

# **Mindfulness e compassione nel lutto vicario nelle professioni di aiuto**

---

Nascere e Morire: confini e continuità dell'esperienza umana  
Ordine degli Psicologi della Toscana · 8 maggio 2026

**Silvia Bianchi**  
**Psicologa e Psicoterapeuta**

# Una tesi semplice

Il lutto vicario non è solo “stanchezza”: è contatto ripetuto con assenza, impotenza e limite.

**Dal “fare qualcosa”  
al “restare presenti”  
senza assorbire tutto**

**Non basta sapere cosa dire: serve sapere come stare.**

Il professionista incontra lutti propri, altrui e istituzionali.

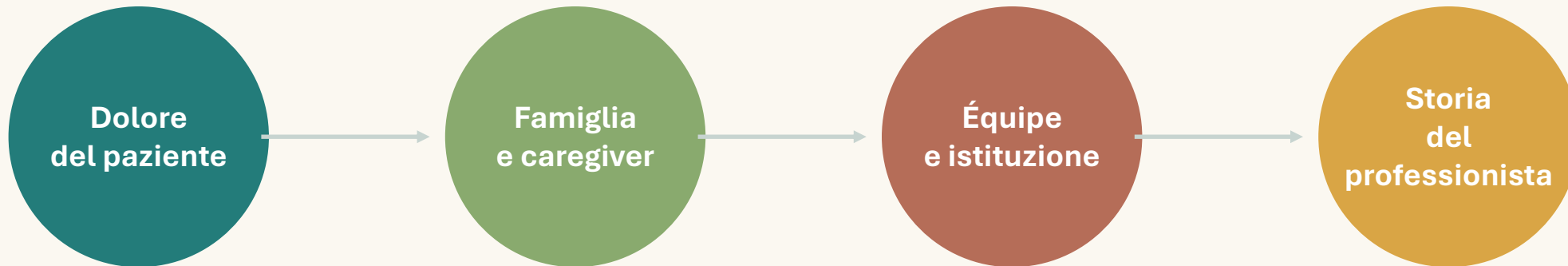
La teoria orienta, ma il corpo e la relazione rivelano dove siamo davvero.

Mindfulness e compassione allenano presenza, discernimento e confini.

# Che cosa chiamo lutto vicario

Una definizione operativa per le professioni di aiuto.

**Esposizione ripetuta al dolore della perdita altrui, che può lasciare tracce nel professionista: corporee, emotive, relazionali, etiche e spirituali.**



Il lutto vicario non coincide automaticamente con burnout, compassion fatigue o trauma secondario: può sovrapporsi, ma nomina il contatto con perdita e assenza.

# Perché il tema riguarda il terapeuta

Nelle cure palliative e nel fine vita la perdita non è episodica: è parte del campo di lavoro.

**Il professionista non è fuori dal processo: è attraversato dal processo.**

Può accompagnare pazienti, famiglie e équipe nello stesso arco temporale.  
Può incontrare morti ravvicinate, impotenza clinica, conflitti familiari e scelte etiche.  
Può continuare a “funzionare” mentre accumula lutti non nominati.

## Domanda guida

**Che cosa consente al professionista di restare umano, presente e utile senza negare il proprio limite?**

# Il lutto prolungato: cosa ci insegna la CBT

Non per applicare il protocollo al professionista, ma per capire alcuni meccanismi.

**Nei modelli GF-CBT / PGDT il lutto persistente è mantenuto da un'interazione dinamica fra:**

**PGD**  
**≠**  
**lutto vicario**

memorie dolorose  
valutazioni maladattive  
evitamento dei ricordi e dei segnali di perdita  
difficoltà a ri-orientare significato, legami e futuro

**La lezione trasferibile**

**L'evitamento protegge nel breve; se diventa rigido, può restringere vita, relazione e presenza clinica.**

# Che cosa fanno i protocolli grief-focused CBT

Passato e futuro non sono fasi opposte: oscillano e si integrano.



**Nel PGD il reliving non mira solo all'abituazione, ma a ridurre evitamento, aumentare controllo percepito e integrare la realtà della perdita.**

# Mindfulness nel protocollo CBT per PGD?

Non è il nucleo classico, ma può essere usata in modo mirato.

**Nel GF-CBT il cuore è: memorie, evitamento, appraisal, legami e futuro. La mindfulness compare soprattutto come strategia per ruminazione, defusione e regolazione.**

Non sostituisce l'elaborazione della perdita.

Può aiutare a non fondersi con pensieri controfattuali: “se solo...”.

Può sostenere la finestra di tolleranza durante il contatto con ricordi dolorosi.

Nel lavoro formativo, diventa base di presenza e discernimento.

# Lettere, dialoghi, continuing bonds

Una convergenza fra CBT del lutto e pratiche formative esperienziali.

## Nel lavoro sul lutto possono servire a:

dare parola al non detto  
riconoscere ambivalenza, rabbia, colpa e amore  
trasformare il legame da presenza fisica a  
legame simbolico  
ri-orientare memoria e identità futura



**Non “lasciare andare”  
ma cambiare forma  
del legame**

# Being with Dying: una cornice contemplativa

Formare professionisti del fine vita significa trasformare anche il clinico/caregiver.

**Programma professionale di Joan Halifax per la  
compassionate end-of-life care:**

## BWD

**Being  
with  
Dying**

pratiche contemplative quotidiane  
mindfulness, body scan, yoga, pratiche sul corpo  
morte personale, morte dei pazienti, lutto e resilienza  
role play, council, comunicazione compassionevole  
etica, valori, discernimento e cura del clinico

**La formazione non riguarda solo “cosa fare”, ma  
“come essere” con sofferenza e morte.**

# Il modello G.R.A.C.E.

Una micro-sequenza per l'incontro clinico compassionevole.



**Gather attention**

**Recall intention**

**Attune**

**Consider**

**Engage / End**

radicarsi e raccogliere attenzione

ricordare perché sono qui

sintonizzarsi con sé e con l'altro

discernere cosa serve davvero

agire eticamente e concludere

**Nel lutto vicario è decisiva anche la fase finale: riconoscere il proprio lavoro, lasciar andare l'incontro, non portare via tutto nel corpo.**

# Dove si incontrano CBT del lutto e mindfulness/compassione

Meccanismi comuni, cornici diverse.

**GF-CBT / PGDT**  
memorie, appraisal,  
evitamento, futuro

**Mindfulness**  
regolazione, defusione,  
presenza

**Compassione**  
sofferenza + cura +  
azione etica

**Per il professionista: incontrare la perdita senza evitare, senza fondersi e senza trasformare il dolore altrui in identità personale.**

# Visualizzazioni: quando aiutano, quando sono troppo

Il punto non è evitare il mare: è insegnare a nuotare per gradi.

## Contatto

respiro, corpo, impermanenza, limite

## Approfondimento

figure, perdita, emozioni, non detto

## Integrazione

bisogno attuale, corpo, parola breve, azione regolativa

**Nei gruppi formativi: libertà di non partecipare, uscite frequenti, nessuna “chiusura” forzata, possibilità di invio a terapia personale se emerge lutto complicato.**

# Il terapeuta come “territorio”

La mappa è necessaria, ma non sostituisce l’esperienza del cammino.

## Mappa

protocolli  
linee guida  
dati scientifici  
formulazioni



## Territorio

corpo  
silenzio  
non sapere  
limite



## Presenza clinica

stare con l’altro  
senza invaderlo  
senza fuggire

**Il paziente non incontra solo tecniche: incontra anche il sistema nervoso, i limiti e la libertà interna del professionista.**

# Segnali di lutto vicario nel professionista

Non solo “sono stanco”: guardare le forme dell’evitamento e dell’ipercoinvolgimento.

accelerare, spiegare, riempire il silenzio  
evitare certi pazienti, famiglie o temi  
sentirsi indispensabili, colpevoli o “mai  
abbastanza”  
portare a casa immagini, frasi, corpi, decisioni  
perdere contatto con piacere, corpo, riposo e  
confini

La domanda non è:

**“Sono forte  
abbastanza?”**

ma:

**“Cosa accade in me  
mentre accompagno?”**

# Una micro-pratica in aula

Breve, non terapeutica, orientata alla presenza.

## 3 minuti

Piedi, respiro, contatto con la sedia.

Portare alla mente non una scena personale, ma una parola: “perdita”.

Notare dove risuona nel corpo, senza entrare nella storia.

Chiedere: “di cosa ho bisogno ora per restare presente?”.

Rientro: orientamento visivo nella stanza.

**In formazione non serve “aprire tutto”: serve imparare a riconoscere l’attivazione prima che diventi automatismo.**

**Opzione sempre valida:  
restare solo sul respiro.**

# Compassione: non assorbire, non chiudere

La compassione matura unisce sensibilità e discernimento.



**Senza regolazione, la sensibilità diventa distress. Senza sensibilità, la tecnica diventa difesa.**

# Formazione frontale: limite e possibilità

Una lezione non forma la presenza, ma può aprire una crepa utile.

**Non una  
vetrina,  
ma una soglia.**

## Cosa NON può fare

sostituire psicoterapia personale o supervisione  
creare competenza incarnata in poche ore  
garantire che il professionista sappia stare nel dolore

## Cosa PUÒ fare

dare cornici e parole  
legittimare la vulnerabilità del professionista  
indicare segnali di rischio e vie di cura  
orientare verso pratiche, supervisione e lavoro personale

# Tre messaggi da lasciare

Sintesi finale per le professioni di aiuto.

**1. Il lutto del professionista va nominato, non patologizzato.**

**2. Mindfulness e compassione allenano il modo di stare: corpo, silenzio, limite, confine.**

**3. La formazione alla morte deve essere esperienziale e graduale: abbastanza vera da orientare, abbastanza sicura da non invadere.**

**Presenza non significa portare tutto.  
Significa restare in relazione senza perdere sé.**

# Riferimenti essenziali

Selezione minima per le slide e per eventuale bibliografia ECM.

**Maccallum F., Dawson K., Azevedo S., Bryant R.A. (2025).** Challenges in Grief-Focused Cognitive Behavior Therapy for Prolonged Grief Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 32(1), 18–28.

**Shear M.K. et al. (2005; 2016).** Trials on complicated/prolonged grief treatment and optimizing treatment of complicated grief. *JAMA / JAMA Psychiatry*.

**Bryant R.A. et al. (2014; 2017; 2023).** GF-CBT, exposure/reliving and treatment outcomes in prolonged grief disorder.

**Boelen P.A. et al. (2006; 2007).** Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of complicated grief.

**Halifax J. / Being with Dying curriculum.** In Singer T. & Bolz M. (2013), *Compassion: Bridging Practice and Science*.

**Stroebe M.S. & Schut H. (1999); Stroebe et al. (2010).** Dual Process Model and continuing bonds.

# Appendice • Questionario ECM

4 domande a risposta singola già coerenti con il contenuto.

1. Quale fenomeno descrive meglio il lutto vicario?

- A. Esposizione ripetuta alla perdita altrui che lascia tracce nel professionista. ✓
- B. Una diagnosi DSM esclusiva dei terapeuti.
- C. Una forma di lutto anticipatorio familiare.
- D. Un sinonimo completo di burnout.

2. Nel GF-CBT per PGD un meccanismo centrale da trattare è:

- A. L'evitamento persistente dei ricordi e dei segnali della perdita. ✓
- B. L'assenza di emozioni positive.
- C. La sola mancanza di sostegno sociale.
- D. L'introversione del paziente.

3. In un gruppo formativo, una pratica sulla morte è più appropriata quando:

- A. È graduale, opzionale e orientata alla consapevolezza, non alla terapia personale. ✓
- B. Produce la massima attivazione emotiva possibile.
- C. Chiede a tutti di completare il proprio lutto.
- D. Evita ogni contatto con il corpo.

4. Il modello G.R.A.C.E. sottolinea soprattutto:

- A. Attenzione, intenzione, sintonizzazione, discernimento, azione e chiusura. ✓
- B. Interpretazione del sogno del paziente.
- C. Esposizione immaginativa non graduata.
- D. Soppressione delle emozioni del professionista.