

Dal lutto complicato (*Complicated Grief*) al *Persistent Complex Bereavement Disorder*

From Complicated Grief to Persistent Complex Bereavement Disorder

La perdita (*bereavement*) di una persona cara costituisce un'esperienza universale cui tutti siamo potenzialmente esposti e il lutto (*grief*) che ne consegue nell'immediato è, per quanto doloroso, una risposta fisiologica e, solitamente, da non medicalizzare. Il lutto rappresenta infatti la risposta universale, istintiva, alla morte e si caratterizza per il tipo di pensieri, sentimenti e comportamenti manifestati che variano ed evolvono con il trascorrere del tempo. Questi comprendono sentimenti di nostalgia e tristezza accompagnati da ricordi e immagini della persona scomparsa, tendenza all'introversione piuttosto che all'interesse per le normali attività della vita, desiderio di ricongiungersi alla persona amata. L'intensità di questi sentimenti è tanto maggiore quanto più forte era il legame affettivo con il defunto. Tuttavia, sempre più autori concordano nella possibilità che, in una minoranza dei casi, si sviluppi una risposta patologica di lutto, correlata ad una notevole e persistente compromissione del funzionamento socio-lavorativo dell'individuo e un elevato rischio suicidario¹⁻⁸. Il lutto può essere pertanto paragonato a una ferita: un evento frequente cui tutti siamo potenzialmente esposti, che va solitamente incontro a un processo fisiologico di cicatrizzazione e che, talora, può complicarsi, infettarsi, rendendo prolungata, complessa e dolorosa la guarigione. In entrambi i casi rimarrà una cicatrice indelebile nel soggetto ma gli esiti saranno sostanzialmente diversi in virtù di quale dei due processi s'instaurerà²⁻³.

Analogamente, il dolore per la perdita di un caro evolve verso la "rimarginazione" attraverso l'elaborazione del lutto (*mourning*), cioè la messa in atto di una serie di processi psicologici che tendono a regolare le emozioni e i meccanismi di apprendimento riguardo l'evento. Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby⁹, nel processo di elaborazione del lutto la regolazione delle emozioni si sviluppa gradualmente poiché è necessaria una profonda revisione del modello mentale esistente e, durante questa fase, la mente oscilla fra l'affrontare e l'evitare la dolorosa realtà. Il processo di elaborazione del lutto prevede il ricorso a strategie di "problem solving" che possano portare all'accettazione della perdita e all'adattamento del soggetto a un mondo nel quale mancherà per sempre la persona defunta, con un globale recupero del funzionamento socio-lavorativo nell'arco temporale di alcuni mesi.

Il lutto acuto

Sebbene numerose variabili possano concorrere alla strutturazione qualitativa e quantitativa del lutto rendendolo soggettivo, quali l'intensità del legame affettivo con il defunto, le modalità del decesso, le sue eventuali implicazioni socio-economiche, le caratteristiche psicologiche del soggetto, il supporto sociale e familiare disponibile, etc. è possibile delineare dei tratti generalmente condivisi all'interno di specifici contesti culturali¹⁻³. Alcuni autori identificano con il termine "lutto acuto" le manifestazioni iniziali della risposta adattativa al decesso di una persona cara, che comprendono sentimenti di nostalgia e tristezza, ricordi e immagini intrusive della persona scomparsa, desiderio struggente di ricongiungersi con essa, tendenza all'isolamento.

Generalmente il lutto acuto tende a risolversi attraverso un processo di accettazione che si esplica, secondo alcuni autori, attraverso tre stadi:

1. acquisizione di una piena consapevolezza della perdita e delle sue conseguenze (spesso, chi sperimenta la morte di un caro si rifiuta di accettarne la realtà manifestando una fase di negazione);
2. sviluppo di modalità alternative di relazione con il defunto (modificando quei modelli operativi attraverso i quali, secondo le teorie di Bowlby, sono internalizzate le relazioni affettive e che, funzionando in modo inconscio, rappresentano una forma di memoria a lungo termine con lo scopo di regolare e guidare le aspettative riguardo se stessi e gli altri influenzando una vasta gamma di funzioni psicologiche)
3. ridefinizione degli obiettivi e dei progetti personali (pensando ad un futuro senza il proprio caro, recuperando gli interessi, la progettualità, le capacità operative).

Nel 7-10% circa dei soggetti l'elaborazione del lutto si blocca, non evolvendo verso la risoluzione che solitamente si esplica nell'arco temporale di 6-12 mesi, ma perdurando praticamente immodificata anche per anni. Questi quadri configurano una nuova entità clinica recentemente definita lutto patologico o complicato (*Complicated Grief*, CG) che può essere definito come una forma di lutto nel quale i sintomi della fase acuta sono amplificati, cristallizzati e invalidanti³⁻⁵.

Se i sintomi del lutto acuto comprendono un intenso ricordo o la nostalgia per la persona perduta, pensieri o immagini intrusive o ossessive di quella persona, un sen-

so di perdita dello scopo o del significato della vita senza questa oltre ad un insieme di sintomi che interferiscono con le attività o con i rapporti con gli altri, il CG si caratterizza per una ruminazione eccessiva su aspetti, anche marginali, relativi alle possibili cause, circostanze e conseguenze del decesso. I processi emotivi sono caratterizzati da sentimenti a valenza negativa (invidia, colpa, amarezza, rabbia) solo raramente interrotti da sentimenti a valenza positiva che, quando presenti, attivano vissuti di colpa. I soggetti con CG possono manifestare comportamenti apparentemente opposti: evitare o ricercare compulsivamente tutto ciò che può fare riferimento al defunto, come i luoghi visitati assieme a lui o le situazioni nelle quali hanno provato piacere assieme, i familiari o gli amici comuni, gli oggetti, indumenti o altre cose che gli sono appartenute. Tutto questo impegna molto il soggetto compromettendone significativamente il funzionamento socio-lavorativo e limitando le possibilità di ritrovare interessi e scopi nella vita. Sono spesso frequenti sintomi neurovegetativi quali disturbi del sonno e dell'appetito, così come complicità quali l'uso di alcol, ideazione o comportamenti suicidari. Il CG interferisce inoltre negativamente sul decorso di altri disturbi fisici o psichici, eventualmente presenti.

In sintesi, i criteri diagnostici recentemente proposti per il CG sono i seguenti ⁴:

- sentimenti di nostalgia intensi e ricorrenti; desiderio di ricongiungersi con la persona amata fino, in alcuni casi, al desiderio di morire a tal fine;
- sentimenti di profonda tristezza che usualmente si presentano "a ondate", crisi di pianto, di solito intervallate da periodi di tregua in cui il soggetto può sperimentare anche emozioni positive, sentimenti di rabbia o amarezza in relazione alla morte, flusso costante di pensieri o immagini del defunto, che possono essere vivide, ruminazioni frequenti e disturbanti circa e circostanze/conseguenze della morte;
- incredulità o incapacità di accettare la morte;
- sentimenti di amarezza e rabbia per la morte, difficoltà nell'accettare l'evento di morte;
- sintomi somatici (disturbi digestivi, iporessia, xerostomia, disturbi del sonno, facile affaticabilità, astenia o senso di debolezza, irrequietezza, affaccendamento afinalistico, difficoltà ad iniziare o mantenere attività organizzate, alterazioni del sensorio);
- sentimenti di distacco dal mondo o dalle altre persone, indifferenza o difficoltà nel riporre fiducia negli altri;
- manifestazione di sintomi analoghi a quelli riportati dal defunto prima di morire, allucinazioni visive e/o uditive (vedere o sentire la persona amata).

Lo strumento attualmente riconosciuto a livello internazionale per la diagnosi di CG è l'*Inventary of Complicated Grief* (ICG) ¹⁰, un questionario composto da 19 item

valutati su una scala da zero (assenza) a 4 (massima gravità). Il cut-off per la diagnosi è oggi riconosciuto in un punteggio totale ≥ 30 ¹⁰.

Il lutto dal DSM-IV al DSM-5

La penultima edizione del DSM (DSM-IV-TR) ¹¹, in uso fino al maggio ultimo scorso, colloca il lutto fra le *condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*, considerandola una condizione per la quale sussistono informazioni *insufficienti a determinare se il problema sia attribuibile o meno ad un disturbo mentale*. Fra i sintomi che caratterizzano la reazione alla perdita di una persona cara, figurano spesso sintomi depressivi analoghi a quelli che caratterizzano l'episodio depressivo maggiore (EDM), e che possono frequentemente essere considerati "normali" così da astenere il soggetto da un possibile contatto specialistico, se non per alleviare sintomi accessori, come insonnia o iporessia. Nel caso in cui tali sintomi persistano per oltre due mesi dalla perdita della persona cara o si caratterizzino per una *compromissione funzionale marcata, autosvalutazione patologica, ideazione suicidaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio*, il manuale prevede la possibilità di porre diagnosi di EDM. Il DSM-IV-TR contempla quindi due possibilità:

- reazione da lutto (anche con sintomi depressivi) che tende a risolversi nell'arco di circa due mesi = lutto non patologico;
- reazione da lutto che si protrae oltre i due mesi o presenza (anche da prima dei due mesi) di sintomatologia marcata e compromissione funzionale = EDM.

L'esperienza clinica dimostra tuttavia, in una minoranza dei casi, il possibile sviluppo di sintomi non caratteristici di una "normale" reazione di lutto, quali:

- sentimenti di colpa riguardanti cose diverse dalle azioni fatte o non fatte dal soggetto sopravvissuto al momento della morte;
- pensieri di morte diversi dal sentimento del soggetto sopravvissuto che sarebbe meglio essere morto o che avrebbe dovuto morire con la persona deceduta;
- pensieri eccessivi e morbosi di inutilità;
- marcato rallentamento psicomotorio;
- prolungata e intensa compromissione di funzionamento;
- esperienze allucinatorie diverse dal pensiero di udire la voce o di vedere fuggevolmente l'immagine della persona deceduta.

In questi casi il DSM suggerisce questi sintomi per la diagnosi differenziale tra lutto e EDM ma non li attribuisce ad un'entità nosografica/clinica a sé stante.

Lo sviluppo, negli ultimi decenni, di un numero crescente di ricerche cliniche e neurobiologiche sul CG ha addotto importanti evidenze che hanno influenzato la stesura dell'ultima edizione del DSM (DSM-5) ¹² appena

pubblicato. In quest'ultimo sono state infatti apportate due importanti modifiche:

- introduzione del *Persistent Complex Bereavement Disorder* nella Sezione III - disturbi per i quali sono necessari ulteriori studi (*Conditions for Further Study*);
- eliminazione del criterio E (necessità che, in caso di lutto, siano trascorsi almeno due mesi dall'evento) dell'EDM (*Bereavement exclusion*).

Il DSM-5 ha solo parzialmente accolto quindi le evidenze sul CG, evidenziando la criticità attorno al riconoscimento di questo disturbo come entità clinica autonoma, inserendolo con il nome di *Persistent Complex Bereavement Disorder* all'interno dei disturbi tuttora da indagare e nel quale si ritrovano molti dei sintomi proposti per il CG (Tab. I). Sebbene numerosi studi clinici e neurobiologici

siano stati pubblicati a favore dell'autonomia nosografica di questo disturbo, alcuni autori evidenziano l'elevata comorbidità e/o sovrapposizione sintomatologica con disturbi affini quali l'EDM e il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), così come l'assenza di studi longitudinali e di trattamento.

L'eliminazione del criterio E per la diagnosi di EDM costituisce una delle decisioni più controverse e dibattute del DSM-5. Il criterio E per la diagnosi di EDM (definito *Bereavement exclusion*) è stato infatti presente in tutte le edizioni del Manuale a partire dal DSM-III e questa scelta evidenzia una particolare attenzione al rischio di falsi negativi per depressione a seguito di lutti che, come dimostrato in letteratura, sono caratterizzati da un elevato rischio suicidario¹³. Studi su scala mondiale riportano che

TABELLA I.

Criteri diagnostici proposti per il *Persistent Complex Bereavement Disorder*. *Proposed diagnostic criteria for the Persistent Complex Bereavement Disorder.*

A. The individual experienced the death of someone with whom he or she had a close relationship.
B. Since the death, at least one of the following symptoms is experienced on more days than not and to a clinically significant degree and has persisted for at least 12 months after the death in the case of bereaved adults and 6 months for bereaved children: <ul style="list-style-type: none"> • Persistent yearning/longing for the deceased. In young children, yearning may be expressed in play and behavior, including behaviors that reflect being separated from, and also reuniting with, a caregiver or other attachment figure. • Intense sorrow and emotional pain in response to the death. • Preoccupation with the deceased. • Preoccupation with the circumstances of the death. In children, this preoccupation with the deceased may be expressed through the themes of play and behavior and may extend to preoccupation with possible death of others close to them.
C. Since the death, at least six of the following symptoms are experienced on more days than not and to a clinically significant degree, and have persisted for at least 12 months after the death in the case of bereaved adults and 6 months for bereaved children: <p>Reactive distress to the death</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marked difficulty accepting the death. In children, this is dependent on the child's capacity to comprehend the meaning and permanence of death. • Experiencing disbelief or emotional numbness over the loss. • Difficulty with positive reminiscing about the deceased. • Bitterness or anger related to the loss. • Maladaptive appraisals about oneself in relation to the deceased or the death (e.g., self-blame). • Excessive avoidance of reminders of the loss (e.g., avoidance of individuals, places, or situations associated with the deceased; in children, this may include avoidance of thoughts and feelings regarding the deceased). <p>Social/identity disruption</p> <ul style="list-style-type: none"> • A desire to die in order to be with the deceased. • Difficulty trusting other individuals since the death. • Feeling alone or detached from other individuals since the death. • Feeling that life is meaningless or empty without the deceased, or the belief that one cannot function without the deceased. • Confusion about one's role in life, or a diminished sense of one's identity (e.g., feeling that a part of oneself died with the deceased). • Difficulty or reluctance to pursue interests since the loss or to plan for the future (e.g., friendships, activities).
D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
E. The bereavement reaction is out of proportion to or inconsistent with cultural, religious, or age-appropriate norms.
<i>Specify if: With traumatic bereavement:</i> bereavement due to homicide or suicide with persistent distressing preoccupations regarding the traumatic nature of the death (often in response to loss reminders), including the deceased's last moments, degree of suffering and mutilating injury, or the malicious or intentional nature of the death.

solo il 20% circa dei soggetti con lutto presenta una sintomatologia depressiva rispondente ai criteri diagnostici per l'EDM e le linee guida internazionali raccomandano il trattamento tempestivo dell'EDM proprio in ragione del rischio di suicidio. Tuttavia, è importante notare come l'efficacia dei farmaci antidepressivi sia, in questi casi, tutt'altro che soddisfacente: le terapie antidepressive, infatti, sembrano in grado di agire positivamente solo su alcuni sintomi comuni ai due disturbi (tristezza, senso d'inutilità, riduzione degli interessi, ansia, insonnia, ecc.) ma non su quelli propri del lutto e, in particolare, sulla nostalgia per il defunto, quasi che il lutto e la depressione appartengano, almeno parzialmente, a due ambiti diversi.

Numerosi studi confermano un'elevata comorbidità tra i sintomi del CG e quelli dell'EDM, ciononostante la sintomatologia del primo non si esaurisce in quell'area a comune con l'EDM ma si caratterizza anche per un'altra serie di sintomi che gli sono propri. È comunque importante diagnosticare un'eventuale comorbidità depressiva perché correlata a un decorso più protratto e a una prognosi peggiore.

Diagnosi differenziale

Il CG presenta una parziale sovrapposizione sintomatologica, oltre a una frequente comorbidità, con due principali disturbi: l'EDM e, qualora la morte sia violenta o improvvisa, il PTSD.

Rispetto all'EDM i sintomi di CG sono prevalentemente centrati sulla perdita della persona cara. I sentimenti di colpa della depressione sono generalizzati mentre nel lutto sono specificamente centrati sulla persona cara. Nel CG la suicidalità è pervasa dalla nostalgia per la persona perduta e dal desiderio di ricongiungersi a essa mentre nella depressione da una disperazione pervasiva. Nel CG, inoltre, sono frequenti pensieri ossessivi, intrusivi, relativi alla persona morta e sforzi per evitare di pensare alla perdita. Nel CG il soggetto pensa che tutto tornerebbe immediatamente a posto se il defunto ricomparisse, nella depressione manca questa fantasia.

Dati neurobiologici, sebbene ancora scarsi nel CG, sembrano confermare che si tratti di due entità diverse¹⁴: i disturbi del sonno REM caratterizzano la depressione ma non il CG; studi di risonanza magnetica funzionale hanno dimostrato solo nel CG e non nel lutto acuto un'attivazione del nucleo accumbens. Quest'ultimo appartiene al circuito della ricompensa, attivato anche in madri in madri cui si mostrano immagini del figlio neonato. Questo ha portato a ipotizzare che nel CG coesistano il dolore per la perdita e l'attaccamento nei confronti della persona defunta. Un'attivazione dei circuiti dopaminergici si osserva invece nel CG ma non nella depressione. È documentata, inoltre, un'inefficacia nel CG dei trattamenti farmacologici per la depressione.

Come già ricordato il CG può manifestarsi frequentemente in comorbidità con EDM e in tal caso è correlato a un decorso più protratto e a una prognosi peggiore. L'inibizione emotiva, tipica della depressione, così come la tendenza alla ruminazione sulle circostanze e conseguenze della morte e la spinta all'isolamento portano a ridurre i contatti interpersonali che costituiscono, invece, elementi positivi nell'elaborazione del lutto.

L'altro disturbo in diagnosi differenziale con il CG è il PTSD che può svilupparsi quando la morte della persona cara è violenta, improvvisa o inattesa¹⁵⁻¹⁶. Come nel PTSD, anche nel CG si possono osservare immagini intrusive del defunto, condotte di evitamento, sentimenti di estraniamento, difficoltà di concentrazione o disturbi del sonno. Sia il CG che il PTSD rappresentano una risposta specifica a un evento, fermo restando che un trauma che minaccia l'integrità fisica e provoca paura intensa e ipervigilanza, è un evento ben diverso da un lutto che provoca, invece, prevalentemente sentimenti d'impotenza. L'evento traumatico è, in genere, circoscritto nello spazio e nel tempo e la risposta adattativa richiede una rielaborazione della minaccia subita e una rivalutazione delle aspettative relative al pericolo e alla sicurezza. La perdita di una persona cara, invece, non finisce mai, entra a far parte stabilmente dell'esperienza dell'individuo cambiandola in modo indelebile; la persona defunta non sarà più presente e non ci si potrà quindi più avvalere del suo aiuto o sostegno nelle difficoltà né si potrà fornirlo a lui/lei; la risposta adattativa richiede di assimilare la perdita e di ridefinire i progetti e gli obiettivi della vita dei quali, in precedenza, faceva parte anche la persona amata. Il PTSD è caratterizzato primariamente da paura e ansia, il CG da tristezza e nostalgia. I pensieri intrusivi e le immagini si riferiscono al trauma nel PTSD, al defunto/a nel CG; nel primo l'evitamento riguarda situazioni e luoghi ritenuti pericolosi, nel secondo riguarda i forti sentimenti di perdita della persona amata. Il PTSD può essere presente in comorbidità con il CG: in tal caso il quadro clinico e il decorso risultano aggravati.

Meno frequentemente si potrà porre il problema di una diagnosi differenziale tra CG ed altri disturbi, soprattutto quelli d'ansia. I soggetti con CG possono 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 deve essere posta con il disturbo dell'adattamento. Questo rappresenta, come definito dal DSM-IV, "una risposta psicologica ad uno o più fattori stressanti identificabili che conducono allo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi" e il CG certamente risponde a que-

sto 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. Inoltre, il primo rappresenta una categoria per esclusione, che raccoglie, cioè, quelle "anomalie" che non soddisfano i criteri per un altro disturbo di Asse I o per una sua esacerbazione, ed i suoi sintomi sono molto eterogenei, mentre il CG è caratterizzato da sintomi clinici specifici che ne fanno un'entità ben definita.

Fattori predisponenti o facilitanti

Fattori predisponenti o facilitanti il CG possono essere sostanzialmente di quattro tipi, in quanto correlati a:

- caratteristiche del soggetto: sesso femminile, anamnesi positiva per disturbi dell'umore o d'ansia, stile di attaccamento insicuro nell'infanzia, pregressi traumi o perdite, scarso supporto sociale;
- relazione con la persona deceduta: rapporto appagante e gratificante (come spesso realizzano soggetti con attaccamento insicuro nell'infanzia per i quali la perdita di una persona cara può risultare devastante), figlio o partner (nel caso di bambini il CG risulta altamente invalidante e cronico e spesso associato ad aumentato rischio di depressione, ansia e patologie somatiche);
- circostanze della morte: morti improvvise ed inattese soprattutto se violente e premature o dovute a suicidio o omicidio. Lo sviluppo di CG è stato descritto in caso di morte a seguito di un disastro o a seguito di malattie protratte, complicate, sofferte (pazienti in terapia intensiva, con neoplasie terminali, in trattamento con cure palliative, ecc.). Costituiscono ulteriori fattori di rischio per CG non essere presenti al momento della morte, o la convinzione di non essere stati abbastanza vicini e di conforto per il defunto, o dubbi circa le cure prestate (ad esempio, aver scelto un ospedale o un medico piuttosto che un altro, non aver tentato strade diverse, ecc.) che possono diventare oggetto di ruminazioni che ostacolano l'elaborazione del lutto;
- conseguenze della morte: venir meno di un sostentamento economico, problematiche relative ai lasciti testamentari (sia per conflitti con familiari/amici che problematiche nella gestione di eventuali eredità).

Trattamento

Se ad oggi non c'è accordo in letteratura sull'autonomia nosografica del CG, tanto meno ve ne è riguardo ai trattamenti più appropriati. Il lutto non si risolve mai del tutto, piuttosto cambia permettendo alla maggior parte dei soggetti di adattarsi e ottenere un *lutto integrato* (cioè l'esito permanente del lutto acuto) senza bisogno di alcun

intervento medico. Questo è possibile perché disponiamo di meccanismi innati, che fanno parte del sistema di attaccamento, per riprendersi dal lutto conseguente alla perdita di una persona cara. Per una favorevole risoluzione del processo di elaborazione del lutto è necessario un adeguato controllo delle emozioni e per questo è importante il supporto di persone fidate che possano aiutare nel controllo delle emozioni ed avviare il processo di superamento del lutto. Questo è tanto più vero nel CG, nel quale il processo di elaborazione del lutto è in fase di stallo, e per rimetterlo in moto è necessario che il soggetto sia affiancato da qualcuno che possa stimolarlo all'auto-osservazione e alla riflessione, che sia in grado di affrontare assieme a lui i problemi della perdita e del suo superamento e sappia favorire lo sviluppo di emozioni positive, fondamentali per superare il CG. Le indicazioni per l'intervento medico comprendono intensi e persistenti sintomi come precedentemente descritti, rilevante compromissione del funzionamento, pensieri e comportamenti suicidari.

La letteratura è concorde nell'affermare come una psicoterapia mirata costituisca l'intervento ideale per il CG. La *Complicated Grief Therapy* (CGT)^{4 17 18} si focalizza sull'identificazione e sulla risoluzione di tutto ciò che interferisce con il processo di guarigione in modo da far ripartire l'elaborazione del lutto. Questo approccio si è dimostrato molto più efficace della psicoterapia interpersonale, che invece si concentra soprattutto sui problemi di relazione. La CGT infatti mira al recupero degli interessi e della progettualità nel soggetto che si trova a vivere senza il proprio caro, oltre ad educare il paziente alla conoscenza del proprio disturbo e della sua evoluzione. I dati sulla farmacoterapia sono limitati¹⁸. Diversi studi hanno dimostrato i benefici del trattamento con SSRI come escitalopram e paroxetina. Gli antidepressivi si sono dimostrati in grado di migliorare l'aderenza e la risposta alla psicoterapia, mentre le benzodiazepine, oltre a non essere efficaci, possono causare dipendenza e interferire con l'apprendimento e la memoria, che sono invece fondamentali per l'adattamento alla perdita. Nonostante la limitatezza dei dati sul profilo rischio-beneficio della farmacoterapia, sembra che la CGT rappresenti ad oggi l'approccio di prima scelta, mentre i farmaci dovrebbero essere riservati a un intervento di secondo livello, in aggiunta alla psicoterapia. Tuttavia, la presenza di importanti comorbidità, come la depressione, o l'ideazione suicidaria beneficerebbe di una più precoce introduzione di antidepressivi.

Conclusioni

La morte di una persona cara è un evento drammatico e doloroso, una delle sfide più impegnative della vita che può indurre una piccola parte di persone a sviluppare un

quadro clinico che si sta dimostrando altamente invalidante, con sintomi intensi e persistenti (anche per anni), correlato ad elevati tassi di suicidalità. Alla luce degli studi clinici e neurobiologici emerge l'importanza crescente di indagare tali quadri e, come delineato recentemente anche dal DSM-5, di una loro accurata caratterizzazione per individuarne le peculiarità cliniche e quindi l'autonomia nosografica da quadri potenzialmente affini. L'apertura del DSM-5 verso questa patologia rappresenta, a nostro avviso, un passo importante in quanto fornisce gli strumenti per riconoscere i pazienti che soffrono di questo disturbo e quindi trattarli in maniera più appropriata.

Liliana Dell'Osso, Claudia Carmassi, M. Katherine Shear*

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Italia; * School of Social Work, Columbia University, New York, USA

Bibliografia

- 1 Simon NM, Wall MM, Keshaviah A, et al. *Informing the symptom profile of complicated grief*. *Depress Anxiety* 2011;28:118-26.
- 2 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.
- 3 Shear MK. *Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief*. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:119-28.
- 4 Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. *Bereavement and complicated grief*. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:406.
- 5 Kersting A, Braehler E, Glaesmer H, et al. *Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample*. *J Affect Disord* 2011;131:339-43.
- 6 Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G. *The broken heart: suicidal ideation in bereavement*. *Am J Psychiatry* 2005;16:2178-80.
- 7 Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *Complicated Grief and Suicidality: the Impact of Subthreshold Mood Symptoms*. *CNS Spectr* 2011 Jan 15.
- 8 Carmassi C, Shear MK, Socci C, et al. *Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son*. *J Psychiatr Pract* 2013;19:419-28.
- 9 Bowlby J. *Loss, Sadness and Depression*. New York, NY: Basic Books 1980.
- 10 Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF III, et al. *The inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss*. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79.
- 11 American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., 2000.
- 12 American Psychiatric Association. *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., 2013.
- 13 Shear MK, Simon N, Wall M, et al. *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5*. *Depress Anxiety* 2011;28:103-17.
- 14 O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL, et al. *Enduring grief activates brain's reward center*. *Neuroimage* 2008;42:969-72.
- 15 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.
- 16 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.
- 17 Bui E, Simon NM, Robinaugh DJ, et al. *Periloss dissociation, symptom severity, and treatment response in complicated grief*. *Depress Anxiety* 2013;30:123-8.
- 18 Simon NM. *Treating complicated grief*. *JAMA* 2013;310:416-23.