- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:00

Il lutto complicato nell'era del DSM-5

Complicated Grief in DSM-5 era

CLAUDIA CARMASSI[1]*, CIRO CONVERSANO[1], MARIALISA PINORI[1], CARLO ANTONIO BERTELLONI[1], RICCARDO DALLE LUCHE[1], CAMILLA GESI[1], LILIANA DELL'OSSO[1]

*E-mail: ccarmassi@gmail.com

[1]Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa

RIASSUNTO. Sempre più dati evidenziano l'importanza di riconoscere le reazioni patologiche da lutto distinguendole dai processi fisiologici. In particolare, negli ultimi anni, diversi studi si sono impegnati nel definire come entità nosologica autonoma il "lutto complicato" (complicated grief - CG), individuando quei quadri caratterizzati dalla mancata risoluzione spontanea delle manifestazioni psicologiche associati al lutto. Tali ricerche hanno portato all'inserimento di questo disturbo nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) con il nome di "disturbo da lutto persistente complicato". Questo articolo ripercorre la storia della ricerca sui processi fisiologici e psicopatologici del lutto e si propone di esporre i principali lavori scientifici che hanno definito il CG come entità nosografica distinta e ne hanno descritto le caratteristiche cliniche. Sono inoltre delineati i rapporti e le differenze cliniche che intercorrono tra il CG e la depressione, il disturbo post-traumatico da stress e il disturbo dell'adattamento.

PAROLE CHIAVE: perdita, lutto, PTSD, depressione, lutto complicato, DSM-5.

SUMMARY. An increasing number of data has been recently focused on recognizing pathological grief reactions and on the distinction from physiological processes. Particularly, several studies have supported Complicated Grief (CG) as an independent disorder, in order to define the failure of spontaneous physiological mourning resolution. Upon these studies, the latest edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) with the name of "Persistent Complex Bereavement Disorder". This article aims at retracing the history of clinical research about the physiological and psychopathological processes related to grief and aims at presenting the main scientific studies that have described the features of the CG defining it as a distinct disorder. Similarities and distinctions among CG and Depression, Post-traumatic Stress Disorder and Adjustment Disorder were also reported.

KEY WORDS: bereavement, grief, mourning, complicated grief, DSM-5.

INTRODUZIONE

La morte di un congiunto o di una persona cara è un'esperienza inevitabile nella vita di tutti e frequentemente costituisce un evento drammatico, che sospende il divenire vitale e compromette significativamente il benessere psico-fisico e sociale[1-3]. Il lutto, per quanto doloroso, è considerato una risposta fisiologica, istintiva e solitamente da non medicalizzare, anche quando altera l'equilibrio emotivo di chi lo subisce. Le reazioni da lutto, soprattutto nella fase acuta, possono infatti essere accompagnate da sentimenti di profonda tristezza e nostalgia, di perdita irrimediabile, dall'emergere in modo automatico e incoercibile di ricordi e immagini della persona scomparsa e da un ripiegamento nella propria interiorità e nel proprio dolore: il periodo del lutto di regola pone a margine le abituali attività della vita e altera la sincronia con essa. Insonnia, disappetenza, difficoltà di concentrazione e senso di stanchezza compromettono l'efficienza fisica della persona in lutto, accentuando il suo ritiro dalla vita. L'intensità di questi sintomi è tanto maggiore quanto più importante e particolare era il legame affettivo con il defunto ed è condizionata da numerose altre variabili, quali le modalità del decesso, le implicazioni socio-economiche, le caratteristiche personologiche del soggetto, il supporto familiare e sociale dell'individuo. Solitamente, queste manifestazioni evolvono con il trascorrere del tempo, riducendosi in intensità e pervasività, parallelamente alla progressiva riorganizzazione emotiva e cognitiva dell'individuo, volta alla consapevolezza che la persona amata non tornerà più e all'accettazione di questo tipo di eventi[4].

Si può dire, in generale, che il percorso del lutto prevede una progressiva obiettivazione dei fatti, ripuliti da tutti i significati soggettivi che, a causa del legame affettivo del defunto, vi si sovrapponevano e un percorso di riadattamento al mutamento delle condizioni di vita che ne sono conseguite. Il lento processo dell'oblio, ben evidente nelle reazioni da lutto come nelle depressioni da separazione affettiva, cancella lentamente la componente affettiva legata all'evento attraverso un processo, spesso lungo e tormentato, di elaborazione di ciò che gli conferisce particolare valore e quindi particolare significatività. La dissoluzione di questa carica affettiva è graduale e va di pari passo con l'allentarsi delle alterazioni emo-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:00

tive, delle rimuginazioni retrospettive, delle rivisitazioni interpretative dell'accaduto che per mesi e mesi permeano e parassitano interamente l'attività psichica di queste persone, colorando negativamente e svuotando di senso la loro vita.

Un numero crescente di studi ha dimostrato elevati tassi di disabilità e di uso di farmaci nei soggetti che hanno subìto il lutto di una persona cara, rispetto a coloro che non hanno sperimentato questo evento, oltre ad aumentati tassi di mortalità[5-8]. Inoltre, nonostante la maggior parte dei soggetti riesca ad adattarsi progressivamente alla perdita di una persona cara, esiste una percentuale della popolazione che incontra difficoltà o non riesce affatto a elaborare l'evento, sviluppando così una condizione psichica a tutti gli effetti patologica, con una significativa e persistente compromissione del funzionamento lavorativo e un elevato rischio suicidario[1,9].

Nel trattare il tema del lutto è importante sottolineare alcune distinzioni terminologiche. Nonostante i termini "lutto" e "cordoglio" vengano comunemente considerati in italiano come sinonimi, essi in realtà non sono intercambiabili: alla "perdita" (in inglese, *bereavement*) consegue il "lutto" (*grief*), che include il dolore emotivo e i correlati emozionali, cognitivi, funzionali e comportamentali che evolvono nel tempo; diversamente il "cordoglio" (*mourning*) indica un processo psicologico di rimarginazione della ferita emotiva che viene attivato dalla perdita e che ha lo scopo di raggiungere una piena accettazione della realtà dell'evento e delle sue implicazioni, di metabolizzarla e di far sì che la vita vada avanti, anche senza il proprio caro[10].

Nell'ultimo ventennio, diversi studi si sono focalizzati sulla distinzione tra processi normali e processi "patologici" di elaborazione del lutto[11] con lo scopo di individuare le caratteristiche del lutto "non risolto", definendo un'entità nosografica autonoma, il "lutto patologico" o "complicato" (complicated grief - CG)[9,12-15], nel tentativo di scomporre le diverse modalità di risposta al lutto che giungono all'osservazione clinica. Evidenze sempre più numerose sono a favore dell'esistenza del CG come insieme specifico di sintomi che differiscono dall'episodio depressivo maggiore (EDM) e dal disturbo post-traumatico da stress (PTSD)[16-18] che possono talora essere messi in relazione con la perdita di una persona cara. Nessuna proposta diagnostica è stata tanto dibattuta quanto l'inserimento del CG come diagnosi autonoma nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali[19] (DSM-5, APA 2013). Alla fine, gli autori hanno deciso di usare cautela nei confronti di questo nuovo disturbo e di inserirlo con il nome di "disturbo da lutto persistente complicato"[3,9], all'interno della sezione 3ª, in particolare nelle "Condizioni che necessitano ulteriori studi".

RASSEGNA STORICA ESSENZIALE

Da un punto di vista antropologico, De Martino, in "Morte e pianto rituale nel mondo antico"[20], è stato uno dei primi a intuire che la crisi del cordoglio fosse l'equivalente di malattia e i rituali millenari che vi si accompagnano una forma di terapia sociale che ne favoriva il superamento. Nel nostro campo, sono stati gli psicoanalisti a prendere in considerazione dal lato clinico e terapeutico il fisiologico processo di lutto, le sue diverse fasi e la sua conclusione ideale, rappresentata dall'obiettivazione e dall'accettazione della perdita subita.

In uno dei suoi lavori più noti e più attuali, Freud[21] aveva affrontato il tema del lutto come paradigma psicogenetico della malinconia, sostenendo che la sua elaborazione si identificava con la possibilità, in un tempo più o meno esteso, di distaccarsi emotivamente dalla persona perduta e di "reinvestire" su nuovi oggetti. Com'è noto, Freud sottolinea che il processo del lutto sarebbe sotteso dalla perdita di "qualcosa di esterno a sé": una persona cara (ma anche un ideale, la libertà, ecc.), mentre la melanconia sarebbe un processo che si verifica per la perdita di una "parte di sé" fusa con l'oggetto, cosa che determina la caratteristica, estranea al lutto, del radicale impoverimento dell'Io. Se nel lutto è il mondo intorno a sé a diventare povero e vuoto o "svuotato di significato", almeno nella percezione del soggetto sofferente, nella melanconia è l'Io stesso a impoverirsi e a svuotarsi e a colpevolizzarsi non potendo distinguere tra se stesso e l'oggetto interiorizzato perduto. Il modello freudiano, come si è detto, non appare soddisfacente, proprio perché in molti casi di lutto il defunto si identifica con un oggetto fortemente interiorizzato, del quale il paziente non può elaborare la perdita, che viene vissuta come una perdita di sé, una sorta di "amputazione psichica". I limiti del modello psicodinamico freudiano rendono però conto della possibilità di una sovrapposizione fenomenologica (clinica e talora anche di decorso) tra lutto complicato e depressione maggiore, che resterà il leitmotiv di tutta la riflessione psicopatologica successiva.

Con grande attenzione agli aspetti fenomenico-descrittivi, Bowlby[22] ha identificato quattro fasi distinte e consecutive del lutto:

1. la *fase della protesta*, nella quale il soggetto, verificata l'impossibilità di recuperare l'oggetto perduto, avverte un sentimento di profonda delusione e reagisce con angoscia, paura e rabbia;
2. la *fase della nostalgia*, in cui il soggetto, man mano che si rassegna alla perdita, avverte un profondo coinvolgimento nei confronti della persona deceduta e, contemporaneamente, un distacco dal mondo che gli appare vuoto e privo di significato;
3. la *fase della disperazione*, in cui i ricordi si fanno più intensi e compaiono irrequietezza, irritabilità, mancanza di motivazione, tendenza a evitare i rapporti sociali e disturbi somatici;
4. la *fase della riorganizzazione*, caratterizzata dalla rielaborazione, sul piano cognitivo e affettivo, della relazione con il defunto e dal riprendere investimenti affettivi con il mondo.

Nel 1980, Bowlby identificò due "varianti disturbate" di lutto: il "lutto cronico" e la "prolungata assenza di dolore"[23]. Il primo era descritto come uno stato «più intenso e lacerante rispetto a una sana reazione di cordoglio», identificato in alcuni soggetti in lutto che mostravano, a 12 mesi dalla perdita, uno stato di disperazione persistente e, dopo due o più anni dalla morte del coniuge, depressione, disorganizzazione comportamentale e alcolismo[24]. Bowlby identificò anche alcuni fattori di rischio per un decorso cronico del lutto: la morte improvvisa del coniuge; una reazione di lutto ritardata; incubi aventi come tema la morte; conflitti in ambito familiare; trascorsi infantili travagliati.

Nella psichiatria classica il lutto era incluso semplicemente tra gli eventi che potevano suscitare "reazioni abnormi" in individui predisposti caratterialmente; sebbene questo tipo

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:00

di reazioni potessero avere anche coloriture emotive simili alla depressione, venivano mantenute distinte dai "veri" stati depressivi ciclotimici endogeni o "del fondo"[25].

A partire dagli anni '60, anche gli psichiatri hanno preso in considerazione il lutto come un percorso non scevro di significati psicopatologici importanti. Engel ha evidenziato nel lutto le caratteristiche di una patologia organica, quali un'eziologia nota (la morte di una persona cara), la capacità di provocare sofferenza, una sintomatologia relativamente prevedibile, la compromissione funzionale[26]. Secondo Engel, il lutto può essere paragonato a una malattia che generalmente va incontro a guarigione completa, ma che in alcuni casi può presentare complicanze lungo il suo decorso o risolversi senza *restitutio ad integrum*. In alcuni individui, dei quali occorre ipotizzare una vulnerabilità preesistente, il dolore intenso e la sofferenza possono perdurare indefinitamente e la perdita può evolversi e trasformarsi di fatto in condizioni indistinguibili da una patologia psichiatrica, soprattutto la depressione maggiore.

Una delle prime distinzioni tra lutto normale e lutto patologico è stata fornita da Parkes[27] che, basandosi sui colloqui avuti con pazienti psichiatrici ricoverati entro 6 mesi dalla morte di una persona cara (genitore, coniuge, fratello o figlio), distinse il lutto normale da tre forme atipiche di lutto:

1. il *lutto cronico*, caratterizzato da una maggiore intensità e durata dei sintomi tipici del lutto normale;
2. il *lutto inibito*, caratterizzato dall'apparente mancanza di reazione alla perdita;
3. il *lutto ritardato*, caratterizzato dal fatto che la reazione di cordoglio compariva, in forma tipica o in forma di lutto cronico, dopo un periodo di lutto inibito.

Parkes ha successivamente definito sette fasi del lutto: negazione ed evitamento della perdita; reazioni di allarme, come ansia, irrequietezza, lamentele somatiche; ricerca, intesa come spinta irrazionale a ritrovare la figura persa; rabbia e colpa; sensazione di vuoto interiore; adozione di tratti o gesti del defunto; accettazione e risoluzione, inclusi appropriati cambiamenti nell'identità[28].

Secondo un approccio terapeutico cognitivista, Rando[29] propone che il lutto patologico si sviluppi da una «compromissione, distorsione o insuccesso» di una o più fasi che compongono il processo fisiologico del lutto, denominate le "6 R del lutto": Riconoscere la perdita; Reagire alla separazione; Richiamare alla mente e "rivivere" il defunto e il rapporto con esso; Rinunciare al vecchio mondo e ai vecchi legami con il defunto; Riorganizzarsi al fine di muoversi in maniera adattativa nel nuovo mondo senza dimenticare il vecchio; infine, Reinvestirsi.

Nonostante le molteplici ed eterogenee tassonomie descrittive delle reazioni luttuose e la loro ampia caratterizzazione dal punto di vista dei comportamenti e delle manifestazioni psicopatologiche, la letteratura è ancora oggi protesa a identificare un'univoca ed empiricamente difendibile definizione di lutto, del suo decorso, delle sue manifestazioni normali e patologiche. Infatti, ogni modello sottolinea aspetti diversi, ma tutti hanno come limite importante il fatto di non basarsi su ricerche empiriche controllate, su campioni estesi di soggetti, che possano avvalorarle scientificamente. Per questo motivo i modelli fenomenologici del lutto sono stati posti al vaglio di studi empirici che distinguessero tra lutto normale e patologico, anche definito CG[10,11], "lutto traumatico o prolungato"[30] e, come troviamo nell'ultima edizione del DSM-5, "disturbo da lutto persistente complicato".

IL LUTTO COMPLICATO E IL DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO DEL DSM-5

Un numero crescente di studi ha recentemente evidenziato come, in un 7-10% circa dei soggetti, l'elaborazione del lutto non evolva verso la risoluzione, che solitamente si esplica nell'arco temporale di circa 6-12 mesi dalla perdita, ma perduri praticamente immodificata con le manifestazioni della fase acuta amplificati, cristallizzati e invalidanti anche per anni, configurando il CG[1,4,31].

Il lutto acuto generalmente comprende sentimenti di nostalgia e tristezza, ricordi e immagini intrusive della persona scomparsa, desiderio struggente di ricongiungersi con essa, evocazione continua della sua presenza, rispetto religioso dei suoi spazi e dei suoi oggetti, ripiegamento sulla propria sofferenza. Questo stato, di regola, evolve rapidamente verso l'accettazione del cambiamento intervenuto che si esplica, secondo alcuni autori, attraverso tre passi successivi: l'acquisizione di una piena consapevolezza della perdita e delle sue conseguenze; lo sviluppo di modalità alternative di relazione con il defunto; la ridefinizione degli obiettivi e dei progetti personali. In sostanza, se il processo naturale del lutto implica una sospensione iniziale della temporalità e un progressivo, anche se lento, ripristino della sincronia con il divenire vitale, questo non sembra potersi realizzare nel CG.

Il CG è stato definito dagli autori[1,15,32,33] come il disturbo che si configura con la persistenza, oltre l'arco temporale di circa 6 mesi dalla perdita, delle manifestazioni acute del lutto, ed è caratterizzato da sentimenti di nostalgia intensi e ricorrenti, desiderio di ricongiungersi con la persona amata fino, in alcuni casi, al desiderio di seguirne il destino. La persona bloccata in un CG focalizza con inconcludenti e interminabili ruminazioni, diurne e spesso notturne, aspetti, anche marginali, relativi alle possibili cause, circostanze e conseguenze del decesso e a quanto si poteva fare per evitarlo. Permangono sentimenti di incredulità o incapacità di accettare la morte, labilità emotiva e profonda tristezza, inoltre, a seconda delle diverse situazioni, vissuti di amarezza, colpa, invidia, rabbia, raramente interrotti da sentimenti a valenza positiva i quali, quando presenti, attivano vissuti di colpa in una sorta di circolarità viziosa. Sono spesso presenti sentimenti di distacco dal mondo o dalle altre persone, indifferenza o difficoltà nel riporre fiducia negli altri. Talora il soggetto lamenta sintomi analoghi a quelli riportati dal defunto prima di morire, o può sviluppare fenomeni allucinosici temporanei che possono coinvolgere tutte le sfere sensoriali, da quelle acustiche e visive, fino a quelle tattili e olfattive: si vede o si sente la presenza del defunto, se ne percepisce il contatto e si avvertono i suoi odori.

In alcuni casi, il coping verso il lutto porta, anziché alla ricerca continua del defunto e di oggetti o situazioni che lo ricordino, a eliminare tutti gli stimoli legati a esso, per esempio evitando quanto è collegato a lui/lei (luoghi, persone, oggetti o altro), liberandosi dei suoi oggetti, disfacendo gli arredi che lo evocano. Nel CG sono la regola disturbi del sonno, iporessia, xerostomia, astenia o facile faticabilità, così come la ri-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:00

presa o l'intensificazione delle condotte come l'uso di alcol e tabacco, e una polarizzazione su idee di morte. Il CG interferisce inoltre negativamente sul decorso di altri disturbi fisici e psichici con cui può trovarsi in comorbilità[33-37].

La misurazione dei sintomi del lutto nell'adulto è possibile attraverso scale cliniche, tra cui le principali sono: Grief Cognitions Questionnaire[38] (GCQ), Bereavement Risk Questionnaire[39], Two-Track Model of Bereavement Questionnaire[40] (TTBQ), UCLA/BYU Grief Screening Inventory[41]. A oggi, lo strumento utilizzato a livello internazionale per porre la diagnosi di CG è l'Inventory of Complicated Grief[9] (ICG), un questionario di 19 item valutati secondo una scala da 0 (assente) a 4 (massima gravità), recentemente tradotta in italiano[32] (Tabella 1). Secondo recenti trial, replicati anche in Italia, la soglia diagnostica è costituita da un punteggio totale ≥30.

Il DSM-5 ha proposto, per la prima volta, la diagnosi di "disturbo da lutto persistente complicato" (Tabella 2), caratterizzata da desiderio persistente e nostalgia pervasiva della persona deceduta, profondo dolore e pianto frequente o preoccupazione per essa. La persona può anche essere preoccupata per il modo in cui la persona è deceduta. Gli individui, inoltre, esprimono con una certa frequenza l'idea di seguire il destino del morto. Per la diagnosi, il DSM-5 richiede 6 sintomi aggiuntivi, riguardanti la sofferenza reattiva alla morte oltre al disordine sociale e dell'identità (Criterio C). È interessante osservare che il criterio E del DSM contempla il fat-

Tabella 1. Inventory Complicated Grief (ICG) versione italiana.

1. Penso a questa persona così tanto che è difficile per me fare le cose che normalmente faccio...
2. I ricordi della persona deceduta mi turbano…
3. Sento di non poter accettare la morte di quella persona…
4. Ho molta nostalgia della persona morta…
5. Mi sento attratto dai luoghi e dalle cose associate alla persona morta…
6. Non posso evitare di essere arrabbiato per la sua morte…
7. Non riesco a credere a quanto è accaduto…
8. Mi sento intontito o stordito su quanto è accaduto…
9. Da quando lui/lei è morto/a è difficile per me fidarmi delle persone…
10. Da quando lui/lei è morto/a sento di aver perso la capacità di prendermi cura degli altri o mi sento distante dalle persone a me care…
11. Avverto un dolore nella stessa zona del corpo o manifesto alcuni dei sintomi della persona morta…
12. Faccio di tutto per scacciare i ricordi della persona morta…
13. Sento che la vita è vuota senza la persona che è morta…
14. Sento la voce della persona morta parlarmi…
15. Vedo la persona morta in piedi davanti a me…
16. Provo che sia ingiusto che io viva quando questa persona è morta…
17. Provo amarezza nei confronti della morte questa persona…
18. Provo invidia nei confronti di coloro che non hanno perso qualcuno vicino…
19. Mi sento solo la maggior parte del tempo da quando lui/lei è morto/a…

Tabella 2. Criteri diagnostici DSM-5 per il disturbo da lutto persistente complicato.

A. L'individuo ha vissuto la morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta.
B. Dal momento della morte, almeno uno dei seguenti sintomi è stato presente per un numero di giorni superiore a quello in cui non è stato presente e a un livello di gravità clinicamente significativo, ed è perdurato negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto: 1. Un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta. Nei bambini piccoli, il desiderio può essere espresso nel gioco e nel comportamento, anche tramite comportamenti che riflettono l'essere separato da, e anche riunito a, un caregiver o un'altra figura oggetto di attaccamento. 2. Tristezza e dolore emotivo intensi in seguito alla morte. 3. Preoccupazione per il deceduto. 4. Preoccupazione per le circostanze della morte. Nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento e può estendersi fino alla preoccupazione per la possibile morte di altre persone vicine.
C. Dal momento della morte, almeno 6 dei seguenti sintomi sono stati presenti per un numero di giorni superiore a quello in cui non sono stati presenti e a un livello di gravità clinicamente significativo, e sono perdurati negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:
Sofferenza reattiva alla morte 1. Marcata difficoltà nell'accettare la morte. Nei bambini, questa difficoltà dipende dalla capacità di comprendere il significato e la definitività della morte. 2. Provare incredulità o torpore emotivo riguardo la perdita. 3. Difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto. 4. Amarezza o rabbia in relazione alla perdita. 5. Valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla morte (per es., senso di autocolpevolezza). 6. Eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per es., evitamento di persone, luoghi o situazioni associati al deceduto; nei bambini questo può includere l'evitamento di pensieri e sentimenti che riguardano il deceduto).
Disordine sociale/dell'identità Desiderio di morire per essere vicini al deceduto. Dal momento della morte, difficoltà nel provare fiducia verso gli altri. Dal momento della morte, sensazione di essere soli o distaccati dagli altri. Sensazione che la vita sia vuota o priva di senso senza il deceduto, o pensiero di "non farcela" senza il deceduto. Confusione circa il proprio ruolo nella vita, o diminuito senso della propria identità (per es., sentire che una parte di se stessi è morta insieme al deceduto). Dal momento della perdita, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare piani per il futuro (per es., amicizie, attività).
D. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
E. La reazione di lutto è sproporzionata o non coerente con le norme culturali e religiose o appropriate per l'età.
Specificare se con lutto traumatico, ovvero: lutto dovuto a omicidio o suicidio con persistenti pensieri gravosi riguardo alla natura traumatica della morte (spesso in risposta a ricordi della perdita), tra cui gli ultimi momenti del deceduto, il grado di sofferenza e delle ferite, o la natura dolosa o intenzionale della morte.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:00

to che la natura e la gravità del lutto devono essere sproposi-tate rispetto all'ambiente culturale, all'appartenenza religiosa o alla fase di sviluppo. Il DSM riporta inoltre tassi di prevalenza del disturbo da lutto persistente complicato attorno approssimativamente al 2,4-4,8%, con un'incidenza maggiore nelle donne e la possibilità di verificarsi a ogni età a partire dal primo anno di vita. Nei criteri sono specificamente indicate le tipologie più frequenti di risposta nei bambini rispetto agli adulti. I sintomi di solito iniziano entro un mese dalla morte sebbene ci possa essere un ritardo di mesi o anche di anni prima che si manifesti la sindrome completa. Per quanto riguarda le conseguenze funzionali, il disturbo è legato a un aumento del consumo di tabacco e alcol, nonché a un marcato aumento dei rischi per condizioni mediche gravi quali disturbi cardiaci, ipertensione, cancro, deficit immunologici e ridotta qualità della vita.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Gli studi orientati a delineare l'autonomia nosografica del CG si sono incentrati sulle sue differenze rispetto ad altre patologie psichiatriche, soprattutto l'EDM e il PTSD, con le quali presenta tuttavia una parziale sovrapposizione sintomatologica, oltre a una frequente comorbilità.

La depressione maggiore, sebbene sia ancora oggi distinta dal CG, risulta la comorbilità più frequente[12,16]. Anche il DSM-5 distingue i vissuti del lutto da quelli della depressione maggiore, sottolineando prima di tutto il fatto che la disforia legata al lutto di solito diminuisce di intensità nel giro di giorni o settimane e si verifica a ondate. Inoltre, mentre i sentimenti di colpa che caratterizzano la depressione sono generalizzati, nel lutto sono specificamente centrati sulla persona cara. Si osserva, infatti, una preoccupazione relativa a pensieri e ricordi del defunto piuttosto che le ruminazioni autocritiche osservate nell'EDM, tendendo così a preservare l'autostima. Nel CG, inoltre, la suicidalità è sostenuta dalla nostalgia per la persona perduta e dal desiderio di ricongiungersi a essa, mentre nella depressione da una disperazione pervasiva. Nel CG, e non nella depressione, sono frequenti pensieri ossessivi, intrusivi, relativi alla persona morta e sforzi per evitare di pensare alla perdita: la convinzione principale è che tutto tornerebbe immediatamente a posto se il defunto ricomparisse[1]. Ma l'aspetto clinico fondamentale che consente la diagnosi differenziale è l'assenza di rallentamento e inibizione psicomotoria nel lutto rispetto alla depressione con caratteristiche melanconiche, e anche la minore compromissione per quanto riguarda le funzioni cognitive basiche (capacità di concentrazione, attenzione, performance) della persona in lutto complicato rispetto a un vero depresso.

Dati neurobiologici sulle differenze tra il CG e la depressione maggiore, sebbene ancora scarsi, sembrano confermare che si tratti di due entità diverse: i disturbi del sonno REM caratterizzano infatti quest'ultima ma non il CG[42]. È documentata, inoltre, un'inefficacia nel CG dei trattamenti farmacologici per la depressione[14].

Studi di risonanza magnetica funzionale hanno dimostrato solo nel CG, e non nel lutto acuto, un'attivazione del nucleo accumbens, appartenente al circuito della ricompensa. Questo ha portato a ipotizzare che nel CG coesistano il dolore per la perdita e l'attaccamento nei confronti della persona defunta, così che diversi studi hanno esplorato i sintomi di ansia di separazione nel CG[17,34,37,43]. Un'attivazione dei circuiti dopaminergici si osserva invece nel CG ma non nella depressione[44].

Tutti questi studi hanno contribuito anche a un importante cambiamento proposto dal DSM-5 ai criteri dell'EDM, ovvero l'eliminazione del criterio E, il cosiddetto *Bereavement Exclusion*, per la diagnosi secondo il DSM-IV: «Necessita che, in caso di lutto, siano trascorsi almeno due mesi dall'evento»[45]. L'eliminazione di questo criterio, presente sin dal DSM-III, ha rappresentato una delle decisioni più controverse e dibattute del DSM-5, che ha tuttavia confermato la distinzione tra EDM e reazione fisiologica e/o patologica da lutto, avallando quindi l'ipotesi che il primo possa esordire anche nei giorni immediatamente seguenti al lutto. Studi internazionali hanno dimostrato, infatti, tassi di depressione maggiore nel 20% dei sopravvissuti a lutto con elevati tassi suicidari[16].

Il CG si può manifestare in comorbilità con la depressione maggiore, in una percentuale che varia tra il 52% e il 70%[42,46]. Infatti, non è infrequente che l'evento lutto intervenga nella vita di persone in trattamento per depressione o già sofferenti di episodi depressivi. L'interferenza del lutto sulle condizioni psichiche di queste persone è fortemente idiosincrasica e non dipende necessariamente dal legame di attaccamento e dipendenza rispetto al defunto ma, piuttosto, dal fatto che il lutto sia stato preannunciato da una lunga storia di malattia antecedente, consentendo un lungo periodo temporale di preelaborazione. Non sempre quindi l'evento lutto ha degli effetti particolari in un soggetto con una patologia psichiatrica o depressiva preesistente e il malato di regola ne affronta le circostanze con le modalità fisiologiche di chiunque altro. In alcuni casi, tuttavia, il CG interviene su un precedente disturbo depressivo aggravandolo, in una sorta di sinergia negativa tra le due condizioni; infatti è dimostrato che, quando coesistenti, queste patologie comportano un decorso più protratto e una prognosi peggiore[47]. Come marker psicopatologici delle condizioni del lutto, particolare rilievo hanno l'inibizione emotiva, la tendenza alla ruminazione sulle circostanze e conseguenze della morte e la spinta all'isolamento; la presenza di questi fenomeni e comportamenti, di per sé, implicano la riduzione dei contatti interpersonali impedendo l'elaborazione del lutto e facendo somigliare il CG a un vero e proprio stato depressivo maggiore[48].

Sia il CG sia il PTSD, in ultima analisi, si basano sull'attivazione di modalità preformate di riposta a un evento esterno. Quando la morte è di natura traumatica, va quindi posta la diagnosi differenziale con il PTSD[17,49,50]. Come nel PTSD, infatti, anche nel CG si possono osservare immagini intrusive del defunto, condotte di evitamento, sentimenti di estraniamento, difficoltà di concentrazione o disturbi del sonno. Esiste tuttavia una netta differenza fra un trauma che minaccia l'integrità fisica e un lutto, in quanto il primo provoca una intensa paura e attiva una reazione di costante vigilanza; l'evento traumatico è, in genere, circoscritto nello spazio e nel tempo e la risposta adattativa presuppone la rielaborazione della minaccia subita e dell'anticipazione del rischio e del pericolo. La perdita di una persona cara, invece, entra a far parte stabilmente dell'esperienza dell'individuo cambiandola in modo irreversibile; la risposta adattativa richiede di accettare la perdita e di ridefinire i progetti e gli obiettivi della vita dei quali, in precedenza, faceva parte anche la persona amata. Gli aspetti emotivi del PTSD sono quindi primariamente paura e ansia, mentre nel CG dominano la tristezza, la nostalgia e il

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:00

senso di vuoto. Vissuti di rabbia, di rivendicazione, legati alla ferita "narcisistica" dell'evento, possono colorare entrambe le condizioni. Ovviamente anche i contenuti dei pensieri e delle immagini intrusive si riferiscono al trauma nel PTSD, al defunto nel CG. Nel primo, l'evitamento riguarda situazioni e luoghi ritenuti pericolosi, nel secondo riguarda gli oggetti, i luoghi e le circostanze legati al defunto. Come si è già detto, nel caso di morti improvvise, si può avere una sovrapposizione completa o parziale dei due quadri, fatto che giustifica il riscontro di una comorbilità clinica tra PTSD e CG[51]: in questo caso il quadro clinico e il decorso risultano aggravati.

I soggetti con CG possono inoltre sperimentare ansia di separazione, evitamento, paura eccessiva e incontrollabile per eventi di vita quotidiana, disagio nelle situazioni sociali, ecc. Questi sintomi possono essere espressione diretta della perdita, ma può essere anche possibile che la perdita rappresenti un elemento scatenante di uno specifico disturbo d'ansia.

Un'ulteriore diagnosi differenziale del CG è quella con il disturbo dell'adattamento, definito dal DSM-IV come «una risposta psicologica ad uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi»[44]. Il CG certamente riconosce questo criterio; tuttavia, mentre il disturbo dell'adattamento deve svilupparsi entro 3 mesi dall'evento stressante, la diagnosi di CG può essere posta, per definizione, almeno dopo 6 mesi dal lutto. Un'ulteriore differenza sta nel fatto che il CG è caratterizzato da sintomi clinici specifici, che ne fanno un'entità ben definita; al contrario il disturbo dell'adattamento rappresenta una categoria di esclusione, che raccoglie, cioè, quelle "anomalie" che non soddisfano i criteri per un altro disturbo di Asse I o per una sua esacerbazione, e i suoi sintomi sono molto eterogenei.

CONCLUSIONI

Il DSM-5, per la prima volta, riconosce la possibilità di uno specifico disturbo patologico da lutto, distinto da altre possibili reazioni psicopatologiche che possono esordire in seguito a un importante evento di perdita, quali soprattutto la depressione e il PTSD. La morte di una persona cara è un evento universale, cui tutti siamo potenzialmente esposti, ma che in una percentuale minore dei casi può portare a sviluppare una condizione patologica a tutti gli effetti. In un numero crescente di studi, tale percentuale si conferma correlata a un'importante morbilità e mortalità, soprattutto per suicidio, anche a lungo termine, e necessita quindi di attenzione clinica e studi approfonditi per un corretto inquadramento clinico e possibili efficaci interventi terapeutici.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Shear MK. Getting straight about grief. Depress Anxiety 2012; 29: 461-4.
2. Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. Dialogues Clin Neurosci 2012; 14: 119-28.
3. Heeke C, Stammel N, Knaevelsrud C. When hope and grief intersect: rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia. J Affect Disord 2015; 173: 59-64.
4. Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and complicated grief. Curr Psychiatry Rep 2013; 15: 406.
5. Schaefer C, Quesenberry CP Jr, Wi S. Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. Am J Epidemiol 1995; 141: 1142-52.
6. Li J, Precht DH, Mortensen PB, Olsen J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. Lancet 2003; 361: 363-7.
7. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet 2007; 370: 1960-73.
8. Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy. J Affect Disord 2011; 134: 59-64.
9. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. Am J Psychiatry 1995; 152: 22-30.
10. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry 2009; 8: 67-74.
11. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med 2009; 6: e1000121.
12. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. Am J Psychiatry 1996; 153: 1484-6.
13. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. Am J Psychiatry 1997; 154: 904-10.
14. Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2011; 31: 69-78.
15. Hall CA, Reynolds III CF, Butters M, et al. Cognitive functioning in complicated grief. J Psychiatr Res 2014; 58: 20-5.
16. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depress Anxiety 2011; 28: 103-17.
17. Dell'Osso L, Carmassi C, Musetti L, et al. Lifetime mood symptoms and adult separation anxiety in patients with complicated grief and/or post-traumatic stress disorder: a preliminary report. Psychiatry Res 2012; 198: 436-40.
18. Dell'Osso L, Carmassi C, Shear MK. Dal lutto complicato (Complicated Grief) al Persistent Complex Bereavement Disorder. J Psychopathol 2013; 19: 185-90.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
20. De Martino E. Morte e pianto rituale nel mondo antico. Torino: Bollati Boringhieri, 1958.
21. Freud S. Lutto e melanconia (in Metapsicologia). Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte, Caducità. In: Opere, 1915-1917 vol. VIII. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
22. Bowlby J. Il processo del lutto. In: Gaylin W (ed). Il significato della disperazione. Roma: Astrolabio, 1973.
23. Bowlby J. Loss, sadness and depression. London: Hogarth, 1980.
24. Glick IO, Weiss RS, Parkes CM. The first year of bereavement. New York: Wiley, 1974.
25. Schneider K. Psicopatologia clinica (1968). Trad. it. di Callieri B, Dalle Luche R. Roma: Giovanni Fioriti, 2004.
26. Engel GL. Is grief a disease? A challenge for medical research. Psychosom Med 1961; 23: 18-22.
27. Parkes CM. Bereavement and mental illness. 1. a clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. Br J Med Psychol 1965; 38: 1-12.
28. Parkes J. Bereavement: studies of grief in adult life. London: Tavistock, 1972.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:19:00

29. Rando TA. The increasing prevalence of complicated mourning: the onslaught is just beginning. Omega 1992; 26: 43-59.
30. Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. Am J Psychiatry 1999; 156: 1994-5.
31. Kersting A, Brahler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. J Affect Disord 2011; 131: 339-43.
32. Carmassi C, Shear MK, Massimetti G, et al. Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): a study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls. Compr Psychiatry 2014; 55: 1322-9.
33. Bui E, Horenstein A, Shah R, et al. Grief-related panic symptoms in Complicated Grief. J Affect Disord 2015; 170: 213-6.
34. Dell'Osso L, Carmassi C, Corsi M, et al. Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hypomanic symptoms. Ann Gen Psychiatry 2011; 10: 29.
35. Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, Ciapparelli A, Conversano C, Marazziti D. Complicated grief and suicidality: the impact of subthreshold mood symptoms. CNS Spectr 2011; 16: 1-6.
36. Carmassi C, Shear MK, Socci C, Corsi M, Dell'Osso L, First MB. Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. J Psychiatr Pract 2013; 19: 419-28.
37. Carmassi C, Gesi C, Corsi M, et al. Adult separation anxiety differentiates patients with complicated grief and/or major depression and is related to lifetime mood spectrum symptoms. Compr Psychiatry 2015; 58: 45-9.
38. Boelen P, Lensvelt-Mulders G. Psychometric properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). J Psychopathol Behav Assess 2005; 27: 291-303.
39. Ellifritt J, Nelson KA, Walsh D. Complicated bereavement: a national survey of potential risk factors. Am J Hosp Palliat Care 2003; 20: 114-20.
40. Rubin SS, Nadav OB, Malkinson R, Koren D, Goffer-Shnarch M, Michaeli E. The two-track model of bereavement questionnaire (TTBQ): development and validation of a relational measure. Death Stud 2009; 33: 305-33.
41. Layne CM, Savjak N, Saltzman WR, Pynoos RS. UCLA/BYU Grief Screening Inventory. Unpublished instrument. Provo, UT: Brigham Young University 2001.
42. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Compr psychiatry 2007; 48: 395-9.
43. Gesi C, Carmassi C, Shear KM, et al. Adult separation anxiety disorder in complicated grief: an exploratory study on frequency and correlates. Compr Psychiatry 2017; 72: 6-12.
44. McDermott OD, Prigerson HG, Reynolds CF 3rd, et al. Sleep in the wake of complicated grief symptoms: an exploratory study. Biol Psychiatry 1997; 41: 710-6.
45. American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
46. Melhem NM, Rosales C, Karageorge J, Reynolds CF 3rd, Frank E, Shear MK. Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. J Clin Psychiatry 2001; 62: 884-7.
47. Sung SC, Dryman MT, Marks E, et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. J Affect Disord 2011; 134: 453-8.
48. Lannen PK, Wolfe J, Prigerson HG, Onelov E, Kreicbergs UC. Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. J Clin Oncol 2008; 26: 5870-6.
49. Dell'Osso L, Shear MK, Carmassi C, et al. Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). Clin Pract Epidemiol Ment Health 2008; 4: 2.
50. Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR). Compr Psychiatry 2009; 50: 485-90.
51. Marques L, Bui E, LeBlanc N, et al. Complicated grief symptoms in anxiety disorders: prevalence and associated impairment. Depress Anxiet 2013; 30: 1211-6.