

Lutto fisiologico e lutto patologico durante la pandemia di Covid-19: uno studio sperimentale

ANDREA BOVERO, ALESSANDRA LORETA CITO, CHIARA TOSI

Summary – PHYSIOLOGICAL AND COMPLICATED GRIEF DURING COVID-19 PANDEMIC: AN EXPERIMENTAL STUDY. In the early 2020 a new coronavirus, Sars-Cov-2, has spread all over the world causing the current pandemic situation. The current social distancing has changed the way people die and may influence the grief of COVID-19 patients' caregivers. The aim of this study was to investigate the possible predictor factors of complicated grief disorder in a preliminary sample of 31 caregivers of patients died six months earlier, because of COVID -19. The 48.4% of the sample met the criteria of complicated grief. Being single or widowed and have lived during the lockdown alone, or only with the partner or with the child/children and feeling guilty of having survived to the loved ones have been associated with the presence of complicated grief. On the contrary, having attended the funeral was a protective factor for the development of complicated grief. In this sense, the social support, and the occasions of sharing emotional experiences seemed to have a protective function against the development of complicated grief. As underlined by the Individual Psychology, the Social Feeling is a core element and a protective factor in facing an experience such as that of the pandemic and the loss of loved ones for COVID-19.

Keywords: LUTTO, COVID-19, CAREGIVERS, SENTIMENTO SOCIALE

I. Introduzione

Con il termine COVID-19, dalla fine del 2019, si è imparato a familiarizzare con un quadro clinico assimilabile a una malattia infettiva di tipo respiratorio, causata dal virus denominato SARS-CoV-2, appartenente alla famiglia dei coronavirus.

La principale modalità di trasmissione del virus avviene mediante i *droplets* (emissione di secrezioni respiratorie e salivari in forma di goccioline), trasferite dal soggetto contagiato tramite via aerea (starnuto e tosse) o tramite contatto diretto personale o per mezzo delle mani (toccandosi naso e bocca dopo aver preso contatti con superfici infette) [64].

A partire dal 30 gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria pubblica, portando all'attuazione di politiche restrittive e serrate in tutto il mondo [36]. Tali restrizioni hanno avuto una risonanza significativa sull'esistenza di ciascun individuo.

Molti paesi hanno ridotto la possibilità di viaggiare, di muoversi all'interno ma soprattutto verso i paesi esteri, se non per motivi di natura essenziale; i mercati finanziari sono stati gravemente colpiti, impattando negativamente sul benessere economico di molti nuclei familiari; l'isolamento e le restrizioni sociali quali mezzi di tutela contro il contagio, hanno avuto un peso rilevante sul benessere psicologico degli individui affetti da COVID e non solo su di essi.

L'11 marzo 2020 sempre l'OMS ha dichiarato lo Stato di Pandemia. Nel primo trimestre del 2020, l'Italia è risultata uno dei Paesi europei più colpiti. L'Istituto Nazionale di Sanità ha registrato nel periodo coincidente con l'inizio del seguente studio (settembre 2020) 35.894 decessi (ISS, 2020).

L'incremento dei contagi ha sicuramente messo a dura prova, e continua a farlo, il sistema sanitario nazionale. All'interno degli ospedali, sovraccaricati e quasi al collasso, si sono dispiegati vari livelli di cura e di assistenza adeguati agli specifici quadri clinici dei pazienti. Inoltre, sono state adottate straordinarie misure restrittive per quanto concerne gli accessi e le visite dei caregivers, la sospensione di esami strumentali e di visite ritenute "non urgenti" e si è cercato di privilegiare il lavoro in smart-working, nello specifico per le figure sanitarie, la cosiddetta telemedicina [32].

La pandemia ha quindi causato delle modificazioni importanti nella vita di ciascuno, allontanando l'uomo dai propri simili e rendendo difficoltosa l'assoluzione di quelli che sono i compiti vitali secondo la visione adleriana: l'amore, la vita sociale e il lavoro. *"L'uomo ha potuto evolvere e sussistere nel suo rapporto cosmico solo operando insieme ai suoi simili, provvedendo alla comunità in senso fisico e psichico, partecipando alla divisione del lavoro e operando con diligenza"* (3, p.36). Le capacità di resilienza, i mezzi di salvaguardia sono quindi messi a dura prova dalle attuali contingenze.

Diversi studi stanno dimostrando gli effetti della pandemia in termini psicologici. In uno studio condotto da Wang nel 2020 su 1210 soggetti cinesi, il 53,8% presentava sintomi da moderati a gravi di ansia (28,8%), depressivi (16,5%), stress (8,1%) [62]. Una ricerca condotta da Rossi e collaboratori nel 2020 in Italia su un campione di 18147 soggetti ha permesso di evidenziare la presenza di una sintomatologia post-traumatica (37%), di una sintomatologia riconducibile a disturbo dell'adattamento (22,9%), di ansia (20,8%), di stress (21,8%), di depressione (17,3%) e di insonnia (7,3%) [52].

Anche Brooks ed altri autori (2020) hanno osservato che l'isolamento fiduciario e la quarantena possono compromettere il benessere psichico, causando l'esacerbazione di sintomatologia depressiva, ansiosa e stress [19]. Inoltre, come dimostrato nella recente letteratura, gli aspetti psicologici che, nell'incontro con il COVID-19, vengono messi a dura prova riguardano sia i pazienti, sia i caregivers, sia gli operatori sanitari ribadendo come questa esperienza comunitaria sia da considerare in un'ottica biopsico-sociale-esistenziale [17].

Secondo la visione adleriana, non è possibile comprendere l'individuo se non all'interno del proprio contesto sociale, in continua interazione con l'ambiente [54].

La famiglia, a sua volta, definita in termini di costellazione, è costituita da elementi (o membri) legati gli uni agli altri, secondo linee che ne determinano la distanza e al contempo la direzione. Questi legami recano in sé la specificità e l'unicità di ciascun nucleo familiare [45]. Ogni membro, a sua volta, conserva la propria individualità e la possibilità di sviluppare il proprio personale progetto di vita. Il nucleo familiare non va concepito come una cellula a sé stante ma in interazione con il contesto, in un rapporto basato su scambi continui, quali fonti di reciproci arricchimenti [10].

Da queste concezioni deriva quindi la necessità di estendere l'interesse rispetto agli effetti psicofisici della pandemia dal paziente all'intero nucleo familiare coinvolto. Infatti, l'impatto psicologico della pandemia non è solamente riscontrabile nel paziente contagiato ma anche nei caregivers dello stesso. Il COVID-19 ha sicuramente modificato la presa in carico, le modalità di assistenza del malato, la partecipazione alla sofferenza, l'approccio rispetto alla morte e al morire, il lutto e la possibilità di elaborazione dello stesso da parte dei familiari [46].

Gli incontri tra pazienti e i propri cari, le conversazioni scambiate in prossimità del letto dell'ammalato, la possibilità di decidere dove trascorrere i propri ultimi momenti di vita (casa, hospice), sono stati spazzati via e sostituiti da conversazioni realizzate online, senza la possibilità di un ultimo saluto e di un ultimo abbraccio [17].

Per i caregivers vi è la rinuncia ai rituali (la possibilità di essere accanto al paziente negli ultimi momenti di vita, poter salutare un'ultima volta il proprio caro, la veglia e il rito funerario collettivo), fonti generalmente di supporto, di conforto e protettivi rispetto alle fasi successive alla perdita. Tale rinuncia non fa altro che acuire i vissuti di isolamento, di perdita e di disperazione [46].

La morte di un congiunto è considerata una delle maggiori fonti di stress lungo l'intero ciclo di vita e fattore di rischio per il benessere psicofisico di chi resta accanto al defunto [31, 60]. Per quanto concerne la salute mentale, in generale le stime parlano di un 7-10% della popolazione che può sviluppare un disturbo di lutto complicato [29, 33, 40, 42, 60].

L'attuale pandemia ha sicuramente inciso sul processo fisiologico di elaborazione del lutto da parte dei caregivers, favorendo nel 52% dei casi (stando ad uno studio condotto da Pattison e collaboratori nel 2020) lo sviluppo di un disturbo da lutto complicato dopo sei mesi dal decesso del proprio congiunto [50].

La probabilità di sviluppare un disturbo da lutto persistente complicato dipende da numerose variabili: la natura del legame con il defunto; le modalità con cui è avvenuto il decesso (morte improvvisa, violenta o traumatica); luogo del decesso (ospedale e

nello specifico unità di terapia intensiva); la mancanza di una preparazione all'evento luttuoso; specifiche caratteristiche personologiche; una familiarità e una storia di malattia psichiatrica; la mancanza di supporto sociale; aspetti culturali ed economici [23, 42, 43, 51]. Nella specificità dell'attuale pandemia, a questi fattori si aggiungono l'impossibilità di dire addio al proprio caro, la spesso carente e difficile comunicazione tra operatori sanitari e familiari e caratteristiche connesse al ricovero del paziente: essere intubato, avere un declino progressivo e precipitoso sino al decesso, il ricovero molto lungo in unità di terapia intensiva [17, 46].

L'intensa sofferenza connessa alla perdita della persona amata che può esprimersi con tristezza, crisi di pianto, disforia, ritiro sociale, ricordi ed immagini intrusive della persona scomparsa (fase di lutto acuto), tende ad esaurirsi in termini di intensità con il passare del tempo [61, 63]. Il tempo di risoluzione stimato per la reazione fisiologica al lutto va dai 6 ai 12 mesi. Tuttavia, la mancata risoluzione del dolore connesso alla perdita, può causare lo sviluppo di un Disturbo da lutto persistente complicato [4, 30, 34, 48, 57]. Quest'ultimo può essere definito come prolungamento del normale processo legato al lutto e può produrre effetti negativi sulla qualità di vita del *primary caregiver* e della famiglia [40].

È quindi possibile ipotizzare che le restrizioni attuali e gli effetti che ne derivano (isolamento, mancanza di contatto fisico e di un adeguato supporto emotivo) ai quali si aggiungono la mancata preparazione alla morte del proprio caro, la cessazione dei rituali e delle pratiche funerarie [20, 44], l'impotenza e la vulnerabilità da parte dei caregivers, possano determinare la comparsa di distress, vissuti di colpa e di paura [39, 65]. La mancanza di strategie di *coping* adeguate, tese a fronteggiare il dolore connesso alla perdita, può relegare il caregiver in uno stato di fragilità, favorendo lo sviluppo di un Disturbo da lutto persistente complicato.

La minaccia della morte sull'uomo e il processo di decadimento fisico connesso sono considerati dalla Psicologia Individuale come un aspetto importante dell'inferiorità umana, a cui si tende a reagire sin dalla prima infanzia. La prossimità della morte può accentuare nel paziente la distanza dal mondo comune, con l'esaurirsi del Sentimento Sociale o con un disequilibrio tra questo e la Volontà di Potenza [5, 11].

Non è insolito ritrovare nei pazienti in fase terminale il desiderio di morte, quale estrema difesa rispetto ad un'insopportabile sofferenza, come liberazione dall'angoscia e affermazione di sé stessi sul male [14, 37]. La morte, per i pazienti con malattie gravi (malattie neurodegenerative, cancro o come in questo caso il COVID) può rappresentare la soluzione, solo per chi esaurisce o sente fortemente limitato il suo sentimento sociale, di fronte ad un problema irrisolvibile [5, 14].

Il parente è invece attraversato da sentimenti di scoraggiamento, di rabbia e di impotenza, accentuati dalla distanza fisica ed affettiva dal proprio caro [10].

Il distanziamento e le ulteriori modalità di contenimento del contagio rischiano quindi di annichilire anche il Sentimento Sociale del familiare stesso, elemento fondamentale dell'esperienza esistenziale. Il sentimento sociale funge da istanza aggregante il sé: connette le parti biologiche e psichiche all'interno dell'individuo e al contempo avvicina il soggetto ai suoi simili. Non si tratta soltanto di uno stato affettivo, ma di qualcosa di più: è un atteggiamento valutativo verso la vita (*Lebensform*) [5]. Nasce da un legame affettivo primario e determina un "bisogno" di cooperazione e di partecipazione emotiva con i propri simili [5].

Di fronte a tali difficoltà, il terapeuta quindi, estendendo la presa in carico dal paziente al nucleo familiare, in un'ottica biopsicosociale, all'interno di un dialogo di clima e «distanza» in cui il paziente può a sua volta identificarsi nel terapeuta [53], può riattivare il Sentimento Sociale del *caregiver*, mettendo a disposizione il proprio, in un processo di identificazione e controidentificazione [15].

Egli si prende cura globalmente del *caregiver* scoraggiato mediante l'utilizzo di strategie fondate sul principio dell'incoraggiamento, aiutandolo ad affrontare la crisi esistenziale, il lutto anticipatorio e preparandolo ai cambiamenti indotti dal lutto reale [17, 55]. L'incoraggiamento del terapeuta si farà spazio in ogni momento del dialogo. Da esso deriva la disponibilità del terapeuta ad aiutare, in un'ottica di vicinanza rispetto al paziente (in questo caso il caregiver). Quest'ultimo, a sua volta, potrà portare nella relazione con il terapeuta la profonda convinzione (finzione rafforzata) che la vita e il mondo gli siano ostili [1, 13].

Le premesse fino ad ora esposte, e la carenza di ricerche basate su dati di tipo quantitativo, ci hanno spinti ad intraprendere il seguente studio. Esso si propone di valutare, in chiave adleriana, la risposta psicologica dei caregivers di fronte alla perdita di un loro congiunto per COVID-19. Nello specifico si vogliono studiare i fattori predittivi maggiormente predisponenti al disturbo da lutto persistente complicato in un campione di caregivers, a sei mesi dal decesso di un proprio familiare colpito da COVID-19.

II. Metodi

Nel periodo tra Settembre e Novembre 2020, presso l'A.O.U. "Città della Salute e della Scienza" di Torino, è stato reclutato un sub-sample complessivo di 31 caregivers che hanno perso il proprio caro per COVID-19 almeno sei mesi prima. Il suddetto campione è stato individuato a partire dal campionamento di un precedente studio, in fase di pubblicazione, che ha coinvolto i caregivers di pazienti ricoverati per Covid-19 nel periodo tra Marzo e Maggio 2020 [21]. Del numero iniziale di 61 partecipanti individuati come idonei, solo il 51% ha risposto completando il questionario.

I criteri di inclusione per i partecipanti erano: essere maggiorenni, essere stato caregiver di un paziente affetto da COVID -19, aver subito il decesso del proprio caro per

COVID-19 almeno sei mesi prima dal reclutamento, comprendere ed essere in grado di esprimersi correttamente in lingua italiana.

Una volta identificati i caregivers che hanno soddisfatto i criteri di inclusione, sono stati contattati telefonicamente per chiedere loro la disponibilità alla partecipazione allo studio di ricerca ed è stata fornita la duplice possibilità di compilare telefonicamente il questionario con l'ausilio del valutatore psicologo o di compilare lo stesso questionario tramite un form su una piattaforma online, al quale è stato possibile accedere tramite apposito link inviato successivamente via e-mail.

Per ogni partecipante è stato raccolto il consenso alla partecipazione e alla raccolta dei dati tramite il modulo di consenso informato. Tutte le informazioni socio-demografiche raccolte e il questionario composto dalle rating scale sono stati somministrati garantendo l'anonimato dei partecipanti.

Tutte le procedure eseguite in questo studio sono state ritenute conformi agli standard etici dei Comitato Etico Interaziendale "A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - A.O. Ordine Mauriziano - A.S.L. Città di Torino".

III. *Strumenti*

Tutti i partecipanti hanno compilato un'iniziale parte di un questionario contenente i dati socio-demografici e clinici. Il questionario è stato creato ad hoc per identificare le principali caratteristiche del campione di ricerca.

Inoltre ai partecipanti sono state poste domande relative al periodo di lockdown, alle loro condizioni medico-sanitarie in caso di contagio da COVID-19 (compresa la necessità di ricovero ospedaliero o la quarantena) e alle condizioni psicologiche e al senso di colpa dopo la morte del paziente.

Nello specifico, quest'ultimo è stato analizzato utilizzando una domanda costruita ad hoc: "Quanto si sente colpevole che la persona amata sia morta e lei sia ancora vivo/a?" alla quale era possibile rispondere su una scala Likert a dieci punti. Questa domanda prende spunto da uno specifico item riferito al senso di colpa inserito nella "Bereavement Guilt Scale" creata da Li e colleghi [38] in relazione al senso di colpa connesso alla morte del proprio caro.

Successivamente, il questionario era composto dalle versioni italiane delle seguenti scale di valutazione validate.

Scala dello stress, dell'ansia e della depressione-21 (DASS-21)

La DASS-21 è una scala di valutazione auto-valutativa progettata per misurare gli stati emozionali di depressione, ansia e stress. Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana della scala validata da Bottesi e colleghi [8].

Il questionario è composto da tre scale, ognuna delle quali contiene sette item, divisi in sottoscale; gli item 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 indagano la depressione; gli item 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 valutano l'ansia; gli item 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 valutano lo stress. Le risposte vengono fornite su una scala Likert a 4 punti (0= mai; 3= quasi sempre).

Nella versione Lovibond e Lovibond DASS-21 [41], lo scoring utilizzato per le differenti sottoscale è il seguente: normale (0-9), lieve (10-12), moderato (13-20), grave (21-27), estremamente grave (28-42) per la depressione; normale (0-6), lieve (7-9), moderato (10-14), grave (15-19) ed estremamente grave (20-42) per l'ansia; e normale (0-10), lieve (11-18), moderato (19-26) grave (27-34) ed estremamente grave (35-42) per lo stress.

Inventario del lutto complicato (ICG)

L'inventario del lutto complicato è uno strumento di auto-valutazione che viene utilizzato per identificare il lutto complicato.

La scala include diciannove item e per ognuno di esso è possibile fornire una risposta che va da 0 a 4, a seconda della frequenza con cui il paziente ha sperimentato la condizione descritta nell'item (0= mai; 1= raramente; 2= a volte; 3= frequentemente; 4= sempre).

La versione utilizzata nella ricerca in corso è la versione italiana validata da Carmassi nel 2014 [22].

Questionario sulle relazioni (RQ)

Il Questionario sulle relazioni (RQ) è una scala auto-compilativa creata per valutare lo stile di attaccamento dell'individuo. È composto da quattro item che descrivono i quattro stili di attaccamento. La validazione italiana utilizzata è quella di Benassi e colleghi [7].

Lo strumento è composto da due parti; nella prima parte, il soggetto deve leggere le quattro descrizioni degli stili d'attaccamento Sicuro, Preoccupato, Timoroso e Distaccato/Svalutante, e scegliere l'alternativa che meglio descrive il suo modo di vivere e sentire le relazioni sentimentali presenti e passate. Nella seconda parte, il soggetto è invitato a segnare, su una scala tipo Likert a sette punti (da 1 = per niente simile a me a 7 = del tutto simile a me), il grado in cui ciascuno dei quattro esempi di attaccamento rispecchia il suo stile generale nelle relazioni.

Lo stile di attaccamento di un individuo viene quindi primariamente valutato considerando il profilo che complessivamente emerge dai punteggi attribuiti ai quattro prototipi (seconda parte del questionario).

Al questionario è stato aggiunto un item finale ("Tra le quattro opzioni, con quale si identifica meglio?") al fine di esaminare lo stile di attaccamento con cui il soggetto si identifica meglio.

Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito (MSPSS)

La scala multidimensionale del sostegno sociale percepito (MSPSS) è stata utilizzata per valutare il sostegno sociale e familiare percepito dai partecipanti.

L'MSPSS è una scala di auto-valutazione composta da 12 item per i quali è possibile esprimere il proprio grado di accordo sulla base di una scala Likert a 7 punti (1= non sono d'accordo; 7= d'accordo). La scala indaga tre dimensioni del sostegno sociale percepito relativo alla famiglia, agli amici e agli altri in generale. La validazione italiana utilizzata è quella di Di Fabio e Busoni del 2008 [24].

Analisi statistica

Al fine di valutare le caratteristiche del campione e dei risultati ottenuti dalla compilazione dei questionari sono state effettuate differenti analisi statistiche. Le variabili continue sono state espresse come la media \pm standard (SD), mentre le variabili categoriche sono state analizzate come frequenza e percentuale. Il test t di Mann-Whitney o Student, i test esatti di Chi-square e Fisher sono stati utilizzati per confrontare variabili continue e categoriche tra soggetti in base all'assenza o alla presenza di lutto complicato (punteggio ICG). ICG è stato dicotomizzato come 0 (assenza di lutto complicato) o 1 (presenza di lutto complicato) usando un cut-off di 30 punti.

Sono state effettuate analisi di regressione logistica univariata al fine di rilevare la possibile influenza delle variabili demografiche e cliniche alla presenza di dolore complicato (punteggio ICG ≥ 30).

Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$. L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando R versione 4.0.2.

IV. Risultati

Complessivamente 61 caregivers sono stati invitati a partecipare al questionario online; 31 dei quali hanno completato l'indagine (tasso di risposta=51%). Il campione è composto da 22 donne (71%) e 9 maschi (29%), con un'età media di 56 anni.

Per quanto riguarda l'esposizione al coronavirus, 9 caregivers su 31 (29%) hanno contratto il COVID-19. Nessuno di loro ha avuto bisogno di un ricovero in ospedale, ma 7 sono stati isolati e hanno sperimentato la paura di infettare i loro cari; di questi, 3 su 9 hanno avuto paura di morire. Tra i 22 caregivers che non hanno contratto il COVID-19, 13 di loro (59%) ha dichiarato che hanno avuto paura di contrarlo. Altre caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione, stratificate dall'assenza o dalla presenza di lutto complicato, sono presentate rispettivamente nella tabella 1 e nella tabella 2.

Il lutto complicato era presente in 15 (48,4%) soggetti (punteggio ICG ≥ 30). Lo stato civile e la condizione di convivenza o meno durante il lockdown sono stati tra le

variabili che si sono trovate significativamente associate alla presenza di lutto complicato. In particolare, essere single o vedovi ha rivelato un rischio significativamente più elevato di sviluppare un lutto complicato rispetto a quelli sposati o che vivevano insieme a qualcun altro. Inoltre, i partecipanti che hanno vissuto da soli con il proprio partner o da soli con il proprio figlio/figli durante il lockdown hanno avuto un rischio maggiore di subire un lutto complicato rispetto a coloro che vivevano con il proprio partner e il proprio figlio/figli.

Aver avuto l'opportunità di partecipare al funerale è stato un fattore protettivo per lo sviluppo di un lutto complicato. Un altro fattore protettivo è stato rappresentato dal supporto sociale percepito con una riduzione del rischio del 44% per ogni aumento di 1 punto sul punteggio totale MSPSS.

Il senso di colpa percepito è significativamente associato alla presenza di lutto complicato. In particolare, il rischio di lutto complicato è aumentato di oltre il 50% per ogni aumento di 1 punto della scala che valuta il livello di colpa sperimentato dal caregiver. Infine avere un livello di depressione maggiore è stato associato a sperimentare un lutto complicato con un rischio maggiore del 30% per ogni aumento di 1 punto sul punteggio DASS-Depression.

Non è stata osservata alcuna associazione significativa tra la presenza di lutto complicato e lo stile di attaccamento relazionale e i livelli di ansia e stress.

V. *Discussione*

Questo studio ha voluto indagare in maniera preliminare l'esperienza traumatica del lutto connessa alla pandemia in corso. In tal senso, si sono voluti analizzare i fattori potenzialmente predisponenti all'insorgenza del disturbo da lutto complicato persistente nei caregivers che hanno subito la perdita del proprio caro per la malattia causata da SARS-CoV-2.

La numerosità esigua del campione non permette di generalizzare i risultati ottenuti. Tuttavia il presente studio di ricerca rappresenta un'iniziale riflessione sulle condizioni di vita di chi ha perso una persona cara a causa del COVID-19, utilizzando i concetti della Psicologia Individuale che permettono una lettura complessa e articolata di un'esperienza esistenziale comune a tutti gli individui.

Il primo risultato ottenuto riguardo all'incidenza dell'esposizione al Coronavirus dei caregivers reclutati per lo studio ha messo in luce come l'esperienza diretta di aver contratto il virus e quella indiretta di essere stato esposto e di avere avuto un caro contagiato, hanno attivato dei vissuti psicologici connessi alla fragilità legata alla malattia. In ottica adleriana, l'esperienza di malattia riattiva il sentimento di inferiorità ontologicamente intrinseco all'essere umano [9].

Inoltre, così come sottolineato da Ansbacher e Ansbacher (5, p. 7), «*l'inferiorità è un concetto relativo alle richieste dell'ambiente e alla situazione in generale*». Pertanto la situazione di fragilità connessa al Coronavirus può essere letta come condizione inferiorizzante che incide sull'esperienza non solo individuale ma anche relazionale [17].

I soggetti del campione che hanno contratto il Covid-19 e che hanno vissuto una condizione di isolamento, hanno sviluppato la paura di infettare i propri cari, e alcuni di essi la paura di morire.

La paura di essere veicolo di contagio può essere letta, in ottica adleriana, come espressione del Sentimento Sociale, quale istanza costitutiva dell'individuo e quale attitudine innata così come definita da Adler [2].

La paura di morire, invece, può essere espressione dell'angoscia di morte, radicata nell'esperienza di ognuno. Come sottolineato da Schmidt [56], la morte e il decadimento legati alla malattia, costituiscono una minaccia che mette in luce l'inferiorità umana a cui l'uomo è chiamato a reagire fin dalla prima infanzia. L'esperienza dei caregivers contagiati, sottolinea come questa condizione costituisca un elemento inferiorizzante, che può mettere a dura prova l'equilibrio psichico e relazionale dell'individuo.

I caregivers che non hanno contratto il virus, hanno riferito la paura di contrarlo. Anche questo dato non fa che confermare come l'esperienza, seppur in questo caso indiretta di malattia, possa riattivare il vissuto inferiorizzante.

Il 48% del campione preso in esame, a distanza di sei mesi dalla perdita del proprio caro, presenta elementi di lutto complicato persistente. Alcuni aspetti di vita come la presenza di un partner e le condizioni di convivenza durante il lockdown sono risultati significativamente associati alla condizione di lutto complicato. Nello specifico, la presenza di un partner e la condizione di convivenza con più persone del nucleo familiare hanno costituito fattori di protezione rispetto al rischio di sviluppo del disturbo da lutto complicato persistente. Al contrario, la mancanza di un partner o la convivenza con solo un partner o solo con un figlio/figli, sono risultati elementi connessi maggiormente all'esacerbazione del disturbo suddetto.

Inoltre il dato relativo al supporto sociale percepito mette in luce come all'aumentare dello stesso sia associata una riduzione del rischio dello sviluppo di una sintomatologia riconducibile al lutto patologico.

Questi elementi confermano gli assunti adleriani, secondo i quali, il singolo non può essere considerato se non all'interno del sistema relazionale all'interno del quale è inserito [9].

Inoltre, l'importanza della condivisione dell'esperienza di lockdown e di caregiving, sottolinea la funzione protettiva del Sentimento Sociale, come istanza individuale e collettiva che aggrega e che al contempo protegge dalla frammentazione dell'esperienza emotiva, quale potenziale fattore di rischio nello sviluppo di condizioni psicopatologiche [10, 17].

Come definito da Pagani (49, p. 32), «*se l'individuo "uomo" è relazionale in base alla "logica della vita collettiva" [...] tutte le sue caratteristiche psicologiche si strutturano in funzione dei rapporti con i suoi simili. La vita è cooperazione, confronto, lotta, amore, dedizione: tutte esperienze che implicano una comunicazione interpersonale ed affettiva*», allora è possibile ipotizzare che l'esperienza dei soggetti coinvolti, richiami la centralità della condivisione e del senso di appartenenza come fattori protettivi rispetto al disturbo da lutto persistente e come elementi fondanti dell'esperienza umana di fronte alla fragilità.

L'aver partecipato al rito funebre e di commiato dal proprio caro sottolinea l'importanza della condivisione alla base del Sentimento Sociale. Il rito si rivela per i familiari uno spazio di condivisione del proprio dolore legato alla perdita e favorente il processo fisiologico del lutto. Come dimostrato dalla letteratura [46], l'assenza del rito impedisce di sperimentare il supporto sociale di altri familiari e amici dovuto al distanziamento sociale. In tal senso la presenza o assenza del rito evidenzia il valore protettivo dell'esperienza condivisa, espressione del Sentimento Sociale.

Infine il senso di colpa esperito dal familiare "sopravvissuto" al proprio caro e la presenza di elementi depressivi, sono elementi significativamente riconducibili all'aumentato rischio di sviluppare un lutto patologico. Questi aspetti inferiorizzanti, espressione della fragilità del caregiver, espongono maggiormente allo sviluppo psicopatologico come compensazione rispetto alla fragilità.

Alla luce di queste riflessioni il lutto patologico può essere inteso come una forma di compensazione messa in atto dalla psiche dell'individuo al fine di cercare di mantenere un equilibrio rispetto ad esperienze inferiorizzanti come quelle della perdita. Riprendendo le parole di Ansbacher e Ansbacher (5, p. 7) «*se nell'interazione organismo-ambiente l'equilibrio si altera a sfavore dell'organismo, questo reagisce mediante meccanismi di compensazione. Attraverso il sistema nervoso centrale, la psiche, come parte dell'intero organismo, giocherà il suo ruolo nel processo di compensazione o di mantenimento dell'equilibrio*».

Di fronte dell'esperienza del lutto, risulta necessario garantire e poter attuare percorsi di presa in carico e di lavoro psicoterapeutico che possano fungere da milieu relazionale nel quale permettere al caregiver di sperimentare una differente "esperienza emotiva, compartecipe e incoraggiante".

Questa dualità trasformativa è costituita dalla relazione, contraddistinta da sostegno e contenimento empatico, nella quale il Sé creativo e il Sentimento Sociale del terapeuta fungono da attivatori del processo di incoraggiamento rispetto all'esperienza traumatica del lutto [17, 25]. L'empatia, quale condizione fondamentale dell'incoraggiamento, favorisce la capacità di sintonizzazione da parte del terapeuta con la risposta più adatta al paziente in quel momento [28].

Un intervento possibile in merito al lutto declinato secondo i principi della Psicologia Individuale è la B-APP (*Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy*).

Essa rappresenta una specifica tecnica di psicoterapia breve [26], costituita da 10-15 sedute, a cadenza settimanale. Ogni seduta è quindi declinata dalla diade paziente-terapeuta intorno ad un focus tematico, concordato da entrambi e connesso a dinamiche intrapsichiche del paziente [27].

In letteratura, oltre all'approccio adleriano, è possibile ritrovare interventi psicoterapeutici specifici per il lutto basati su assunti di altra matrice teorica. Tra questi, per quanto concerne le terapie cognitive, ne è un esempio la Complicated Grief Therapy di Shear [57] basata sugli assunti della teoria dell'attaccamento di Bowlby [18] influenzata dalla psicoterapia interpersonale di Klerman e Weissman [35] e dalla psicoterapia cognitivo-comportamentale di Beck [6]. Si compone di 16 sessioni, ciascuna della durata di 45-60 minuti e include l'utilizzo di tecniche simili a quelle impiegate nell'esposizione prolungata (svolgere un'esposizione in vivo o raccontare più volte la storia della morte). Un altro esempio è la Grief-Help Therapy di Spuij ed altri colleghi [59] sviluppata recentemente per il lutto complicato nell'infanzia e nell'adolescenza.

Essa si basa sull'utilizzo di versioni semplificate delle classiche tecniche ad orientamento cognitivo-comportamentale (dialogo socratico, esperimenti comportamentali, l'esposizione in immaginazione e/o in vivo).

Infine un altro tipo di intervento è la Grief Therapy proposta da Neimeyer, basata sul processo di ricostruzione dei significati connessi alla perdita avvenuta, attraverso 5 step: la scomposizione della storia, la ri-narrazione della storia, la rivisitazione della storia della perdita, la ricostruzione ed infine l'integrazione dell'evento luttuoso alla propria storia di vita personale [47].

Alla luce di quanto esposto è evidente che i differenti interventi descritti hanno generalmente come obiettivo la risignificazione dell'esperienza del lutto all'interno di una relazione empatica. Nello specifico, gli assunti della Psicologia Individuale e l'importanza del processo di incoraggiamento, della riattivazione del Sentimento Sociale e dell'incontro dei Sé Creativi nella diade terapeutica, risultano adeguati ed efficaci nel rispondere ai bisogni psicologici del caregiver che affronta l'esperienza del lutto.

VI. Conclusioni

Lo studio in oggetto ha messo in luce l'importanza dei concetti e degli elementi fondanti della Psicologia Individuale rispetto alla lettura dell'attuale esperienza sociale relativa alla pandemia da COVID-19.

La numerosità ridotta del campione non può permettere di considerare rappresentativi i risultati ottenuti. Inoltre questi risultati sono solo la riflessione di una fase del processo di lutto, sia fisiologico che patologico, e in tal senso è auspicabile non solo aumentare la numerosità dei soggetti coinvolti in studi futuri incentrati sul tema trattato, ma valutare l'intero processo con studi di natura longitudinale.

Nonostante i limiti emersi, lo studio sottolinea come l'istanza del Sentimento Sociale, elemento fondante della teoria della Psicologia Individuale, funga da elemento protettivo rispetto a potenziali condizioni patologiche connesse alla perdita.

In tal senso, il terapeuta adleriano (anche in tempo di pandemia), nella presa in carico del caregiver, può fungere da attivatore di elementi protettivi, mediante il proprio Sentimento Sociale. Quest'ultimo, all'interno di una relazione incoraggiante in termini adleriani, può riattivare quello del caregiver, favorendo un nuovo equilibrio tra le istanze psichiche costitutive dell'uomo.

In conclusione di fronte ad un'esperienza inferiorizzante come quella della pandemia e della perdita di persone care per COVID-19, la Psicologia Individuale risulta una cornice teorica e un insieme di pratiche terapeutiche funzionali nella presa in carico del paziente che ha subito un lutto significativo.

seguono tabelle nelle pagine successive



Tabella 1: Distribuzione della coorte socio-demografica, nel campione complessivo e per presenza di dolore complicato.

	CAMPIONE COMPLESSIVO N=31	ICG < 30 n=16
<i>Età (anni, media ±DS)</i>	56 (12.33)	53.63 (11.21)
<i>Genere (%)</i>		
Femmine	22 (71)	10 (62.5)
Maschi	9 (29)	6 (37.5)
<i>Stato Civile (%)</i>		
Celibe/Nubile	9 (29.0)	3 (18.8)
Sposato/Convivente	14 (45.2)	11 (68.8)
Separato/Divorziato	2 (6.5)	1 (6.2)
Vedovo/a	6 (19.3)	1 (6.2)
<i>Livello di Scolarizzazione (%)</i>		
Licenza Media	7 (22.6)	3 (18.8)
Diploma Superiori	15 (48.4)	8 (50.0)
Università	9 (29.0)	5 (31.2)
<i>Condizione Professionale (%)</i>		
Disoccupato	3 (9.7)	1 (6.25)
Occupato	21 (67.7)	13 (81.25)
Pensionato	7 (22.6)	2 (12.55)
<i>Grado di parentela con il defunto</i>		
Genitore	11 (35.5)	7 (43.7)
Partner	9 (29.0)	2 (12.5)
Figlio	4 (12.9)	3 (18.8)
Fratello/Sorella	2 (6.5)	1 (6.2)
Zio/Zia	5 (16.1)	3 (18.8)

ICG: Inventory of Complicated Grief, Inventario sul lutto complicato.

ICG \geq 30 n=15	P-VALUE	OR (95% CI)*	P-VALUE
58.60 (13.32)	0.269	1.032 (0.976-1.098)	0.274
12 (80.0) 3 (20)	0.433 -	2.211 (0.492-11.357) -	0.304 -
6 (40.0) 3 (20.0) 1 (6.7) 5 (33.3)	0.031 - - -	6.102 (1.123-40.95) - 3.286 (0.215-52.239) 12.048 (1.652-152.9)	0.036 - 0.367 0.013
4 (26.7) 7 (46.6) 4 (26.7)	1.000 - - -	- 0.686 (0.116-3.800) 0.636 (0.091-4.140)	- 0.665 0.635
2 (13.3) 8 (53.4) 5 (33.3)	0.330 - - -	- 0.378 (0.031-3.340) 1.320 (0.086-17.587)	- 0.377 0.829
4 (26.6) 7 (46.7) 1 (6.7) 1 (6.7) 2 (13.3)	0.305 - - - -	- 5 (0.86-37.821) 0.714 (0.056-6.287) 1.667 (0.109-25.892) 1.19 (0.146-9.024)	- 0.074 0.766 0.695 0.865

*associato alla presenza di lutto complicato (ICG \geq 30).segue 

	CAMPIONE COMPLESSIVO N=31	ICG < 30 n=16
<i>Conviventi durante il lockdown</i>		
Nessuno	9 (29.0)	4 (25.0)
Partner	8 (25.8)	1 (6.2)
Figli	2 (6.5)	0 (0.0)
Partner + figli	9 (29.0)	8 (50.0)
Genitori	2 (6.5)	2 (12.5)
Fratello/Sorella	1 (3.2)	1 (6.2)
<i>Diagnosi conclamata di Covid-19 (%)</i>	9 (29.0)	5 (31.2)
<i>Comunicazione con il caro ricoverato (%)</i>	11 (35.5)	7 (43.8)
<i>Partecipazione al funerale (%)</i>	14 (45.2)	11 (78.6)
<i>Supporto psicologico (%)</i>	5 (16.1)	1 (6.2)

ICG: Inventory of Complicated Grief, Inventario sul lutto complicato.

	ICG \geq 30 n=15	P-VALUE	OR (95% CI)*	P-VALUE
		0.004		
	5 (33.3)	-	6.926 (0.961-85.051)	0.055
	7 (46.7)	-	28.333 (3.141-523.705)	0.002
	2 (13.3)	-	28.333 (1.423-4847.634)	0.027
	1 (6.7)	-	-	-
	0 (0.0)	-	1.133 (0.007-30.133)	0.944
	0 (0.0)	-	1.889 (0.011-64.149)	0.740
	4 (26.7)	0.546	0.818 (0.176-3.657)	0.792
	4 (26.7)	0.269	0.496 (0.109-2.07)	0.338
	3 (25.0)	0.009	0.112 (0.017-0.565)	0.007
	4 (26.7)	0.172	4.043 (0.633-44.526)	0.144

*associato alla presenza di lutto complicato (ICG \geq 30).

Tabella 2: Dati clinici della coorte, del campione complessivo e secondo la presenza di lutto complicato.

	Campione Complessivo N=31	ICG < 30 n=16	ICG ≥ 30 n=15	p-value	OR (95% CI)*	p-value
Senso di colpa (media ±DS)	3.71 (4.03)	1.19 (2.59)	6.40 (3.56)	0.001	1.478 (1.183-2.01)	<0.001
MSPSS-Punteggio totale (media ±DS)	5.35 (1.53)	5.94 (1.16)	4.72 (1.66)	0.024	0.563 (0.283-0.942)	0.027
DASS-Depressione (media ±DS)	7.77 (4.57)	5.63 (3.12)	10.07 (4.83)	0.004	1.293 (1.068-1.708)	0.006
DASS-Ansia (media ±DS)	4.68 (4.51)	3.75 (4.67)	5.67 (4.27)	0.101	1.093 (0.939-1.308)	0.255
DASS-Stress (media ±DS)	10.39 (4.97)	9.13 (4.67)	11.73 (5.08)	0.147	1.109 (0.963-1.312)	0.155
Stile di Attaccamento (%)	-	-	-	0.518	-	-
RQ1	16 (51.6)	8 (50.0)	8 (53.3)	-	-	-
RQ2	13 (41.9)	8 (50.0)	5 (33.3)	-	0.647 (0.148-2.694)	0.550
RQ3	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (6.7)	-	3.000 (0.139-464.040)	0.493
RQ4	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (6.7)	-	3.000 (0.139-464.040)	0.493

ICG: Inventory of Complicated Grief, Inventario sul lutto complicato; MPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Scala Multidimensionale sul Supporto Sociale Percepito; DASS: Depression Anxiety Stress Scale, Scala dello Stress, dell'Ansia e della Depressione.*associato alla presenza di lutto complicato (ICG ≥30).

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
2. ADLER, A. (1923), Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 11-24.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton Editori, Roma 2012.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali -5*, Raffaello Cortina editore, Milano 2014.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BECK, A. T. (1979), *Cognitive therapy of depression*, Guilford press.
7. BENASSI, M., BALDARO, B., BOLZANI, R., SURCINELLI, P. (2007), Un confronto tra Relationship Questionnaire (RQ) e Attachment Style Questionnaire (ASQ), in BARONE, L., DEL CORNO, F., *La valutazione dell'attaccamento adulto: I questionari autosomministrati*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007: 197-208.
8. BOTTESI, G., GHISI, M., ALTOÈ, G., CONFORTI, E., MELLI, G., SICA, C. (2015), The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples, *Comprehensive psychiatry*, 60: 170-181.
9. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-93.
10. BOVERO, A., CHERASCO, P., TORTA, R. (2010), Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 34-40.
11. BOVERO, A., TORTA, R. (2010), Aspetti profondi della morte: riflessioni sull'esperienza del morire e sugli approcci d'intervento, *Psicologi a confronto*, 1: 31-47.
12. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 111-115.
13. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69: 53-63.
14. BOVERO, A., GRAZIATO, I., LEOMBRUNI, P., TORTA, R. (2014), Desiderio di morte nel paziente oncologico nel fine vita: analisi delle finzioni compensatorie e dei fattori correlati, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 104-110.
15. BOVERO, A., TORTA, R. (2014), Setting in psiconcologia, *Riv. Psicol. Indiv., Suppl.* 75, 17: 5.
16. BOVERO, A. (2020), Vita e morte nell'era del Covid-19: un'esperienza adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 88: 23-39.
17. BOVERO, A. (2021) La famiglia del paziente, in TORTA, R., MUSSA, A. *Psiconcologia. Il legame tra psiche e soma*, Edi Ermes, Milano, pp. 190-210.

18. BOWLBY, J. (1980), *Attachment and loss vol. III. Loss, sadness and depression*, Hogart Press. tr. it. *Attaccamento e perdita vol. III. La perdita della madre*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
19. BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBER, N., RUBIN, G. J. (2020), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *Lancet*, 395 (10227): 912-920.
20. BURKE L. A., NEIMEYER R. A. (2013), *11 Prospective risk factors for complicated grief*, Routledge, New York: 145-161.
21. CARLETTO, S., COREZZI, M., FURMENTI, M. F., OLIVERO, E., RAPICAVOLI, P., ROSSELLO, P., STANIZZO, M. R., BOVERO, A. (2021), Interprofessional communication team for caregivers of patients hospitalized in the Covid-19 wards: result from an Italian experience, *Frontiers in Medicine*, In press.
22. CARMASSI, C., SHEAR, M. K., MASSIMETTI, G., WALL, M., MAURO, C., GEMIGNANI, S., DELL'OSSO, L. (2014), Validation of the Italian version Inventory of Complicated Grief (ICG): A study comparing CG patients versus bipolar disorder, PTSD and healthy controls, *Comprehensive psychiatry*, 55(5): 1322-1329.
23. CARMASSI, C., CONVERSANO, C., PINORI, M., BERTELLONI, C. A., DALLE, R. L., GESI, C., DELL'OSSO, L. (2016), Complicated Grief in DSM-5 era, *Rivista di psichiatria*, 51(6): 231-237.
24. DI FABIO, A., BUSONI, L. (2008), Misurare il supporto sociale percepito: proprietà psicometriche della Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in un campione di studenti universitari, *Risorsa Uomo*.
25. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psych. Doss.*, 1: 61-91.
26. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Pan. Min. Med.*, 50: 1-11.
27. FERRERO, A. (2009). Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66, 15-19.
28. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
29. FUJISAWA, D., MIYASHITA, M., NAKAJIMA, S., ITO, M., KATO, M., KIM, Y. (2010), Prevalence and determinants of complicated grief in general population, *Journal of affective disorders*, 127(1-3): 352-358.
30. HEEKE, C., STAMMEL, N., KNAEVELSRUD, C. (2015), When hope and grief intersect: rates and risks of prolonged grief disorder among bereaved individuals and relatives of disappeared persons in Colombia, *Journal of affective disorders*, 173: 59-64.
31. HOLMES, T. H., RAHE, R. H. (1967), The social readjustment rating scale, *Journal of psychosomatic research*, 11(2): 213-218.
32. JNR, B. A. (2020), Use of telemedicine and virtual care for remote treatment in response to COVID-19 pandemic, *Journal of Medical Systems*, 44(7): 1-9.
33. KENTISH-BARNES, N., CHAIZE, M., SEEGER, V., LEGRIEL, S., CARIOU, A., JABER, S., AZOULAY, É. (2015), Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit, *European Respiratory Journal*, 45(5): 1341-1352.

34. KERSTING, A., BRÄHLER, E., GLAESMER, H., WAGNER, B. (2011), Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample, *Journal of affective disorders*, 131(1-3): 339-343.
35. KLERMAN, G., L., WEISSMAN, M., M. (1994), *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*, Basic Book, NY.
36. LAI, C. C., SHIH, T. P., KO, W. C., TANG, H. J., HSUEH, P. R. (2020), Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges, *International journal of antimicrobial agents*, 55(3): 105924.
37. LECCARDI, G. (2003), Linee guida nel trattamento del disagio psichico: una finzione difensiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 31-48.
38. LI, J., STOEBE, M., CHAN, CLW, CHOW, AYM (2017), The Bereavement Guilt Scale. *Omega (Westport)*, 75(2): 166-183.
39. LI, J., TENEDEIRO, J. N., STROEBE, M. (2019), Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression, *International Journal of Psychology*, 54(4): 454-461.
40. LOMBARDO, L., LAI, C., LUCIANI, M., MORELLI, E., BUTTINELLI, E., ACETO, P., PENCO, I., (2014), Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5, *Rivista di Psichiatria*, 49(3): 106-114.
41. LOVIBOND, P. F., LOVIBOND, S. H. (1995), The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories, *Behaviour research and therapy*, 33(3): 335-343.
42. LUNDORFF, M., HOLMGREN, H., ZACHARIAE, R., FARVER-VESTERGAARD, I., O'CONNOR, M., (2017), Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis, *Journal of affective disorders*, 212: 138-149.
43. MALKINSON, R. (2010), Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotion behavior therapy, *Psihologijske teme*, 19(2): 289-305.
44. MAYLAND, C. R., HARDING, A. J., PRESTON, N., PAYNE, S., (2020), Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement, *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e33-e39.
45. MAZZOLI, G. (2005a), La psicoterapia oggi: quale risorsa per individui e famiglie in difficoltà? *Il Sagittario*, 19: 143-154.
46. MORRIS, S. E., MOMENT, A., THOMAS, J. D., (2020), Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: before and after the death of a patient, *Journal of pain and symptom management*, 60(2): e70-e74.
47. NEIMEYER, R., (2012), *Techniques of grief therapy: creative practices for counselling the bereaved*, Routledge, New York & London.
48. OTANI, H., YOSHIDA, S., MORITA, T., AOYAMA, M., KIZAWA, Y., SHIMA, Y., MIYASHITA, M., (2017), Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients, *Journal of pain and symptom management*, 54(3): 273-279.

49. PAGANI, P. L. (2006), Dalla pulsione aggressiva al sentimento sociale: sulle tracce del pensiero di Adler, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 5-36.
50. PATTISON, N., (2020), End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic, *Intensive & Critical Care Nursing*, 58: 102862.
51. PRIGERSON, H. G., HOROWITZ, M. J., JACOBS, S. C., PARKES, C. M., ASLAN, M., GOODKIN, K., MACIEJEWSKI, P. K. (2009), Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11, *PLoS Med*, 6(8): e1000121.
52. ROSSI, R., SOCCI, V., TALEVI, D., MENSI, S., NIOLU, C., PACITTI, F., DI LORENZO, G. (2020), COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy, *Frontiers in psychiatry*, 11: 790.
53. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale. *Indiv. Psychol. Dos*, 1: 94-121.
54. ROVERA, G. G. (1999), La psicologia individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B., (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
55. ROVERA, G. G., FASSINO S., BRUSTOLIN, A. (2002), Psicogeriatrics, in FABRIS, F. (a cura di), *Trattato di Gerontologia e Geriatrics*, Utet, Torino.
56. SCHMIDT, R., (1991), Probleme des alters in der Therapie, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 14: 88-102.
57. SHEAR, K., SHAIR, H. (2005), Attachment, loss, and complicated grief, *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 47(3): 253-267.
58. SHEAR, M. K., GHESQUIERE, A., GLICKMAN, K. (2013), Bereavement and complicated grief, *Current psychiatry reports*, 15(11): 406.
59. SPUIJ, M., PRINZIE, P., DEKOVIC, M., VAN DEN BOUT, J., BOELEN, P., A., (2013), The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial, *Trials*, 14(1): 1-10.
60. STROEBE, M., SCHUT, H., STROEBE, W., (2007), Health outcomes of bereavement, *Lancet*, 370(9603): 1960-1973.
61. WALLACE, C. L., WLADKOWSKI, S. P., GIBSON, A., WHITE, P. (2020), Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers, *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70-e76.
62. WANG, C., PAN, R., WAN, X., TAN, Y., XU, L., HO, C. S., HO, R. C. (2020), Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China, *International journal of environmental research and public health*, 17(5): 1729.
63. WORDEN, J. W. (2018), Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner, *Springer publishing Company*.
64. WU, Z., MCGOOGAN, J. M. (2020), Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention, *Jama*, 323(13): 1239-1242.

65. XIANG, Y. T., YANG, Y., LI, W., ZHANG, L., ZHANG, Q., CHEUNG, T., NG, C. H. (2020), Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *Lancet Psychiatry*, 7(3): 228-229.

Sitografia

Istituto Superiore Sanità (ISS), 2020
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-death-Italy>

Andrea Bovero
SSD Psicologia Clinica
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Corso Bramante 88/90
I-10126 Torino
E-mail: abovero@cittadellasalute.to.it

Alessandra Loreta Cito
Corso Regio Parco 24
I-10153 Torino
E-mail: cito.alessandra@gmail.com

Chiara Tosi
Via Mongrando 19
I-10153 Torino
E-mail: chiara.tosi.88@icloud.com