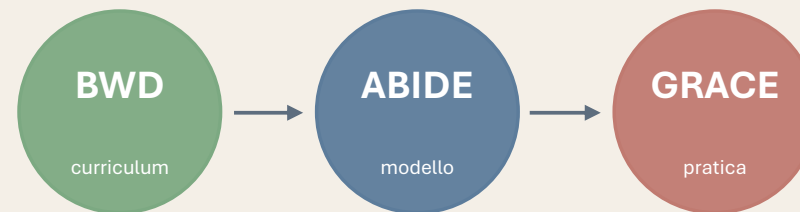


# Joan Halifax come cornice per il lutto vicario

BWD · ABIDE · GRACE

## Dal “saper stare” con il morire al sostegno del professionista esposto ripetutamente a perdita, impotenza e separazione.

Orientamento per l'intervento: “Mindfulness e compassione nel lutto vicario nelle professioni di aiuto”



# Perché Halifax è utile per il lutto vicario

Non sostituisce la clinica del PGD: aggiunge una grammatica della presenza del professionista.

## Il problema

Il professionista incontra ripetutamente: morte, lutto dei familiari, impotenza, limiti della cura, decisioni etiche, pressione istituzionale.

Il rischio non è solo “stress”: è perdita di contatto, evitamento, anestesia o ipercoinvolgimento.

## La proposta Halifax

Allenare attenzione, stabilità affettiva, intenzione, discernimento e azione etica.

La compassione non è solo sentimento: è una competenza relazionale incarnata.

## Il ponte con il lutto vicario

Il clinico non “cura” solo il lutto altrui: deve riconoscere cosa accade in sé mentre accompagna perdita e morire.

La formazione diventa capacità di restare senza colludere, fuggire o irrigidirsi.

# BWD, ABIDE, GRACE: tre livelli, non tre sinonimi



**Applicazione al lutto vicario: BWD offre la cornice formativa; ABIDE chiarisce che cosa allenare nel professionista; GRACE dà una sequenza breve per non perdere presenza nel contatto con morte, dolore e famiglia.**

# A.B.I.D.E.: la compassione come processo emergente

Nel modello di Halifax, la compassione non è una singola emozione: emerge dall'interazione tra attenzione, equilibrio affettivo, intenzione/insight, discernimento e azione incarnata.



**Nel lutto vicario: ABIDE aiuta a distinguere compassione da ipercoinvolgimento, evitamento, prestazione o “salvataggio”.**

# GRACE: una micro-sequenza per non perdersi nell'incontro



**Uso nel lutto vicario: prima di entrare nella stanza, durante una comunicazione difficile, dopo la morte di un paziente, o quando il clinico sente urgenza di “fare qualcosa”.**

# Halifax e GF-CBT per PGD: punti di contatto, differenze

## GF-CBT / PGD

Target: pazienti con disturbo da lutto prolungato.

Lavora su evitamento, memorie dolorose, appraisals disfunzionali, ruminazione, nuovi significati e obiettivi futuri.

Può includere revisiting / esposizione immaginativa, lettere, conversazione immaginaria, behavioural activation.

## Halifax / BWD

Target: professionisti nel fine vita.

Allena stabilità, presenza, compassione, discernimento, capacità di stare con morte e sofferenza senza collassare né irrigidirsi.

Include pratiche contemplative, death reflection, role-play, council, comunicazione compassionevole.

## Ponte per il lutto vicario

Entrambi riconoscono che evitamento e ruminazione mantengono sofferenza.

La differenza: nella formazione del professionista non si “tratta” il lutto personale; si allena la capacità di riconoscere il proprio limite e chiedere supporto quando emerge materiale clinicamente rilevante.

# Dalla “mappa” al “territorio”: implicazioni formative

Per il personale sanitario e per gli psicoterapeuti, la formazione sul lutto non può essere solo frontale: deve includere esperienze brevi, titolate, reversibili e integrate.

1

## Contatto graduato

morte, perdita e limite non vengono evitati, ma dosati

2

## Agency e soglie

possibilità reale di fermarsi, restare osservatori, non condividere

3

## Ritorno al corpo

respiro, grounding, orientamento, bisogno immediato

4

## Confine formativo

se emerge lutto personale complesso: indicazione a psicoterapia/supervisione

***Formula utile: “Non portare tutti nella tempesta; insegnare a galleggiare, riconoscere le correnti e chiedere aiuto prima di perdersi.”***

# Sintesi per il tuo intervento

**BWD** ——— la formazione al fine vita deve includere il professionista, non solo il paziente

**ABIDE** ——— la compassione richiede attenzione, equilibrio, intenzione, discernimento e incarnazione

**GRACE** ——— nell'incontro clinico serve una micro-pratica per restare presenti e chiudere senza portarsi via tutto

**Lutto vicario** ——— non è solo “stress”: è il modo in cui la perdita attraversa il clinico e l'équipe

*Possibile chiusura: non basta conoscere la mappa del lutto; serve avere attraversato abbastanza territorio interno da non perdere presenza quando il dolore dell'altro diventa reale.*