arena of Brazilian psychodrama. *Morrisville, NC: www. lulu. com*.

Fisher, J. E., Rice, A. J., Zuleta, R. F., & Cozza, S. J. (2022). Bereavement during the COVID-19 Pandemic: Impact on Coping Strategies and Mental Health. *Psychiatry*, 1–19. https://doi.org/10.1080/00332747.2022.2051141

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 563–584). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10436-024

Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1965). *Group psychotherapy: The psychoanalytic approach.* Karnac Books.

Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, 32 (suppl. 1), 10-14.

Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 823–865. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823

Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of Coronavirus (COVID-19). *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*, E31. https://doi.org/10.1017/S1754470X2000029X

Freud, S. (1913). Totem and Taboo. In *The Origins of Religion—The Pelican Freud Library*, Vol. 13. Penguin Books.

Freud, S. (1917). Sorg og Melankoli. In: Freud, S. (1983), *Metapsykologi,* Vol. 1. Hans Reitzels Forlag.

Garcia, A. Buchanan D.R. (2000). Psychodrama. In P. Lewis, D.R. Johnson (Eds.), Current approaches in drama therapy, Charles C. Thomas, Springfield, IL (2000), pp. 162-195

Geller, S. M. (2017). A practical guide to cultivating therapeutic presence. *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/0000025-000

Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counseling Psychology Quarterly, 34*:3-4, 687-703. DOI: 10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3-4), 687-703. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2015). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy* (2nd Ed.). American Psychological Association.

Giacomucci, S. (2021). Psychodrama and Social Work Theory. In: Social Work, Sociometry, and Psychodrama. Psychodrama in Counselling, Coaching and Education, vol 1. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6342-7_6

Gilart, E., Lepiani, I., Núñez, M. J. C., Roman, I. C., & Bocchino, A. (2021). When Nurses Become Patients. Validation of the Content of the Diagnostic Label Professional Traumatic Grief. *Healthcare*, *9*(8), 1082. https://doi.org/10.3390/healthcare9081082

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*(1), 31–65. https://doi.org/10.1080/10720530500311182

Gnasso, R., Iommazzo, I., Corbi, G., Celi, F., Iannicelli, A. M., Ferrara, N., & Ruosi, C. (2022). Italian long-term care facilities during COVID-19 era: A review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, *70*(2), 1-10. https://doi.org/10.36150/2499-6564-N365

Goel, A., & Gupta, L. (2020). Social Media in the Times of COVID-19. *Journal of Clinical Rheumatology*, *26*(6), 220–223. https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001508

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.

Guldin, M. (2010). De store teoriers fald – Træk af sorgteori gennem tiden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, *7*(12), 155–173. https://doi.org/10.7146/tfss.v7i12.2961

Guldin, M. (2014). *Tab og sorg: En grundbog for Professionelle*. Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M. (2018). *Sorgterapi—Evidens og terapeutiske metoder i praksis*. Akademisk Forlag.

Guldin, M. (2019). *Tab og sorg—En grundbog for professionelle* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, *72*(12), 1227. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094

Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Lo Coco, G., Lagetto, G., Esposito, G., Pazzagli, C., Salcuni, S., Freda, M. F., Mazzeschi, C., Giordano, C., & Di Blasi, M. (2022). The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5

Halty, L., Halty, A., & Gismero, E. (2020). Apoyo psicológico online durante de la declaración del primer estado de alarma en España a través de la herramienta iENCUIST. *Cuadernos de la Guardia Civil: Revista de seguridad pública*, (1), 83-98.

Harrsen, K., Tølbøll, M. M., & Larsen, L. H. (2022). Effects of an Integrated Treatment Program on Grief and Distress Among Parentally Bereaved Young Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110697. https://doi.org/10.1177/00302228211069713

Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*(1), 31-41. https://doi.org/10.1080/01612840252825464

Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of pain and symptom management*, *37*(1), 3-12. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.010

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup6), 1583524. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524

Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. (2021). I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, *30*(4). https://doi.org/10.1111/hsc.13530

Hershberger, P. J., & Walsh, W. B. (1990). Multiple Role Involvements and the Adjustment to Conjugal Bereavement: An Exploratory Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *21*(2), 91–102. https://doi.org/10.2190/K8D3-NTBT-KTMF-58CB

Holmes, P., & Kirk, K. (2014). *Empowering therapeutic practice: Integrating psychodrama into other therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233. https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

Imber-Black, E. (2020). Rituals in the Time of COVID-19: Imagination, Responsiveness, and the Human Spirit. *Family Process*, *59*(3), 912–921. https://doi.org/10.1111/famp.12581

Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, *5*(5), e258. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7

Irish Hospice Foundation (n.d.). *Adult Bereavement Care Pyramid*. https://hospicefoundation.ie/our-supports-services/bereavement-loss-hub/i-work-in-bereavement/adult-bereavement-care-pyramid/

Instituto de Salud Carlos Tercero (n.d.) *Panel de monitorización de la moratalidad (MoMo).* https://momo.isciii.es/panel_momo/

Istituto Superiore di Sanità (2021a). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-surveillance-long-term#writers

Istituto Superiore di Sanità (2021b). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-analysis-of-deaths

Istvan, P. (2014). *Tragedy in the potential space. The possibilities of psychodrama in the psychotherapy of the traumatic loss.* Enikoo Albert-Loorincz.

Janoff-Bulman, R. (1990). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* Free Press.

JHU CSSE - Johns Hopkins University Center for systems science and engineering. Available online: https://raw.githubusercontent.com/CSSEGISandData/COVID-19/master/csse_covid_19_data/csse_covid_19_time_series/time_series_covid19_confirmed_global.csv, Accessed 24th April 2022

Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *253*, 69–86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065

Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work?. *Death studies*, *27*(9), 765-786. https://doi.org/10.1080/713842360

Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, *68*(9), 791–800. https://doi.org/10.1037/a0035001

Jurist, E. L. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*, 426-444. https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426

Kalantari, M., Yule, W., Dyregrov, A., Neshatdoost, H., & Ahmadi, S.J. (2012). Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega,65*(2):139-50. doi: 10.2190/OM.65.2.d. PMID: 22953510

Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford University Press.

Karterud, S., & Bateman, A. W. (2012). Group Therapy Techniques. In: A. W. Bateman and P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing, 81–105.

Kaur-Aujla, H., Lillie, K., & Wagstaff, C. (2022). Prognosticating COVID Therapeutic Responses: Ambiguous Loss and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Public Health*, *10*, 799593. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.799593

Kellermann, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*. Jessica Kingsley.

Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., ... & Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, *45*(5), 1341-1352. 341-348. https://doi.org/10.1183/09031936.00160014

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1–3), 339–343. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032

Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441

Kipper, D. A. (1997). Classical and contemporary psychodrama: A multifaceted, action-oriented psychotherapy. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing, 50*(3), 99–107.

Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief.* (pp. xxi, 361). Taylor & Francis.

Klass, D., & Steffen, E. M. (Eds.). (2018). *Continuing Bonds in Bereavement. New Directions for Research and Practice.* Routledge.

Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S94–S95. https://doi.org/10.1037/tra0000798

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *75*(1), 76–97. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76

Kübler-Ross, E. (2006). *Døden og den døende*. Gyldendal.

Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110701. https://doi.org/10.1177/00302228211070155

Larsen, L. H., Guldberg, A., & Kring, V. (2021). A Group Therapy Program for Parentally Bereaved Young Adults With Grief Complications: Rationale, Method and Case Examples. *OMEGA*

- *Journal of Death and Dying*, 003022282199770. https://doi.org/10.1177/0030222821997705

Larsen, L., Joesen, B. V., O'Connor, M. & Farver-Vestergaard, I. (2020). *Psykologiske interventioner for mennesker med behandlingskrævende sorg – anbefalinger til praksis*. Det Nationale Sorgcenter.

Larsen, L., Lauritzen, L., & O'Connor, M. (2018). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse: Begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, *1*, 15–23.

Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 35–44. https://doi.org/10.1002/da.22850

LeRoy, A. S., Robles, B., Kilpela, L. S., & Garcini, L. M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 98-99. https://doi.org/10.1037/tra0000818

Leutz, G. (1974). *Psychodrama - Theorie und Praxis*. Springer Verlag.

Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is There Anybody Out There? Attachment Style and Interpersonal Facilitators as Protective Factors Against Complicated Grief Among Suicide-Loss Survivors. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *207*(3), 131–136. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940

Lipman, L. (2003). The triadic system: Sociometry, psychodrama, and group psychotherapy. In J. Gershoni (Ed.), *Psychodrama in the 21 century: Clinical and educational applications*. Springer Publishing Company

Lowe, J., Rumbold, B., & Aoun, S. M. (2020). Memorialisation during COVID-19: implications for the bereaved, service providers and policy makers. *Palliative Care and Social Practice,* 14, 2632352420980456.

Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(1), 84-88. https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.84

Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge University Press.

Mansueto, G., Lopes, F. L., Grassi, L., & Cosci, F. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on Italian healthcare workers versus general population: Results from an online survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(6), 1334–1345. https://doi.org/10.1002/cpp.2644

Margherita, G. (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo* [Narration and representation in group psychodynamics]. Franco Angeli.

Marinaci, T., Carpinelli, L., Venuleo, C., Savarese, G., & Cavallo, P. (2020). Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the Covid-19 pandemic. *Heliyon*, *6*(12), e05766. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05766

Marinaci, T., Venuleo, C., & Savarese, G. (2021). The COVID-19 pandemic from the health workers' perspective: Between health emergency and personal crisis. *Human Arenas*, 1-21. https://doi.org/10.1007/s42087-021-00232-z

Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, *16*(2), 151–174. https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726

Maass, U., Hofmann, L., Perlinger, J., & Wagner, B. (2020). Effects of bereavement groups-a systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 1–11. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1772410

Mcvea, C., & Gow, K. (2006). Healing a Mother's Emotional Pain: Protagonist and Director Recall of a Therapeutic Spiral Model (TSM) Session. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry*, *59*(1), 3–22. https://doi.org/10.3200/JGPP.59.1.3-22

McVea, C. S., Gow, K., & Lowe, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research*, *21*(4), 416–429. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577823

Mencacci, C., & Salvi, V. (2021). Expected effects of COVID-19 outbreak on depression incidence in Italy. *Journal of Affective Disorders*, *278*, 66–67. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.043

Menichetti-Delor, J. P., Borghi, L., Cao di San Marco, E., Fossati, I., & Vegni, E. (2021). Phone follow up to families of COVID-19 patients who died at the hospital: Families' grief reactions and clinical psychologists' roles. *International Journal of Psychology*, *56*(4), 498-511. https://doi.org/10.1002/ijop.12742

Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N., & van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, *61*(3), 341–348. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.01.024

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An Attachment Perspective on Therapeutic Processes and Outcomes: Attachment and Therapeutic Processes. *Journal of Personality*, *81*(6), 606–616. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Miles, L., & Corr, C. A. (2017). Death Cafe: What Is It and What We Can Learn From It. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 75*(2), 151–165. https://doi.org/10.1177/0030222815612602

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, *20*(4), 225–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

Mogensen, J., & Engelbrekt, P. (2013). *At forstå sorg: Teoretiske og praktiske perspektiver*. Samfundslitteratur.

Montesarchio, G., & Marzella, E. (2004). *Novantanove giochi per la scuola, il teatro, l'azienda, il gruppo*. Franco Angeli.

Moreira, W., Sousa, K., Sousa, A., Santana, T., Zeitoune, R., & Nóbrega, M. (2021). Mantal health interventions implemented in the COVID-19 pandemic: what is the evidence? Rev Bras Enferm, 74, 1. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0635

Morgan, D., et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", OECD Health Working Papers, No. 122, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en

Morlino, I. (2020) Italy. In: K. M. Millar, Y. Han, M. Bayly, K. Kuhn, & I. Morlino, *Confronting the COVID-19 Pandemic. Grief, loss and social order*, 27-33. The London School of Economics and Political Science – Department of International Relations.

Moro, M. F., Calamandrei, G., Poli, R., Di Mattei, V., Perra, A., Kurotschka, P. K., ... & Carta, M. G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in Italy: analyzing the role of individual and workplace-level factors in the

reopening phase after lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 867080. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.867080

Morris, S., Moment, A., & Thomas, J. (2020). Caring for bereaved family members during the COVID19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*, 20. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002

Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning During Corona: A Phenomenological Study of Grief Experience Among Close Relatives During COVID-19 Pandemics. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 00302228211032736. https://doi.org/10.1177/00302228211032736

Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, *24*(6), 541–558. https://doi.org/10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10397-000

Neimeyer, R. A. (2002). Deconstructing 9/11: A constructivist commentary. *The Humanistic Psychologist,* 30, 293-305.

Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative contribution. *Psychological Inquiry,* 15, 53-59.

Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, *24*(2), 27–30. https://doi.org/10.1080/02682620508657628

Neimeyer, R. A. (2006). Defining the new normal: Scientific and social construction of complicated grief. *Omega, 52*, 95-97.

Neimeyer, R. A. & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 352-356.

Neimeyer, R. A. (2022). *New techniques of grief therapy. Bereavement and Beyond*. Routledge.

Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*(2), 73–83. https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3

Neimeyer, R. A. & Hooghe, A. (2018). Reconstructing the continuing bond: A case study in grief therapy. In D. Klass & E. Steffan (Eds.). *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice.* New York: Routledge.

Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Meaning Reconstruction in Bereavement. From principles to pactice. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. *Grief and Bereavemnet in Contemporary Society.* Routeledge.

Milman, E., & Neimeyer, R. A. (2020). Meaning-making in bereavement transitions: Review and clinical relevance. In E. M. Altmaier (Ed.), *Navigating life transitions for meaning* (pp. 69–89). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818849-1.00005-9

Neimeyer, R.A., Milman, E.J., & Steffen, E.M. (2022). The Meaning in Loss Group. Principles, Processes and Procedures. In R.A. Neimeyer (Eds.). *New techniques of Grief Therapy. Bereavement and Beyond* (pp. 26-45). Routdledge.

NICE (2022). *Developing NICE guidelines: the manual*. Retrieved by https://www.nice.org.uk/process/pmg20

Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, *232*, 460–469. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007

Nolte, J. (2020). *J.L. Moreno and the psychodramatic method: On the practice of psychodrama*. Routledge.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidensbased responsiveness* (2nd Ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd Ed.). Oxford University Press.

O'Rourke, T., Spitzberg, B. H., & Hannawa, A. F. (2011). The Good Funeral: Toward an Understanding of Funeral Participation and Satisfaction. *Death Studies*, *35*(8), 729–750. https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553309

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (n.d.). *Health spending (2020).* Retrieved 12th of June, 2020, from https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm

Parolin, L. A. L., Benzi, I. M. A., Fanti, E., Milesi, A., Cipresso, P., & Preti, E. (2021). Italia Ti Ascolto [Italy, I am listening]: An app-based group psychological intervention during the COVID-19 pandemic. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, *24*(1). https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.517

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, *37*(2), 189–201. https://doi.org/10.6018/analesps.443271

Payàs Puigarnau, A., & Chaurand Morales, A. (2019). Unfolding Meaning From Memories: An Integrative Meaning Reconstruction Method for Counseling the Bereaved. *Illness, Crisis & Loss*, *27*(3), 209–225. https://doi.org/10.1177/1054137316687954

Pennebaker, J. W., Colder, M., & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(3), 528–537. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.528

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(2), 239–245. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.239

Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, *8*(3), 162–166. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x

Picardi, A., Miniotti, M., Leombruni, P., & Gigantesco, A. (2021). A Qualitative Study Regarding COVID-19 Inpatient Family Caregivers' Need for Supportive Care. *Clinical Practice &*

Epidemiology in Mental Health, *17*(1), 161-169. http://dx.doi.org/10.2174/1745017902117010161

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: A leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3–4), 352–367. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557

Polidori, M. C., Maggi, S., Mattace-Raso, F., & Pilotto, A. (2020). The unavoidable costs of frailty: a geriatric perspective in the time of COVID-19. *Geriatric Care*, *6*(1). https://doi.org/10.4081/gc.2020.8989

Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe.* W. W. Norton & Co.

Porges, S. W. (2021). Polyvagal theory: a biobehavioral journey to sociability. *Comprehensive Psychoneuroendocronology, 7*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100069

Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criterio for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG13-R) scale. *World Psychiatry, 20*, 1, 96-106.

Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, *2*(1), 7995. https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995

Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(3), 223–236. https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033

Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive—behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 808–824. https://doi.org/10.1037/ccp0000023

Sammons, M. T., VandenBos, G. R., & Martin, J. N. (2020). Psychological Practice and the COVID-19 Crisis: A Rapid Response Survey. *Journal of Health Service Psychology*, *46*(2), 51–57. https://doi.org/10.1007/s42843-020-00013-2

Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, *8*(supplement 1), s.140 - s.147. https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140

Schützenberger-Ancelin, A. (1979). Psychodrama. *Ein Abriß, Erläuterung der*.

Selman, L. E., Chamberlain, C., Sowden, R., Chao, D., Selman, D., Taubert, M., & Braude, P. (2021). Sadness, despair and anger when a patient dies alone from COVID-19: A thematic content analysis of Twitter data from bereaved family members and friends. *Palliative Medicine*, *35*(7), 1267–1276. https://doi.org/10.1177/02692163211017026

Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., & Teixeira, A. (2021). Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic—The Mediating Role of Psychological Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 636.

Serviço Nacional De Saúde (n.d.). *Linha de Apoio Psicológico do SNS 24.* https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., … Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(2), 103–117. https://doi.org/10.1002/da.20780

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, *372*(2), 153–160. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618

Shear, K. (2017). *Complicated Grief: A guidebook for therapists. An adaptation of Complicated Grief Therapy*. Unpublished treatment manual.

Shear, M. K., & Gribbin Bloom, C. (2017). Complicated Grief Treatment: An Evidence-Based Approach to Grief Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *35*(1), 6–25. https://doi.org/10.1007/s10942-016-0242-2

Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1287–1295. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242

Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief. *JAMA Psychiatry*, *73*(7), 685–694. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892

Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, *35*(2), 151-161.https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.11.002

Statistical National Institute (2022). Mortalidade por COVID-19 mais elevada e prematura nos homens – 2020. Retrieved in https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540774816&DESTAQUESmodo=2

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. In *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care.* American Psychological Association.

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & Medicine*, *63*(9), 2440-2451. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197–224. https://doi.org/10.1080/074811899201046

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., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. OMEGA-Journal of Death and Dying, 82(3), 500-522.https://doi.org/10.1177/0030222820966928

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, *370*(9603), 1960–1973. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement?. *Journal of social and Clinical Psychology*, *24*(7), 1030-1050. https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1030

Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The Therapeutic Relationship in E-therapy for Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4), e110. https://doi.org/10.2196/jmir.2084

Sun, P., Wang, M., Song, T., Wu, Y., Luo, J., Chen, L., & Yan, L. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, *12*, 626547. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626547

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. http://www.jstor.org/stable/20447194

Testoni, I., Cichellero, S., Kirk, K., Cappelletti, V., & Cecchini, C. (2019). When death enters the theater of psychodrama: Perspectives and strategies of psychodramatists. *Journal of Loss and Trauma*, *24*(5-6), 516-532. https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1548996

Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 Disappeared: From Traumatic to Ambiguous Loss and the Role of the Internet for the Bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 620583. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.620583

The Economist (2021, Oct 20th). *Tracking covid-19 excess deaths across countries*. https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker. Retrieved May 13th, 2022.

Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *47*(3), 531–541. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022

Torrens-Burton, A., Goss, S., Sutton, E., Barawi, K., Longo, M., Seddon, K., Carduff, E., Farnell, D. J. J., Nelson, A., Byrne, A., Phillips, R., Selman, L. E., & Harrop, E. (2022). 'It was brutal. It still is': A qualitative analysis of the challenges of bereavement during the COVID-19 pandemic reported in two national surveys. *Palliative Care and Social Practice*, *16*, 1-17. https://doi.org/10.1177/26323524221092456

Treanor, A. (2017). *The extent to which relational depth can be reached in online therapy and the factors that facilitate and inhibit that experience: a mixed methods study*. PsychD dissertation. University of Roehampton.

van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Bout, J. van den. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, *71*(9), 1669–1676. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.047

Vito, A. (2021). Chi aiuta le famiglie in lutto? (Who helps grievin family?) *Frattali*, *1*, 133-139. von Ameln, F., & Becker-Ebel, J. (2020). *Fundamentals of psychodrama*. Springer.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, *30*(5), 429–453. https://doi.org/10.1080/07481180600614385

Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 525. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00525

Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not Dying Alone—Modern Compassionate Care in the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, *382*(24), e88. https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (Fifth edition). Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieved from https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014).

Bereavement: Course, Consequences, and Care. *Current Psychiatry Reports*, *16*(10), 482. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8

Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*, 80-81. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053



AURORA

@COVID19-EU

Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe

(2021-1-PT01-KA220-VET-000033092)

Funded by the European Union

PARTNERS

UNIVERSIDADE DA MAIA – UMAIA

SÃO JOÃO

COMILLAS UNIVERSIDAD PONTIFICIA

UNIVERSITÀ DEL SALENTO

Danish National Center for Grief