

ISTITUTO TOLMAN

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

SEDE CATANIA

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

IL RUOLO DEL SENSO DI COLPA E DELL'AUTOACCUSA NEL LUTTO PROLUNGATO E NEGLI INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI: UNA RASSEGNA NARRATIVA

Dott.ssa Elisa Zocco

Anno 2026

IL RUOLO DEL SENSO DI COLPA E DELL'AUTOACCUSA NEL LUTTO PROLUNGATO E NEGLI INTERVENTI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI: UNA RASSEGNA NARRATIVA

ELISA ZOCCO

ABSTRACT

Introduzione. Il disturbo da lutto prolungato (PGD) è una condizione in cui l'intenso desiderio della persona deceduta e/o la preoccupazione per essa persistono oltre la durata minima prevista dai criteri diagnostici e compromettono il funzionamento quotidiano; è una diagnosi recente e il ruolo del senso di colpa e dell'autoaccusa nel suo mantenimento è ancora discusso. Questa rassegna narrativa si propone di esaminare quale ruolo assumano questi processi nel lutto prolungato e come vengano affrontati negli interventi cognitivo-comportamentali (CBT).

Metodi. La ricerca è stata condotta su PubMed nell'ottobre 2026; sono stati inclusi 17 contributi pubblicati tra il 2005 e il 2025, sintetizzati in modo narrativo.

Risultati. Gli studi osservazionali indicano che colpa e autoaccusa sono associate ai sintomi del lutto, ma il legame dipende dal costrutto considerato (ad esempio autoaccusa o rimpianto, colpa o vergogna) e dagli strumenti usati, molto diversi tra gli studi. Le CBT sono associate a una riduzione dei sintomi, con vantaggi di dimensione variabile rispetto ad altri trattamenti. Solo due degli studi inclusi hanno misurato la colpa in relazione a un intervento CBT.

Discussione. I dati non permettono di stabilire come la CBT agisca sulla colpa. Servono studi che la misurino con strumenti validati e condivisi prima, durante e dopo il trattamento.

Parole chiave: lutto prolungato; senso di colpa; autoaccusa; terapia cognitivo-comportamentale.

1| INTRODUZIONE

Il lutto è un'esperienza naturale: nella maggior parte dei casi la sofferenza si attenua gradualmente e la persona riesce a riadattarsi alla vita, grazie alle proprie risorse e al sostegno sociale. In una parte delle persone, però, questo decorso non avviene e la sofferenza resta intensa e invalidante nel tempo (Lundorff et al., 2017).

Il disturbo da lutto prolungato (*Prolonged Grief Disorder*, PGD) è una diagnosi recente. È stata riconosciuta come diagnosi autonoma nell'ICD-11 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e nel DSM-5-TR dell'American Psychiatric Association a partire dal 2022 (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022). In precedenza si usavano espressioni come lutto complicato (complicated grief) e disturbo da lutto complesso persistente (persistent complex bereavement disorder), che non corrispondevano esattamente alla diagnosi attuale di PGD (LaPlante et al., 2024). Entrambi i sistemi diagnostici descrivono il disturbo attraverso una risposta di lutto persistente e pervasiva, caratterizzata da un intenso desiderio della persona deceduta (yearning) e/o da una preoccupazione persistente nei suoi confronti, con pensieri o ricordi legati ad essa, associati a una sofferenza significativa e a una compromissione del funzionamento (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022). I due manuali differiscono tuttavia per alcuni aspetti dei criteri diagnostici, in particolare per il tempo minimo trascorso dalla perdita: almeno sei mesi nell'ICD-11 e dodici mesi nel DSM-5-TR per gli adulti e sei per bambini e adolescenti (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022). Per coerenza, in questo lavoro si userà l'acronimo PGD, mantenendo però il termine originale usato dagli autori nella descrizione dei singoli studi.

Le stime di prevalenza del PGD variano a seconda dei criteri e delle popolazioni. In questo contesto, Lundorff et al. (2017) hanno condotto una revisione sistematica con meta-analisi, comprendente 14 studi, con l'obiettivo di stimare la prevalenza del lutto complicato negli adulti che avevano subito una perdita per cause non violente. La prevalenza aggregata è risultata pari al 9,8% (IC 95%: 6,8–14,0%), raggiungendo l'11% dopo la correzione per il possibile bias di pubblicazione, con forte eterogeneità tra gli studi attribuibile a campioni e strumenti diversi (Lundorff et al., 2017). Stime più recenti, basate sui criteri diagnostici attuali, sono più basse: circa il 5% in campioni rappresentativi (Rosner et al., 2025). Poiché i criteri e i campioni differiscono, le stime non sono direttamente confrontabili. Il rischio sembra più alto dopo una morte improvvisa o violenta: LaPlante et al. (2024) riportano che quasi la metà delle persone in lutto dopo morti improvvise o violente sviluppa PGD.

Il quadro clinico del PGD si presenta frequentemente in concomitanza con manifestazioni psicopatologiche quali i disturbi d'ansia, la depressione maggiore e il disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Tale vulnerabilità e la persistenza della sofferenza determinano ripercussioni importanti sulla salute del paziente, tra cui un maggior rischio di condotte suicidarie, una compromissione del funzionamento quotidiano e una riduzione della qualità della vita del soggetto (Komischke-Konnerup et al., 2024; LaPlante et al., 2024). Anche se riguarda una minoranza delle persone in lutto, la sua gravità rende utile capire quali processi contribuiscano a mantenerlo.

Tra questi processi vi sono il senso di colpa e l'autoaccusa. Nelle fonti, la colpa (guilt) è definita come una reazione emotiva di rimorso, legata alla consapevolezza di non aver rispettato i propri standard

e le proprie aspettative nella relazione con il defunto o nella morte (Li et al., 2014), mentre l'autoaccusa (self-blame) è il pensiero di essere responsabili della morte o di averla causata (ad esempio «è stata colpa mia»); l'autoaccusa è spesso considerata una delle manifestazioni della colpa, insieme al rimpianto (Boelen et al., 2006; Stroebe et al., 2014).
Il senso di colpa è un'esperienza frequente dopo un lutto, con stime molto variabili, da circa il 7% a oltre il 90% e per lo più tra il 30% e il 60%, a seconda dei campioni considerati e di come viene misurata (Li et al., 2014). Nel DSM-5-TR la colpa non è tra i sintomi del PGD (Joa & Newberg, 2023), mentre nell'ICD-11 è indicata tra gli esempi di dolore emotivo (World Health Organization, 2022).

La letteratura distingue diverse manifestazioni della colpa. Stroebe et al. (2014) distinguono l'autoaccusa dal rimpianto (regret), legato a ciò che si sarebbe potuto fare diversamente; si ipotizza che l'autoaccusa sia più dannosa per l'adattamento. La colpa va inoltre distinta dalla vergogna: la colpa riguarda un comportamento specifico (ad esempio «ho fatto una cosa sbagliata»), la vergogna l'intera persona («sono una persona sbagliata») e si associa a maggiori sentimenti di inferiorità e isolamento (LeBlanc et al., 2020).

Non tutti gli studi concordano sull'effettivo peso della colpa nel lutto: la maggior parte evidenzia un'associazione con la sofferenza e i sintomi, ma alcuni studi non rilevano alcun legame significativo (Li et al., 2019). Le differenze tra gli studi possono dipendere anche da come la colpa è misurata. Come fanno notare Stroebe et al. (2014), in passato la colpa è stata spesso misurata con una singola domanda o sovrapponendo concetti diversi come l'autoaccusa e il rimpianto, senza distinguerli chiaramente. Poiché la colpa risulta associata al disagio dopo la perdita, è importante capire in che modo venga affrontata negli interventi psicoterapeutici.

Le terapie cognitivo-comportamentali (CBT) sono tra i trattamenti con maggiori evidenze per il PGD (LaPlante et al., 2024), ma non è chiaro in che misura e con quali strategie agiscano sulla colpa e sull'autoaccusa. Questa rassegna narrativa si propone quindi di rispondere alla domanda: quale ruolo assumono il senso di colpa e l'autoaccusa nel lutto prolungato e in che modo questi processi vengono affrontati negli interventi cognitivo-comportamentali? Il lavoro è organizzato in due parti, la prima sul ruolo della colpa e delle sue componenti nel lutto e la seconda sul trattamento cognitivo-comportamentale; seguono la discussione e le conclusioni.

2| METODI

La presente trattazione è una rassegna narrativa della letteratura scientifica, finalizzata ad approfondire il ruolo del senso di colpa e dell'autoaccusa nel disturbo da lutto prolungato (*Prolonged Grief Disorder*, PGD) e in che modo questi processi vengono affrontati negli interventi psicoterapeutici di matrice cognitivo-comportamentale (CBT).

2.1| Strategia di ricerca bibliografica

La ricerca bibliografica è stata condotta sulla banca dati PubMed, senza limiti temporali di pubblicazione, nel mese di ottobre 2026. La selezione delle fonti è avvenuta mediante la combinazione di parole chiave relative al lutto prolungato, al senso di colpa e all'autoaccusa (*grief, bereavement, prolonged grief, complicated grief, guilt, self-blame*) e agli interventi psicoterapeutici di matrice cognitivo-comportamentale (*cognitive behavioral therapy, cognitive restructuring*). La ricerca è stata integrata dalla consultazione delle bibliografie degli articoli reperiti.

2.2| Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi studi empirici quantitativi (trial clinici randomizzati controllati, studi osservazionali e analisi di mediazione su dati di trial), meta-analisi, revisioni della letteratura e modelli teorici, pubblicati in riviste peer-reviewed in lingua inglese e condotti su campioni di popolazione adulta. Sono stati esclusi gli studi su fasi precedenti la morte (per esempio caregiving e assistenza palliativa), su forme di lutto non legate alla morte di una persona cara (per esempio lutto ecologico) e su popolazioni con diagnosi primaria di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) non legato a eventi di perdita.

Il corpus finale comprende 17 contributi, pubblicati tra il 2005 e il 2025. Sono stati inoltre consultati i manuali diagnostici ufficiali (DSM-5-TR e ICD-11) come riferimenti di inquadramento.

2.3| Sintesi dei dati e limiti

I dati sono stati sintetizzati in forma narrativa e tematica.

La ricerca non è esaustiva, la selezione è stata effettuata da un solo revisore e non è stata condotta una valutazione formale della qualità degli studi. Non si può escludere che altri studi pertinenti non siano stati inclusi.

3| RISULTATI

I contributi inclusi sono presentati in due parti: la prima riguarda il ruolo della colpa e dell'autoaccusa nel lutto, la seconda il trattamento cognitivo-comportamentale.

3.1| La colpa e l'autoaccusa nel lutto

La colpa risulta associata ai sintomi del lutto in alcuni studi, ma il legame dipende dal tipo di colpa considerato e dall'esito osservato. In uno studio longitudinale su 60 coniugi vedovi seguiti per due anni, autoaccusa e rimpianto erano misurati con 10 item del Tübingen Bereavement Symptoms Questionnaire; l'autoaccusa era associata a un livello iniziale di lutto più elevato e a un calo più lento nel tempo, ma non alla depressione, mentre il rimpianto non era associato né al lutto né alla depressione. Lutto e depressione diminuivano nei due anni, mentre autoaccusa e rimpianto restavano stabili; gli autori sottolineano l'importanza di studiare separatamente le diverse manifestazioni della colpa (Stroebe et al., 2014). In un campione più ampio di 1.358 adulti cinesi in lutto per un parente di primo grado, di cui 194 ricontattati dopo un anno, una maggiore colpa, misurata con un questionario di 14 item (Bereavement Guilt Scale), si accompagnava a più sintomi di lutto complicato e di depressione e prediceva entrambi a distanza di un anno, con un legame più stretto con il lutto complicato (Li et al., 2019). I campioni, le misure e gli esiti sono diversi e gli studi sono osservazionali. Gli stessi autori segnalano limiti di generalizzabilità, legati al campione ridotto e al basso tasso di risposta nel primo studio (Stroebe et al., 2014) e al campione interamente cinese nel secondo (Li et al., 2019).

Distinguere la colpa dalla vergogna aggiunge un elemento all'interpretazione di questi legami. In uno studio trasversale su 92 adulti che avevano perso un familiare da almeno un anno, venivano misurate colpa, vergogna e orgoglio riferiti alla morte con una versione modificata di una scala di 15 item (State Shame and Guilt Scale). Sia la colpa sia la vergogna risultavano associate a più sintomi di lutto complicato e di depressione (LeBlanc et al., 2020). Considerando insieme le due emozioni, solo la vergogna restava associata ai sintomi. Inoltre, la colpa era associata ai sintomi quando la vergogna era bassa, ma non quando era medio-alta; gli autori ritengono questo risultato inatteso, perché la colpa senza vergogna è di solito considerata una reazione adattiva. Tra i limiti gli autori indicano il disegno trasversale, che non permette di stabilire relazioni causali, il campione piccolo e la modifica della scala rispetto alla versione originale (LeBlanc et al., 2020).

I meccanismi attraverso cui la colpa potrebbe contribuire al lutto prolungato restano poco chiari. Una scoping review sulla neuropsicologia della colpa e del lutto ha rilevato che la colpa è menzionata in modo diffuso, ma che gli studi sui meccanismi che la collegano allo sviluppo del PGD sono pochi e che non c'è consenso su se e come sia associata ad esso. Gli autori sottolineano che occorre specificare di quale aspetto della colpa si tratta, perché può essere adattiva (spinge a riparare, a empatizzare, a cercare aiuto) o disadattiva (porta a evitamento, fissazione, disturbi dell'umore) (Joa & Newberg, 2023). Un contributo empirico recente propone la ruminazione come possibile meccanismo: in 141 adulti valutati a 3–6 mesi e a 9–12 mesi dalla perdita, la colpa e le questioni in sospeso (unfinished business), rilevati alla prima misurazione, non erano associati direttamente ai sintomi successivi di PGD, ma lo erano indirettamente attraverso la ruminazione (Albuquerque et al.,

2025). Gli autori segnalano come limiti la misura della colpa con un solo item e delle questioni in sospeso con due, creati da loro, un campione in prevalenza femminile e molto istruito, lutti avvenuti durante la pandemia di COVID-19, che può aver influenzato l'esperienza del lutto, e modelli che non permettono di stabilire relazioni causali (Albuquerque et al., 2025). Nel complesso, gli studi sulla colpa sono in gran parte osservazionali e per questo non permettono di stabilirne il ruolo causale rispetto al lutto e al PGD. Inoltre, la colpa è stata misurata in modi molto diversi, da un singolo item a questionari di 14 item, e con costrutti diversi (autoaccusa, rimpianto, colpa, vergogna), il che rende difficile confrontare i risultati (Albuquerque et al., 2025; LeBlanc et al., 2020; Li et al., 2019; Stroebe et al., 2014).

3.2| Il trattamento cognitivo-comportamentale

Un modello cognitivo-comportamentale del lutto complicato (*Complicated Grief*, CG), termine usato nell'articolo e oggi sostituito da disturbo da lutto prolungato (PGD), è stato proposto da Boelen et al. (2006). Secondo il modello, i sintomi diventano intensi e persistenti per l'interazione di tre processi collegati tra loro: un'integrazione insufficiente della perdita nelle conoscenze autobiografiche della persona, convinzioni negative globali e interpretazioni catastrofiche delle reazioni di lutto, e strategie di evitamento, di tipo ansioso e depressivo (Boelen et al., 2006). Nel modello, l'autoaccusa non è uno dei tre processi centrali: i pensieri di autoaccusa (ad esempio «è stata colpa mia») sono considerati rilevanti, ma si ritiene che portino soprattutto a sentimenti di colpa, più che a produrre direttamente i sintomi (Boelen et al., 2006). A ciascun processo corrisponde una componente dell'intervento: l'esposizione, per ridurre l'evitamento ansioso e favorire l'integrazione del ricordo; la ristrutturazione cognitiva, per modificare le cognizioni disfunzionali; l'attivazione comportamentale, per ridurre l'evitamento depressivo (Komischke-Konnerup et al., 2024).

Tre studi randomizzati controllati hanno confrontato una terapia per il lutto di impronta cognitivo-comportamentale con altri tipi di trattamento. Shear et al. (2005) hanno assegnato 95 adulti con lutto complicato a una terapia specifica per il lutto, che adattava la psicoterapia interpersonale con tecniche cognitivo-comportamentali (CGT), oppure alla sola psicoterapia interpersonale (IPT), per un totale di 16 sedute in circa 19 settimane. La percentuale di risposta clinica è stata del 51% nel primo gruppo e del 28% nel secondo (Shear et al., 2005). Bryant et al. (2024) hanno confrontato, in 100 adulti con PGD, una CBT centrata sul lutto (GF-CBT) con una terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT). Subito dopo il trattamento non c'era differenza tra i gruppi, mentre a 6 mesi la riduzione dei sintomi è stata maggiore nel gruppo GF-CBT (differenza di 7,1 punti alla scala PG-13; effetto di circa 0,8) (Bryant et al., 2024). Rosner et al. (2025) hanno confrontato, in 212 adulti con PGD, una CBT per il lutto prolungato (PG-CBT) con una terapia centrata sul presente (PCT), con circa 20 sedute in circa 6 mesi. Dopo il trattamento il gruppo PG-CBT ha mostrato una riduzione maggiore ($d = 0,31$), mentre a 12 mesi la differenza sull'esito primario non è risultata significativa, anche se il gruppo PG-CBT presentava meno sintomi depressivi e generali (Rosner et al., 2025). I vantaggi della CBT sono stati presenti ma di dimensione variabile e non sempre mantenuti nel tempo. I tre campioni erano composti in prevalenza da donne (circa l'87% in Bryant, l'82% in Rosner, 83 su 95 in Shear), e in nessuno dei tre studi era previsto un gruppo senza trattamento.

Secondo la meta-analisi di Komischke-Konnerup et al. (2024), condotta su 22 studi randomizzati controllati (RCT), per un totale di 2.602 adulti in lutto, le CBT sono risultate associate a una riduzione dei sintomi del lutto prolungato con un effetto medio dopo il trattamento (g = 0,65) e un effetto ampio al follow-up (g = 0,90, calcolato solo su 7 studi). Gli autori valutano come moderata la qualità complessiva delle prove, perché i risultati degli studi erano molto diversi tra loro (eterogeneità) e non si riusciva a spiegare queste differenze. Hanno inoltre segnalato possibili effetti legati agli studi con campioni di ridotta numerosità: con la correzione statistica l'effetto è diminuito (g = 0,39) ma è comunque rimasto significativo. La presenza di esposizione, ristrutturazione cognitiva o attivazione comportamentale non è risultata un moderatore significativo, quindi i dati non permettono di dire quale componente contribuisca di più (Komischke-Konnerup et al., 2024). Su questo punto si concentra lo studio di Boelen et al. (2007), con 54 partecipanti adulti con livelli clinicamente significativi di lutto complicato, divisi in tre gruppi: 6 sessioni di ristrutturazione cognitiva seguite da 6 di esposizione, 6 sessioni di esposizione seguite da 6 di ristrutturazione e un ultimo gruppo con 12 sessioni di counseling di sostegno, senza esposizione né lavoro sulle cognizioni. I due gruppi CBT hanno mostrato un miglioramento superiore al counseling; in particolare, l'ordine esposizione e poi ristrutturazione è risultato complessivamente più efficace dell'ordine inverso, e l'esposizione da sola è stata più efficace della sola ristrutturazione. Gli autori però descrivono i risultati come preliminari, per il campione ridotto, e non traggono conclusioni sull'importanza relativa di cognizioni ed evitamento (Boelen et al., 2007). Infine, LaPlante et al. (2024) riportano che, anche negli studi di CBT con esito positivo, una quota compresa tra il 47% e il 56% delle persone presentava ancora sintomi clinicamente rilevanti dopo l'intervento.

Due analisi secondarie di trial randomizzati hanno esaminato quali cambiamenti possano spiegare il miglioramento osservato con la terapia per il lutto. Glickman et al. (2017) hanno riesaminato i dati di 69 persone che avevano completato il trattamento nello studio di Shear et al. (2005). Hanno considerato tre possibili mediatori: la colpa e l'autoaccusa legate alla morte, i pensieri negativi sul futuro e l'evitamento. Tutte e tre le variabili risultavano associate al miglioramento dei sintomi del lutto e della compromissione, ma la riduzione della colpa e dell'autoaccusa, misurata con tre domande tratte dalla Structured Clinical Interview for Complicated Grief (SCI-CG), non era associata alla risposta clinica complessiva. La riduzione dell'evitamento è risultata il mediatore più solido: era l'unico che restava associato agli esiti clinici quando i tre mediatori venivano considerati insieme, mentre la colpa e l'autoaccusa non sono emerse come mediatore indipendente (Glickman et al., 2017). Lechner-Meichsner et al. (2022) hanno svolto un'analisi simile su 131 adulti di almeno 50 anni con lutto prolungato, trattati per 16 sessioni con la terapia per il lutto complicato (CGT) o con la psicoterapia interpersonale (IPT). La riduzione dell'evitamento e quella delle convinzioni negative legate al lutto sono risultate compatibili con un ruolo di mediazione sull'esito, e questo ruolo non differiva in modo significativo tra i due trattamenti (Lechner-Meichsner et al., 2022). Entrambi gli studi hanno però dei limiti. Si tratta di analisi secondarie con misure ripetute in pochi momenti, e non è stato possibile stabilire con certezza che i mediatori siano cambiati prima degli esiti clinici (Glickman et al., 2017; Lechner-Meichsner et al., 2022). Per questo i risultati indicano associazioni statistiche, non relazioni causali.

Tra gli studi inclusi nella rassegna, solo due hanno misurato la colpa in relazione a un intervento cognitivo-comportamentale: Glickman et al. (2017), già descritto, e de Groot et al. (2007). Quest'ultimo è un trial randomizzato a cluster, cioè con assegnazione per famiglia, con finalità di prevenzione del lutto complicato. Ha coinvolto 122 familiari di primo grado e coniugi di 70 persone morte per suicidio. L'intervento consisteva in quattro incontri domiciliari di consulenza cognitivo-comportamentale tra il terzo e il sesto mese dopo la morte; il gruppo di controllo riceveva cure di assistenza standard. Dopo 13 mesi il programma non era associato a una riduzione del lutto complicato rispetto al gruppo di controllo, che era l'esito principale. Tra gli esiti secondari, le convinzioni di essere responsabili della morte, misurate con tre domande costruite dagli autori (tra cui «mi sento in colpa»), sono risultate meno frequenti nel gruppo che aveva ricevuto l'intervento (OR = 0,18), ma questo dato è emerso dopo la correzione per le differenze iniziali tra i gruppi: nei dati non corretti la differenza era al limite della significatività (de Groot et al., 2007). La colpa è stata misurata raramente come esito o mediatore degli interventi cognitivo-comportamentali, e dove lo è stata gli strumenti erano brevi (de Groot et al., 2007; Glickman et al., 2017). Nel complesso, questi studi offrono poche informazioni su come tali interventi agiscano sulla colpa.

4| DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Gli studi inclusi suggeriscono che il senso di colpa e l'autoaccusa sono associati ai sintomi del lutto prolungato, ma non permettono di stabilire con precisione quale ruolo svolgano (Li et al., 2019; Stroebe et al., 2014). I meccanismi proposti per spiegare questo legame, come le questioni rimaste in sospeso e la ruminazione, restano per ora ipotesi da verificare (Albuquerque et al., 2025; Joa & Newberg, 2023). Per quanto riguarda il trattamento, gli interventi cognitivo-comportamentali sono associati a una riduzione dei sintomi del lutto prolungato (Komischke-Konnerup et al., 2024), anche se i vantaggi rispetto ad altri trattamenti sono variabili (Bryant et al., 2024; Rosner et al., 2025). Tuttavia, la colpa è stata misurata raramente come esito o come possibile meccanismo di cambiamento, e questo limita ciò che si può dire sul suo trattamento (de Groot et al., 2007; Glickman et al., 2017).

Le fonti esaminate non sempre concordano su come interpretare la colpa e l'autoaccusa. Nel modello di Boelen et al. (2006) l'autoaccusa è una convinzione che tende a generare sentimenti di colpa, ma non è tra i tre processi centrali del lutto complicato, mentre Stroebe et al. (2014) hanno riscontrato un'associazione dell'autoaccusa con i sintomi di lutto e con il loro andamento nel tempo. Le fonti inoltre studiano costrutti diversi, come l'autoaccusa, il rimpianto, la colpa e la vergogna, con strumenti che non coincidono, e questo può portare a risultati difficili da confrontare (LeBlanc et al., 2020; Stroebe et al., 2014). Joa & Newberg (2023) sottolineano che occorre specificare quale aspetto della colpa si considera, perché può avere effetti adattivi o disadattivi. Anche i termini e i criteri diagnostici sono cambiati nel tempo (American Psychiatric Association, 2022; **LaPlante et al., 2024**; World Health Organization, 2022).

Gli studi inclusi non permettono di stabilire come gli interventi cognitivo-comportamentali agiscano sulla colpa; due di essi forniscono però alcune indicazioni. Nello studio di Glickman et al. (2017) la riduzione della colpa e dell'autoaccusa era associata al miglioramento dei sintomi, ma non alla risposta clinica complessiva, e non è emersa come mediatore indipendente, mentre la riduzione dell'evitamento è risultata il mediatore più solido. Nello studio di prevenzione di de Groot et al. (2007) le convinzioni di essere responsabili della morte erano meno frequenti nel gruppo di intervento, ma solo dopo la correzione per le differenze iniziali. Nel complesso, non si può escludere che la CBT agisca sulla colpa anche attraverso la ristrutturazione delle convinzioni di autoaccusa, ma i dati disponibili sono limitati e non permettono di confermarlo.

Alla luce degli studi esaminati, alcune indicazioni cliniche possono essere avanzate solo con molta cautela. Potrebbe essere utile esplorare la colpa e l'autoaccusa già nella fase di valutazione iniziale, dato che, secondo Boelen et al. (2006), i pensieri di autoaccusa portano soprattutto a sentimenti di colpa, che potrebbero quindi indicare pensieri su cui lavorare. Gli studi di mediazione suggeriscono inoltre che l'evitamento di situazioni ed emozioni legate alla perdita potrebbe essere un bersaglio promettente, anche se questi dati non permettono di stabilire una relazione causale (Glickman et al., 2017; Lechner-Meichsner et al., 2022). Infine, negli studi di CBT con esito positivo il 47–56% delle persone presentava ancora sintomi clinicamente rilevanti dopo l'intervento (LaPlante et al., 2024). Per alcune persone il trattamento potrebbe quindi non essere sufficiente, e potrebbe essere utile monitorare l'andamento anche dopo la sua conclusione.

Questo lavoro ha alcuni limiti. Si tratta di una rassegna narrativa, condotta da una sola persona e senza una valutazione formale della qualità degli studi, quindi alcune fonti rilevanti potrebbero non essere state incluse. In particolare, altri studi non inclusi potrebbero aver misurato la colpa in relazione a interventi cognitivo-comportamentali. La ricerca è stata inoltre limitata a una sola banca dati (PubMed) e ad articoli in lingua inglese su campioni adulti. Diversi degli studi inclusi provengono dagli stessi gruppi di ricerca e hanno utilizzato dati e modelli collegati tra loro (Boelen et al., 2006; Boelen et al., 2007; Glickman et al., 2017; Li et al., 2019; Shear et al., 2005; Stroebe et al., 2014). Gli studi inclusi presentano a loro volta alcune limitazioni. I campioni erano composti in prevalenza da donne, e questo può rendere meno certa la generalizzazione dei risultati agli uomini (Bryant et al., 2024; Rosner et al., 2025; Shear et al., 2005). Nei tre trial confrontati con altri tipi di trattamento non era previsto un gruppo senza trattamento (Bryant et al., 2024; Rosner et al., 2025; Shear et al., 2005). Inoltre, gli studi sul ruolo della colpa sono in gran parte osservazionali, mentre quelli sul trattamento sono per lo più trial randomizzati, e questa differenza di disegno rende difficile collegare direttamente le due parti della domanda di ricerca (Komischke-Konnerup et al., 2024; LeBlanc et al., 2020; Li et al., 2019; Stroebe et al., 2014). La colpa è stata misurata in relazione a un intervento solo in due studi tra quelli inclusi, con strumenti brevi o costruiti dagli autori, e questo limita il peso delle conclusioni su questo punto (de Groot et al., 2007; Glickman et al., 2017). Le conclusioni di questo lavoro vanno quindi lette con cautela.

Gli studi futuri potrebbero misurare la colpa con strumenti validati e condivisi prima, durante e dopo la terapia, così da valutare se e come cambia con il trattamento (de Groot et al., 2007; Glickman et al., 2017). Sarebbe inoltre utile adottare criteri diagnostici condivisi e strumenti validati a livello internazionale (ad esempio la PG-13-R), come suggerito da LaPlante et al. (2024), per rendere gli studi più confrontabili. Andrebbe inoltre verificato se la riduzione della colpa e dell'autoaccusa agisca come mediatore del miglioramento, raccogliendo più misurazioni nel tempo per chiarire quale cambiamento preceda l'altro (Glickman et al., 2017; Lechner-Meichsner et al., 2022). Un altro aspetto da approfondire riguarda i diversi tipi di colpa, come l'autoaccusa e il rimpianto, e la loro relazione con i sintomi e con la risposta al trattamento (LeBlanc et al., 2020; Stroebe et al., 2014).

In conclusione, la colpa e l'autoaccusa risultano associate al lutto prolungato, ma il loro ruolo come meccanismo resta poco chiaro. Gli interventi cognitivo-comportamentali sono associati a una riduzione dei sintomi, mentre il loro effetto specifico sulla colpa rimane da chiarire.

5| BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, S., Barbas Pereira, B., Coelho, A., & Pinto, R. (2025). Guilt and unfinished business in bereavement: Rumination as a pathway to prolonged grief and trauma. *Journal of Clinical Medicine, 14*(23), Article 8582. https://doi.org/10.3390/jcm14238582

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

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

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(2), 109–128. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x

Bryant, R. A., Azevedo, S., Yadav, S., Cahill, C., Kenny, L., Maccallum, F., Tran, J., Choi-Christou, J., Rawson, N., Tockar, J., Garber, B., Keyan, D., & Dawson, K. S. (2024). Cognitive behavior therapy vs mindfulness in treatment of prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 81*(7), 646–654. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0432

de Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomised controlled trial. *BMJ, 334*(7601), 994. https://doi.org/10.1136/bmj.39161.457431.55

Glickman, K., Shear, M. K., & Wall, M. M. (2017). Mediators of outcome in complicated grief treatment. *Journal of Clinical Psychology, 73*(7), 817–828. https://doi.org/10.1002/jclp.22384

Joa, B., & Newberg, A. B. (2023). Neuropsychological comparison of guilt and grief: A review of guilt aspects in prolonged grief disorder. *OMEGA—Journal of Death and Dying, 87*(2), 591–613. https://doi.org/10.1177/00302228211024111

Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Marello, M. M., & O'Connor, M. (2024). Grief-focused cognitive behavioral therapies for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 92*(4), 236–248. https://doi.org/10.1037/ccp0000884

LaPlante, C. D., Hardt, M. M., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2024). State of the science: Psychotherapeutic interventions for prolonged grief disorder. *Behavior Therapy, 55*(6), 1303–1317. https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.07.002

LeBlanc, N. J., Toner, E. R., O'Day, E. B., Moore, C. W., Marques, L., Robinaugh, D. J., & McNally, R. J. (2020). Shame, guilt, and pride after loss: Exploring the relationship between moral emotions

and psychopathology in bereaved adults. *Journal of Affective Disorders, 263*, 405–412. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.164

Lechner-Meichsner, F., Mauro, C., Skritskaya, N. A., & Shear, M. K. (2022). Change in avoidance and negative grief-related cognitions mediates treatment outcome in older adults with prolonged grief disorder. *Psychotherapy Research, 32*(1), 91–103. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1909769

Li, J., Stroebe, M., Chan, C. L. W., & Chow, A. Y. M. (2014). Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death Studies, 38*(3), 165–171. https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738770

Li, J., Tendeiro, J. N., & Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology, 54*(4), 454–461. https://doi.org/10.1002/ijop.12483

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. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030

Rosner, R., Rau, J., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., Rummel, A.-M., Vogel, A., & Comtesse, H. (2025). Grief-specific cognitive behavioral therapy vs present-centered therapy: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 82*(2), 109–117. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.3409

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F., III. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA, 293*(21), 2601–2608. https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601

Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss. *PLOS ONE, 9*(5), Article e96606. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096606

World Health Organization. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th rev.). https://icd.who.int/