

LA FUNZIONE DEL LUTTO NEL MANTENIMENTO DELLA COERENZA SISTEMICA DEL SÈ

*Furio Lambruschi*¹, *Linda Battilani*²

Introduzione

Come diceva Bowlby (1979), le emozioni più laceranti gli esseri umani le sperimentano in situazioni di *costruzione*, *mantenimento* e soprattutto *rottura* dei legami affettivi. Le *separazioni* (*perdite relative*) e i *lutti* (*perdite assolute*), sono i momenti che evidenziano maggiormente, in termini di elaborazione cognitiva ed emotiva, le dimensioni di significato personale più tipiche della nostra struttura, il nostro più profondo, nucleare, sentimento di noi stessi e del mondo. E sono i momenti in cui facciamo gli sforzi più evidenti e più intensi per conservare integro il nostro senso di continuità e di coerenza interna.

In un precedente convegno abbiamo parlato di come questi processi si osservino nell'analisi dello *stile affettivo* di ciascuno di noi. Le separazioni affettive (in quanto *perdite relative*, un po' come la perdita di altri domini importanti del sé: un lavoro importante, una certa progettualità di vita o senso di appartenenza a un gruppo), richiedono in genere una complessa ed estesa revisione e riorganizzazione del sé. In queste situazioni, usualmente, si trasforma bruscamente la percezione dell'altro affettivamente significativo che confermava e rendeva consistente il nostro senso di noi stessi, per cui, reciprocamente si richiede una revisione più o meno estesa di ampie parti del sé: "Chi era lui veramente? Con chi sono stato per 20 anni? Come ho fatto a non capire? Che cosa c'è in me, o in lui che non va?" ecc.

Questo usualmente non accade nel lutto vero e proprio (*perdita assoluta*) in cui l'altro ora non c'è più, se ne è andato per cause oggettivamente identificabili e comprensibili (una malattia, un incidente, ecc), e quindi la persona deve confrontarsi con un dolore enorme, davvero inconsolabile, col pensiero che lui non sia più qui (fisicamente) a confermare in modo così evidente le parti di me che ho bisogno di confermare. Ma questo dolore e questa assenza, paradossalmente operano come conferma e come potente rinforzo del mio sentimento di me stesso: lui (dentro di me) potrà essere *sempre lui*, anzi, possibilmente *ancora più lui!*

Mentre nella separazione affettiva ho a che fare con un altro ancora presente ma profondamente cambiato (e magari con in mano un'altra mano e gli occhi su altri occhi diversi dai miei), nel lutto, potremmo dire estremizzando un poco, ho la possibilità di rappresentarmi l'altro come desidero, amplificandone alcune caratteristiche e smussandone altre, in funzione delle specifiche esigenze dettate dai

¹ Psicologo Psicoterapeuta, Dir. Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Centro Terapia Cognitiva Forlì, U.O. NPI AUSL Cesena, Didatta SITCC.

² Psicologa Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva.

miei vincoli organizzativi interni e dalle esigenze di stabilità e coerenza della mia identità personale.

Il lutto “normale” o “fisiologico”

Com'è noto, secondo Bowlby, affrontare ed elaborare una perdita implica necessariamente il transitare attraverso quattro fasi, che costituiscono il processo, cosiddetto, di *lutto normale* o *fisiologico*:

- una prima fase di *intorpidimento*, caratterizzata da disorientamento, confusione e incredulità, soprattutto quando l'evento avviene in modo traumatico ed imprevisto;
- una fase di *protesta*, in cui emerge la rabbia per quanto accaduto e nei confronti di chi se ne ritiene responsabile. La collera è la reazione che compare abitualmente a seguito di una separazione³. Nella separazione momentanea il fatto di esprimere rimproveri ha la funzione di abbassare la probabilità che questa si ripeta. Per cui, fino a quando tale stato d'animo perdura, significa che il soggetto, in qualche modo, spera ancora in una riunificazione e la rabbia è dovuta alla frustrazione, inevitabile, che ne consegue;
- una successiva fase di *disperazione*, quella in cui ci si rende conto dell'irrimediabilità della perdita. È un periodo depressivo caratterizzato da profonda tristezza, malinconia, perdita di motivazione, disturbi del sonno, dell'alimentazione, ritiro sociale. Il senso di solitudine non viene cancellato dalla presenza di altri significativi (padre, amici, parenti, ecc). Sebbene essi forniscano un certo grado di conforto non possono colmare il vuoto emotivo lasciato dalla persona scomparsa;
 - e infine una fase di *distacco*, caratterizzata da un miglioramento del tono dell'umore e da un graduale recupero di interesse nelle attività sociali e nei confronti di altre figure. Non consiste in un naturale consumarsi del legame d'attaccamento ma piuttosto in un'attiva repressione difensiva: costituisce cioè una disattivazione della ricerca di attaccamento che ha fallito per lungo tempo nel trovare risposta.

Il termine “distacco” utilizzato inizialmente da Bowlby fu male interpretato, come totale disinvestimento e disinteresse verso la persona perduta. Ciò lo portò successivamente a ridefinire questa fase come *riorganizzazione* dei modelli operativi interni di sé e dell'altro, in modo da rendere possibili sia un mantenimento del legame sia un adattamento continuo alle reali circostanze di vita insieme alla ristrutturazione dell'immagine di sé che vi si accompagna.

Quando il lutto progredisce chi ha subito la perdita integra gradualmente l'evento della morte all'interno della sua narrativa personale, ripristinando la sicurezza di attaccamento con la persona deceduta e riguardando la natura del legame, costruendo un dialogo interno con la persona che non c'è più, ma di cui continua ad avere una

³ Come possiamo osservare anche nella Strange Situation.

rappresentazione mentale. Con il tempo si riconosce la realtà della morte, le emozioni diventano agro-dolci, accessibili e mutevoli, piuttosto che deprimerci possono rendere la nostra vita più profonda. (R.A. Neimeyer, 2006)

Quando un lutto è “risolto” la persona riesce a collocare nel tempo gli eventi dolorosi e pericolosi senza che questi influenzino ancora il funzionamento mentale e quindi il comportamento presente, e riesce a trasformare i sentimenti negativi dell'esperienza in sentimenti più complessi (P.Crittenden, 1997).

Sostanzialmente, però, ciò che fa la differenza per un bambino (e, seppure in modo diverso, anche per un adulto), è la possibilità di nutrirsi di sponde relazionali capaci di farlo transitare in modo adeguato attraverso le fisiologiche fasi del lutto, cioè le possibilità che sono offerte al bambino come all'adulto di fare domande sulla morte, di riconoscere, di accettare ed elaborare i sentimenti di disorientamento, rabbia e di disperazione ad essa connessi. Non è possibile riconoscere, comunicare e sciogliere le nostre emozioni più dirompenti al di fuori della relazione. Abbiamo bisogno di un'altra mente e di un altro cuore che accolga, condivida empaticamente con noi, e magari ci aiuti a renderci semanticamente intelligibili i sentimenti che stiamo provando.

I bambini con legami sufficientemente sicuri d'attaccamento sviluppano modelli operativi interni che danno origine a *credenze più positive e ottimistiche* circa la gestione della sofferenza, la fiducia nella benevolenza degli altri, e il senso di autoefficacia sulla possibilità di far fronte alle minacce.

E' evidente che esistono variabili reali, oggettive, che possono rendere un lutto più complesso e più difficile da assorbire. Ad esempio, nell'arco di vita di una persona, e quindi anche per un bambino, vi sono lutti più “fisiologici” e “normali”: da mia madre che mi lascia quando ho 50 anni o la nonna “bisa” che mi lascia quando ne ho 5 ... fino alla mamma che mi lascia quando ne ho 5, o mio figlio di 5 che mi lascia quando ne ho 35. Sono state indicate, in effetti, una serie di variabili (di rischio o protettive) che possono rendere l'esperienza del lutto più o meno complessa da reggere e da gestire nel suo (già non semplice) percorso di elaborazione:

1. *L'età* a cui si subisce la perdita (il momento del ciclo di vita)
2. Il tipo di perdita e le *circostanze* che l'hanno determinata, ad esempio:
 - gli amici di Yara devono confrontarsi non solo con la perdita della loro amica ma anche con le circostanze inquietanti in cui è avvenuta;
 - a Nino, un bimbo seguito dai servizi di NPI, prima in affido e poi adottato dagli zii materni, non manca solo la madre, ma dovrà confrontarsi con le emozioni e le necessità di comprensione di un padre in carcere da quando lui aveva circa un anno e mezzo per aver ucciso a coltellate la madre stessa.
 - il suicidio di un congiunto può essere un'altra condizione difficile sia da comprendere che da elaborare emotivamente per un bambino.
3. Il *timing*, (morte lenta o improvvisa) le modalità con cui l'evento di perdita si spalma nel tempo e la possibilità da parte dell'individuo di costruirsi una aspettativa e di adattarsi gradualmente alla nuova condizione.

Tuttavia, come già accennato, la prospettiva clinica che emerge dall'ottica cognitivo-evolutiva e costruttivista, pur riconoscendo l'importanza delle condizioni reali in cui una perdita avviene, attribuisce un rilievo fondamentale ai *sistemi di significato personale* con cui l'individuo e il suo contesto relazionale elaborano, interpretano, costruiscono il lutto. Qualunque evento di vita, sebbene profondamente doloroso, assumerà o meno un rilievo psicopatologico in funzione dell'assetto relazionale e della relativa organizzazione di significato personale che incontra.

Modelli di lutto “disturbato”

L'incontro con specifici stati mentali, connessi a contesti relazionali caratterizzati da livelli e qualità diverse di insicurezza potranno condurre a quelli che i teorici dell'attaccamento considerano come *modelli di lutto disturbato*: se ne possono evidenziare sostanzialmente due:

1) Dolore cronico e organizzazione ansioso resistente, coercitiva, preoccupata

Negli itinerari di sviluppo di tipo *ansioso resistente*, in quei bambini che successivamente tendono a sviluppare modelli mentali e relazionali di tipo *coercitivo* in età prescolare e scolare, e stati mentali *preoccupati* (impigliati, invischiati) nell'adulto, gli stati tipici del lutto, il disorientamento, la rabbia, la disperazione, vengono percepiti ed espressi in forma *quantitativamente* più drammatica ed intensa, *qualitativamente* meno chiara, più confusa e disordinata e *temporalmente* per un periodo eccessivamente lungo. Si definisce anche lutto *prolungato o complicato*.

Qui lo stile di regolazione emotiva è tutto “in eccesso”, con intensa attivazione neurofisiologica ed elevati livelli di emotività espressa. Ad esempio, in contesti familiari connotati da continue minacce d'abbandono, usate come mezzo di controllo, si determina nel bambino una forte angoscia, acuta o cronica, legata alla costruzione di una rappresentazione negativa di sé: nel corso della propria vita, egli potrà rispondere ad un lutto con una depressione clinica in cui la credenza dominante è quella di essere stato deliberatamente abbandonato, come punizione, dalla persona morta. In questo ambito è anche facile trovare bambini (o adulti) che possano sviluppare in seguito ad un lutto *Disturbi d'Ansia da Separazione*, o quadri di vario tipo dello spettro ansioso, temere che qualcosa di simile possa succedere anche ad altri familiari, marcarli a vista, rifiutare di andare a scuola, avere incubi notturni, ecc. In altri termini, l'aspetto centrale di tutte queste possibili uscite psicopatologiche sta nella percezione di sé come fragile e vulnerabile (dipendente dalla persona defunta che era vissuta come protettiva) e di una realtà esterna percepita come minacciosa e non governabile (bisogno di regolazione esterna) tipica di questi pattern di sviluppo.

2) Assenza di dolore e organizzazione evitante, difesa, distanziante

Negli itinerari di sviluppo di tipo *evitante*, definiti poi *difeso* in età prescolare e scolare, e *distanziante* (dismissing of attachment) negli adulti, non vengono integrate le informazioni di tipo affettivo ed emotivo: vi è una negazione del dolore, una disattivazione dei segnali di richiesta d'aiuto, di vicinanza e di conforto in un'ottica di fiducia compulsiva su di sé.

Ciò predispone questi bambini ad uscite psicopatologiche, ad esempio, di tipo *somatoforme*: il dolore in questi casi può facilmente esprimersi attraverso la malattia fisica. Nel suo ultimo libro ("*Charles Darwin: a new biography*", 1990), Bowlby descrive le malattie fisiche da cui era sempre stato afflitto Darwin (tra cui dolori gastrici, palpitazioni cardiache, e vari altri sintomi pare riferibili ad una "sindrome da iperventilazione") ricollegandole alla sofferenza *repressa* che seguì alla perdita precoce della madre.

Il Dual-Process Model

Stroebe e Schut (1999) hanno sviluppato un modello a due fasi del lutto (Dual-Process Model-DPM) tentando di fornire una concettualizzazione che meglio descrivesse il coping e fosse predittore dell'attaccamento (buono o povero) di fronte a questo evento stressante, al fine di comprendere meglio le differenze individuali nelle modalità con cui le persone "vengono a patti" con la perdita. Il DPM fornisce due categorie di fattori stressanti associati con il lutto, ossia, *Loss-Orientation* (LO) e *Restoration-Orientation* (RO). Il primo (LO) si riferisce a ciò su cui si concentra specificamente la persona in lutto, la valutazione ed i processi che coinvolgono alcuni aspetti dell'esperienza della perdita, la convivenza con il dolore, la ricerca della persona perduta, fenomeno che si può considerare il cuore stesso del dolore. La RO, invece, si focalizza sui fattori stressanti secondari, che riflettono la lotta per riorientarsi in un mondo cambiato, senza la persona deceduta: anche il dover ripensare e ripianificare la propria vita di fronte alla perdita può essere un processo doloroso. Entrambe questi orientamenti fanno parte del processo di coping, infatti sono affrontati (o evitati) a vari livelli. Il processo di confronto-evitamento con questi due tipi di fattori è dinamico e fluttuante, inoltre cambia col passare del tempo. Per questo il DPM indica un processo dinamico di coping, ossia un processo regolatorio definito *Oscillation*. Il principio sottostante l'oscillazione afferma che in certe occasioni le persone si confrontano con aspetti della perdita (LO), mentre in altre le evitano, processo che avviene anche con i fattori RO. Il coping di fronte alla perdita è perciò un complesso processo regolatore di confronto ed evitamento. Un importante postulato del modello afferma che l'*Oscillation* tra le due tipologie di fattori stressanti sia necessaria per un coping adattivo (Stroebe M. S., Schut, Hansson, & Stroebe, 2008). Il DPM inoltre, fornisce una struttura per comprendere le diverse forme di lutto (cronico, assente, ritardato ed inibito). Secondo il DPM infatti, le persone con lutto cronico sarebbero maggiormente focalizzate sulla *Loss-Orientation*, quelle con lutto assente invece si concentrerebbero maggiormente sui fattori *Restoration-Orientation*, mentre coloro che manifestano una forma complicata di perdita traumatica dovrebbero avere delle difficoltà nell'oscillazione tra loss e

restoration-orientation. Secondo gli autori è importante osservare che sia per il lutto cronico che per quello assente le reazioni sono estreme, focalizzandosi eccessivamente su un orientamento ed evitando l'altro. Tali patterns sono associati con l'assenza del tipo di confronto-evitamento (oscillazione) che è stata precedentemente descritta come caratteristica del coping "normale" di fronte alla perdita (Stroebe M. S., Schut, Hansson, & Stroebe, 2008).

Il lutto nei sistemi di classificazione diagnostica

La tipologia di lutto disturbato di tipo C, nelle sue talora drammatiche evidenze comportamentali ed emotive, è quella maggiormente riconosciuta ed identificata anche dai sistemi nosografici tradizionali. Secondo Maciejevsky et al. (2007), sul piano diagnostico descrittivo, questi potrebbero essere gli indicatori più adeguati per questo tipo di *mancata risoluzione e di lutto complicato*:

- 1) intenso e persistente struggimento per la persona persa (ogni giorno e in maniera intrusiva e dolorosa)
- 2) quattro o più dei seguenti sette sintomi diverse volte al giorno o con una intensità tale da produrre sofferenza e disturbo: difficoltà ad accettare la morte, incapacità di credere alle altre persone, eccessivo rancore o rabbia riguardo la morte, preoccupazione su come andare avanti, colpa del sopravvissuto, sperimentare la vita vuota e priva di senso senza la persona deceduta, essere preoccupata da pensieri che riguardano la persona morta;
- 3) marcata e persistente disfunzione in ambito sociale, occupazionale o altri ambiti importanti a causa dei sintomi citati in 1 e 2;
- 4) tutti questi sintomi durano da almeno sei mesi.

Tra la terza e la quarta edizione del DSM c'è stata una crescente attenzione alle ricadute potenzialmente patologiche a seguito di un lutto, fino ad inserirlo sull'asse V come "*altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica*". In questo contesto culturale si sono mossi numerosi gruppi di ricerca che in Nord America hanno dato vita ad un appassionato dibattito sul tema del lutto e della sofferenza derivata dalla perdita di una persona cara, dibattito che continua a rimanere aperto anche dopo la pubblicazione del DSM 5. Il percorso che ha portato a stabilire i criteri diagnostici per il *Complicated Grief* del DSM IV-R è iniziato con la dimostrazione che i sintomi ad essi associati determinano distress e disabilità che sono distinguibili da ciò che è "accettabile e culturalmente condivisibile a seguito della perdita di una persona amata".

Un altro tema è quello riferito ai criteri diagnostici per una depressione: nel DSM IV-R veniva esclusa da tale diagnosi la condizione di dolore a seguito della morte di una persona cara, mentre nel DSM5 viene eliminata tale esclusione, facendo nascere così un acceso dibattito. Distinguere tra Lutto Complicato e Depressione Maggiore non è sempre semplice perché queste due condizioni possono coesistere dopo un lutto, anche se appartengono a profili clinici differenti e differenziabili. Secondo Frances (2012) il passaggio dal DSM IV-R al DSM5 porta con sé il rischio di diagnosticare la normale e fisiologica reazione al lutto come Depressione maggiore,

con ricadute rispetto all'assunzione immotivata di farmaci a tante persone che hanno perduto una persona cara. Wakefield (2010) ha scritto un importante articolo "Patologizzare la normalità", dove viene approfondito il tema dell'incapacità da parte della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali. Nonostante lo sbandierato rigore scientifico, insomma, gli psichiatri non saprebbero distinguere in maniera rigorosa una malattia dalla normale sofferenza quotidiana. Un aumento di diagnosi farebbe crescere anche lo stigma della malattia mentale, che l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) da anni si sforza di combattere con campagne di sensibilizzazione.

Nel passaggio dalla quarta alla quinta edizione del DSM per descrivere più o meno gli stessi sintomi si è sostituito il termine *Complicated Grief* con il termine *Prolonged Grief Disorder* ritenendo che la definizione "Complicato" rimandasse al concetto di difficile da analizzare, non comprensibile, non spiegabile e quindi in controsenso rispetto ad un lavoro diagnostico che vuole appunto chiarire questa specifica forma di distress conseguente ad un lutto. Si è ritenuto che il termine "*Prolonged*" – prolungato - meglio catturi la natura del disturbo, caratterizzato anche dal persistere di un insieme specifico di sintomi correlati al dolore per la mancanza, sperimentati da una persona con una significativa difficoltà ad adattarsi alla perdita. L'uso del termine, pur riportando a un concetto temporale, non implica che esso sia l'unico indicatore della natura di tale patologia. La proposta di traduzione in italiano dell'etichetta diagnostica PGD è stata "Disturbo da Sofferenza Prolungata", volendo sottolineare con il termine sofferenza, più che con dolore, un'accezione che meglio cogliesse la componente emotiva e psichica di questa esperienza. Secondo i criteri diagnostici del DSM5, a differenza di coloro che vivono una elaborazione del lutto normale, i soggetti con PGD sono essenzialmente bloccati, cristallizzati in una condizione di lutto cronico; sperimentano un'intensa sensazione di nostalgia e struggimento per la persona persa e il desiderio che la vita ritorni alle condizioni precedenti all'evento. Senza la persona cara si sentono vuoti e privi di speranza per il futuro. Alcuni sono sopraffatti dai rimpianti, con frequenti ruminazioni mentali e incapacità nel concentrarsi su qualunque cosa che non riguardi la perdita del proprio caro. La sensazione di non sentirsi emotivamente capiti dagli altri esacerba ulteriormente il senso di alienazione e di isolamento sociale. I pensieri ricorrenti rispetto a colui che è mancato rendono difficile per queste persone superare lo stato più acuto del lutto e vivere il presente, instaurare nuove relazioni o dedicarsi a nuove attività. Coloro che sperimentano questa realtà riferiscono di sentire che una parte importante di loro è morta con il proprio caro, che sono ormai svuotati, che il loro stesso senso d'identità è compromesso; sono convinti che la loro vita sia destinata a essere vuota, non soddisfacente. Una nota importante rispetto al PGD deriva dalla possibilità di diagnosticarlo non solo nei *caregiver* di pazienti deceduti, ma anche in coloro che in senso più lato hanno vissuto una perdita significativa (es. divorzio, malattie terminali, perdita di un animale domestico...) o che assistono persone la cui patologia ha determinato una significativa perdita dell'autonomia e delle possibilità relazionali.

Lutto e stili narrativi: il lutto nella Adult Attachment Interview

Gli indici di mancata risoluzione del lutto, rilevati da Main & Goldwyn (1985,1996), nelle narrazioni di soggetti adulti classificati come *Unresolved* alla *Adult Attachment Interview* sono molto simili a quelli presenti in questi quadri clinici:

- deficit nel controllo metacognitivo del ragionamento (ad esempio, persistente incredulità, idee non fondate di essere la causa della morte, manifestazioni di confusione tra la persona morta e il sé, ecc.);
- deficit nel controllo metacognitivo del discorso (ad esempio, silenzi prolungati e inappropriati, associazioni strambe, attenzione inusuale per i dettagli, utilizzo del laudativo o di frasi enfaticamente poetiche, ecc.);
- risposte comportamentali estreme al momento stesso del lutto.

Il sistema di classificazione di Main & Goldwyn (1985, 1996), in effetti, è più efficace nell'individuare le evidenze della mancata risoluzione *preoccupata* che della mancata risoluzione *distanziata*. Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento (Crittenden, 1997), invece, le riconosce e le distingue entrambe, articolandole inoltre in sottotipi diversi. Secondo questa prospettiva, i lutti o traumi irrisolti possono essere concepiti come condizioni che interferiscono con il successo nel funzionamento della strategia di protezione del sé. Queste risposte implicano un'elaborazione disadattiva dell'informazione in quel particolare contesto: possono, ad esempio, essere prese in considerazione delle informazioni assolutamente irrilevanti e poi essere utilizzate per organizzare il comportamento, oppure possono venir scartate troppe informazioni pertinenti, o possono esser fatte altre distorsioni dell'informazione per quanto riguarda l'evento dannoso. Eventi trattati in uno (o più) di questi modi sono considerati irrisolti. Queste distorsioni cognitive o emotive possono interferire con il funzionamento strategico generale.

Secondo il modello dinamico maturativo esistono vari tipi di lutto **preoccupato**:

- **lutto preoccupato** Ul(p) comporta l'essere in grado di prevedere l'evento minaccioso per il sé ma in modo troppo attivato. Può essere limitato ad una perdita particolare o essere associato a una così ampia gamma di stimoli luttuosi che pervade tutto il funzionamento.
- **lutto vicario** Ul(v) è una forma di risposta in cui il soggetto non ha né avuto esperienza né assistito al lutto. Invece, tale evento è accaduto ad una figura di attaccamento e sembra colpire direttamente il comportamento e la costruzione mentale della realtà del soggetto. Nel descrivere questo evento, l'intervistato, irrisolto indirettamente, utilizza disfluenze tipiche della mancata risoluzione del lutto senza essere in grado di associarle esplicitamente con l'esperienza della figura di attaccamento. Il lutto vicario evidenzia tutto l'invischiamento relazionale e il contagio emotivo tipico di questo pattern di attaccamento.
- **lutto immaginato** Ul(i) si verifica quando l'intervistato fornisce la prova credibile che si è verificato un lutto, ma fa un'attribuzione di perdita psicologica ingiustificata (cioè, il soggetto fa un'errata attribuzione causale). Ne esistono due

forme: in una l'evento è stato immaginato ma non è successo, nell'altra è il collegamento fra l'evento e i suoi effetti che è immaginato, cioè l'evento è avvenuto ma non ha avuto gli effetti immaginati.

- **lutto suggerito** Ul(s) è codificata quando l'intervistatore immagina un lutto irrisolto e inavvertitamente imbocca le idee e le parole dell'intervistato che egli accetta come reali. Ciò è particolarmente problematico come "sindrome della falsa memoria", che deve essere differenziata da un inganno attivo in cui l'intervistato conosce la verità, ma, per una serie di ragioni, sente il bisogno di fare false affermazioni di vittimizzazione del passato. Questa distorsione rispecchia un'informazione "presa a prestito", che il soggetto attribuisce a sé quando la sorgente è in realtà il terapeuta (o un'altra figura autoritaria).
- **lutto alluso** hinded Ul(h) viene assegnato quando l'astuzia dell'intervistato nella dislocazione dei dettagli, di solito accompagnata da ingenuità sottomessa, porta il codificatore a concludere che altri hanno danneggiato notevolmente il soggetto, o sue figure di attaccamento. In altre parole, l'intervistato infonde l'idea nella mente dell'intervistatore mentre implicitamente nega che sia successo. In tutti i casi, gli intervistati stessi ostentano inganno (falsa cognizione) dentro l'intervista e anche riguardo ad altri argomenti. Inoltre, l'autore del presunto reato è sempre qualcuno che ha danneggiato l'intervistato e che è ancora, al momento dell'intervista, temuto. La funzione di questa forma di mancata risoluzione è di coinvolgere l'intervistatore nel processo di accusa del presunto colpevole. Più frequente nei pattern ad alto indice C.
- **lutto anticipato** Ul(a) riflette la paura che è esagerata in maniera irrazionalmente preoccupata, per esempio, temendo che si perderà il proprio bambino a causa della perdita della propria madre durante l'infanzia. La base per la paura della morte può essere spostata (ad esempio, da una paura della propria morte alla paura della morte di un bambino) o trasformata (ad esempio, da un desiderio di uccidere per paura della morte).

Nei seguenti due esempi tratti dai trascritti di AAI, il linguaggio risulta caratterizzato da marcatori linguistici quali:

- Memoria per immagini e linguaggio evocativo.
- Uso del presente per descrivere l'evento del passato, che non sembra immutabile.
- Confusione temporale.
- Erronea attribuzione causale, per lo più esternalizzata.
- Confusione di persone.
- Erronea localizzazione del sé nel luogo del lutto.
- Attivazione affettiva intensa e incontrollabile sull'argomento del pericolo o della morte.

Lutto preoccupato

Come ha reagito alla sua morte?

Sara: Ero angosciatissima...mi sentivo molto molto sola...la malattia mi spaventa tantissimo...ha emorragie nello stomaco, la cirrosi, allora portarla di corsa all'ospedale,

vegliarla, l'ansia quando salgo le scale, io ho fatto tutto il possibile...sai quanto ho patito io (si commuove) perchè era sempre tutta con questo sangue, con le flebo....e mio papà come sempre che arriva ad aiutare quando vuole lui, ho dovuto fare tutto da sola...

Lutto vicario

E' morto qualcuno di importante per lei quando era piccola?

Lucia: m..sì, quando è morta una cugina di mia mamma che hanno sempre vissuto insieme...si volevano molto molto bene..come due sorelle, è morta in un modo bruttissimo, ha fatto un incidente stradale, è morta fra le lamiere, era una cosa sconvolgente per me...sono stata male per lungo tempo anche quando ascoltavo il telegiornale e sentivo “muore in uno scontro frontale” e quando guido ci penso...

Quindi lei la conosceva bene?

Lucia: No è morta prima che io nascessi...non so bene quando.

Sempre secondo il modello dinamico maturativo, i processi mentali primari dei soggetti **distanzianti** sono, appunto, il distanziamento del sé dagli stati affettivi negativi e l'accantonamento delle conclusioni negative sulle figure d'attaccamento. Un punto cruciale è l'assenza in tutte le interviste distanzianti dei veri sentimenti negativi del soggetto, cioè collera, paura e desiderio di conforto. I mezzi con cui questi sentimenti sono omessi dalla coscienza variano a seconda della configurazione in un gradiente differenziato da basso ad alto indice. Possono essere presenti altri sentimenti ed emozioni, come gli stati affettivi positivi, la vergogna, senso di colpa e responsabilità e i sentimenti delle figure di riferimento, come punto di vista genitoriale. I soggetti distanzianti tendono ad avere informazioni temporalmente ordinate e ad avere un buon accesso alla memoria semantica nella forma di frasi “se...allora”, ma sempre riguardanti le responsabilità o le conseguenze del loro mancato adempimento.

Sono identificati vari tipi di lutto **distanziato**, che rientrano all'interno di questo funzionamento generale:

- **lutto distanziato**, dismissed UI (ds) è più comune tra i soggetti con una strategia di tipo A. In questo caso, l'intervistato distanzia dal sé l'importanza dell'evento sia in termini di previsione del pericolo futuro che in termini di sentimenti. Di conseguenza, sentimenti come tristezza o anche piacere e soddisfazione diventano impossibili. Tali soggetti sembrano freddi e non responsivi, “è successo, ma non ha influito su di me”.
- **lutto spostato**, displaced UI (dpl) è una forma di distanziamento in cui le informazioni sul lutto reale sono sia omesse che spostate su qualche altro evento o persona, presumibilmente meno minaccioso. Il lutto reale è distanziato ma la sofferenza per il lutto su cui ci si sposta può occupare una quantità eccessiva di attenzione. La strategia, in altre parole, coinvolge sia la componente distanziante che preoccupata, ma separatamente rispetto a chi ci si riferisce, “è successo, ha sconvolto tutti tranne me”.
- **lutto bloccato**, blocked UI(b) si riferisce alla presenza nell'intervista di dettagli altrimenti inspiegabili che, presi insieme, suggeriscono un'esperienza dolorosa che il soggetto non riconosce. Cioè, nessuna perdita è dichiarata, né accennata

dall'intervistato, ma ci sono evidenze che l'evento sia accaduto nella forma del linguaggio dell'intervistato e nei fatti della sua storia, e inoltre si rileva che, inserendo questo evento ipotizzato, la storia e la forma del linguaggio del soggetto diventano psicologicamente sane. In passato, altre teorie hanno ipotizzavano che i ricordi di eventi luttuosi possono essere stati repressi (cioè presenti nella mente, ma non ricordati). Le ultime ricerche di neuroscienza cognitiva indicano che la mancanza di elaborazione dei ricordi può comportare l'assenza di facilitazione nei circuiti neurologici. Cioè, alcuni ricordi supponibili possono non essere stati consolidati attraverso processi elaborativi e, in tal caso, sarebbero neurologicamente assenti (Schacter, 1996). E' più frequente come Utr (b) che come Ul (b).

- **lutto negato**, denied Ul(dn) si verifica quando le minacce molto gravi e inevitabili all'integrità fisica o psichica dell'intervistato sembrano sopraffarlo (ad esempio, essendo spesso e impropriamente incluse mentre si parla di altri argomenti, dove il soggetto è attivato intensamente, come nell'intrusione di stati affettivi negativi [ina] o nei sintomi di espressione somatica [ess]. Ciononostante, quando interrogato direttamente, il soggetto nega sia l'evento che gli effetti negativi in corso. Questa forma complessa di risposta comporta errori di associazione. Implicitamente, c'è un processo sovra-associativo, con un funzionamento procedurale e immagini che riflettono una preoccupazione verso la minaccia. Esplicitamente, però, la minaccia è dissociata dal sé, essendo verbalmente descritta come irrilevante per il sé. Ul (dn) si differenzia dalla forma distanziata semplice perché la negazione è solo semantica, con un'abbondanza di informazioni sulla minaccia attraverso un processo implicito; entrambe le rappresentazioni disposizionali (DR) contengono il potenziale per influenzare il comportamento dell'intervistato, ma in modi incompatibili e spesso disadattivi. D'altra parte, il Ul (ds) comporta un distanziamento funzionale coerente, e l'evento pericoloso è raramente discusso del tutto; questa omissione dalla rappresentazione disposizionale che regola il comportamento è la base per il rischio. La discrepanza tra processi attivati e inattivati nel Ul (dn) è a volte "risolto" con un delirio. E' più frequente come Utr (dn) che come Ul (dn).

Nei seguenti due esempi tratti da stralci di AAI il linguaggio risulta caratterizzato da marcatori linguistici quali:

- omissione della persona deceduta da tutte le parti dell'intervista tranne che dai sondaggi diretti.
- Estrema brevità di narrazione sul tema morte.
- Mancata affettività ed emotività espressa.
- Affermazioni esplicite sul fatto che l'evento non ha avuto importanza per il sé

Lutto distanziato di una figura d'attaccamento

C'è stato qualche lutto in famiglia quando era una bambina?

Silva: No, bambina no, il primo lutto è stata mia nonna che avevo 13 anni.

E' stata una morte improvvisa?

Silva: Sì, sì, morì dalla sera alla mattina, si sentì male di notte...ebbe una trombosi...bè sì...mi dispiacque però non è che mi ha lasciato...mhm, un segno. Evidentemente poi questo lutto si è elaborato e rimane una sensazione sottostante...

Si ricorda come ha reagito?

Silva non risponde

Lutto spostato

Dunque aveva sei anni quando è morto suo nonno..come ha reagito?

Paola: Sì...però ricordi di cosa è successo dopo non ne ho..mia madre ne parlava molto, c'era molto legata...la morte che ricordo di più è quella di Papa Giovanni. Per me...ero ancora più piccola, doveva essere un anno prima...io mi ricordo che ero voluta andare..insomma erano andati ma ero voluta andare anch'io, e avevo preso un fiore sul mio terrazzo per portarglielo..ero molto dispiaciuta perché non siamo riusciti a raggiungerlo per dargli il fiore...

Ripristinare il contatto e riattivare il dialogo

In linea con l'ipotesi della riorganizzazione e non del "distacco" dalla figura persa, alcuni autori (Klass, Silverman e Nickman, 1996) mostrano chiaramente come bambini e adolescenti che hanno subito una perdita importante, ben lungi dal disinvestire, *mantengono anche per molto tempo un rapporto con la figura d'attaccamento scomparsa*. Ciò è parte di un'elaborazione sana del lutto, e fornisce al bambino sollievo e conforto e ne facilita l'accettazione.

I bambini hanno bisogno di "*mantenersi in contatto*" con la persona perduta: la sognano, si scoprono a parlare con lei, immaginano sovente che essa li stia guardando, tengono e utilizzano le sue cose in vari modi. Questi contatti forniscono sollievo, conforto, sostegno e facilitano la transizione dal passato al futuro.

Questi autori hanno individuato *alcuni tipi di attività* che aiutano un bambino a mantenere contatti mentali sani con il genitore perduto (e queste potrebbero rappresentare una guida utile per il nostro lavoro clinico nel facilitare al paziente un'adeguata elaborazione del lutto):

- 1) localizzare il genitore in un luogo, solitamente il paradiso o il cielo, su una stellina, su una nuvola, nel mare, ecc, da dove questi continua a osservarlo e ad interessarsi alle sua vita e ai suoi bisogni;
- 2) sperimentare, sentire vicino a sé, in modo protettivo, la presenza continua del genitore;
- 3) "tendere" verso il genitore, rivolgersi a lui e spesso parlargli, mantenendo un'interazione, talvolta la sognano e ci parlano in sogno;
- 4) compiere sforzi particolari, a volte incoraggiati dagli altri membri familiari, per ricordare le caratteristiche della persona morta e soprattutto il suo amore nei propri confronti;
- 5) tenere oggetti (ad es. un orologio, un gioiello, un cappello, ecc) appartenuti alla figura d'attaccamento, cosa che sembra prolungare la sensazione di prossimità, di protezione e d'affetto da parte sua. Ciò può ricordarci la funzione degli *oggetti transizionali* descritti da Winnicott.

Questi *contatti* forniscono sollievo, conforto, sostegno e facilitano la transizione dal passato al futuro. A volte i bambini si rendono conto che sono i loro bisogni a influenzare le loro percezioni, ma continuano a sentirle quasi come reali: “non è proprio come se io lo vedessi lì ... in cielo ... ma, lo sento ... come dire? ... sento la sua voce nella mia testa”.

I bambini, dunque, se li sappiamo ascoltare, ci offrono indicazioni straordinarie su come affrontare in termini psicoterapeutici il lutto. Basandoci sui loro insegnamenti, possiamo orientare le nostre strategie terapeutiche, puntando cioè al mantenimento del contatto e lavorando sugli aspetti dello stato mentale del paziente che tendono ad impedirne la realizzazione. In particolare, le persone con lutti irrisolti, fanno di tutto, evitano attivamente di rappresentarsi la persona morta e quindi di collocarla, vederla, da qualche parte.

La seguente potrebbe essere una buona traccia di lavoro, declinabile proceduralmente in modi diversi (moviola, immaginazione guidata, disegno, foto, video, drammatizzazioni) nel lavoro clinico col bambino e con l'adulto in condizioni di lutto irrisolto:

A) Esplorazione del mio *passato* con lui, il mio rapporto con lui prima della malattia/morte. Pensa al *rapporto che hai avuto con lui/lei quando era ancora in vita*, qual è la prima immagine che ti viene in mente?

- Che effetto ti fa? Che emozioni ti sollecita?
- Che pensieri ti sollecita?
- Qual è il momento più bello che ti viene in mente?
- E quello più brutto?

(riattivare il ricordo della relazione con lui/lei, riuscire a pensarlo nel *prima*)

B) Pensando al *momento della sua morte* (a quei giorni, a quelle circostanze, a te, agli altri tuoi familiari, ...), qual è la prima immagine che ti viene in mente?

- Che effetto ti fa? Che emozioni ti sollecita?
- Che pensieri ti sollecita?

Con alcuni pazienti, a questo livello le tecniche di EMDR possono avere un ruolo nell'accesso e nella rielaborazione di alcuni ricordi/immagini particolarmente traumatici (ad esempio, un bambino che ha trovato papà impiccato in cucina).

C) Esplorazione del *presente*:

- E adesso, *ti capita* di ripensarci?
- *Quanto* ti capita di ripensarci?
- *Quando* ti capita di ripensarci? In quali momenti della giornata?

- *Come* te lo/a immagini?
- *Dove* te lo/a immagini? Dove t'immagini che sia?
- Riesci a vederlo/a? Che cosa ti colpisce di lui/lei?

- Che cosa fa? Che cosa dice?
(in età evolutiva, ma non solo: proviamo a disegnarlo là dov'è, il suo volto, il suo corpo, i suoi atteggiamenti, ecc ...)
- Ti vede? Ti guarda?
- Che cosa starà pensando di te?
- Che effetto gli farà vederti?
- Se potesse che cosa ti vorrebbe dire?
- Se potesse cosa farebbe per te?

- E a te, che effetto ti fa vederlo?
- Che pensieri, che immagini ti vengono?
- Se tu potessi che cosa gli vorresti dire? Avresti voglia di dirgli qualcosa?
- Se te la senti, prova a dirglielo, prova ad esprimergli i tuoi sentimenti e i tuoi pensieri, su come ti senti adesso e su quello che lui ha rappresentato per te.
(In età evolutiva, ma non solo: ci stai che scriviamo una lettera a papà, poi la attacchiamo ad un palloncino e la facciamo volare su fino al cielo?).

In altri termini, cerchiamo in primo luogo di ripristinare il *contatto*, poi i processi di *mentalizzazione* in prima persona e in terza persona, e quindi il *dialogo* che ne consegue, con tutte le possibili implicazioni emotive.

Una volta che si sia riusciti a *riattivare il contatto* e il *dialogo* con la persona scomparsa, spesso, da parte del paziente, vengono spontaneamente ricercati e condivisi col terapeuta (e possibilmente con altre figure affettive presenti nel contesto di vita del paziente), alcuni semplici ma emotivamente pregnanti “*rituali*” (come andare al cimitero, riguardare con qualcuno foto o filmati relativi a momenti vissuti con la persona scomparsa; ritornare a visitare luoghi frequentati insieme, ecc.). Ciò allo scopo di consolidare il lavoro condotto in seduta, offrendo al paziente la possibilità di sperimentare concretamente lo “stare” insieme dentro queste aree emotive critiche, attraversandole pienamente.

Di cruciale importanza per l'intervento diventa, comunque, valutare, da un lato se la mancata risoluzione del lutto si esprima maggiormente in termini preoccupati o accantonanti; dall'altro, in un'ottica più *dimensionale* che *categoriale* (risolto/irrisolto), a che stadio sia il processo di risoluzione dell'evento luttuoso nello stato mentale del soggetto e quali specifici aspetti richiedono ulteriore integrazione. In funzione di tale “diagnosi esplicativa” il lavoro di ricostruzione col paziente potrà essere condotto in modo più calibrato e strategicamente orientato. Alcuni pazienti hanno bisogno di essere aiutati a caricare le proprie rappresentazioni concettuali e semantiche di sempre più vivide immagini sensoriali, con tutte le implicazioni emotivo/affettive ad esse connesse; altri pazienti hanno al contrario più bisogno di introdurre ordinamento cognitivo, sequenzialità, e più articolate capacità di comprensione semantica dell'esperienza di perdita vissuta.

Lutto e coerenza sistemica del Sé

I contenuti rappresentativi via via emergenti, entro un siffatto contesto clinico, andranno invariabilmente a collocarsi intorno alle specifiche dimensioni di significato che caratterizzano l'organizzazione del sé del paziente, vale a dire i *core beliefs* della propria organizzazione conoscitiva (ad esempio, bisogno di protezione, costrizione, non amabilità, solitudine, perfezione, giustizia, sensibilità al giudizio, ecc). Ed è su tali temi che andrà indirizzata l'autosservazione del pz e il successivo lavoro terapeutico. Il terapeuta, insieme al paziente, potrà osservare, ad esempio, come il modo in cui ciascuno tende a rimanere in contatto con chi si è perduto e a ricordarli, il modo in cui lo immagina orientato verso di sé, il tipo di dialogo che si instaura, segue inevitabilmente e coerentemente le modalità caratteristiche e uniche del proprio stile cognitivo/emotivo e interpersonale, cioè le regole che guidano il proprio modo abituale di tenere lo stato di relazione con l'altro, in funzione delle dimensioni di significato personale che garantiscono stabilità e coerenza al sentimento di noi stessi (v. Figura 1).

Fig.1 OSP e Lutto

ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE E LUTTO				
	FOB	DAP	DEP	OSS
TONALITA' EMOTIVE E TEMI PREVALENTI	Lettura sensoriale (corporea) delle emozioni (sintomi fisici) Rabbia da abbandono (come ansiolitico) Paura della depressione Paura della solitudine, del futuro Pericolo, senso di minaccia, abbandono, costrizione Forte/Debole	Senso di vuoto, confusione, Vergogna Emozioni vaghe, poco definite Lutto di "facciata" non di "sostanza" Ciò consente elaborazione rapida	Rabbia/Disperazione Regolazione emotiva in difetto Sentimenti di non amabilità Esplorazione come distrattore Disposizione allo sforzo	Disgusto, Disprezzo, Biasimo Rabbia come Indignazione morale Autobiasimo e senso di indegnità personale Giusto/Sbagliato Buono/Cattivo Senso ipertrofico di Responsabilità
SISTEMI DI MEMORIA PREVALENTI	Immagini intense, linguaggio evocativo, procedurale coinvolgente collusivo-confrontativo	Memoria episodica sfumata e circolare o frammentata	Memoria semantica, procedurale distanziante sé, Episodi dal punto di vista genitoriale, linguaggio denotativo.	Memoria semantica, immagini spostate o scollegate, procedurale distanziante l'altro e il sé, linguaggio denotativo
LOSS ORIENTATION vs RESTORATION ORIENTATION	LO	LO/RO	RO	RO
STILE DI RIEVOCAZIONE E CONTATTO CON LA FIGURA PERSA	Immagini sensoriali vivide della persona persa Paura di vederlo in casa (l'ombra, il fantasma, ecc) Richiesta di protezione, senso di contenimento e rassicurazione fisica No distinzione corpo-anima Ceneri	Immagine vaga un po' sognante e idealizzata della persona persa Richiesta di conferma dell'immagine di sé in corso "Lui lassù che pensa bene di me" Senso di liberazione dal giudizio	Attivazione accuditiva (A3) Bisogno di condivisione e riconoscimento prestazionale (A4) No dialogo o poche parole Bisogno di mettersi nel suo punto di vista e capire i suoi bisogni	Scambio logico-razionale Conferma di sé in termini di integrità morale Responsabilità personale per la sua scomparsa ("se avessi fatto") e senso di colpa morale

Il caso che segue, ad esempio, ben evidenzia come una *Organizzazione di significato personale di tipo Fobico (o controllante)* può reagire alla perdita e processare i sentimenti tipici del lutto.

Roberta, 39 anni (organizzazione fobica attiva)

Richiede una consulenza perché teme di essere “affetta da depressione”, in quanto, da qualche mese, ogni mattina si sveglia in lacrime senza saperne il motivo. Dal ritmo concitato dell’eloquio e dall’accesa espressività viene da subito da escludere tratti organizzativi interni di tipo depressivo.

La paziente è sposata da 15 anni, ha 2 figli, un maschio di 14 anni e una femmina di 9. Le è mancato il padre giusto un anno fa. Roberta, figlia unica, che dice di aver avuto con il padre un legame speciale, racconta la sofferenza provata da quando, un anno e mezzo fa, ha saputo che il padre era affetto da un cancro incurabile al fegato. Dice di aver da subito pianto e provato molta angoscia ma di aver dopo poco reagito con un atteggiamento deciso, quasi di negazione nei confronti dell’incurabilità della malattia, portando il padre dai migliori specialisti del nord Italia, tentando tutte le cure possibili, e decidendo lei per tutti (la madre è ancora in vita) di far credere al padre che il suo problema consisteva soltanto in un polipo benigno “che però, essendo molto grosso, era necessaria la chemio terapia per ridurlo” e che si sarebbe ripreso in tempi brevi. Quando l’uomo esprimeva perplessità su questo, la figlia reagiva aggressivamente dicendogli: “Mettitelo in testa che non è niente! Guarirai presto!”.

Durante l’ultimo periodo di vita del padre, Roberta si è praticamente “trasferita all’ospedale” con lui, assistendolo giorno e notte. Il giorno prima che il padre morisse, dopo aver deciso di mandare via tutti gli altri congiunti per rimanere da sola con lui, si è messa nel letto con il padre, *parlandogli ininterrottamente dei progetti che avrebbero fatto quando lui sarebbe stato dimesso*. Quando il padre è spirato, i medici hanno dovuto insistere per parecchio tempo prima che lei si decidesse di uscire dal letto.

Da subito Roberta dice di aver reagito “con forza”, non sentendo il dolore per la perdita. “La settimana dopo il funerale, sono andata con mio marito a vedere un musical e mi sono divertita moltissimo”. Questa fase è durata per qualche mese, dopodiché è subentrata una fase di *rabbia* “verso tutti”, che permane, affiancata da quei momenti di pianto e tristezza con i quali si sveglia ogni mattina, ma che dice non legati a nessun sogno o pensiero cosciente.

La pz per 6 mesi ha tenuto in casa con sé le ceneri del padre, (che aveva espresso la volontà di essere cremato), finché, dovendo partire per le vacanze con la famiglia, non volendo lasciare lì il padre “perché (quando era in vita) non sopportava di stare chiuso in casa da solo”, poco prima della partenza prevista, decide di coinvolgere la madre, il marito e i bambini nel rito di spargimento delle ceneri sul fiume del paese d’origine del padre.

Nei soggetti organizzati in senso fobico attivo, i sentimenti di dolore sono avvertiti intensamente ma controllati a fior di pelle: non riescono realmente a fare un lutto provando genuinamente dolore, sono spaventati dalla tristezza, hanno paura della depressione e chiedono continue rassicurazioni in merito (dottore, non avrò mica la depressione?). In alcuni casi, possono esprimere il lutto non in termini

genuinamente emotivi, ma in termini di *lettura sensoriale delle emozioni* (lipotimie, astenia/senso di oppressione al petto e costrizione).

Tendono a rievocare la persona persa attraverso *immagini sensoriali* molto intense e vivide. Inoltre, capita sovente che il pz abbia, insieme al bisogno di continuare a rappresentarsi la persona morta vividamente, sensorialmente, anche il timore di vedersi comparire il fantasma della persona morta, accompagnata da una grande paura di rimanere da soli in casa (“la notte mi alzo per andare in bagno e mi tremano le gambe ... ho proprio l’impressione di vederla lì seduta sul divano che mi guarda!”).

Stefania (Organizzazione mista Dap/Fob)

Quando Stefania ha 27 anni le muore la nonna, con cui ha dormito fino ai vent’anni, appena prima di sposarsi. Riporta che ogni tanto la sera le sembra di vedere l’ombra della nonna che si muove in giardino, S. si spaventa ed è triste. Mentre mi racconta queste cose la vedo piangere per la prima volta, è molto attivata anche se sono già passati 11 anni, così iniziamo a lavorare su questo lutto irrisolto, partendo dalla malattia della nonna e passando ai momenti precedenti la morte, il funerale, e ciò che succede dopo la morte. In casa non se ne poteva parlare perchè “avevo paura di far star troppo male mia mamma”, arriva a scrivere una lettera di saluto alla nonna e via via l’attivazione rispetto a questa morte si attenua, donando parole e corpo a quella sofferenza. S. arriva a raccontare questo lutto con serenità “ora non vedo più l’ombra in giardino, era come un filo che non volevo si staccasse, io faccio fatica a digerire i distacchi soprattutto per quelle persone che hanno rappresentato un appoggio, era come perdere un pezzo di me, ora è dentro di me il suo ricordo”.

Gianni 56 anni (organizzazione fobica attiva)

Gianni scopre casualmente, eseguendo esami medici di routine di avere un tumore ai polmoni. I curanti gli danno pochi mesi di vita. Da quel momento, evita attivamente di contattare le parti spaventate e vulnerabili del sé e avvia una fase di iperattività spasmodica, dove non c’è possibilità di trovare un attimo di tempo per fermarsi a pensare e a sentire il dolore della perdita. I viaggi si susseguono a ritmo incalzante, le attività, toniche, “adrenaliniche” si fanno sempre più pressanti, con impegno quotidiano in sport estremi, che gli danno l’idea di forza, di coraggio e di competenza estrema nel maneggiare la paura e il pericolo di morte.

Dunque, anche il *rapporto con la propria morte*, entro tali strutturazioni “controfobiche” del sé tende ad orientarsi verso modalità di regolazione emotiva “toniche” e attive. La persona ha bisogno di costruirsi un lutto “tonico” e attivante che, paradossalmente, confermi la funzionalità delle loro consuete modalità di regolazione degli stati emotivi e della loro immagine di sé ostentatamente forte (bisogna essere *più forti della morte*, o per dirla con le parole stesse di Gianni: “alla morte bisogna metterglielo in quel posto!!!”)

Lucio è un adolescente con organizzazione di personalità strutturata essenzialmente in senso fobico attivo con una percezione esplicita, si potrebbe quasi dire ostentata, di sé in termini di forza e di coraggio. Colpito, insieme alla madre, da una serie pesantissima di sciagure. A 16 anni, la morte improvvisa del padre per un gravissimo incidente stradale. Sia la madre che Lucio si appoggiano disperatamente al fratello più grande Andrea che comincia ad assumere il ruolo di capofamiglia, un ruolo importante di guida e protezione. Passano pochi mesi e Lucio è di fronte all'Ospedale Civile della sua città, ad attendere il fratello che li lavora come infermiere. Il fratello esce, fa per attraversare la strada sorridendo per raggiungerlo, e un extracomunitario mezzo ubriaco lo falcia con l'auto e lo lascia morto a terra davanti ai suoi occhi.

Quando Lucio arriva in terapia, la madre (dopo circa un anno dalla morte di Andrea) è ancora in uno stato di disorientamento e incredulità e parla del marito e del figlio come fossero presenti e vivi. Lucio presenta invece sintomi d'ansia particolarmente intensi e fortissimi timori di separazione (dalla madre, dalla fidanzata, con la quale si stava gradualmente "guastando" il rapporto per le sue modalità sempre più gelose e coercitive, e dalla zia paterna) accompagnati da somatizzazioni.

Non è stato facile in seduta vederlo piangere, lui, forte e tonico, surfista indomabile, ore di tavola da surf e di palestra ogni giorno. Dopo alcuni mesi di lavoro terapeutico, quando cominciano gradualmente ad emergere la sua parte fragile e i suoi sentimenti di vulnerabilità (anche con l'ausilio delle tecniche immaginative di cui sopra), comincia a raccontare in seduta, con gli occhi un po' lucidi: "*... nelle ultime settimane, praticamente tutte le sere vado giù a Cesenatico ... e aspetto che non ci sia più nessuno in spiaggia ... un gran silenzio ... e mi siedo lì sulla mia tavola, davanti al mare e guardo là lontano ... e a un certo punto vedo il babbo ... e vedo Andrea ... ma, li vedo proprio!! Lì sul mare!! e gli racconto quello che ho fatto in giornata, il lavoro, la palestra, la Monica (la sua fidanzata) e parliamo, ma parliamo proprio!! ... e il babbo spesso mi dà una botta sulla spalla ... e mi dice che non è niente di tutti sti malanni che ho, e che sono forte come una roccia ... e Andrea che è un po' incazzato e mi dice che se non la smetto di avere quelle uscite di rabbia, poi la Monica si stufa!! E poi dopo un po' li saluto ... e torno a casa che sto proprio bene!*"

Quell'estate Lucio ha fatto regolarmente (senza mancare una) le sue "sedute" serali con Andrea e col papà; a quel punto forse ancor più importanti delle nostre sedute terapeutiche settimanali.

Mentre nei fobici *attivi* è molto frequente l'amplificazione della *rabbia* da abbandono, nei fobici *passivi* sono spesso presenti senso di inaiutabilità e sintomi astenici. Usualmente, essendo poco astratti, e talvolta addirittura superconcreti, non riescono a farsi una ragione della distinzione tra il *corpo* e l'*anima* dopo la morte; hanno difficoltà ad immaginarsi qualcosa di più astratto, di spirituale, di trascendente, al di là del corpo. Prevalgono immagini sensoriali claustrofobiche quali il vedersi chiusi dentro la cassa: sovente decidono di farsi cremare per evitare questa

condizione costrittiva. Similmente, amano immaginarsi l'aldilà in modo rassicurante e concreto ("come nella pubblicità della Lavazza!"), un aldilà in cui siano possibilmente conservate tutte le loro abitudini e ritualità quotidiane.

Nelle Organizzazione di significato personale di tipo Depressivo (o distaccate), invece, il senso di perdita riverbera e spicca su ogni altra tonalità e tema narrativo, come conferma sostanziale del senso tacito e pervasivo di non amabilità del soggetto, del suo destino di solitudine e della sua percezione del mondo in termini di non disponibilità affettiva.

Disperazione e Rabbia sono le emozioni che fanno da marcapasso tacitamente e potentemente all'intera struttura, ma sono usualmente gestite attraverso operazioni di autocura, autosufficienza obbligata e/o di "*Restoration Orientation*" (Stroebe e Schut, 1999), cioè di orientamento dell'attenzione verso gli aspetti più organizzativi e pratici del lutto.

Nello stile narrativo prevale l'utilizzo dei sistemi di memoria di tipo procedurale e semantico: nella memoria episodica, gli eventi sono ricostruiti con stile astratto, generalizzante, talvolta anche poetico, dove tuttavia il sé è escluso attentamente dalla narrazione. Lo stile di rievocazione e le modalità di contatto che si esprimono attraverso la suddetta tecnica terapeutica, tendono a passare verso l'attivazione accuditiva verso il defunto (bisogno di dirgli qualcosa che lo faccia star bene) o attraverso il bisogno di condivisione e riconoscimento prestazionale (la figura defunta che rinforza in modo diretto o indiretto la propria competenza e il proprio valore su un'area non affettiva, ma intellettuale e prestazionale). Il dialogo la figura persa è molto limitato o assente (talvolta il soggetto sottolinea esplicitamente che "non c'è bisogno di parole!") e comunque gli eventuali frammenti comunicativi sono tutti orientati sul punto di vista dell'altro e non sui propri bisogni.

In alcune configurazioni difese di tipo compulsivamente accuditivo, addirittura, il paziente, anziché esprimere per sé tristezza e desiderio di conforto, assume frequentemente comportamenti di tipo oblativo, compulsivamente "genitoriali", anche verso le figure significative che ha intorno.

Di solito i pz con queste organizzazioni di personalità sembra che reggano bene l'impatto iniziale con l'evento traumatico, amplificando il loro deficit integrativo di tipo emotivo/affettivo, e facendo leva su meccanismi di *esplorazione come distrattore*, tipici degli itinerari di sviluppo evitanti/difesi, o su attività intellettuali, amplificando i loro meccanismi di compenso di tipo prestazionale (ad esempio, un intenso impegno scolastico o lavorativo: come a dire "metto la testa da un'altra parte").

Lo scompenso, anche grave, può determinarsi più tardi, quando per qualche ragione dovessero andare in crisi tali meccanismi di compenso (fase di fisiologica difficoltà o fallimento scolastico, crisi lavorativa, ecc). Occorre fare attenzione, però, a non confondere i meccanismi di soppressione attiva tipici di questi ragazzini o di adulti con stato mentale distanziante con i fisiologici, naturali e normali meccanismi di adattamento messi in atto da tutti i bambini più piccoli. Nella prima infanzia, fino

ai 4/5 anni il dolore viene sperimentato in modo diverso e i meccanismi di gestione del dolore sono rappresentati da strategie di *mastery* di primo livello (agire sul corpo, evitamento, distrazione, ecc): è facile che un bimbo piccolo a cui viene comunicata la morte del padre possa reagire ad esempio, mettendosi a correre, oppure dicendo: “Possiamo tenere un micino?”, oppure disegnando scene del suo recente compleanno, ecc ... dandosi cioè degli “antidepressivi” semplici di primo livello.

Nelle Organizzazioni di significato personale di tipo DAP (o contestualizzate), connotate da un senso di sé vago e indefinito e da un corrispondente bisogno di definizione esterna, le esperienze emotive più tipiche, riferite in fase di lutto, sono costituite da un senso vago di vuoto interiore, di confusione, di smarrimento, che fanno da riscontro alla percezione di perdita del pensiero forte esterno atto a confermare e a definire i contorni del sé.

E' possibile, in questi casi, osservare lutti, cosiddetti “di facciata” con vistosa espressività emotiva in prima battuta, che svolge peraltro la funzione di “sentirsi” e di conferma dei sentimenti provati per l'altro (“se soffro vuol dire che gli volevo bene!” “più soffro, più vuol dire che gli volevo bene”), a cui possono fare riscontro rapidi slittamenti su altri registri emotivi, anche positivi, in funzione del cambiamento di contesto e di relazione. La possibilità per queste organizzazioni, di fare il lutto sull'”involucro” piuttosto che sull'interno, cioè solo sull'immagine mostrata all'altro, consente usualmente elaborazioni rapide.

Talvolta (in situazioni di ancora scarsa demarcazione sé/altro), alcuni soggetti potrebbero avvertire tacitamente, o anche riferire, un senso di sollievo e di attenuazione del sentimento di intrusività e giudizio precedentemente percepito (e quindi maggiore libertà espressiva): “... per la prima volta, dopo la morte di mia madre ... proprio il giorno dopo ... per la prima volta mi sono stesa sul divano e liberamente ho tirato fuori dalla borsa Repubblica ... e ho letto l'articolo di fondo, incredibilmente rilassata ... senza immaginare i suoi occhi ... che mi guardano, come dire: non posso credere che tu la pensi veramente in quel modo ... non è proprio possibile!”

Sul piano dell'elaborazione dell'informazione e quindi dello stile narrativo, i sistemi di memoria preferenziali in questo caso sono rappresentati da una memoria semantica sfumata e circolare o frammentata.

Lo stile di rievocazione e le modalità di contatto con la figura persa sono usualmente caratterizzate da un'immagine un po' vaga sognante e idealizzata del defunto, dal quale il soggetto si aspetta una conferma dell'immagine di sé in corso (“Lui lassù che mi guarda e mi dice: sei sempre così in gamba nel tuo lavoro ...”)

Nelle Organizzazioni di significato personale di tipo Ossessivo (o normativo), anche nell'elaborazione del lutto, prevalgono temi di responsabilità morale, giusto/sbagliato, buono/cattivo con relative emozioni di dignità/indegnità morale, rabbia come indignazione morale, disgusto, disprezzo e biasimo/autobiasimo.

Sul piano elaborativo e narrativo viene utilizzata prevalentemente la memoria semantica, con immagini spostate o scollegate, un procedurale distanziante l'altro e il sé, e linguaggio denotativo.

L'evocazione immaginativa della figura persa è spesso difficoltosa e il dialogo, se si instaura, prende la forma di uno scambio logico-razionale, dove usualmente l'obiettivo è la conferma di sé in termini di integrità morale. Può comparire facilmente anche il senso di responsabilità personale (in senso morale) per la morte dell'altro: ad esempio, a Marzia, per tre anni continua a salirgli più volte al giorno il pensiero intrusivo che se non fosse andata dalla parrucchiera proprio in quel giorno e proprio in quell'ora, forse il suo amato fratello sarebbe ancora vivo.

In termini processuali prevalgono forse in forma ancor più marcata che nelle organizzazioni depressive, fattori di tipo "*Restoration Orientation*" cioè di forte polarizzazione dell'attenzione verso gli aspetti pratico-organizzativi del lutto, con forte enfasi sulla difficile riorganizzazione dell'ambiente domestico, lavorativo, ecc, a discapito delle implicazioni emotivo-affettive.

Marco (Grave Disturbo Ossessivo di Personalità).

A seguito del lutto della madre, subito a 12 anni, il padre di Marco si unisce molto in fretta con un'altra donna che va ad abitare con loro dopo breve tempo. Lui, fin da subito, la chiama "mamma". Esplorando in terapia tale perdita e le emozioni ad essa connesse, il paziente dice: "*no, niente di particolare, non sono stato poi così male, anche perché il giorno del funerale non mi ci hanno mandato e mi hanno portato a giocare con altri bambini ... poi, proprio in quell'anno ho cambiato scuola e quindi tutta la novità del nuovo ambiente, i nuovi compagni ... non avrei avuto neanche tempo di pensarci ...*".

"*Per me ora mia mamma è più lei, quella che poi mi ha cresciuto ... perché, se ci pensa, in effetti l'altra mamma ce l'ho avuta solo fino a 13 anni, questa invece ce l'ho da 30 anni ... quindi il database di questa nuova mamma è molto più ampio di quello dell'altra!*". Mentre dice questo, in modo marcatamente coartato, gli scende una lacrima muta sul volto, senza che Marco abbia la minima consapevolezza di quel che sta accadendo.

Anche per quanto concerne il rapporto con la *propria* morte, l'attenzione selettiva del soggetto organizzato in senso normativo è sempre sul proprio senso di dignità morale. Come evidenzia Margherita, a fronte di una grave crisi cardiaca, collasso e percezione netta di morte. Nessuna disposizione all'azione, a chiedere aiuto in modo espressivo. Prevale anzi la ipoattivazione, la regolazione emotiva in difetto, connessa a una peculiare serie di rappresentazioni interne, in forma prevalentemente verbale e sequenziale. Freddamente, in pochi secondi, Margherita passa in rassegna tutta la sua vita e si chiede: avrò vissuto male o bene? La mia vita è stata degna? E intanto sente una musica e delle parole, distintamente, è *La canzone di Piero* di Fabrizio De André: "*Cadesti a terra, senza un lamento, e ti accorgesti in un solo momento, che la tua vita finiva quel giorno e non ci sarebbe stato ritorno ...*

cadesti a terra, senza un lamento e ti accorgesti in un solo momento che il tempo non ti sarebbe bastato a chieder perdono per ogni peccato”.

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E. e Wall S. 1978. *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, N.J.
- Bowlby J. 1969. *Attachment and loss, vol 1*. Basic Books, New York. [*Attaccamento e perdita, vol. 1, L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1972].
- Bowlby J. 1973. *Attachment and loss, vol 2*. Basic Books, New York. [*Attaccamento e perdita, vol. 2, La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino 1975].
- Bowlby J. 1979. *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, London. [*Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1982].
- Bowlby J. 1980. *Attachment and loss, vol 3*. London Hogarth Press, New York. [*Attaccamento e perdita, vol. 2, La perdita della madre*, Boringhieri, Torino 1983].
- Bowlby J. 1988. *A secure base*. Routledge, London. [*Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989].
- Bowlby J. 1990 “*Charles Darwin: a New Biography*”, Hutchinson, London [“*Darwin: una biografia nuova*”, Zanichelli, Bologna 1996].
- Crittenden PM, 1999, *L'organizzazione dell'attaccamento in età adulta: un approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*, Cortina Editore.
- Crittenden P., Andrea Landini 2011. *Assessing Adult Attachment*. W.W.Norton & Company, New York-London.
- Chiambretto P. 2008 *Prolonged Grief Disorder: verso la definizione di una nuova categoria diagnostica* Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia Supplemento B, Psicologia © PI-ME, Pavia; Vol. 30, N. 3: B40-B46 <http://gimle.fsm.it> ISSN 0391-9889
- Dodet M. 1998. La moviola. *Psicoterapia*, 4, 13, 89- 93.
- Frances A., 2013. “*The past, present and future of psychiatric diagnosis*”. *World Psychiatry* **12** (2): 111–112
- Guidano V.F. 1987. *Complexity of the self*. The Guilford Press, New York. [*La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988].
- Guidano V.F. 1991. *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. Guilford, New York [*Il sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992].

- Guidano V.F. 2000. Orientamenti razionalisti e non razionalisti nella psicoterapia cognitiva (seminario tenuto nel 1989). In: Nardi B., ed., *Vittorio Guidano e l'origine del cognitivismo sistemico processuale*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona.
- Guidano V.F. 2001 “*El Modelo Cognitivo Postracionalista. Hacia una Reconceptualización Teórica y Crítica*”, Editorial Desclée De Brouwer, S.A. [*Psicoterapia cognitiva post-razionalista*, Franco Angeli, Milano, 2007].
- Guidano V.F. 2008 “*La psicoterapia tra arte e scienza*”, Franco Angeli, Milano.
- Harris T., Bifulco A. 1991. Loss of parent in childhood, attachment style and depression in adulthood. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. e Marris P., eds., *Attachment across the life cycle*. Tavistock/Routledge publication. [Perdita di un genitore durante l'infanzia, stile d'attaccamento e depressione in età adulta. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. e Marris P., eds. *L'Attaccamento nel ciclo della vita*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1995].
- Klass D., Silverman P.R., Nickman S.L. 1996 *Continuing Bond: New Understanding of Grief*, Taylor & Francis, Washington DC.
- Lambruschi F. 1996. Il bambino. In: Bara G. a cura di. *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Lambruschi F. 2014 (a cura di) *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Boringhieri, Torino Seconda Edizione.
- Lambruschi F. 2007 “Attaccamento e disturbi dell'umore” in *L'umore e i suoi disturbi*, atti dell'VIII Convegno di Psicopatologia post razionalista, Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona.
- Lambruschi F., Lenzi S. 2008. La tecnica della moviola come metodo di rielaborazione delle narrative autobiografiche, *Revista de Psicoterapia*, 1.
- Liotti G., Intrecciatiagli B., Cecere F. 1991. *Esperienza di lutto della madre e predisposizione ai disturbi dissociativi nella prole: uno studio caso-controllo*, in Rivista di Psichiatria, 26, pp.283-91.
- Liotti G. 1994. *La dimensione interpersonale della coscienza*. La Nuova Italia Scientifica. Roma.
- Lyons-Ruth K., Zoll D., Connel D. e Grunebaum H.U. 1989. Family deviance and family disruption in childhood: Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first years of life. *Development and Psychopathology*, 1, 219-236.
- Maciejewski P.K.; Zhang B.; Block S.D.; et al., 2007, An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief, *JAMA*, vol 297, 7.
- Main M. e Goldwyn R. 1984-1998. *Adult attachment scoring and classification system*. Manoscritto non pubblicato. Department of Psychology, Università di California, Berkeley.
- Neimeyer A.R. 2006 *Lesson of Loss. A guide to coping*. Center for the Study of Loss Transition, Memphis, Tennessee.
- Neimeyer A.R. 2012 *Techniques of Grief Therapy, Creative Practices for counseling the bereaved*. Routledge, New York.

Pedder F. 1982. "Failure to Mourn and Melancholia", *British Journal of Psychiatry*, 141, 329-337.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*.

Stroebe, M. S., Schut, H., Hansson, O. R., & Stroebe, W. (2008). *Handbook of Bereavement Research and Practice*. Washington: American Psychological Association.

Wakefield, J. C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19 (4), 337-351.