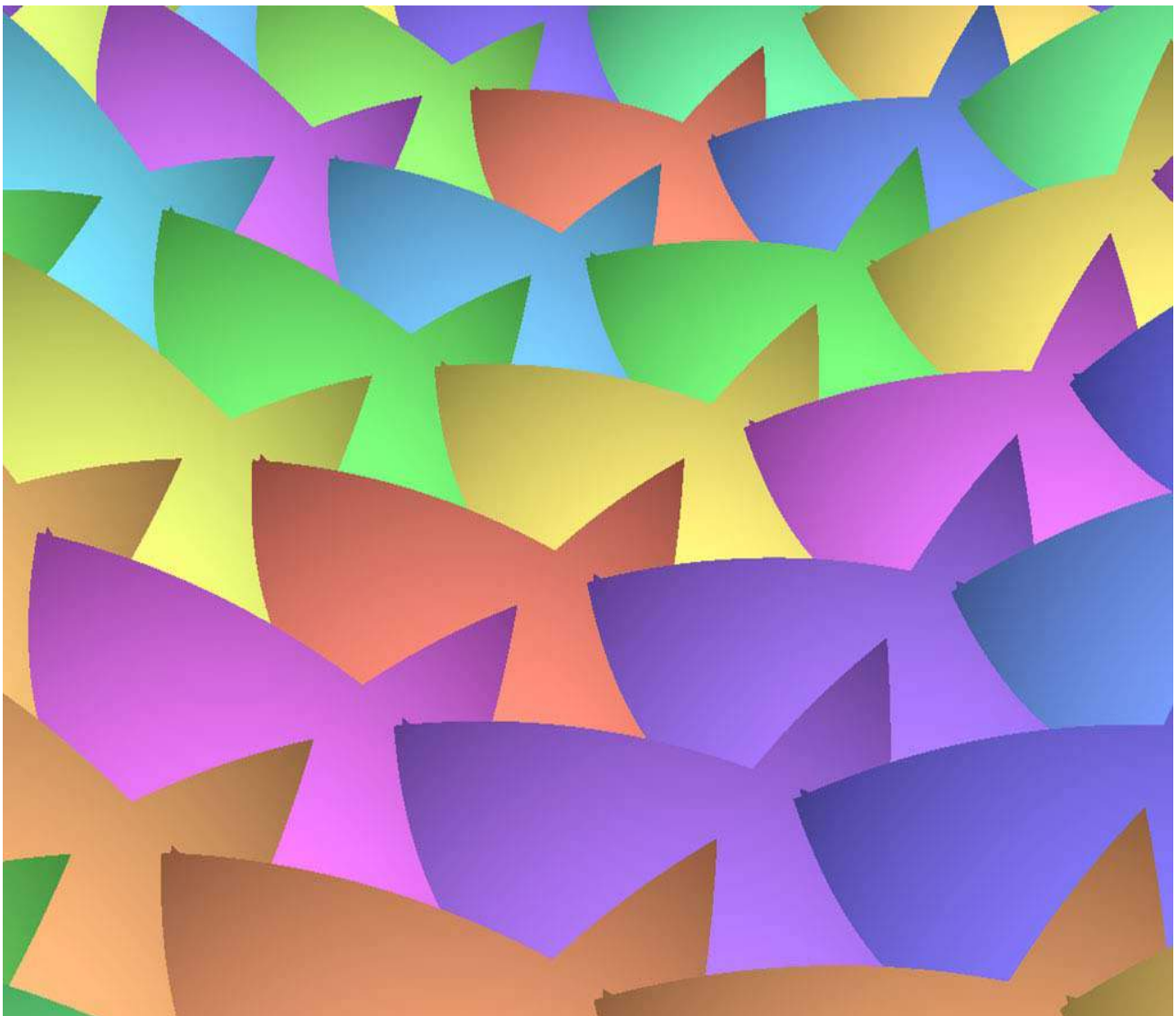


Psychomed

**Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Numero 3 Anno V Dicembre 2010**

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



**Direttore responsabile: Stefania Borgo
Condirettore: Lucio Sibilia**

www.crpitalia.eu/psychomed.html

INDICE

Editoriale	<i>pag. 4</i>
La valutazione e l'intervento efficace nei fattori di stress psicosociale in ambito lavorativo <i>di Lucio Sibilìa</i>	<i>pag. 5</i>
Il progetto "STRINSE": una ricerca-intervento sullo stress degli insegnanti <i>di Stefania Borgo</i>	<i>pag. 16</i>
Stress dei legami istituzionali <i>di Emilio Riccioli</i>	<i>pag. 22</i>
Metodologie psicofisiologiche di autoregolazione nei disturbi da stress <i>di Giuseppe Sacco</i>	<i>pag. 31</i>
La valutazione della vulnerabilità correlata allo stress <i>di Lorenzo Tarsitani, Annalisa Maraone, Elisa Fabi, Ilaria Gaviano, Angelo Picardi, Massimo Biondi</i>	<i>pag. 46</i>
Prevenzione dello stress degli operatori nei contesti di aiuto: l'esperienza del S.P.U.D.C. di L'Aquila ad un anno dal sisma <i>di Laura Verni, Valeria Bianchini, Natascia Giordani Paesani, Rocco Pollice, Rita Roncone, Massimo Casacchia</i>	<i>pag. 49</i>
La resilienza, lo stress e le malattie della mente <i>di Natascia Giordani Paesani, Valeria Bianchini, Laura Verni, Rocco Pollice, Rita Roncone, Massimo Casacchia</i>	<i>pag. 57</i>
Lo stress negli operatori dei centri rieducativi per minori a rischio <i>di Mario Becciu, Anna Rita Colasanti</i>	<i>pag. 65</i>
Il burnout dei sacerdoti del Burkina-Faso: un'analisi psicosociale <i>di Prosper Bonaventure Ky</i>	<i>pag. 70</i>
Modelli teorici dello stress lavorativo e strumenti <i>di Ariannna Armellini</i>	<i>pag. 73</i>
Valutazione ed intervento nello stress lavorativo dei macchinisti delle ferrovie <i>di Laura Marrucci, Vezio Ruggieri</i>	<i>pag. 77</i>
La propensione all'innovazione del management come fattore di protezione contro il rischio di stress lavoro-correlato dell'organizzazione. <i>di Cinzia Passalacqua</i>	<i>pag. 81</i>
Novità editoriale	<i>pag. 85</i>
Congressi	<i>pag. 87</i>

Direttore responsabile: Stefania Borgo mail: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: Lucio Sibilìa mail: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele de Pascale, Carlo Di Berardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibilìa, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Dimitra Kakaraki, Adriano Martello

EDITORIALE

Cari lettori,

questo numero di Psychomed raccoglie molte delle relazioni presentate al Convegno tenutosi nello scorso maggio sul tema: *"La ricerca sullo stress lavorativo e negli ambienti di vita"*; il Convegno, ospitato dalla Facoltà di Filosofia dell'Università Sapienza e dall'Istituto di Psicologia della Facoltà di Scienze dell'Educazione, Università Pontificia Salesiana di Roma, è stato organizzato dalla Associazione Italiana di Psicologia Preventiva (AIPRE), dalla Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS), da Libra Associazione Scientifica, dal Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), e patrocinato dall'Ordine dei Medici di Roma e Provincia.

Forse non c'è ambito di ricerca più centrale per gli interessi della nostra rivista quanto quello dello stress psicosociale. Lo stress occupa infatti da tempo un ruolo importante come "noxa" nella genesi di molta patologia cronico-degenerativa, sia in modo diretto, attraverso le note vie fisio(pato)logiche psico-neuro-endocrino-immunologiche (per chi riesce a pronunciare questa parola, altrimenti PNEI), di cui si è occupata la cosiddetta Medicina dello Stress, sia in modo indiretto, incentivando numerosi comportamenti consumatori di rischio. Ma, come dice anche la presentazione del Convegno: *"... è anche un fattore "salutogeno", soprattutto nella prospettiva bio-psicosociale, per le possibilità di crescita e aumento di resilienza che offre al soggetto. Il confine tra le due facce dello stesso fenomeno è elusivo, ma di notevole importanza scientifica."*

Quindi, è un argomento molto importante anche nella psicologia preventiva, essendo molti i fattori modificabili che conferiscono resistenza o resilienza allo stress, che sono giustamente oggetto di programmi e progetti preventivi e di promozione della salute. Infine, ma non per ultimo, è presente come concetto esplicativo fin dai primordi nel pensiero psicoterapico, sotto forma di "trauma" psicoemotivo. La pratica clinica della psichiatria e soprattutto della psicoterapia ci conferma, per chi è interessato a conoscere le storie di vita, come molta della psicopatologia sarebbe semplicemente inspiegabile, se non vi fossero "eventi" che mettono o hanno messo a dura prova le capacità adattative dei propri pazienti; la clinica, poi, ci mostra anche che, lungi dall'essere "sepolti nell'inconscio", i ricordi di questi eventi, che chiamiamo (in modo forse troppo generico) "stressanti", sono ben presenti alla memoria dei nostri pazienti, allorché siano richiamati da qualche adatta domanda. Si potrebbe forse leggere tutta la psicopatologia come prodotta dal ricordo dei fallimenti adattativi?

Lasciando da parte questa domanda, vediamo come siano molto diverse le modalità di studio dei vari aspetti del fenomeno stress, come mostrano anche gli articoli di questo numero. Da una parte abbiamo lavori di ricerca sugli aspetti di vulnerabilità e resilienza individuali (Tarsitani e coll., Giordani Paesani e coll.), dall'altra studi sui fattori di stress di contesto (Riccioli, Marrucci e Ruggieri, Armellini), insieme ad alcune ricerche-interventi di natura cognitivo-comportamentale (Sibilia, Borgo) o psicofisiologica (Sacco), nonché studi sulle peculiarità delle condizioni di stress in vari gruppi lavorativi (Bonaventure Ky, Passalacqua, Becciu e Colasanti).

Come ultima e indipendente osservazione, notiamo come la nostra rivista stia iniziando ad avere imitazioni. Un'altra rivista on-line, infatti, è nata recentemente nel nostro Paese, con la nostra stessa finalità, per iniziativa di una Scuola di psicoterapia, seppure limitata appunto all'ambito della psicoterapia. Di ciò non possiamo che essere soddisfatti, per vari motivi. Anzitutto, ci sembra una conferma della validità della nostra idea editoriale: informare agevolmente e a basso costo sulle ricerche nazionali e novità internazionali, e costituire al tempo stesso una "palestra" ed un aiuto per giovani clinici e ricercatori. In secondo luogo, si può sempre sperare che la concorrenza possa costituire uno stimolo per migliorare.

Buona lettura,

Lucio Sibilia

LA VALUTAZIONE E L'INTERVENTO EFFICACE NEI FATTORI DI STRESS PSICOSOCIALE IN AMBITO LAVORATIVO

Lucio Sibilìa, dipartimento di Scienze Cliniche Università di Roma Sapienza
lucio.sibilìa@uniroma1.it

Premessa

Il concetto di stress ha una storia lunga. Il termine stesso deriva dal latino stringere o strisciare (legare strettamente, spremere con forza), che rimane nell'inglese antico nel senso di afflizione o sciagura; dalla stessa radice viene anche la parola strain, più usata nel senso di sforzo doloroso, peso, affanno, lotta. In ingegneria, il termine stress indica il sistema di forze applicate ad un materiale; ma anche il termine strain ha un senso preciso: la deformazione di un materiale sottoposto ad un carico. Come si vede, nell'ingegneria i due termini hanno conservato il loro rapporto semantico di causa (stress) ed effetto (strain). Proprio all'ingegneria si ispirò H. Selye¹, lo studioso che per primo utilizzò il concetto in ambito biomedico; tuttavia, essendo egli di origine ungherese e conoscendo poco l'inglese, usò erroneamente il termine stress per indicare lo strain. Questo errore è stato perpetuato a tutt'oggi ed ecco perché il termine stress è usato anche nel senso di strain.

In psicofisiologia, si distinguono anzitutto due diverse forme dello stress biopsicosociale: 1) lo stress positivo (eustress), reazione fisiologica di adattamento a condizioni o eventi ambientali per affrontare le quali l'organismo possiede già le necessarie risorse, e 2) lo stress negativo (di-stress), cioè quella condizione di squilibrio (reale o percepito) tra pressioni o richieste ambientali e le capacità e risorse individuali a farvi fronte dall'altra. In entrambi i casi, lo stress comprende una risposta ad esigenze poste all'organismo: tali esigenze possono superare i limiti di

ciò che l'individuo può affrontare oppure restare in tali limiti. Nel secondo caso, la mobilitazione e l'uso di risorse personali può aumentare le capacità adattative dell'individuo.

Trovo utile un esempio tratto dal mondo fisico: nella Fig.1 si osserva la deformazione prodotta in un campione di materiale metallico (in ascisse) da una forza tensile applicata ad esso (ordinate). All'inizio, ci vuole molta forza per produrre un piccolo allungamento, del tutto reversibile (allungamento elastico); applicando invece una forza ancora maggiore, si produce un allungamento che, da un certo punto in poi, risulta sempre più facile, durante il quale si ha una deformazione plastica (assottigliamento); proseguendo, anche con forze inferiori al massimo, l'assottigliamento prosegue, fino ad arrivare al punto di rottura. Ho scelto questa curva perché mi sembra possa considerarsi emblematica anche di un percorso di vita.

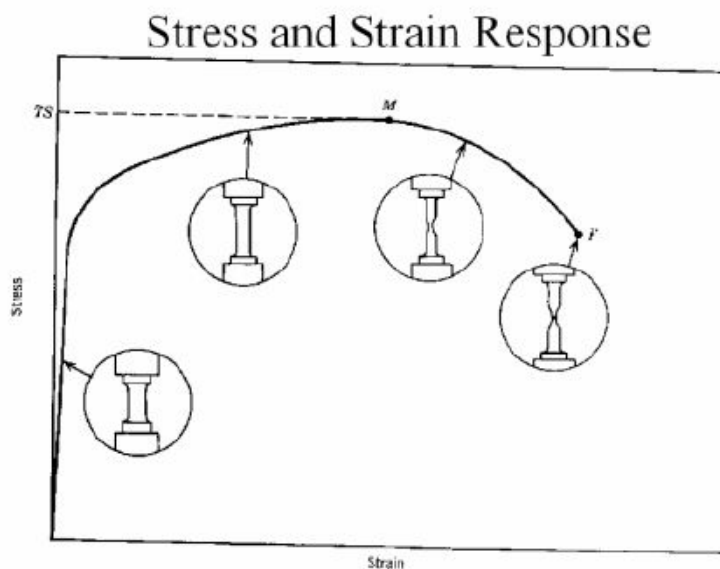


Fig.1 Tipico rapporto *stress-strain* (carico-sforzo) l'applicazione di una forza tenso-elastica ad un campione metallico.

¹ v. H. Selye

Le variabili dello stress

Lo studio scientifico dello stress ha prodotto una letteratura ormai sterminata in poco più di 60 anni, per cui cercherò qui soltanto di sintetizzare schematicamente le principali linee di ricerca. Proporrò di ricondurle ai seguenti cinque principali ambiti gruppi di variabili:

1. Agenti stressanti (stressors). Sono gli eventi di vita che hanno dato luogo a stress. Se gli eventi sono persistenti o ripetuti, si parla di condizioni di stress (di vita o di lavoro). Gli studi sugli effetti degli eventi di vita hanno messo rapidamente in evidenza che esiste una grande variabilità di sensibilità agli stessi eventi.

2. Risposte di stress (strain). Si tratta dello strain, cioè l'insieme delle risposte, acute o croniche, soggettive, fisiologiche e somatiche, che si presentano nell'organismo individuale a seguito degli stressors. Talvolta chiamate risposte "allostatiche".

3. Risorse o condizioni ammortizzanti (buffer). Si tratta di quell'insieme di risorse o condizioni possedute o accessibili all'individuo, di natura personale e/o sociale, che gli consentono di essere protetto dall'effetto degli stressors: hanno perciò un effetto "cuscinetto". Un esempio è l'insieme delle variabili che vanno sotto il nome di "sostegno sociale", cioè il tipo, la quantità o la frequenza di contatti con persone che possono aiutare l'individuo in condizione di stress.

4. Strategie e stili di "coping". Modalità cognitivo-comportamentali che un individuo tipicamente adotta (stili) nell'affrontare gli agenti stressanti o modalità specifiche (strategie) di affrontare particolari eventi. Sia le strategie che gli stili di fronteggiare gli eventi possono essere funzionali o disfunzionali, in particolare secondo la tipologia di evento. Le numerose tipologie di coping descritte sono quasi tutte raggruppabili in due grandi categorie: coping attivo e coping passivo.

5. Vulnerabilità personale. La vulnerabilità personale determina la soglia personale di passaggio dall'eustress al distress e può consistere sia in variabili di tipo cognitivo (es.: convinzioni disfunzionali) che di tipo psicofisiologico (es.: attivabilità emozionale).

Effetti dello stress

La condizione di distress (lo stress negativo) è molto diffusa. Quasi l'80% degli adulti nella popolazione generale dichiara di sperimentare "alti" livelli di stress (Neunan e Hubbard, 1998). Condizioni di stress psicosociale di diversa origine si esprimono con una gamma sintomatica che tocca tutti i sistemi funzionali dell'organismo, dal Sistema Nervoso Centrale (SNC) al Neurovegetativo, Cardiovascolare, Endocrino, Immunologico, Gastro-Intestinale (GI), Osteomuscolare, etc. Data questa diffusione e gli effetti biologici della risposta di stress, non sorprende che l'impatto della condizione di stress sulla salute sia rilevante. Lo stress psicoemotivo acuto è un riconosciuto fattore scatenante di numerose malattie infettive. Dal 75 al 90% di tutte le visite mediche ambulatoriali sono state attribuite a disturbi o sintomi stress-correlati. Si è stimato che il 52% delle morti fino a 65 anni (quindi precoci) derivano da stili di vita stressanti (Elkin e Rosch, 1990).

Esistono ormai prove scientifiche forti e convincenti che la condizione di stress, in particolare se persistente e prolungata (stress cronico), costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di numerose patologie, come le malattie cardioischemiche, cerebrovascolari, metaboliche, o i disturbi psichiatrici. Analogamente, alcuni fattori di protezione dallo stress come il sostegno sociale sono risultati protettivi anche verso malattie croniche. Il sostegno sociale, ad esempio, si è dimostrato un importante fattore che ammortizza gli effetti dello stress in pazienti con disturbi coronarici: sostegno emotivo, integrazione sociale, attività e rapporti sociali, nonché appartenenza a reti sociali riducono le ricadute cardiovascolari (Rozanski, Blumental e Kaplan, 1999).

Stress e lavoro

Nel lavoro si trovano alcune delle principali fonti di stress, sia positivo che negativo. Basti pensare che si spende per il lavoro più del 50% delle ore di veglia, se consideriamo il tempo di trasporto. Un livello di stress da "alto" a "moderato" viene segnalato dal 50% di un campione di

lavoratori americani. Dal 60 al 80% degli incidenti sul lavoro sono attribuibili allo stress. Il 54% delle assenze dal lavoro sono per cause stress-correlate (Neunan e Hubbard, 1998).

La Commissione Europea ha emesso l'11 marzo 2002 una Comunicazione (COM 118, 2002) da cui emerge, nell'ambito lavorativo, la presenza di problemi psicosociali di notevole rilievo, quali "stress, depressione, ansietà, violenza sul lavoro, molestie e intimidazioni" che rappresentano addirittura il 18% del totale. Nel Congresso del 25/11/02 dell'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA-EU), lo stress lavorativo è stato riconosciuto come il secondo maggiore problema di salute e rischio per la sicurezza nella popolazione occupata in Europa: stime per difetto danno circa il 28% dei lavoratori europei sofferenti di problemi legati allo stress.

Nasce così il Progetto PRIMA-EF (Psychosocial Risk Management - European Framework), promosso Healthy Workplaces Framework della O.M.S. Esso ha l'obiettivo di sviluppare una cornice a livello europeo per la gestione dei rischi psicosociali con particolare attenzione allo stress lavoro-correlato e alla violenza nei luoghi di lavoro. Scopi del Progetto PRIMA-EF sono:

- Sviluppare una conoscenza sulle metodologie esistenti per valutare la presenza e l'impatto dei rischi psicosociali al lavoro e dello stress lavoro-correlato, includendo la violenza psicofisica, harassment, bullying and mobbing;
- Identificare appropriati mezzi per raccogliere dati sensibili inerenti a questa tematica;
- Sviluppare degli standard ed indicatori internazionali inerenti allo stress e alla violenza occupazionale;
- Sviluppare raccomandazioni e buone pratiche basate sull'esperienza, inerenti alla gestione di queste problematiche;
- Diffondere i risultati del progetto tra le parti interessate e i vari partners sociali, incluse le piccole e medie imprese (PMI).

Vi sono infatti importanti motivi anche per le Aziende per occuparsi di stress: nell'ambiente di lavoro, lo stress (negativo) riduce la prestazione, la produttività, il morale del lavoratore, ed aumenta gli errori, le giornate di malattia, l'assenteismo e gli incidenti.

Si giunge così (8 ottobre 2004) ad un Accordo Quadro Europeo sullo Stress nei Luoghi di Lavoro, che prevede una serie di misure per "per prevenire, eliminare o ridurre i problemi di stress lavoro-correlato": misure di gestione e comunicazione, formazione dei dirigenti e dei lavoratori per accrescere la loro consapevolezza e la loro conoscenza dello stress, nonché informazione e la consultazione dei lavoratori e/o dei loro rappresentanti.

In Italia, il Testo Unico sulla Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro (D. lgs n. 81/2008) modifica la precedente legge n. 626/94, introducendo una rilevante novità: lo stress lavorativo viene inserito come fattore complesso che incide direttamente sulla qualità del lavoro e sul benessere delle organizzazioni lavorative. Si recepisce così l'obbligo di individuare da parte del datore di lavoro quei fattori che incidono in modo determinante sullo stress lavorativo. Anche nel nostro Paese, le aziende devono quindi redigere un Documento della Valutazione dei Rischi che includa anche "rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo del 8 ottobre 2004".

Il problema dello stress lavorativo emerge quindi come un grave problema sanitario e viene posto all'ordine del giorno, entrando nella normativa sul rischio negli ambienti di lavoro, prima dagli organismi internazionali, poi nel nostro Paese.

I fattori di stress lavorativo

Ma tutto ciò ha posto subito alcuni interrogativi: Quali sono i fattori di stress sul lavoro? Come selezionarli? Come misurarli? Quali criteri per valutarli? Tali fattori sono stati oggetto di numerosissime ricerche, e tuttavia con modelli e strumenti molto diversi, che non ne rendono comparabili i risultati.

Tra le fonti di stress relativi al lavoro, comunque, sono emerse alcune principali condizioni che possiamo brevemente enumerare così:

- la mancanza di autonomia o ridotti margini di discrezionalità nello svolgimento del lavoro

(come la mancanza di controllo sulle modalità del lavoro o sulle scelte organizzative),

- il sovraccarico di lavoro e di responsabilità lavorative,
- i vincoli troppo restrittivi, o le risorse troppo scarse nel contesto di lavoro,
- le ambiguità di richieste o di ruoli lavorativi,
- la scarsità di contatti e di sostegno sociale da colleghi e superiori, oppure veri e propri assilli o soprusi (che vanno sotto il nome di mobbing),
- le ricompense e i benefici troppo scarsi rispetto all'impegno nel lavoro.

Teorie diverse hanno variamente evidenziato l'importanza di fattori diversi. La ricerca sullo stress lavorativo è stata ostacolata fino alla scorsa decade dalla mancanza di strumenti di misura agevoli e standardizzati. Il questionario più spesso utilizzato, l'"Occupational Stress Indicator" (OSI) contiene 170 item e richiede un tempo di compilazione stimato in 45 minuti (Williams e Cooper, 1998). Inoltre, le varie scale che lo compongono sono eterogenee dal punto di vista teorico.

Soprattutto, questo ed altri analoghi strumenti coprono la valutazione delle condizioni organizzative ed ambientali dello stress lavorativo (fattori di contesto), oppure i fattori di stress intrinseci (specifici) delle mansioni svolte, ma non entrambe le classi di fattori. I questionari derivati dall'OSI condividono con il capostipite alcuni dei suddetti problemi.

Inoltre, si è iniziato di recente a spostare l'accento degli studi sullo stress inquadrandolo come una carenza o riduzione della qualità della vita, parametro questo da tempo studiato anche in medicina, per la valutazione degli esiti di terapie croniche, ma che ha avuto recente risalto dagli sviluppi della psicologia positiva (Goldwurm, 2006; Sibilina, 2004). Pertanto, si è anche iniziato ad misurare lo stress correlato al lavoro come una carenza di qualità della vita lavorativa, non solo del singolo, ma anche nel senso di scarsa salute dell'organizzazione stessa in cui si svolge il lavoro. Indipendentemente dalle caratteristiche specifiche dei diversi profili professionali e mansioni lavorative, è stata identificata una carenza di "benessere" nel contesto di lavoro; questo "malessere" organizzativo si può esprimere attraverso vari parametri:

- alto assenteismo
- elevato ricambio del personale
- conflitti interpersonali
- frequenti lamentele da parte dei lavoratori
- frequenti incidenti sul lavoro
- ridotta produttività
- casi di assilli, emarginazione, violenze

Condizioni individuali

A livello individuale, comunque, sono state identificate da tempo alcune "sindromi" tipiche che rappresentano variabili "endogene" dello stress lavoro-correlato, quale il quadro comportamentale "di Tipo A", o variabili legate alle caratteristiche professionali, quale la sindrome di burnout. Il primo si trova più facilmente in ambienti di lavoro molto competitivi, mentre il secondo è più caratteristico delle "professioni di aiuto".

Il quadro di "Tipo A"

Il quadro comportamentale di "Tipo A" (Type A Behavior Pattern, TABP) è un complesso di caratteristiche comportamentali, identificato e descritto per la prima volta da due cardiologi californiani, R. Rosenman e M. Friedman. Questi autori mostrarono, attraverso studi sia trasversali che prospettici (quali il Western Collaborative Group Study o WCGS), come il TABP risulti un importante fattore comportamentale individuale di rischio cardiovascolare, indipendente e modificabile (Rosenman e al., 1994).

Il TABP risulta composto da tre principali aspetti o tendenze: la tendenza all'espressione aggressiva (il potenziale di ostilità), la competitività eccessiva (o ipercompetitività), ed il senso di impazienza e di mancanza di tempo. Di ognuno di questi aspetti comportamentali sono state studiate anche le componenti cognitive ed emotive; inoltre, esistono numerosi strumenti di

valutazione del TABP, di cui i più attendibili sono le interviste audio e video-registrate (Sibilia, 1993).

Considerato oggi erroneamente da molti un tratto o una dimensione di personalità, in realtà si tratta di un fattore di coping disfunzionale (o miscoping). Il TABP, infatti, è contestualmente sensibile: le stesse persone possono esprimere il quadro in contesti specifici di lavoro, ma non in altri contesti di vita, o viceversa. Inoltre, il TABP si è dimostrato modificabile, soprattutto grazie a studi di intervento come il Recurrent Coronary Prevention Project (RCPP); questo fu il primo studio a mostrare come il quadro di "Tipo A" potesse venire significativamente ridotto in pazienti cardiopatici con un adeguato programma cognitivo-comportamentale, e come la sua riduzione potesse dimezzare il rischio di reinfarto e la mortalità coronarica a tre anni dal primo evento (Friedman, Thoresen e al., 1986).

Il burnout

Nelle "professioni di aiuto", lo stress continuativo è un riconosciuto fattore di rischio per lo sviluppo della condizione di burnout. Tale termine, proveniente dall'ambito sportivo, è stato proposto in ambito sociosanitario per la prima volta nel 1975 dalla psichiatra americana Christina Maslach (1982). Si tratta di una condizione nota per essere caratterizzata dai seguenti elementi: un esaurimento emozionale, una depersonalizzazione ed una riduzione delle capacità personali sia nell'ambito professionale che interpersonale. Queste tre componenti del burnout possono essere così definite:

- Esaurimento emozionale: è un senso di inaridimento o di appiattimento emotivo nei rapporti sociali, vissuto nel lavoro, sia verso colleghi che verso utenti di servizi (è lo "spegnimento" che dà il nome alla sindrome).
- Depersonalizzazione: sentimento di non agire più in sintonia con sé stessi nei rapporti con gli utenti del lavoro, di non riconoscere in sé le motivazioni e gli atteggiamenti verso il lavoro che si avevano inizialmente.
- Riduzione delle capacità personali: senso di inadeguatezza nello svolgimento dell'attività professionale e conseguente riduzione di autostima.

Si arriva al burnout attraverso diverse fasi motivazionali, che sono state così descritte:

- Entusiasmo idealistico: in cui è presente un livello iniziale molto alto di motivazioni ed aspettative.
- Stagnazione, riduzione graduale di motivazioni ed aspettative.
- Frustrazione, insorgono emozioni negative come rabbia e rifiuto.
- Apatia, rassegnazione e rinuncia ad aspettative positive derivanti dal lavoro.

Gli insegnanti sono tra le categorie professionali più colpite da burnout, ma lo sono anche medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali. Si tratta infatti di professioni che implicano un contatto spesso diretto con i problemi personali degli utenti e che pertanto richiedono molto impegno emotivo, "dedizione", "coinvolgimento". Talvolta si tratta di attività che possono implicare relazioni conflittuali con i propri colleghi e con i superiori.

Strategie e scopi dei programmi di intervento

Le strategie per la gestione dello stress nel luogo di lavoro si sono evolute storicamente. In particolare, per quanto riguarda le strategie dei programmi di intervento, le possiamo trovare concretizzate in tre principali gruppi di programmi definibili così rispetto agli scopi:

1. Strategie dirette all'individuo: mirano a fornire migliori abilità di coping al lavoratore.
2. Strategie dirette al contesto lavorativo: mirano a modificare in senso favorevole le condizioni di lavoro e quindi a ridurre i fattori di stress negativo.
3. Strategie dirette ad entrambi i gruppi di variabili, quindi rivolte sia al lavoratore sia al contesto di lavoro.

Lo studio di fattori come il TABP o il burnout sono espressione di un approccio "clinico" al problema dello stress lavorativo: l'intervento su questi fattori di stress non può che essere, almeno

parzialmente, individualizzato. Di fatto, ciò si è dimostrato poco realistico in molti contesti lavorativi, implicando un grande dispendio di tempo professionale, e probabilmente anche poco utile a livello preventivo, non indirizzandosi alle fonti dello stress inerenti alle caratteristiche del posto di lavoro.

C'è da ricordare che i programmi di gestione dello stress condotti nel posto di lavoro comportano vantaggi sia per l'azienda che benefici per i dipendenti. Per l'azienda, questi programmi hanno ricadute in termini di aumentata produttività, migliore immagine e clima organizzativo, ridotto assenteismo, minori ritardi e ricambio del personale, ridotti incidenti e tempi perduti, nonché un migliore uso delle risorse preventive, se esistenti. Per i dipendenti, migliori livelli di salute, di benessere, di qualità della vita, maggiore sicurezza, ridotta fatica, migliore coesione di gruppo e qualità dei rapporti di lavoro. Quindi, un migliore benessere organizzativo.

Le strategie di intervento rivolte al contesto lavorativo mirano a modificare alcune dimensioni che costituiscono variabili rilevanti a determinare benessere o malessere nel lavoro, relative sia al contenuto delle mansioni lavorative che al contesto organizzativo, quali le seguenti:

A. Il livello di difficoltà o complessità in rapporto alla competenza ed esperienza del lavoratore (non solo lavori troppo difficili per le competenze del dipendente, ma anche lavori troppo facili sono fonte di stress).

B. Il carico di lavoro in rapporto all'ampiezza della gamma discrezionale nell'eseguirlo (più ampia è la discrezionalità del dipendente nell'organizzare il lavoro, maggiore sarà il carico di lavoro che può sostenere senza stress negativo).

C. Il livello di controllo sul processo e sul prodotto del lavoro (è fonte di stress doversi occupare soltanto di un piccolo particolare del lavoro, ignorando ciò che viene eseguito prima o dopo).

D. La ripetitività del lavoro (in generale, la monotonia è fonte di stress, mentre la varietà lo riduce).

E. La carenza di tempo e di altre risorse per eseguire il lavoro (le carenze di risorse sono in generale fonti di stress).

F. La soddisfazione circa benefici e retribuzioni (in particolare, il rapporto tra l'impegno profuso, o "sforzo", e i benefici ricevuti dal lavorare è una variabile indipendente di stress, come evidenziato dalla teoria del reward/effort ratio).

G. Le condizioni di sovraffollamento e/o rumorosità (una sorgente di stress fisico oltre che psicosociale).

H. La carenza di interazione sociale con colleghi di lavoro (e quindi le difficoltà di ottenere sostegno quando serve oppure informazioni essenziali circa l'ambiente di lavoro).

I. La presenza di richieste conflittuali o confuse (ad esempio richieste dissonanti con il ruolo del lavoratore o attinenti a ruoli diversi).

L. La partecipazione all'impostazione del processo o all'organizzazione del lavoro (poter avere voce in capitolo sull'organizzazione del lavoro riduce lo stress, mentre l'esclusione lo aumenta).

Due programmi-intervento

Vorrei qui fornire un rapido cenno a due esempi di programmi di intervento nel luogo di lavoro. Il primo (Programma "Cuore") adotta una strategia di tipo 1, cioè diretta a fornire migliori abilità di coping ai dipendenti, mentre il secondo (il Programma Str-Ins) è basato invece su di una strategia di tipo 3, rivolta sia ai dipendenti (insegnanti) che al contesto (la Scuola).

Il Programma Cuore

Negli anni '80 abbiamo realizzato un programma diretto esclusivamente a migliorare il coping dei singoli dipendenti: il Programma "Cuore" (Sibilia e al., 1988). Si trattava di un programma di gestione dello stress in ambiente lavorativo per soggetti a rischio cardiovascolare, mirante principalmente a ridurre il fattore "Tipo A" con metodi cognitivo-comportamentali. Il programma era sottoposto ad uno studio controllato randomizzato, per valutarne l'efficacia, mediante un confronto tra i soggetti partecipanti e quelli assegnati alla condizione di controllo, in attesa di partecipare. Il Programma Cuore, svolto nella sede lavorativa di un Ministero, era infatti offerto ai

dependenti che volessero partecipare; furono selezionati tutti i soggetti esenti sia da disturbi che psicopatologici che cardiovascolari, ma portatori di fattori di rischio cardiovascolare (CV) come sovrappeso, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo di sigaretta e “Quadro di Tipo A” (o TABP). L'intervento mirava a produrre una riduzione del fattore TABP, nonché a mostrare come tale riduzione non comportasse peggioramenti negli altri fattori di rischio CV.

Basato esclusivamente su metodi cognitivo-comportamentali, sia individuali che di gruppo, il programma mirava all'acquisizione di migliori strategie personali di gestione dello stress (v. "Il Decalogo per la prevenzione cardiovascolare" in Appendice); in particolare, vennero insegnate le modalità di coping più funzionali, tra cui i comportamenti di “Tipo B”, sintetizzati in un "decalogo" (v. Appendice). Era strutturato in 10 sessioni (4 individuali, 6 di gruppo) nell'arco di 5 mesi. L'intero programma era preceduto e seguito da esami clinici e di laboratorio e valutazioni psicometriche sia per i soggetti partecipanti che quelli di controllo. Tutti i soggetti vennero riesaminati sia al termine del programma che richiamati a distanza di sette mesi, per verificare la persistenza dei cambiamenti ottenuti.

Lo studio-intervento risultò fattibile nella sede lavorativa (il Ministero della Pubblica Istruzione) e gradito ai partecipanti (fu richiesta una replica). La dispersione, in termini di abbandono fu bassa, pur essendoci stato qualche partecipante che ebbe problemi ad aprirsi nello stesso gruppo in cui partecipava anche qualche collega o superiore. Soprattutto, al termine dello studio si riscontrò nel 50% circa dei partecipanti, a differenza del gruppo di controllo, una riduzione del fattore “Comportamento di Tipo A”. La riduzione del fattore “Tipo A” (obiettivo principale dello studio) si accompagnò anche ad un aumento dei fattori lipidici di protezione CV (colesterolemia HDL), anche a distanza di 7 mesi, e alla riduzione dell'ideazione ansioso-depressiva, un tipico indicatore di stress negativo.

Il Programma Str-Ins

Il programma Stress-Insegnanti era parte di un Progetto (Sibilia e Borgo, 2002; 2008) proposto e condotto dal Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) nell'ambito di un più ampio Progetto Integrato per il Successo Formativo, in collaborazione con il Provveditorato agli Studi di Roma e Provincia di Roma (1998-99). Si trattava di un progetto formativo per docenti referenti, per la prevenzione del burnout e del relativo rischio di salute nel corpo docente, finalizzato a identificare, definire, e ridurre i fattori di stress degli insegnanti delle Scuole Medie, attraverso: a. l'insegnamento di metodiche cognitivo-comportamentali di gestione dello stress psicosociale, nonché b. il miglioramento delle condizioni di lavoro.

Scopi del programma Str-Ins erano quelli di preparare gli insegnanti a riconoscere gli indicatori (segni e manifestazioni) di una condizione di stress ed eventualmente di burnout, prima in se stessi mediante autovalutazione poi nella Scuola attraverso l'elaborazione collettiva di un questionario di screening; si mirava inoltre a migliorare le capacità personali di gestione dello stress emotivo; infine, si voleva ottenere un miglioramento del clima lavorativo attraverso un lavoro collettivo e l'uso delle risorse di gruppo (potenziamento del sostegno sociale).

Il programma era costituito da un evento formativo, il “Corso”, costituito da 6 Seminari di due moduli ciascuno, intervallati di due settimane, svolti nell'arco di tre mesi; ogni modulo comprendeva 1 ora di lezione e 1.30' di lavoro di gruppo, per complessive 30 ore.

Dal confronto tra la valutazione iniziale e quella finale - a distanza di quattro mesi - sono risultate alcune differenze molto significative, in termini di modificazione dei disturbi da stress, nonché di frequenza della ideazione distimica (ansioso-depressogena), i due parametri scelti per valutare la condizione di stress. I Seminari hanno riscosso un'adesione diffusa. Nonostante i tre quarti dei partecipanti avessero ritenuto che alcuni aspetti del Seminario andavano approfonditi, complessivamente, i partecipanti hanno ritenuto in maggioranza che il Seminario abbia raggiunto i suoi scopi. La capacità di utilizzare conoscenze e competenze acquisite è stata percepita maggiore per quanto riguardava se stessi e la vita quotidiana che rispetto agli altri o nella professione, coerentemente con la natura introduttiva del Seminario ed i timori degli insegnanti di avere

competenze insufficienti. Molto utile è sembrato il lavoro di gruppo e la discussione sulle fonti contestuali di stress dell'insegnante, che ha dato luogo ad un prodotto di lavoro di gruppo (Questionario STRIns). Per lo svolgimento ed il successo di tali programmi di intervento risulta indispensabile la collaborazione della Dirigenza della organizzazione lavorativa.

Commento

I risultati forniscono una conferma sia della fattibilità che dell'efficacia dei programmi di intervento cognitivo-comportamentale attuati nei posti di lavoro, mirante a ridurre lo stress psicosociale e a prevenire il burnout, sia promuovendo le abilità individuali di autogestione dello stress che accrescendo la consapevolezza degli agenti stressanti del contesto lavorativo ed un atteggiamento cooperativo per affrontarli.

I modelli concettuali

Come si vede, i metodi di gestione dello stress possono contribuire sostanzialmente alla promozione della salute nel posto di lavoro e in particolare alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e del burnout, sia aumentando la consapevolezza collettiva di importanti fattori di rischio, che aumentando alcuni fattori protettivi di natura comportamentale, quali le abilità di autocontrollo emozionale e le abilità sociali, sia migliorando il clima organizzativo ed interpersonale tra i partecipanti.

Tuttavia, a fronte dei successi di tali programmi cognitivo-comportamentali, che ci mostrano la fattibilità della modificazione di alcuni aspetti rilevanti, rimane la complessità del fenomeno stress lavorativo. Una comprensione approfondita del fenomeno - tramite modelli che facciano uso di variabili inequivoche e modificabili - potrà forse permetterci di costruire programmi di intervento efficaci.

Per la comprensione dello stress lavorativo sono stati proposti e adottati numerosi modelli concettuali. Questi modelli sono stati quindi messi alla prova, attraverso studi sperimentali: ne è stata studiata la loro capacità predittiva di eventi avversi, quali eventi morbosi, incidenti, o assenze per malattia, ma anche la loro influenza su fattori metabolici di rischio cardiovascolare stress-correlati. Anche solo limitandosi ai principali di tali modelli, il lungo elenco ci suggerisce già che una visione organica e condivisa del fenomeno è ancora lontana:

- il modello di Kasl
- il modello di French, Caplan e Van Harrison (il Person-Environment Fit Model)
- il modello di Karasek e Theorell (il modello "job demand - decision latitude")
- il modello di Siegrist (il rapporto "effort-reward" o "impegno-ricompensa")
- il modello di Cooper e Marshall
- il modello di Hurrel

Ogni modello mette in evidenza e considera di importanza centrale un gruppo diverso di variabili, tra cui ipotizza relazioni diverse. Ma anche la grande variabilità dei diversi settori professionali mostra come siano rilevanti dimensioni diverse, sia nelle mansioni che nei contesti lavorativi. Considerando i cinque generali ambiti di ricerca dello stress delineati inizialmente, possiamo dire che essi sono tutti rappresentati anche nei vari modelli di stress lavorativo. A scopo di sintesi, lo stress lavorativo potrebbe essere esprimibile come un rapporto complesso tra le seguenti variabili con uno squilibrio a carico di quelle al numeratore rispetto a quelle al denominatore:

$$Cl * Co * Pr * Cf$$

Stress lavorativo =

$$\frac{Cl * Co * Pr * Cf}{Ad * Ri * Rc * S}$$

In cui: Cl.: Carico di lavoro; Co: Carenze organizzazione; Pr: Precarietà; Cf: Conflitti
Ad: Autonomia decisionale; Ri: Risorse; Rc: Ricompense; S: Sostegno sociale;

Tuttavia, la percezione e la valutazione soggettiva di questi parametri sia del lavoro che delle capacità e risorse personali può risultare altrettanto se non più importante della loro misura "oggettiva". Si ripropongono qui problematiche molto simili a quelle che sono state affrontate nel campo della "qualità della vita" (Sibilia, 2004). Comunque, il rapporto tra variabili soggettive (percezioni, atteggiamenti e valutazioni) ed oggettive (norme, richieste, risorse e comportamenti) non è affatto lineare, influenzandosi reciprocamente; la loro interazione ricorsiva può essere meglio rappresentata come in Fig.2 .

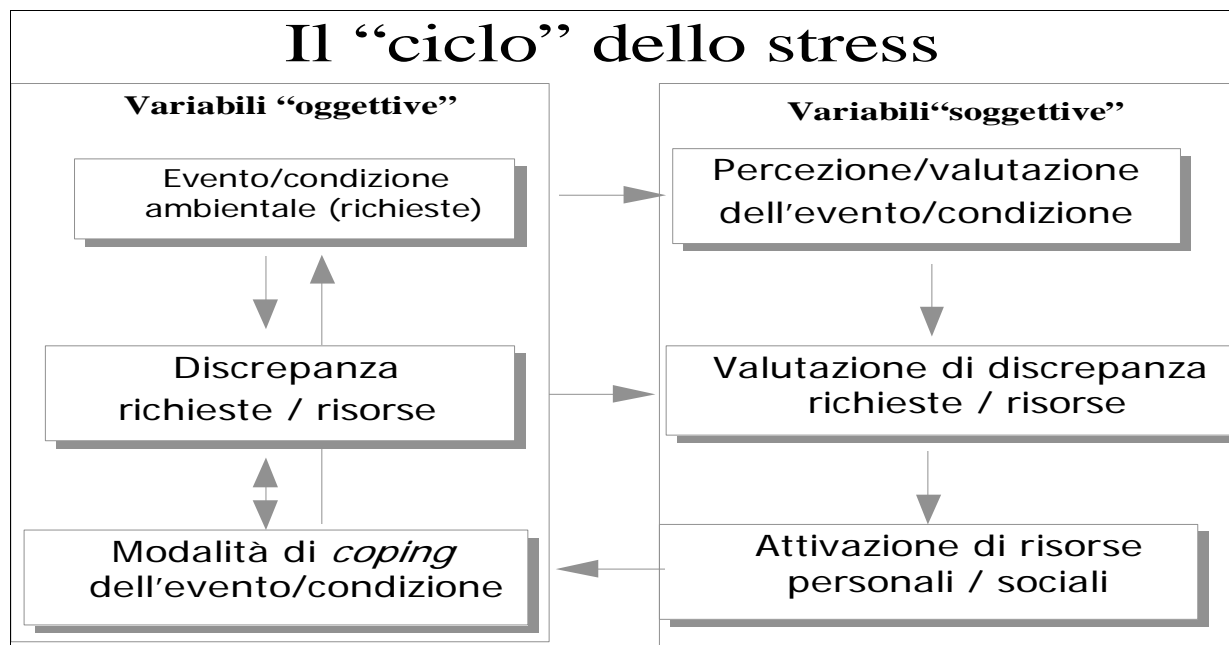


Fig.2 Il "ciclo" dello stress

Le "richieste" del lavoro di per sé, quindi, possono costituire fonte di stress negativo o positivo a seconda di una varietà di parametri, e l'interazione tra loro. Tra questi parametri bisogna anzitutto considerare le risorse sia personali che organizzative a farvi fronte: questa discrepanza è al centro dello stesso concetto stesso di stress². Le modalità messe in atto dal lavoratore a farvi fronte (e la loro efficacia) sono anche essenziali per la comprensione e la misura del fenomeno stress, in quanto tali modalità di coping possono modificare sostanzialmente la gestibilità delle richieste stesse.

Dal punto di vista cognitivo, tuttavia, può risultare altrettanto se non più influente la percezione del soggetto di tali richieste (intese sia come "eventi" che come condizioni persistenti) di quanto non sia la loro misura oggettiva, nonché la loro valutazione in rapporto alle risorse percepite, anch'essa soggettiva. L'approccio cognitivo ci consente di prevedere che è in base a tale valutazione che il soggetto attiva le risorse a disposizione e quindi mette in atto le sue modalità di coping.

Da quanto sopra illustrato, risulta piuttosto chiaro che un modello dello stress lavorativo dovrebbe avere una struttura ricorsiva, che comprende i rapporti dinamici tra variabili "oggettive" e "soggettive". Inoltre, dovrebbe essere abbastanza flessibile da comprendere una varietà di tipologie lavorative diverse.

Le difficoltà concettuali sono quindi notevoli: indubbiamente una fonte di stress per i ricercatori, ma una sfida scientifica dalla notevole portata sociale.

²"Lo stress è una condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione individuale di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative." (Accordo Quadro Europeo sullo Stress dell'8 ottobre 2004).

Bibliografia e sitografia

Bibliografia e sitografia

- Allegrante, J.P. & Michela, J.L. (1990). Impact of a school-based workplace health promotion program on morale of inner-city teachers. *J Sch Health*, 60 (1), 25-28.
- Caplan, R.D., Van Harrison, R. (1993). Person-Environment Fit Theory: Some History, Recent Developments, and Future Directions. *Journal of Social Issues*, 49, 4: 253-275.
- Cooper, C.L. Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *J Occup Psychol*, 49: 11-28.
- Elkin, A. J., Rosch, P. J., *Promoting Mental Health At The Workplace, Occupational Medicine: State Of The Art Reviews*, vol. 5 no. 4. Hanley and Belfus, Philadelphia, 1990, 739.
- Friedman, M. Thoresen, C.E. & al. (1986). Alteration of Type A behavior and its effects on cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients: Summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *Circulation*, 112: 653-665.
- Goldwurm, G.F. (2006). Recenti linee di ricerca in psicologia positiva, *Psychomed*, Marzo, Anno I n.1-2-3 (36-37).
- Kanfer, F.H. & Scheff, B.K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, IL: Research Press.
- Kasl, S. V. (1987). *Methodologies in stress and health: Past difficulties, present dilemmas, future directions*. In S. V. Kasl & C. L. Cooper (Eds.), *Stress and health issues in research methodology* (pp. 307-318). New York: Wiley.
- Kasl, S. V. (1996). The Influence of the Work Environment on Cardiovascular Health: A Historical, Conceptual, and Methodological Perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 1, No. 1, 42-56.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice- Hall, New York.
- Neunan, C.J. e Hubbard, J.R. (1998). *Stress in the Workplace: An Overview*. In: *Handbook of Stress Medicine. An Organ System Approach a cura di Hubbard J.R. e Edward A. Workman*. New York: CRC Press.
- Rose, S.D. (1989). Coping skill training in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*. Vol 39(1): 59-78.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1994). *Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 1/2 years*. In *Psychosocial processes and health: A reader*, ed. by Andrew Steptoe, Jane Wardle, pp. 200-214. Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Rozanski, A., Blumental, J.A., Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Selye, H. A. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Sibilia, L. (1993). *Type A behavior and hostility in coronary heart diseases*. In Sibilia L. & Borgo S., (a cura di) *Health Psychology in Cardiovascular Health and Disease*. Roma: C.R.P.
- Sibilia, L. (2004). Presentazione: *Qualità della vita nella ricerca e nella società*, in: Goldwurm G.F., Baruffi M. & Colombo F., *Qualità della vita e benessere psicologico*, Milano: McGraw-Hill Italia.
- Sibilia, L. (2006). Fattori psicosociali e percorsi di rischio cardiovascolare oggi. *Psychomed*, Anno I, nn.1-2-3 (44-50). <http://www.crpitalia.eu/PSYMED1-3.pdf>.
- Sibilia, L. & Borgo, S. (2008). La gestione dello stress negli insegnanti: una ricerca-intervento. *Idee in psicoterapia*, Vol.1 n.1, pp.25-34.
- Sibilia, L. Fida, A. Clemente, P. Antonini, R. & Borgo, S. (1988). *Il Programma CUORE: Psicologia cognitivo-comportamentale per la prevenzione primaria della cardiopatia coronarica*. In: *Psicologia e Salute a cura di M. Bertini*, pp. 197-204. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Sibilia, L., Borgo, S. (2002). *Stress management in school teachers: personal and/or worksite change?* In *Neuropsychophysiology and Behavioural intervention in psychosomatics, stress disorders and health promotion*, Proceedings of International CIANS Conference, a cura di G.F. Goldwurm, F. Colombo & S.

Masaraki. Milano: CIANS.

Vonken, E. & Sibilìa, L. (1993). *Psicologia per la Prevenzione nella Comunità*. Roma: C.R.P.

Williams, S. e Cooper, G.L. (1998). Measuring Occupational Stress: Development of the Pressure Management Indicator. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 3, No. 4,306-321.

Appendice

DECALOGO PER LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

1. RILASSATEVI OGNIQUALVOLTA NON SIETE IN ATTIVITA' O QUANDO VI SENTITE IN TENSIONE. PRENDETE LE COSE CON CALMA, SENZA FARVI IL SANGUE CATTIVO, SPECIALMENTE DI FRONTE AD OSTACOLI O DIFFICOLTA' !

2. CONCEDETEVI TUTTO IL SONNO DI CUI AVETE BISOGNO: CONSIDERATE IL SONNO COME UNA PARTE DELLA VOSTRA VITA ALTRETTANTO IMPORTANTE QUANTO IL CIBO !

3. DISPONETE IN MODO DI FARE UNA COSA ALLA VOLTA, SENZA ACCAVALLARE LE ATTIVITA'. RIMANDATE I VOSTRI IMPEGNI, COMPITI O MANSIONI SE PENSATE DI NON FARCELA !

4. RICONSIDERATE L'IMPORTANZA DEI VOSTRI PROBLEMI: BEN RARAMENTE SONO QUESTIONI DI VITA O DI MORTE !

5. RICONSIDERATE I VOSTRI ERRORI: POTETE SPESSO CORREGGERLI ED ELIMINARLI ! E' RARO CHE SIANO DECISIVI ED IRRIMEDIABILI. SI PUO' SBAGLIARE SENZA PERDERE L'AFFETTO, LA STIMA O IL RISPETTO CHE ABBIAMO DAGLI ALTRI.

6. SAPPIATE CHIEDERE AIUTO, CONSIGLIO O CONFORTO QUANDO VI SERVE!

7. CONCEDETEVI TUTTO IL TEMPO DI STARE CON LE PERSONE CHE VI SONO CARE O CON CUI VI TROVATE BENE: NON NASCONDETE I VOSTRI SENTIMENTI POSITIVI !

8. SAPPIATE DIRE TUTTE LE VOSTRE RAGIONI CON FERMEZZA MA SENZA IRRITARVI !

9. CONCENTRATEVI SUL PRESENTE! DIFENDETEVI DA INUTILI RUMINAZIONI SU CATTIVE NOTIZIE, COLPE VOSTRE O ALTRUI, DELUSIONI RICEVUTE, PERICOLI IMPROBABILI O PROBLEMI INSOLUBILI.

10. DEDICATE AI PASTI TUTTA L'ATTENZIONE CHE MERITANO, SENZA MESCOGLARLI AD ALTRE ATTIVITA' (ES.: GUARDARE LA TV, LEGGERE, DISCUTERE)! MANGIATE RILASSATI, MASTICANDO LENTAMENTE ED ASSAPORANDO I CIBI.

IL PROGETTO "STRINSE": UNA RICERCA-INTERVENTO SULLO STRESS DEGLI INSEGNANTI

Stefania Borgo, Centro per la Ricerca in Psicoterapia, docente di Health Promotion, Università di Roma "La Sapienza".

stefania.borgo@uniroma1.it

Verrà qui brevemente illustrato un progetto formativo indirizzato ai docenti referenti per la prevenzione del *burnout* e del relativo rischio di salute nel corpo docente. Una versione più estesa della ricerca-intervento può essere trovata su un'altra pubblicazione (Sibilia e Borgo, 2002 e 2008). Si evidenzia soltanto che le finalità principali del progetto erano:

- 1) identificazione, definizione e riduzione dei fattori di stress e *burnout* degli insegnanti delle scuole medie;
- 2) insegnamento di metodiche cognitivo-comportamentali di gestione dello stress psicosociale;
- 3) miglioramento del clima organizzativo scolastico.

Premesse

L'incidenza di condizioni di grave stress psicosociale risulta quasi doppia negli insegnanti rispetto alla popolazione generale (17% verso 9%, Finlay-Jones, 1986), inoltre più alti livelli di *burnout* sono correlati a: peggiore salute fisica, più alti tassi di assenteismo, minore fiducia in sé, più frequente uso di strategie didattiche regressive (Pierce & Molloy, 1990).

Le sorgenti di stress per gli insegnanti sono numerose, riassumiamo pertanto le principali distinguendole in personali e lavorative.

Cause personali del disagio degli insegnanti.

Queste ovviamente possono derivare da infiniti eventi esistenziali, per cui menzioniamo soltanto le caratteristiche generali di vulnerabilità più spesso identificate: a) personalità introversa, b) carenze di motivazioni intrinseche, c) carenze nelle abilità di gestione dello stress e delle emozioni.

Cause lavorative del disagio degli insegnanti

Queste sono legate caratteristiche del contesto lavorativo e in particolare a:

- a) carico di lavoro (cambiamenti normativi, organizzativi, ambiguità di ruoli e direttive, etc...) e carenze di risorse / organizzazione dell'istituzione scolastica (Malanowski e Wood, 1984; Hart, Wearing e Conn, 1995; Di Pietro e Rampazzo, 1997),
- b) bisogni insoddisfatti di riconoscimento professionale (Boyle e al., 1995; Pedrabissi, Rolle e Santinello, 1993),
- c) rapporti deludenti con i colleghi, con i genitori e con l'amministrazione (Knoop, 1994; Boyle e al., 1995).
- d) condotte violente e/o disturbanti degli alunni, particolarmente nelle zone a basso reddito (Boyle, e al., 1995; Kornblit, 1992; Williams, Winfree e Clinton, 1989; Cotten, e al., 1994).

Gli obiettivi della ricerca-intervento, in accordo con le finalità, prevedevano l'addestramento a riconoscere, identificare e valutare gli indicatori (segni e manifestazioni)

di una condizione di stress ed eventualmente di *burnout*, prima in se stessi, mediante autovalutazione, e poi nella Scuola, attraverso l'elaborazione collettiva di un questionario sulle sorgenti di stress lavorativo. Allo stesso tempo il miglioramento del clima lavorativo sarebbe stato incentivato attraverso un lavoro collettivo e l'uso delle risorse del gruppo (sostegno sociale).

Formato della ricerca-intervento

Il corso è stato attuato, nell'arco di tre mesi, tramite 6 seminari di 5 ore (per complessive 30 ore) articolati in due moduli: ogni modulo era composto 1 ora di lezione e 1.30 di lavoro di gruppo. Dato l'elevato numero di partecipanti sono stati condotti due gruppi paralleli.

E' stata fatta una valutazione psicometrica iniziale e finale utilizzando due questionari:

- Segni e sintomi di stress (SSint)

- Ideazione ansioso-depressiva (ATQ)

A questi si è aggiunta una valutazione finale dell'esperienza formativa, sia da parte dei discenti che dei docenti.

Soggetti

50 insegnanti sono stati selezionati dal Provveditorato agli Studi di Roma e Provincia (che ha finanziato il progetto) da varie Scuole Inferiori, Medie e Superiori della Provincia, scegliendo coloro che avevano l'incarico dell'insegnamento dell'educazione alla salute (insegnanti "referenti"). A questi si sono aggiunti pochi altri insegnanti volontari, fino a un totale di 65 soggetti (22% uomini e 78% donne). L'età media era di 47 anni, il periodo di insegnamento in media di circa 20 anni.

Strumenti di valutazione

Il Questionario "Stress e sintomi" (QSS), che misurava sintomi somatici riferibili allo stress, è una scala preparata ad hoc per questo studio traducendo e adattando il questionario

Stress Audit di L.H. Miller et al. (1988) composto di 69 item tipo *Lickert* organizzati in 7 sottoscale: 1. sintomi muscolari e articolari, 2. sintomi parasimpatici, 3. sintomi ortosimpatici, 4. problemi emozionali, 5. disfunzioni cognitive, 6. disturbi endocrini, 7. disturbi immunologici.

L'inventario dei Pensieri Automatici è la traduzione italiana e l'adattamento di L. Sibilìa (Sibilìa e al. 1982) dell'*Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ) di S.D. Hollon e P.C. Kendall (1980).

Il punteggio totale ATQ, che fornisce una misura della frequenza della ideazione ansioso-depressiva del soggetto, è risultato direttamente correlato all'intensità della psicopatologia

distimica, sia ansiosa che depressiva (Hollon, Kendall e Lumry, 1986). Il questionario è composto da 30 items tipo *Lickert* a 5 scelte.

Metodi di intervento

I principali livelli di intervento sono stati tre:

1. procedure alla Sheldon Rose (1989 e 2004), per aumentare la coesività del gruppo, e lavoro di gruppo per il miglioramento del contesto istituzionale;
2. aiuto ad identificare e definire le condizioni tipiche e le occasioni favorevoli le risposte disfunzionali di stress psicoemotivo, sia nel privato che contesto lavorativo;
3. addestramenti specifici per l'acquisizione di nuove abilità di gestione dello stress con metodi di autosservazione ed autocontrollo.

Solo per dare un esempio delle procedure di Rose (1989 e 2004) per la coesività del gruppo elenchiamo i passi seguiti, che implicano un tempo medio di 10' a persona:

- divisione del gruppo in coppie;
- intervista al compagno di coppia (5-6')
- presentazione dell'intervistato al gruppo (2-3')
- inversione dei ruoli (l'intervistatore diventa intervistato)
- intervista al compagno di coppia (5-6')
- presentazione dell'intervistato al gruppo (2-3')

Il secondo livello di intervento prevedeva l'identificazione e la definizione delle situazioni di stress tramite la descrizione delle risposte (psicoemotive e fisiche) da stress, la definizione delle condizioni attivanti lo stress e una discussione tematica guidata in gruppo.

A ciò si aggiungeva l'avvio di un lavoro collaborativo del gruppo per la definizione delle condizioni di stress lavorativo nell'attività dell'insegnante

Gli addestramenti specifici, terzo livello di intervento, prevedevano: l'addestramento al rilassamento psicofisico (attuato in gruppo nella palestra della scuola ospitante), l'addestramento all'autosservazione delle proprie reazioni emozionali (sul lavoro e fuori), l'identificazione delle valutazioni irrazionali, dei propri pensieri catastrofici e del dialogo interno disfunzionale, e infine

discussioni tematiche guidate in gruppo.

Risultati della ricerca-intervento

Sono stati raccolti tre tipi di valutazioni: valutazione delle risposte da stress, sia fisico che psicoemotivo, valutazione dei partecipanti, valutazione dei conduttori.

Valutazione delle risposte da stress

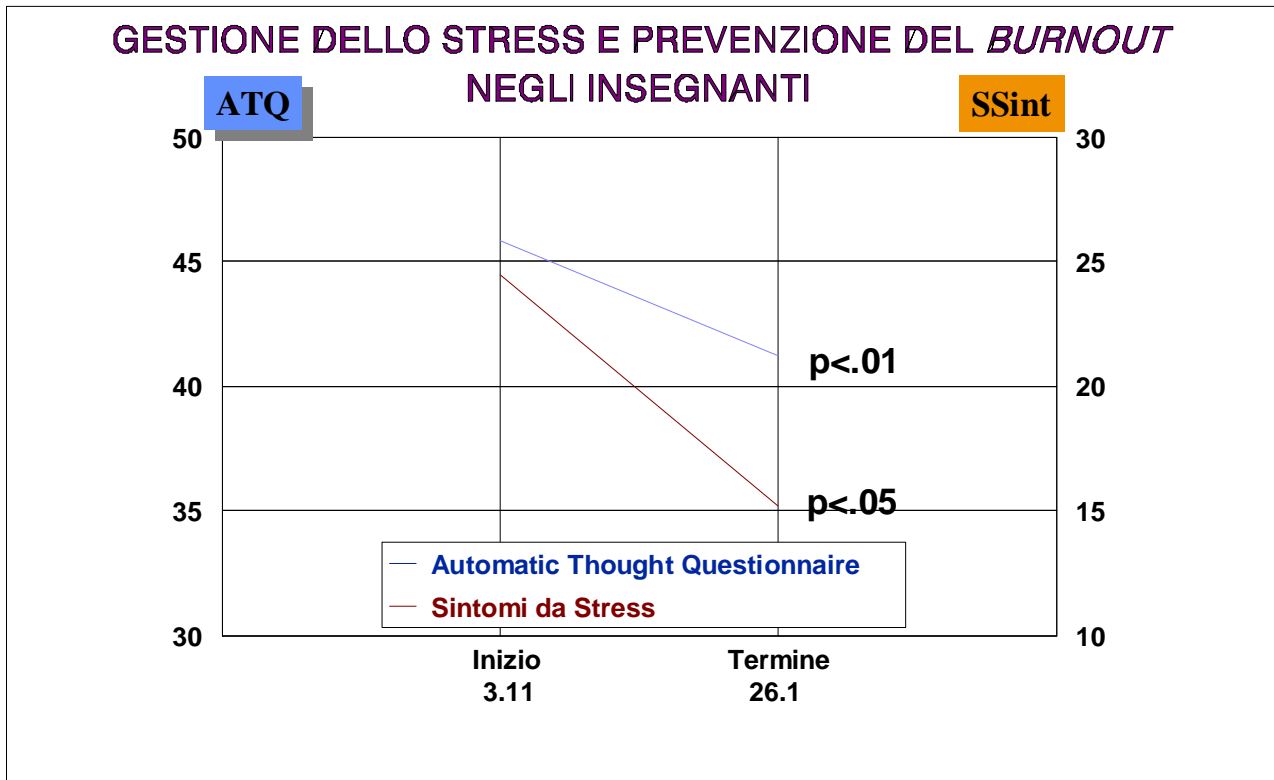


Fig.1 Variazione dei punteggi di stress tra l'inizio e il termine del corso

Come si può osservare nella fig.1, vi è stata una diminuzione significativa dei punteggi di stress sia fisico (Ssint) che psicoemotivo (ATQ), indici dell'efficacia del corso. Ovviamente la principale limitazione dello studio è la mancanza di un gruppo di controllo, reso impossibile dal fatto che dovevano partecipare al corso tutti i docenti referenti dell'area.

Tuttavia sottolineiamo il fatto che la valutazione iniziale è stata fatta all'inizio dell'anno scolastico, periodo considerato dagli insegnanti meno stressante di quello del termine del corso (fine gennaio), il che rende improbabile un miglioramento spontaneo.

Considerando poi i punteggi suddivisi per sistemi somatici (fig. 2) notiamo come le variazioni più significative riguardino i disturbi cognitivi, immunitari ed endocrini. Questo risultato non sorprende visto che è stato attuato un intervento specifico a livello cognitivo, e anche il fatto che questi sono sistemi a rapido cambiamento.

La valutazione dei conduttori ha evidenziato l'utilità del lavoro di gruppo e della discussione sulle fonti contestuali di stress dell'insegnante, che ha dato luogo ad un prodotto del lavoro di gruppo (Questionario sulle fonti di stress nella scuola).

La valutazione dei partecipanti ha riguardato sia la percezione dell'adeguatezza del corso nei suoi vari aspetti, della sua utilità e della soddisfazione soggettiva dei partecipanti (tab.1) che il valore dell'esperienza (tab. 2).

GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL *BURNOUT* NEGLI INSEGNANTI

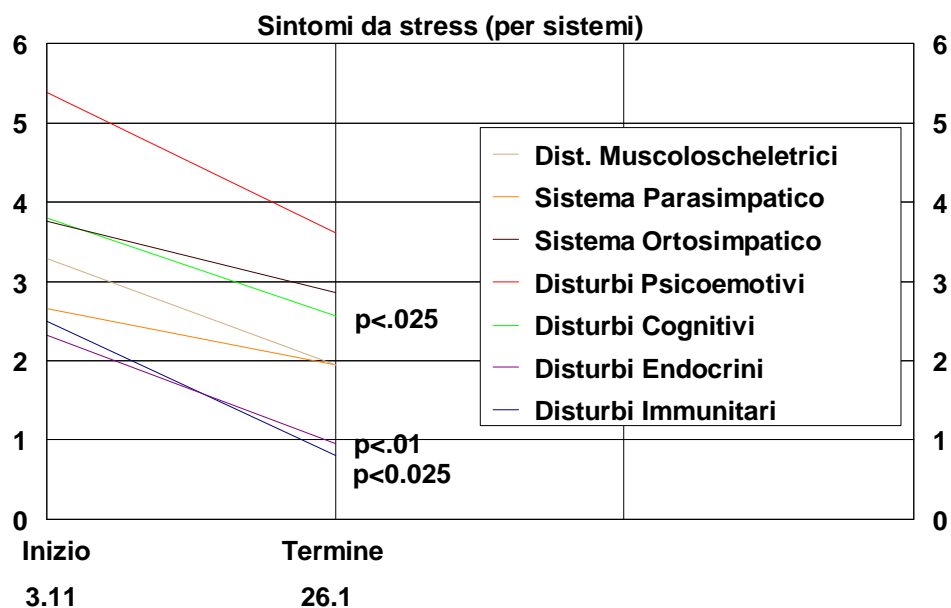


Fig. 2 Punteggi suddivisi per sistemi somatici

Item	Risposte	%
Ritengo di aver partecipato al Corso in modo	<i>sufficiente o ottimale</i>	96.3
Gli obiettivi del Corso rispondono alle mie aspettative	<i>abbastanza - moltissimo</i>	92.9
Ritengo che il Corso abbia corrisposto agli obiettivi in modo	<i>sufficiente - elevato</i>	92.9
Ritengo che il Corso abbia bilanciato la teoria con la pratica	<i>abbastanza - molto</i>	78.6
Ritengo che la chiarezza delle lezioni teoriche è stata	<i>sufficiente - elevata</i>	100.0
Ritengo che le parti pratiche del Corso abbiano ricevuto supervisione	<i>sufficiente - notevole</i>	92.9
Ritengo che la durata del Corso (ore totali) sia	<i>sufficiente - notevole</i>	53.6
Ritengo che la durata degli incontri del Corso sia	<i>sufficiente o notevole</i>	77.7
Ritengo che il numero dei partecipanti sia	<i>Sufficiente</i>	78.6
Ritengo che la logistica (sede, orari, attrezzature) sia stata adeguata	<i>Abbastanza</i>	75.0

Tab. 1 - Valutazione dei partecipanti (QPar)

Complessivamente, i partecipanti ritengono in maggioranza che il Seminario abbia raggiunto i suoi scopi.

Item	Risposte	%
Ritengo di aver acquisito una sensibilità al problema stress	<i>Sufficiente-notevole</i>	100
Ritengo di aver acquisito nuove conoscenze sul fenomeno stress nell'insegnamento	<i>abbastanza moltissimo</i>	– 88.9
Ritengo di aver acquisito nuove capacità di valutazione/gestione dello stress per quanto riguarda me stesso	<i>abbastanza moltissimo</i>	– 85.2
Ritengo di aver acquisito nuove capacità di valutazione/gestione dello stress per quanto riguarda gli altri (ad es. per aiutare i ragazzi o colleghi)	<i>abbastanza o molto</i>	51.8
Ritengo che quanto acquisito potrò utilizzarlo nell'attività professionale	<i>abbastanza moltissimo</i>	- 53.6
Ritengo che quanto acquisito potrò utilizzarlo nella vita privata	<i>abbastanza moltissimo</i>	– 89.3
Ritengo che l'utilità (per me e/o per la Scuola) di sviluppare alcuni contenuti del Corso sia	<i>sufficiente – elevate</i>	74.1

Tab. 2 Valutazione dell'esperienza

La capacità di utilizzare conoscenze e competenze acquisite viene percepita maggiore per quanto riguarda se stessi e la vita quotidiana che rispetto agli altri o nella professione, coerentemente con la natura introduttiva del corso ed i timori di insufficiente competenza dei partecipanti. E quindi non sorprende che tre quarti dei partecipanti ritengano che alcuni aspetti del Seminario andassero approfonditi.

Conclusioni

In accordo con i risultati penso che si possa concludere che i metodi cognitivo-comportamentali di gestione dello stress possano contribuire sostanzialmente alla promozione della salute nel posto di lavoro e alla prevenzione delle malattie cardio-vascolari e del *burnout* sia riducendo importanti fattori di rischio (come lo stress) sia

aumentando alcuni fattori protettivi (come il sostegno sociale).

Un intervento come quello attuato mostra non solo una notevole efficacia ma anche una buona efficienza: il tempo utilizzato (30 ore per 2 conduttori con un totale di 60 ore professionali) suddiviso per più di 60 partecipanti porta a meno di un'ora di tempo professionale per ciascun soggetto.

I benefici dei programmi di gestione dello stress nel posto di lavoro interessano in primo luogo i dipendenti in termini di:

- migliori livelli di salute, di benessere, di qualità della vita
- maggiore sicurezza
- ridotta fatica
- migliore coesione di gruppo e qualità dei rapporti di lavoro.

Ma vi sono anche importanti benefici per l'azienda:

- aumentata produttività
- migliore immagine e clima organizzativo
- ridotto assenteismo, ritardi e ricambio

- ridotti incidenti e tempi perduti
- migliore uso delle risorse preventive

E' evidente che per sfruttare appieno le potenzialità dei metodi cognitivo-comportamentali di gestione dello stress, bisogna rivolgersi non solo alle fonti personali di stress ma anche a quelle del contesto lavorativo.

Bibliografia

- Boyle, G.J., Borg, M.G., Falzon, J.M., e Baglioni AJ, Jr. (1995). A structural model of the dimensions of teacher stress. *Br J Educ Psychol*, 65 (Pt 1), 49-67.
- Cotten, N.U., Resnick, J., Browne, D.C., Martin, S.L., McCarraher, D.R., e Woods, J. (1994). Aggression and fighting behavior among African-American adolescents: individual and family factors. *Am J Public Health*, 84 (4), 618-622.
- Di Pietro, M. e Rampazzo, L. (1997). *Lo stress dell'insegnante*. Trento: Ed. Erickson.
- Finlay-Jones, R. *Factors in the teaching environment associated with severe psychological distress among school teachers*. *Aust N Z J Psychiatry*, 20(3):304-313, 1986.
- Hart, P.M., Wearing, A.J., e Conn, M. (1995). Conventional wisdom is a poor predictor of the relationship between discipline policy, student misbehaviour and teacher stress. *Br J Educ Psychol*, 65 (Pt 1), 27-48.
- Hollon, S.D. & Kendall, P.C. (1980). Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thought Questionnaire, *Cogn. Ther. & Res.*, 4 (383-395).
- Hollon, S.D., Kendall, P.C., Lumry, A. (1986). Specificity of Depressotypic Cognitions in Clinical Depression, *J Abnorm Psychol*, Vol. 95, No. 1, 52-59.
- Knoop, R. (1994). Relieving stress through value-rich work. *J Soc Psychol*, 134(6), 829-836.
- Kornblit, A.L. (1992). Stress of teachers and students' violence. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, 38 (1), 63-68.
- Malanowski, J.R. E Wood, P.H. (1984). Burnout and self-actualization in public school teachers. *J Psychol*, 117 (1st Half), 23-26.
- Miller, L. H., Smith, A. D., e Mehler, B. L. (1988). *The Stress Audit Manual*. Brookline, MA: Biobehavioral Institute of Boston.
- Pedrabissi, L., Rolle, J.P., e Santinello, M. (1993). Stress and burnout among teachers in Italy and France. *J Psychol*, 127 (5), 529-535.
- Pierce, C.M. and Molloy, G.N. *Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout*. *Br J Educ Psychol*, 60 (Pt 1):37-51.
- Rose, S.D. (1989). Coping skill training in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, Vol 39(1): 59-78.
- Rose, S.D. (2004). *Cognitive-Behavioral Group Work*. *Handbook of social work with groups*. in: *Handbook of social work with groups*, a cura di Garvin, C.D., Gutiérrez, L.M. e Galinsky, M.J. (pp. 111-135). New York: Guilford Press.
- Sibilia, L. & Borgo, S.(2002). *Stress management in school teachers: personal and/or worksite change?* CD-Rom a cura di Goldwurm, G.F.,Colombo, F. & Masaraki S. Neuropsychology and behavioural intervention in psychosomatics and health promotion. Milano: CIANS.
- Sibilia, L. & Borgo, S. (2008). La gestione dello stress degli insegnanti: una ricerca-intervento, *Idee in psicoterapia*, 1, 1-25
- Sibilia, L., Francioni, G., Borgo, S., Bollea, M.R. & Cairella, M. (1982). Depressione e autosfiducia quali fattori psicologici predittivi dell'esito nel trattamento dietetico dell'obesità. *Clin. Dietol.*, 9, 3 (258-259).
- Williams, L.E., Winfree LT, Jr., e Clinton, L. (1989). Trouble in the schoolhouse: new views on victimization, fear of crime, and teacher perceptions of the workplace. *Violence Vict*, 4 (1), 27-44.

Emilio Riccioli, psicologo e psicoterapeuta, direttore e didatta della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia SSPIG(Palermo), docente di psicologia del lavoro e delle organizzazioni Università Pontificia Salesiana di Roma,
emilio.riccioli@sspig.it

Introduzione

In questo contributo si intende ragionare intorno al tema dello stress nel mondo del lavoro osservandolo dal punto di vista delle relazioni interpersonali. Si procederà avendo in mente e prendendo spunto da alcuni interventi di consulenza organizzativa condotti dall'autore.

Il campo della consulenza è vasto e varie sono le metodologie. Il punto d'osservazione è quello di esaminare, partendo da un caso concreto, i legami emotivi, cognitivi e comportamentali di un gruppo umano all'interno di un'organizzazione di lavoro e le sue eventuali disfunzioni, esplorate partendo da quell'organizzazione e da quel peculiare contesto. A partire da questa analisi cercheremo le determinanti che, al di là del contesto e del gruppo, ritroviamo come cause o meglio, concause, dello stress lavorativo.

Il percorso non è semplice perché non tutte le organizzazioni, né tutti gli individui dentro le organizzazioni, mostrano sintomi di stress.

Il contesto

Le riflessioni di questo contributo partono da un lavoro di supervisione e analisi organizzativa avvenuto negli anni 2007/2009, presso la Direzione R.U. di un'istituzione di cura a carattere scientifico. La richiesta d'intervento di quell'area organizzativa, ancora in via di formazione e riconoscimento, parte dall'esigenza di aiutare il gruppo di quell'unità ad essere più collaborativo e partecipativo. La Direzione infatti, denunciava segni di un cattivo passaggio delle informazioni e una ridondanza delle funzioni operative. Nell'anno 2007, prima dell'inizio dell'intervento, era stato somministrato a tutti i dipendenti il Questionario sul Benessere Organizzativo di Avallone e Pamplomatias (2005), adattato al contesto. Pur con i limiti di un questionario self report, i risultati³ riportati in nota denotano che gli indici del malessere organizzativo erano alti (su una scala da 1 a 5) e inoltre eravamo in presenza di un assenteismo al 2007 pari a 9.77% di cui: 38.47% per malattie, 40,90% per maternità, 3.50% per infortuni e 4.39% per congedi parentali.

In più, a ben guardare questi dati, rileviamo che l'indice di assenza per malattia era piuttosto significativo. Sappiamo, dalla letteratura sull'argomento, che ciò, in genere, è indice di stress organizzativo. Molti degli indicatori sul malessere organizzativo rilevati dal questionario, ci informano dello stato di disagio vissuto dai dipendenti di quell'organizzazione. Tutto ciò ha portato l'area Risorse Umane a richiedere un intervento volto, innanzitutto, a capire le ragioni di questo disagio.

La struttura consta di circa 600 dipendenti. Il lavoro di consulenza, si è svolto con un gruppo di 7 persone afferente l'area Risorse Umane. In questo intervento, sono stati adottati degli strumenti di rilevazione del disagio (Stili leadership, analisi Stati dell'Io e stili relazionali, questionario stili di apprendimento, Ruolo nel team), riproposti, poi, a fine dell'intervento. I risultati ci dicono che 6 su 7 persone partecipanti al progetto di supervisione costante hanno visto i loro punteggi significativamente migliorare nelle seguenti aree: a) migliore comunicazione e approccio al collaboratore; b) utilizzo di diverse modalità di attivazione delle proprie funzioni di guida (Leadership), c) più flessibilità e capacità e infine, d) era migliorata anche la capacità di passare

³ Insofferenza nell'andare a lavoro **3,3**, -Disinteresse per il lavoro **3,8**, Desiderio di cambiare ambiente di lavoro **3** Pettegolezzo **2,6**, Risentimento verso l'organizzazione **2,9**- Aggressività e nervosismo **3,3** Sensazione di fare cose inutili **3,6**- Sensazione di contare poco nell'organizzazione **2,8** Sensazione di non essere valutato adeguatamente **2,6** Sensazione di lavorare meccanicamente **3,2**, Lentezza nell'esecuzione dei compiti **3,6** Confusione sui compiti e ruoli **3,2**, Mancanza di idee **3,4**.

attraverso diversi stili di gestione della leadership tenendo conto del grado di anzianità dei collaboratori. Questi parametri sono stati misurati attraverso questionari self report all'inizio ed alla fine dell'intervento.

La metodologia adottata nella consulenza è stata quella di supervisionare il lavoro di gruppo, analizzare aspetti organizzativi e, talvolta, ci si rendeva disponibili per il coaching individuale. L'intervento si snoda per 18 mesi con cadenza mensile.

Partendo da questi dati descriveremo e ragioneremo intorno al tema dei legami istituzionali cercando di dare delle ragioni di quando essi diventano fonte di stress.

Il Lavoro

Il lavoro è uno dei pilastri, insieme alla vita affettiva, su cui reggiamo la nostra esistenza. Attraverso di esso misuriamo la nostra capacità, le mettiamo in campo, possiamo valutare di che pasta siamo fatti; con il lavoro, a seconda della sua importanza, abbiamo un ritorno di visibilità sociale, e ancora, esso favorisce il contatto sociale contribuendo alla creazione di ciò che siamo, alla nostra identità, appagando il desiderio di socialità e di legame insito nella nostra condizione di esseri umani. Costituisce parte essenziale della nostra esistenza e dedichiamo ad esso, ormai, gran parte della giornata. Avallone (1994) ci ricorda che da un punto di vista etimologico il lavoro è spesso associato, tra l'altro, alla parola fatica. In lingua spagnola la parola lavoro è trabajo (travaglio), e già ciò ci richiama alcuni aspetti faticosi del lavoro. Collegandoci ai nostri territori italici, sappiamo che in una regione della nostra penisola, il termine fatica è utilizzato come sinonimo di lavoro. Al di là delle facili interpretazioni pregiudizievoli che questa espressione può suscitare, ascoltando l'espressione idiomatica (andiamo a faticare al posto di lavorare), vogliamo solo sottolineare come il termine lavoro contenga in sé anche il suo potenziale negativo. Il lavoro è pertanto sia benessere che fatica: ha una doppia valenza. Ruggieri, ha ben individuato, in un suo lavoro del 1984, la relazione psicofisiologica ed il continuum su cui si trovano lavoro, fatica e sforzo ed a cui rimandiamo per una lettura più completa.

Problemi sul lavoro, lo sappiamo e ne facciamo esperienza quotidiana, hanno una ricaduta importante sull'intera esistenza individuale. Sappiamo che le persone vittime per esempio, di mobbing, sentono compromessa non solo la loro vita lavorativa, ma anche quella familiare e sociale. Dopo un po' rischiano di essere considerati degli "appestati" anche dal loro nucleo familiare.

La perdita del lavoro e lo stress hanno evidenti ricadute emotive, sull'umore, sul comportamento dell'individuo, sulle sue facoltà mentali, ed infine sulla sua fisiologia (tachicardia, irrigidimento muscolare).

Lo Stress

Lo studio dello stress e dei suoi effetti sono sotto gli occhi di tutti noi; dal punto di vista della lingua parlata, "sono stressata/o" è ormai un'espressione comune. Evidentemente, ci riferiamo ad una condizione esistenziale onnipervasiva. Da certi punti di vista, e con tutto il rispetto per le numerose ricerche, teorie, tecniche e metodologie, notiamo che il sentirsi sotto stress sta diventando (o lo è già) come uno slang degli adolescenti che usano alcuni modi di dire validi per un'infinità di situazioni. Come studiosi, tuttavia, sappiamo però che lo stress ha connotati ben precisi ed è uno dei fattori di cui ci dobbiamo prioritariamente occuparci nell'ambito del lavoro. I dati provenienti dall'OSHA (Agenzia Europea sulla Sicurezza, 2002) ci informano come lo stress sia causa di malfunzionamenti individuali ed organizzativi con importanti ricadute sulla salute.

Che cosa è lo stress

Lo stress è una sindrome da disadattamento, per rimanere con Selye (1956), ormai individuata e posta all'attenzione di noi tutti. È un elemento nocivo, che compromette il modo in cui la persona contribuisce e dà il proprio apporto al processo produttivo. È anche giusto ricordare l'esistenza di

uno stress buono, l'eustress, che ci guida e sostiene durante l'esecuzione di compiti più o meno complessi.

Lo stress è, quindi, secondo la visione di Selye (ibidem, 1956), una sindrome da affaticamento.

Come si manifesta

Se una persona si reca in consulenza medica o psicologica possiamo individuare alcuni indici di stress. Ad esempio, risposte come ansia, aumento della frequenza cardiaca, insonnia, tensione muscolare, ipereccitabilità (Eccitazione) sono segni di un quadro neurovegetativo alterato ed è facile metterli in collegamento con una situazione ambientale lavorativa stressante. Ma anche comportamenti di astenia, stanchezza, fatica (Inibitori), possono esser segni di freno ad una eccessiva risposta eccitatoria. Sono segnali di affaticamento. In questo senso Ruggieri (op. cit, 1984) ha messo in luce il meccanismo e la dinamica tra aspetti Eccitatori e Inibitori, indicandoceli come aspetti legati allo stress o meglio alle reazioni psicofisiologiche dell'individuo ad uno stimolo. Per Ruggieri (ibidem, 1994), in una breve sintesi del suo pensiero, è opportuno valutare come l'alternarsi di risposte eccitatorie ed inibitorie, nonché il livello di attenzione richiesto da un compito, comporti il processo da cui partire per valutare lo stress. Il rapporto tra forza, fatica ed attenzione e la dinamica eccitazione/inibizione richiesta nell'approcciarsi allo stimolo offre, nell'ambito del lavoro, spunti interessanti per valutare lo stress. Un'attenzione cronica, può portare fatica, perché l'individuo si sforza di essere attento anche di fronte a stimoli monotoni. Sicuramente possiamo dire che è il prolungato sottostare ad uno stimolo nocivo, probabilmente, a determinare alla lunga una reazione di stress (vedi Ruggieri, op cit. 1984). O ancora, è l'alternarsi rapido e/o continuo tra elementi eccitatori ed inibitori a causare un logoramento individuale.

Una definizione generale, ripresa dall'accordo europeo sullo stress da lavoro del 2004 e su cui c'è un'intesa generale dice che ; “ Lo stress è uno stato che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche, o sociali e deriva dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti. L'individuo è capace di reagire alle pressioni a cui è sottoposto nel breve termine, e queste possono essere considerate positive, ma di fronte ad una esposizione prolungata a forti pressioni egli avverte grosse difficoltà di reazione”.

Analizzando questa definizione, possiamo vedere come questa metta al centro il singolo individuo, e ci dà l'idea di una incapacità o, difficoltà *pervenuta*, aggiungeremmo, a rispondere agli stimoli dell'ambiente lavorativo o meglio a continuare a rispondere a quegli stimoli a cui prima, l'individuo, rispondeva tranquillamente.

Quando tale stress si fa più acuto troviamo due importanti manifestazioni di disagio : *Mobbing*⁴ e *Burn out* (Edge, 2001). Sappiamo che il mobbing genera sintomi legati al Disturbo Post Traumatico da stress⁵ (vedi Gilioli et al, 2001).

Queste sono due manifestazioni acute, sono indici di un malessere che è andato oltre. Queste due sindromi psicopatologiche ci avvicinano di più agli argomenti che vogliamo trattare in quanto, pur colpendolo il singolo, sono segni di un disagio che coinvolge più soggetti all'interno della comunità lavorativa. Quando ci riferiamo al Mobbing ed al Burn out, stiamo descrivendo una sindrome psicosociale multidimensionale, perché si presenta come un complesso di sintomi specifici ed aspecifici, fisici e psichici, non riducibili ad una configurazione tipica e facilmente diagnosticabile. E' *psicosociale* perché colpisce l'individuo, il gruppo di lavoro e l'organizzazione producendo disfunzioni sia a livello individuale che collettivo. E' *multidimensionale* perché si origina, si sviluppa e coinvolge tutti i livelli gerarchici dell'organizzazione.

La domanda che aiuta a proseguire il discorso è la seguente: è avvenuto qualcosa o più di

4 Effetti del Mobbing: ansia, depressione, stato di preallarme, ossessioni, attacchi di panico, isolamento, depersonalizzazione (alterazione dell'equilibrio socio-emotivo);cefalea, vertigini, tachicardia, disturbi gastrointestinali, senso di apprensione toracica, manifestazioni dermatologiche, disturbi del sonno, disturbi della sessualità (alterazione dell'equilibrio psico-fisiologico); disturbi alimentari, totale passività, reazioni auto-aggressive o etero-aggressive, abuso di alcool, di fumo, di farmaci (disturbi del comportamento).

5 risposta ritardata o protratta ad evento fortemente stressante o situazione di natura altamente minacciosa o catastrofica in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone. Comporta maggiore gravità e prognosi rispetto alle altre sindromi psichiche. Insorge dopo un periodo di latenza che può essere superiore ai 6 mesi. Spesso accanto a sintomi generici si presentano aspetti clinici peculiari. Frequente è la monotematica fissazione del pensiero su eventi traumatici. Reazione emotiva intensa innescata da luoghi e fatti inerenti l'evento traumatico. Si possono avere anche manifestazioni fobiche con connessi comportamenti evitanti . Può essere presente componente somatica.

qualcosa per cui l'individuo non riesce più a reagire come prima? Come mai le sue facoltà mentali sono diventate inadeguate, e poi, da cosa diciamo che non sa più rispondere? Quali sono gli indici? La psicofisiologia ne ha indicati alcuni che, sommati, generano quelle sindromi più sopra, sommariamente, citate. Non vogliamo, tuttavia, soffermarci in particolare su queste reazioni, quanto sulle *condizioni ambientali* che possono predisporre all'insorgenza di queste sintomatologie.

Queste condizioni, possono essere ricondotte a due macrocategorie:

- Aspetti legati al contesto (cultura, ruoli, evoluzione, carriere, rapporti interpersonali).
- Aspetti legati al contenuto del lavoro (Ambiente, pianificazione, carico, orario, caratteristiche del lavoro in sé)

Molta della letteratura si è centrata sullo studio delle caratteristiche del lavoro (ruoli, carichi di lavoro, ritmo del lavoro), del contenuto del lavoro (monotono, prevedibile, frammentato, vigilanza/attenzione, rumorosità o ancora sulle richieste sempre più complesse ed articolate nel più breve tempo possibile che il lavoro richiede all'individuo) che sempre più stanno mettendo il lavoratore in un sovraccarico di stimoli. I correttivi adottati, anche con un certo successo, sono stati applicati all'organizzazione del lavoro (turni, ruoli, carriera, leadership, clima di gruppo). Le teorie del management organizzativo cercano, partendo da queste osservazioni, di studiare dei rimedi ai modi in cui la persona lavora e quindi di come fare in modo che alcuni aspetti siano tenuti sotto controllo e non pesino sulle prestazioni o, ancora, studiano come mettere in grado il singolo individuo di aumentare potere e autonomia decisionale per metterlo in grado di avere strumenti che possano arginare le sue difficoltà di risposta. In ultimo, alcuni autori come La Porte (2003), hanno sottolineato l'importanza di migliorare la comunicazione interna, il flusso delle informazioni e le conoscenze da cui spesso il lavoratore si sente alienato ed a cui attribuisce le ragioni del suo disagio. Il focus quindi di queste riflessioni rimane, in un certo senso, duale, in quanto prende in considerazione l'individuo ed il suo stress.

Ma possiamo qui introdurre una prospettiva diversa in cui gli aspetti di iperattività (Eccitatori), o di siderazione delle attività, od anche di momentanea inibizione della capacità e delle facoltà intellettive del singolo individuo, siano da mettere in relazione con aspetti disfunzionali delle relazioni interpersonali, gruppali, istituzionali, che istituiscono e sostanziano il mondo del lavoro? A tale domanda retorica, non possiamo che rispondere affermativamente, e tuttavia cercheremo di entrare nel dettaglio di questi malfunzionamenti istituzionali, su questi aspetti intangibili, presenti e riconoscibili per l'analisi istituzionale, e che a nostro avviso costituiscono lo sfondo psichico delle organizzazioni, sfondo in cui poi si iscrive l'agire organizzativo e le sue possibili disfunzioni.

Muoveremo il pensiero a partire da modelli e teorie che tengono in primo piano il fatto che le organizzazioni sono abitate e costituite da uomini e quindi mosse dalle loro emotività, derivandone che le organizzazioni contengano anche alcuni aspetti che possano apparire, ad un primo sguardo, come irrazionali (Kets De Vries , 2001). A partire da un'esperienza sul campo, affronteremo alcuni aspetti dello stress nelle organizzazioni che analizzano il livello delle relazioni, dei legami, e del clima organizzativo e di come questi siano l'epifenomeno della cultura organizzativa che vige in una determinata organizzazione. Ogni cultura, intesa come insieme di prassi operative che presiedono e danno forma ai comportamenti di un gruppo umano, è unica, propria di quella nazione, di quella cultura e, estendendo il concetto, di quell'organizzazione. Esistono tuttavia, dei comuni denominatori, degli aspetti trasversali che accomunano tutti o quasi tutti gli ambienti di lavoro, partendo dal fatto che sono costituiti da persone e quindi dal modo in cui si relazionano tra loro e con l'organizzazione stessa.

Stress e Organizzazioni

Ma quali sono i segni dello stress organizzativo?

Ovvero, quali sono i segni dello stress organizzativo e cosa hanno a che fare con i *legami istituzionali*?

Per poter proseguire dobbiamo fermare i soggetti delle prossime riflessioni che sono:

- a) i legami,
- b) i legami istituzionali,
- c) le istituzioni e lo stress.

Cominciamo con il legame ed il legame istituzionale.

La cornice teorica dalla quale esponiamo i nostri concetti fa *del legame il principio della nostra vita psichica*. Ovvero ci basiamo su una epistemologia relazionale come motivazione primaria dell'essere umano. La vita psichica, pertanto, è il derivato e si iscrive nella matrice relazionale. Il legame, inteso come primaria relazione è, in questa prospettiva, sostanziale alla nostra vita. Noi cerchiamo la relazione, essa è insita nei geni, nella pelle, nella psiche; quando incontriamo l'altro diamo statuto al nostro esserci e sperimentiamo un senso di pienezza. Il legame dà ed è gioia. Le teorie ed i modelli esplicativi che sostengono questa prospettiva e da cui prendono le mosse queste riflessioni, insistono sulle primarie relazioni d'accudimento come base sicura per il buon funzionamento ed adattamento dell'individuo. Non essendo scopo di questo scritto approfondire questo tema rimandiamo alla numerosa letteratura sull'argomento.

Di contro, e vedendolo da un'altra prospettiva, sappiamo che i legami possono diventare stressanti, faticosi, procurarci sofferenza, fatica. Il legame sostanzia non solo la vita comunitaria, ma anche quella lavorativa. Spesso sentiamo dire che le persone si trovano bene in un certo ambiente di lavoro, che si sentono a proprio agio con i colleghi. Star bene nei posti di lavoro è un indice di benessere organizzativo.

Allora se il legame è, sia benessere che sofferenza, esso è ambivalenza, pesca e si sostanzia nell'ambivalenza che è specifica dell'essere umano. Da una parte, come abbiamo scritto è piacevolezza, gioia; il legame è un balsamo per la nostra esistenza. Dall'altra, può essere portatore di sofferenza e a volte di patologia. La sofferenza è un dispiacere acuto. Essa, rimanendo al nostro oggetto di studio, proviene tanto dalla mancanza quanto dall'eccesso di legame e/o da perdita del legame. E' un dato strutturale della nostra vita psichica, carente, divisa in cerca quindi di un completamento di quel qualcosa che la riempia e la completi; le manca qualcosa che cerca nel legame. Ognuno cerca rimedi a questo dato. La sofferenza è l'effetto di questo desiderio inevaso. Quando arriva, la sofferenza, mette in scacco le nostre facoltà mentali, la nostra continuità ne risente, non siamo capaci di lavorare, amare, vivere. Il legame, in un certo senso, è la medicina attraverso cui cerchiamo di attenuare la sofferenza. Qualche sofferenza, se eccessiva sfocia nel patologico.

Ma come si prefigura il legame istituzionale? Quale connessione esiste e se esiste con questi brevi concetti?

Istituzione e Organizzazione

Non è scontato che quando parliamo di organizzazione e di istituzione stiamo intendendo la stessa cosa. Nel linguaggio corrente li usiamo come sinonimi, ma per la ricerca e l'intervento istituzionale, non sono equivalenti. L'idea da cui partire è che quasi ogni organizzazione porta con sé il concetto di Istituzione. Questo concetto vale soprattutto per tutte quelle istituzioni che curano, formano, insegnano.

Partendo dall'istituzione, diremmo con R. Kaes (1991) che essa è un formazione sociale, un *socius*, e segna il passaggio dalla natura alla cultura. Partecipa dei processi di produzione attraverso un'organizzazione dei compiti socialmente necessari (curare, educare, formare). L'organizzazione è quindi l'aspetto fenomenologico e strumentale delle istituzioni.

Rimanendo nei livelli meta interpretativi, propri del concetto di Istituzione, diremmo ancora che è un dispositivo economico: partecipa alla vita economica (producendo beni e servizi) e ne recepisce le sue regole. Il suo valore economico dipende da quanto raggiunge i suoi compiti primari, ovvero gli obiettivi che si è data. Nessuna istituzione può far questo senza un *potere politico e legale*; sono i suoi aspetti volitivi, espressivi della volontà politica e legale, che servono a determinare i fini e le azioni.

L'istituzione ha un mandato sociale e dà vita ad una cultura: ossia ad un sistema di valori e di

norme, di comportamenti prescritti (ruoli) che modellano la condotta ed indicano cosa e come si deve fare un certo lavoro. Vi è anche un altro aspetto di questa dimensione culturale, che attiene ai suoi assunti di base per dirla con Shein (2000), questi si riferiscono all'aggregarsi delle rappresentazioni, dell'immaginario e dei desideri di ciascun individuo dentro l'organizzazione. Sono quegli aspetti di desiderio, di partecipazione al progetto, che aggregano i membri di un'organizzazione. Come R. Kaes (1991, pag. 21), sostiene, "l'immaginario individuale preesiste e presiede a qualsiasi organizzazione, persino la più primitiva, della pulsione". Si tratta di tutte quelle aspettative, fantasie e ambizioni spesso non consapevoli, ma che contribuiscono a dare il senso della partecipazione comune al progetto. Potremmo dire, da questo punto di vista, come ogni istituzione ha una sua dimensione psichica.

In quest'ultima accezione, essa è un luogo immaginario, un bisogno della mente e dell'individuo (corrisponde all'altro della relazione); l'uomo ha bisogno dell'istituzione (per la carenza più sopra detta), ovvero di un luogo dove i suoi desideri e bisogni verranno appagati. Tutti noi entriamo in un'organizzazione, che ne siamo più o meno consapevoli, con un carico di aspettative e di desideri, questo costituisce la nostra spinta, la nostra motivazione all'appartenenza. Questo concentrato di aspettative contribuisce a costituire l'aspetto istituzionale.

L'organizzazione è intesa come l'insieme delle persone e delle metodologie necessarie a raggiungere i fini. È il modo in cui tutti gli aspetti istituzionali si "incarnano" e si presentano fenomenologicamente. In estrema sintesi, un'istituzione è conoscibile e ri-conoscibile attraverso la sua organizzazione, ovvero al modo in cui dispone la vita lavorativa dei suoi membri.

Vediamo alcune caratteristiche delle Istituzioni

L'istituzione pertanto si occupa di attivare, mobilitare e canalizzare la vita psichica di coloro che ne fanno parte. Cerca di trovarne una ragione e si serve del compito primario, gli obiettivi dell'organizzazione, per orientare, distribuire ed appagare i desideri, i bisogni, e le fantasie di coloro che vi abitano e le nutrono con le loro risorse psico-fisiche. Essa quindi guida i protagonisti di ogni istituzione ad appagare i propri desideri in forma vicaria, sostitutiva, desessualizzata.

Secondo R. Kaes (1998) l'istituzione prende i soggetti che la istituiscono, che vi lavorano, nella trappola dei loro stessi desideri, di affermazione (potere), di bisogno di rassicurazione (amore), facendosi carico di rispondere a queste aspettative. In più, l'istituzione prescrive i legami; ovvero attraverso l'organizzazione attribuisce ruoli e funzioni e così dispensa certezze. E, allo stesso tempo, crea attese.

Il vivere istituzionale

Soffermandoci un attimo sulla natura del legame istituzionale. Esso risente dell'atto istituzionale in sé (Kaes, op.cit. 1998), ovvero è influenzato dal gruppo e dall'istituzione stessa. Il legame istituzionale, come abbiamo visto, è quindi di una natura particolare ed ha una sua originalità in quanto risente del contesto ovvero dell'assemblarsi delle aspettative dei desideri delle persone che ne fanno parte. Individua una realtà psichica originale, dove il legame, la relazione (in questo caso lavorativa) è il punto focale di questo studio e dove si combinano logiche differenti e quadri pluridifferenziati: individuali, gruppali, politici, economici, alleanze inconsce tra i membri che vi partecipano, sintomi, od anche le funzioni di vittime e capri espiatori che si generano all'interno della vita organizzativa e, infine, i patti *denegativi* (vedi R. Kaes, 1991), intendendo con ciò quei patti collusivi, complici, che si instaurano tra i membri di un contesto organizzativo e che servono a mettere da parte, per un certo tempo, tutto ciò che non funziona della vita istituzionale. Per fare un esempio, bisogna pensare al Deserto dei Tartari di Dino Buzzati, dove il tenente Drogo, aspetta insieme ai suoi soldati, un nemico che mai arriverà. Essi non riescono a sottrarsi a questa evidenza (semplicemente la negano), continuando a mantenere un avamposto come se fossero in guerra. I soldati sono catturati da questa fantasia che li cattura, li incolla a quella struttura, dimenticando la vita mondana e gli agii che stanno intorno a loro. L'ufficiale si lascerà presto assimilare a quei rigidi rituali militari che animano quotidianamente la fortezza e i suoi occupanti e ne determinano

comportamenti e relazioni, nell'attesa di un evento eroico e glorioso, di una invasione, di una battaglia finale dalla quale ognuno potrà ricavare gloria e prestigio.

Ricollegandoci adesso, all'incipit di questo scritto, riprendiamo l'esperienza di consulenza brevemente citata, svoltasi in un istituto di ricerca a carattere ospedaliero situato in una zona abbastanza isolata di una regione d'Italia, una vera e propria fortezza a guardarla da lontano, attraverso la quale possiamo delineare meglio questi concetti. Questi aspetti geografici e ambientali contribuivano a creare una particolare cultura di quel luogo. Gli operatori, infatti, erano conquistati dall'idea di essere un gruppo di ricercatori pionieri nel loro campo, dediti allo studio ed alla ricerca e che avrebbero partecipato e contribuito a creare un nuovo modo di vivere, un nuovo modello di città e cittadinanza, dove avrebbero trovato appagamento quasi ogni desiderio (la "città" avrebbe dovuto essere autosufficiente). Il "legame istituzionale", nell'accezione sin qui delineata, era quindi costruito sulle fantasie di successo, sul sogno del ricercatore isolato che si dedica al bene del mondo in una comunità totalizzante. L'istituzione, prometteva l'appagamento di questo progetto individuale e collettivo, fornendo mezzi scientifici all'avanguardia, istituendo, da punto di vista scientifico-culturale convegni e collegamenti nazionali ed internazionali e, dal punto di vista economico-sociale, acquistando terreni da coltivare e pascolare. Dopo vari anni, finiti gli aspetti pionieristici del progetto iniziale, gli operatori hanno cominciato a fare i conti con il fatto che la ricerca non è tutto, non sempre rende famosi, e che il costo emotivo/sociale del progetto era alto. Il primo cinema/ teatro si trova a 50 Km di una strada impervia e pericolosa, oltretutto poco praticabile in inverno. Il patto denegativo si rompe e comincia la sofferenza istituzionale: quel luogo non alimenta più fantasia, la ricerca si appiattisce, rimane nelle mani di pochi, imperversa il lavoro routinario quotidiano e gli operatori sono disillusi. I rapporti con la dirigenza si fanno quindi più tesi ed orientati ad un capovolgimento rivoluzionario della struttura, come desiderio inconscio di ridare al proprio destino una nuova linfa vitale. Non è un caso, oltretutto, che con smisurati costi e mettendo a rischio l'intero progetto istituzionale ed il suo compito primario, l'amministrazione sposava e si buttava in progetti ambiziosi e di difficile realizzazione (Villaggi turistici, televisione, giornali), interpretati come aspetti che toglievano risorse (economiche, di forza lavoro) al compito primario e colpevoli, per i più, di aver messo in crisi l'istituzione stessa(gli stipendi ai dipendenti arrivavano con un ritardo di molti mesi). Inoltre, dal punto di vista della gestione corrente, la struttura dirigente, invitava continuamente consulenti esterni, collaboratori e si faceva promotrice di iniziative internazionali, proprio per cercare di bilanciare la percezione di fare cose inutili⁶ e senza una precisa prospettiva che serpeggiava tra i dipendenti, con ulteriori costi ed appesantimenti per la struttura. Questi specialisti venivano vissuti con disagio ed erano bersaglio di aggressività (maldicenze, ironia) o diventavano confidenti del disagio istituzionale.

A questo punto abbiamo i termini della questione di questo contributo. Da una parte gli aspetti collusivi della partecipazione potremmo dire gli aspetti *eccitatori* dell'avventura iniziale, dall'altra gli aspetti *inibitori, di affaticamento* legati alla difficoltà di trovare uno sfogo alla delusione di queste aspettative non corrisposte e di poterle canalizzare in modo appropriato e non distruttivo. Non trovando luoghi o una funzione pronti ad accogliere questo malcontento, il clima dell'organizzazione si faceva pesante, diventava faticoso : le comunicazioni ed i conflitti tra dipendenti e tra funzioni organizzative erano all'ordine del giorno. Per fare un esempio, la compilazione e quindi la consegna agli utenti delle cartelle cliniche, elemento fulcro di un triplice rapporto tra operatori-struttura-utenti, diventa terreno privilegiato di contenzioso e di deleterie triangolazioni. Spesso, le cartelle, venivano compilate con ritardo, causando poco funzionali passaggi di consegne ed altre volte diventava difficile capire dove fossero archiviate o chi le avesse in consultazione, generando uno scarico reciproco di responsabilità. Tutto ciò rendeva tesi e difficili i rapporti interni, che divenivano conflittuali, impattando sulla collaborazione e generando evidenti danni per la struttura (la mancata riconsegna delle cartelle cliniche, può aprire dei contenziosi legali con gli utenti).

Volendo avere i corrispettivi psicofisiologici dello stress a questa situazione cito la ricerca di

6 Vedi risultati del questionario già citato in questo scritto a pag. 1.

Ruggieri (1984), in cui l'A. specifica che la tensione muscolare cresce o diminuisce non solo in rapporto ad atti fisici, ma anche in rapporto a stati emozionali, per esempio l'aggressività non espressa. Spesso questi stati producono micro-contrazioni isometriche (op. cit. 1984). Uno stato emozionale, ad es. aggressivo, consta di due fasi: una preparatoria (di Attivazione) con impegno diffuso del sistema muscolare, ed una seconda caratterizzata da atti motori completi. E' possibile che questo stato di attivazione non si risolva mai in comportamenti compiuti, per cui il soggetto sta in una situazione di *cronica iperattivazione*. Ne deriva che le tensioni emotive sommate a quelle motorie reali, concrete del lavoro, possono generare uno stato di stress, in quanto non vi è equilibrio tra stati eccitatori e stati inibitori. Manca quindi un equilibrio omeostatico, capace di non far sentire né la fatica né lo sforzo, dovuti a processi psicofisiologici legati ad alti livelli di eccitazione dove manca il freno inibitorio dei sistemi parasimpatici. Levine et al (1972, cit. in Ruggieri, 1984) hanno dimostrato che un complesso di aspettative frustrate può innalzare il livello di Energia ergotropa dell'individuo, generando alla lunga un logoramento stressante, evidenziando con ciò che il concetto di stress è molto ampio e sicuramente legato al sistema motivazionale.

Tutto ciò ci dice quanto le aspettative, i desideri, in sostanza il legame con l'istituzione, giochino un ruolo importante, e sia causa di sofferenza e procuri stress alle persone e/o all'intera organizzazione.

Conclusioni

I segnali della sofferenza in una istituzione sono, da quanto abbiamo sin qui detto, relativi ad uno slegamento del rapporto istituzionale. Questo avviene, quando l'istituzione /organizzazione non risponde o risponde male ai bisogni degli individui (sviluppo di carriera, potere, autonomia decisionale, informazioni). Come abbiamo precisato, lo sforzo cognitivo delle teorie del management è sempre più teso a trovare soluzioni alla disfunzioni organizzative, in modo che la convivenza tra le persone ed il lavoro stesso dentro le organizzazioni sia efficace ed efficiente. Esse si muovono lungo una direttiva razionale. Riteniamo importante, tuttavia, dare ragione e cittadinanza a tutti quegli aspetti emotivi (Riccioli, 2005), culturali (spesso inconsci, automatici), come i citati patti denegativi, le tensioni emotive del legame, l'investimento nel rapporto con l'istituzione e i desideri di potere e appartenenza del singolo dentro l'organizzazione che costituiscono e contribuiscono, volenti o nolenti, a generare il terreno su cui si reggono e vivono le organizzazioni. Se queste dimensioni non vengono nutrite, curate, mantenute e canalizzate con la necessaria cura, emergono con prepotenza. Esse si annidano negli interstizi di ogni organizzazione; contro-culture organizzative, silenzi istituzionali, menzogne e dicerie, sono i modi vicari e sublimati con cui si travestono e si manifestano nella vita organizzativo-istituzionale.

Da questi angusti spazi, emanano i loro effluvi generando atteggiamenti e prassi comportamentali che finiscono per essere automaticamente adottati e danno vita poi al costume, al clima ed alla cultura di certi ambienti lavorativi.

Lo stress, secondo il punto di osservazione di questo scritto, che si riferisce, lo ribadiamo, più ad organizzazioni che curano, educano e formano, è il risultato del legame istituzionale e delle sue ambivalenze. Ambivalenza è un termine sfuggente; descrive una situazione, rileva una circostanza ma non costituisce una vera spiegazione. Nel nostro caso, abbiamo cercato di dare ragione delle ambivalenze del legame, della ricerca di relazione come prima motivazione dell'agire umano e delle sue disillusioni che possono creare conflitti (istituzionali, generazionali, di pratiche e metodologie), ritiri (personali, gruppali), attacchi paradossali contro le innovazioni, idee fisse e posizioni marginali. Tutti segni e sintomi di una crisi del sistema.

Uno sguardo agli aspetti istituzionali, ovvero all'origine ed alla fondazione, laddove hanno preso forma gli investimenti narcisistici con cui ogni persona si avvicina all'istituzione, intesa qui come l'immagine della struttura organizzativa di cui questa andrà a far parte, ci sembra essenziale per modulare e fluidificare i processi organizzativi e ridurre il disagio. La sofferenza istituzionale si mostra quando l'istituto (la burocrazia) domina l'istituente (op. cit. 1991). In questo caso il singolo ed il gruppo, finiscono per sentire alienato il loro immaginario che, se troppo costretto, coartato e

mortificato, finisce per ridurre l'investimento di ognuno e l'organizzazione si spegne.

Pertanto abbiamo fatto nostre le indicazioni di Anzieu (1976, pag. 182) quando ci suggerisce che il compito dello psicologo nelle organizzazioni possa essere quello di essere permeabile a queste rappresentazioni immaginarie con i gruppi con i quali vive e dai quali è consultato, elucidarle e condurre il gruppo stesso a interpretarle, nella misura in cui tali rappresentazioni ostacolano il suo funzionamento.

Bibliografia

- Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (2002a), *Ricerca sullo stress correlato al lavoro*, Lussemburgo.
- Anzieu, D. (1976). *Il gruppo e l'inconscio*. Borla, Roma (1986).
- Auteri, E. (1988). *Management delle Risorse Umane*. Guerini, Milano.
- Avallone, F. (1994). *Psicologia del Lavoro*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Avallone, F., Paplomatas, A. (2005). *Salute organizzativa: psicologia del benessere nei contesti lavorativi*. Raffaello Cortina, Milano.
- Buzzati, D. (1940). *Il deserto dei Tartari*. Mondadori, Milano.
- Ege, H. (2001). *Mobbing, conoscerlo per vincerlo*. Franco Angeli, Milano.
- Gilioli, A., Gilioli, R. (2000). *Cattivi capi Cattivi colleghi: come difendersi dal mobbing e dal nuovo capitalismo selvaggio*. Mondadori, Milano.
- La Porte, J.M. (2003). *Comunicazione interna e Management del No-Profit*. Franco Angeli, Milano.
- Kaes, R. (1988). *Realtà psichica e sofferenza nelle istituzioni. L'Istituzione e le Istituzioni*. Borla, Roma (1991).
- Kaes, R. (1996). *Souffrance et Psychopathologie des lignes institutionnelles. Element de la pratique psychoanalytique en Institution*, trad.it Sofferenza e Psicopatologia dei legami Istituzionali. Borla, Roma (1998).
- Kets De Vries, M.F.R. (2001). *L'organizzazione Irrazionale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Riccioli, E. (2005). La dimensione affettiva nelle organizzazioni. *Psicologia. Psicoterapia e Salute*, Vol.11, N°1, Aprile.
- Ruggieri, V. (1984). *Verso una psicosomatica da lavoro*. Kappa, Roma.
- Selye, H. (1956). *The Stress of life*. McGraw-Hill (Paperback), New York
- Schein, E.H. (2000). *Cultura d'impresa*. Raffaello Cortina, Milano.

METODOLOGIE PSICOFISIOLOGICHE DI AUTOREGOLAZIONE NEI DISTURBI DA STRESS

*Giuseppe Sacco psicologo, psicoterapeuta, docente di psicologia Università degli Studi di Siena,
Presidente Libra Associazione Scientifica, Roma*
saccogiuseppe@libero.it

Nulla è nell'intelletto che prima non sia stato nei sensi
Aristotele

*If you want to help your patients deal with their stress,
you're going to have to learn to handle your own.*
Matthew Budd, Harvard University

Definizioni

Il termine stress, è stato introdotto da Walter Cannon, tra il 1910 e il 1920

In lingua inglese significa “sforzo” e fino ad allora era stato utilizzato in ingegneria per definire lo sforzo o la tensione a cui sono sottoposti i materiali.

Cannon lo utilizza per indicare una reazione di allarme prodotta nell'organismo da uno stimolo esterno.

Hans Selye (ungherese, naturalizzato in Canada), negli anni '30 del secolo scorso, identificò una via maestra che collega il cervello al resto del corpo che definì stress (o sindrome generale di adattamento), funzione centrale nell'equilibrio salute-malattia.

Psicofisiologia

A metà degli anni '70, Hugo Besedowsky, dimostrò che la reazione da stress, con l'aumento della produzione di cortisolo da parte delle surrenali causa una soppressione della risposta immunitaria

Fu stabilito così il primo collegamento biologico tra: cervello /stress/ immunità

Successivamente, è stato dimostrato che le fibre nervose periferiche rilasciano neuropeptidi, che attivano o sopprimono la risposta immunitaria

Le citochine rilasciate dalle cellule immunitarie viaggiano con il sangue fin dentro il cervello e quindi influenzano sia le attività biologiche (termoregolazione, fame, sazietà, etc.) sia quelle psicologiche (ansia, depressione).

Ipotalamo

Produzione di Corticotropin Releasing Hormone (CRH) e Arginina-Vassopressina (AVP), dal nucleo paraventricolare.

Produzione di peptidi POMC (propiomelanocortina- precursore endorfinico), dal nucleo arcuato.

Locus coeruleus

Principale luogo di produzione della noradrenalina in relazione allo stato di vigilanza ed allerta.

Nella Fig. 1 sono illustrati i circuiti psiconeurofisiologici dello stress emozionale.

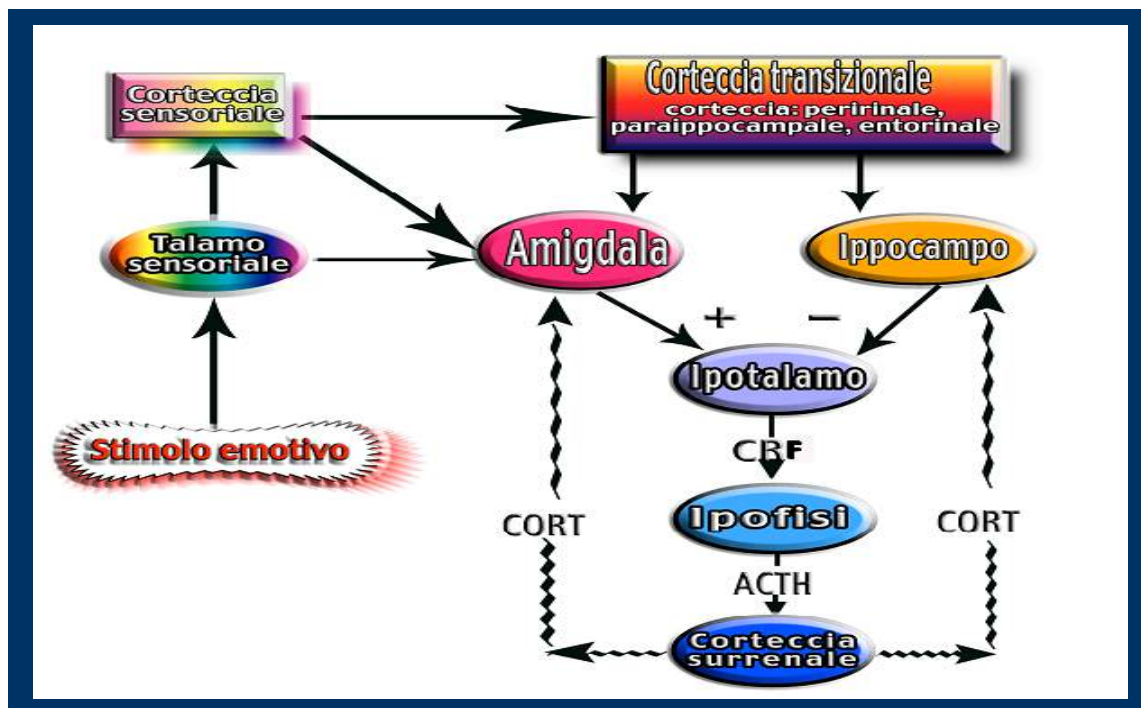


Fig. 1 Circuiti dello stress emotivo

Le risposte allo stress si evidenziano ai seguenti livelli (Fig. 2):

1. Fisiologico: tensioni posturali diffuse/localizzate
2. Strutturale: il tessuto muscolare cambia consistenza, composizione chimica, tono, ecc. ed altera la struttura del corpo, riducendo il suo potenziale per una normale funzionalità
3. Emozionale: stati emozionali rabbia, paura, tristezza, ecc.
4. Comportamentale: la maggior parte degli atteggiamenti posturali sono inconsapevoli e spesso si instaurano comportamenti ripetitivi con ipertensione

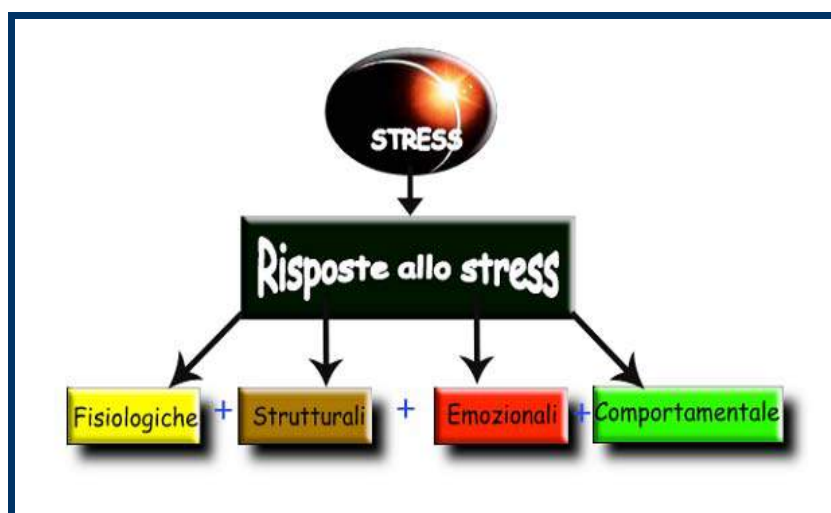


Fig. 2 Risposte allo stress

Fattori dello stress

Tra i fattori più comuni di stress vengono indicati:

- Superlavoro e sotto retribuzione.

- Troppo da fare e poco tempo per farlo.
- Più critiche che ricompensa.
- La precarietà della salute.
- Vita affettiva spesso trascurata.
- La competizione per lo status sociale.

Il continuum dello stress

Lo Stress si manifesta lungo un continuum (Fig. 3):

- No stress: promuove la stagnazione, evita la competizione, inibisce l'impulso all'azione, sfavorisce l'adattamento.
- Prostress (o "Eustress"): promuove la crescita perchè le condizioni che inducono a competere determinano soddisfazione ed innalzano l'*arousal* senza le conseguenze dannose dello stress negativo.
- Distress: Gli eventi negativamente percepiti o quelli che scatenano rabbia, sofferenza o malattia ed in casi estremi possono condurre alla psicosi o finanche alla morte.

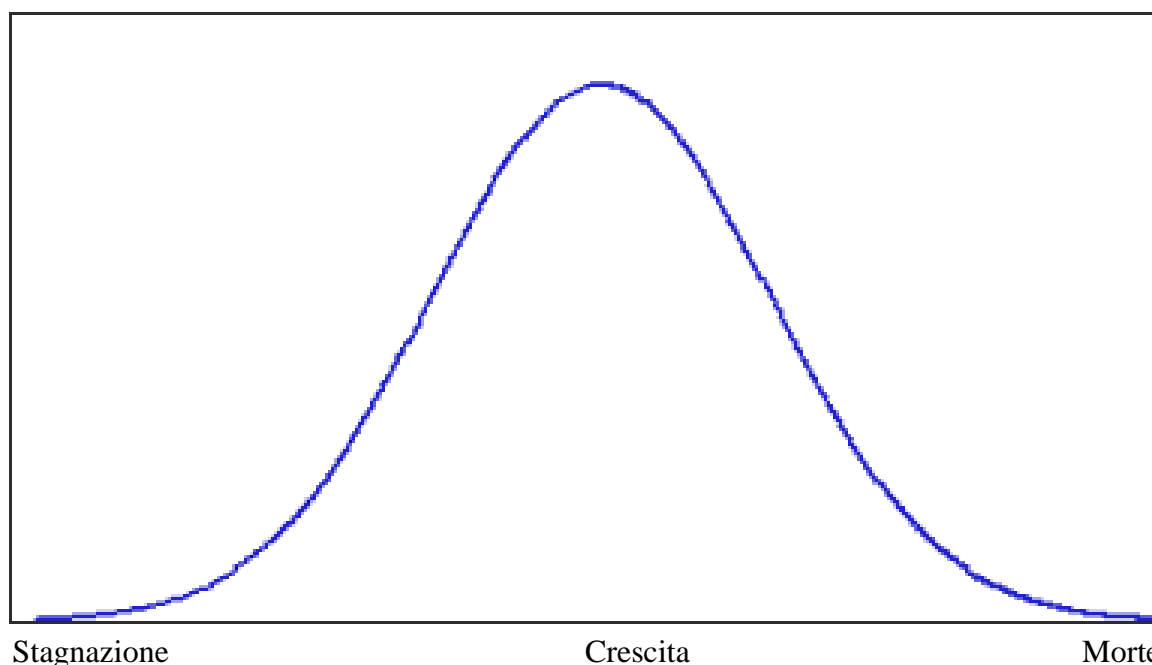


Fig. 3 Lo Stress è raffigurabile lungo una linea continua da zero all'estremo — entrambe patologiche

Comprensione dello Stress

Sintomi di distress

Fisici:

Fatica, mal di testa, insonnia, dolori ed irrigidimento muscolare, palpitazioni, dolori al torace, crampi addominali, nausea, tremori, arrosamenti, sudorazioni, sensazione di freddo

Mentali:

Decremento della concentrazione e della memoria, indecisione, accavallamento dei pensieri, confusione, umore basso

Emotivi: Rabbia, (impulsività, irritabilità, impazienza) Ansia (nervosismo, preoccupazione, paura) Tristezza (ritiro, angoscia, depressione)

Comportamentali: Movimenti ritmici, agitazione, incremento/perdita dell'appetito, fumo, alcolici, droga, pianto, ostilità, atti distruttivi

Sorgenti del Distress

Esterne:

Ambiente fisico: rumore, temperatura, colori accesi, traffico

Sociali: maleducazione, prepotenza, aggressività

Organizzazioni: regole, burocrazia, scadenze, disfunzionalità

Eventi significativi: compleanni, decessi, matrimoni, perdita del lavoro, promozioni

Fastidi quotidiani: smarrire le chiavi, improvvisi black-out, pendolarità

Interne:

Stile di vita: caffeina, mancanza di sonno, sovraccarichi

Autovalutazioni negative: pensieri pessimistici, autocritica, continue auto-analisi

Trappole mentali: aspettative irrealistiche, pensieri in bianco-nero, continue personalizzazioni, rigidi standard

Tratti di personalità: perfezionismo, stacanovismo, disponibilità eccessiva, "Tipo A"

Misurazione dello Stress

Il profilo da stress, consiste nella registrazione simultanea di più parametri fisiologici:

Attività elettrica dei muscoli (EMG)

Conduttanza cutanea (GSR)

Temperatura periferica (TEMP)

Frequenza Cardiaca (HR)

Variabilità della frequenza cardiaca (HRV)

Respirazione toracica (Thor-Resp) e Respirazione addominale (Abd-Resp)

Registrazione dell'EEG.

Corpo-Mente

A ogni cambiamento fisiologico è associato un concomitante cambiamento nello stato mentale ed emozionale e, viceversa

Ad ogni cambiamento nello stato mentale ed emozionale, consapevole o inconsapevole, è associato un corrispondente cambiamento nello stato fisiologico.

Analisi Psicofisiologica

1. Fase di adattamento: vengono applicati i sensori al soggetto e si aspetta alcuni minuti senza effettuare alcuna rilevazione in attesa che i segnali si stabilizzino.
2. Fase di rilevazione delle misurazioni basali: si invita il soggetto a rimanere tranquillo per qualche minuto e si registra la baseline per qualche minuto.
3. Fase di stress oggettivo: si sottopone il soggetto a compiti cognitivi, quali ad esempio il *test di Stroop* o l'esecuzione di calcoli matematici
4. Fase di recupero: si invita il soggetto a rilassarsi e si attende che i parametri fisiologici ritornino ai valori basali.
5. Fase di stress soggettivo: il soggetto viene sottoposto a stimoli per lui ansiogeni o negativi.
6. Fase di recupero: si invita il soggetto a rilassarsi e si attende che i parametri fisiologici ritornino ai valori basali.

Valutazioni: Biofeedback

I soggetti con disturbi da stress presentano un profilo psicofisiologico caratterizzato da uno stato di allerta continuo, un ipertono muscolare, tachicardia, vasocostrizione e ipotermia periferica

I soggetti ansiosi e/o fobici manifestano evidenti alterazioni della conduttanza cutanea e, in misura minore, del segnale mioelettrico, durante l'immaginazione o la presenza dello stimolo fobico

I soggetti depressi hanno una scarsa reattività elettrodermica e una elevata attività mioelettrica in presenza di ideazioni disforiche

Attraverso il biofeedback si possono usare le informazioni di ritorno del proprio corpo per un cambiamento misurabile

L'organismo umano interagisce continuamente con l'ambiente esterno attraverso l'elaborazione di comportamenti adattativi, cioè di meccanismi di autoregolazione che avvengono spesso automaticamente e indipendentemente dalla consapevolezza della persona, poiché sono regolati dai sistemi neurovegetativo, endocrino ed immunitario

Il biofeedback è un processo finalizzato all'apprendimento dell'*autoregolazione* e attraverso di esso un soggetto può imparare ad influire in modo significativo sia sulle risposte fisiologiche che sono solitamente al di fuori del controllo volontario, sia su quelle che, generalmente facilmente controllabili, sono tuttavia sfuggite ai meccanismi regolatori, a causa di una malattia o di un evento stressante

Heart Rate Variability (HRV)

La HRV (variabilità cardiaca) e' la naturale variabilità della frequenza cardiaca in risposta a fattori quali il ritmo del respiro, gli stati emozionali, lo stato di ansia, stress, rabbia, rilassamento, pensieri, ecc.

Un individuo sano senza stress mostra un buon grado di variabilità della frequenza cardiaca, cioè un buon grado di adattabilità psicofisica alle diverse situazioni.

Il biofeedback della variabilità cardiaca consente al soggetto di essere consapevole del grado di equilibrio tra l'attività del proprio Sistema Nervoso Simpatico e Parasimpatico, permettendogli così di agire per mantenerlo o modificarlo, allo scopo di raggiungere un buon grado di adattamento.

Il biofeedback della variabilità cardiaca è oggi molto utilizzato, in modo particolare nei soggetti con disturbi di panico e ansietà fobica: poiché in questi casi la variabilità cardiaca è significativamente ridotta, il trattamento ha lo scopo di insegnare al soggetto ad aumentare tale parametro.

Questo tipo di training viene inoltre utilizzato nel trattamento dei disturbi d'ansia, della depressione, dell'asma e più in generale in tutti i disturbi da stress e in diverse patologie psicosomatiche

Esempio di misure nel tempo

Il tempo tra i picchi dell'onda -R sono gli intervalli interbattito.

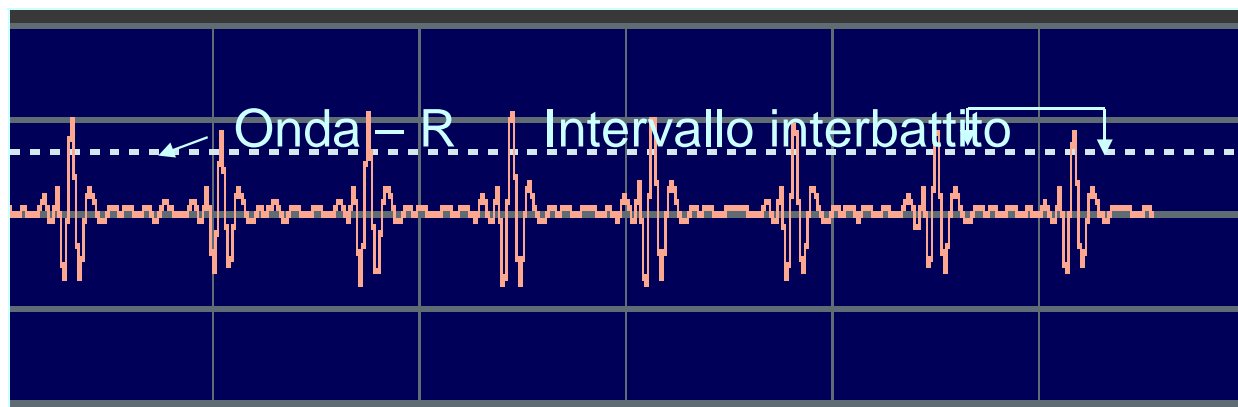


Fig. 4 Elettrocardiogramma con Onda R e intervallo interbattito

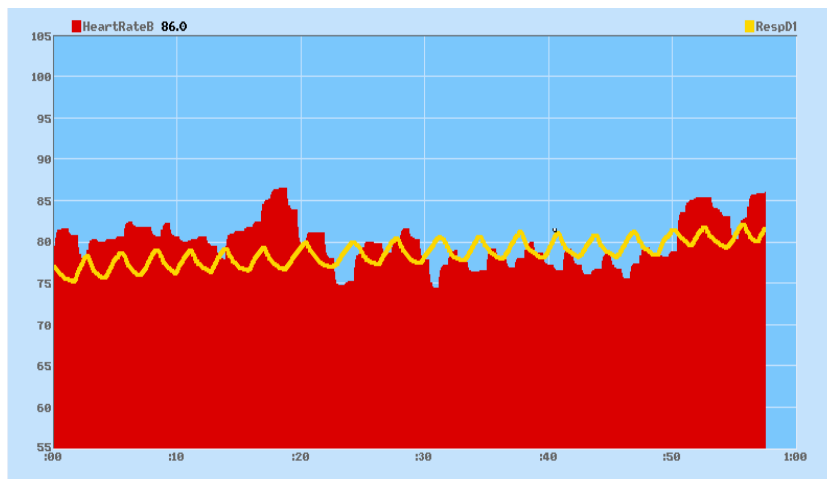
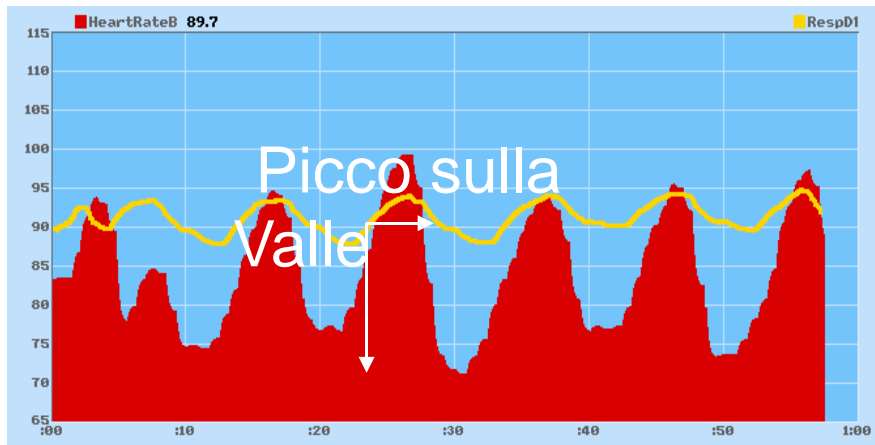


Fig. 5 – 6 Esempio di misura del “picco sulla valle”

Il “picco sulla valle” è il più alto livello ed il più basso livello con la respirazione. Notare la differenza tra i due livelli.

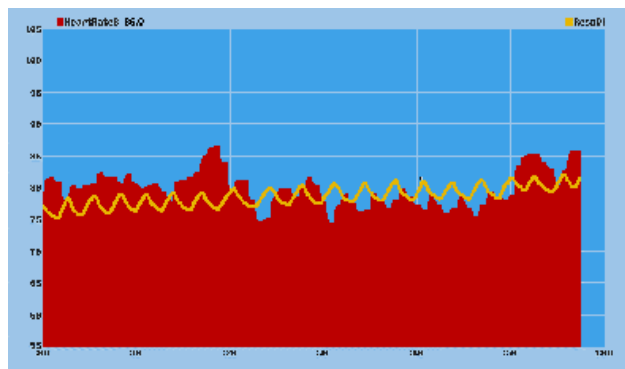


Fig. 7 Esempio di forma d’onda HRV

L’HRV, in rosso, è formata da molte onde. L’analisi spettrale le estrae tutte specificando per ognuna il relativo contributo nell’insieme della variabilità.

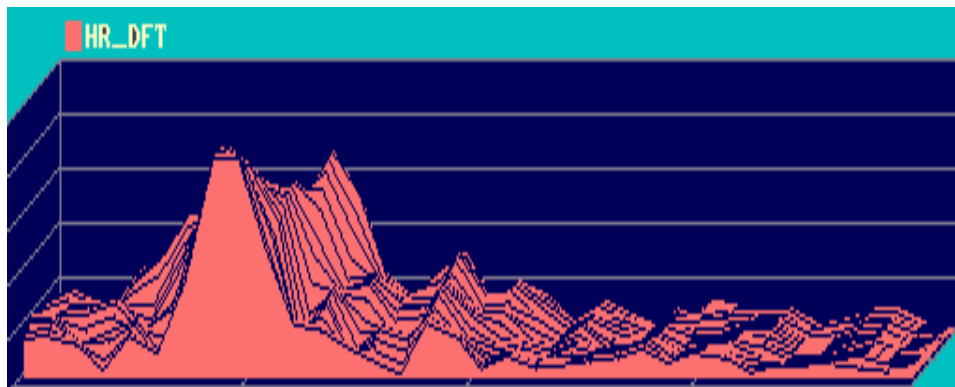


Fig. 8 Esempio di Analisi Spettrale

In questo diagramma è visibile l'attività spettrale. Possono essere rilevati i contributi dell'attività sia del *SNS* che del *PSNS*.

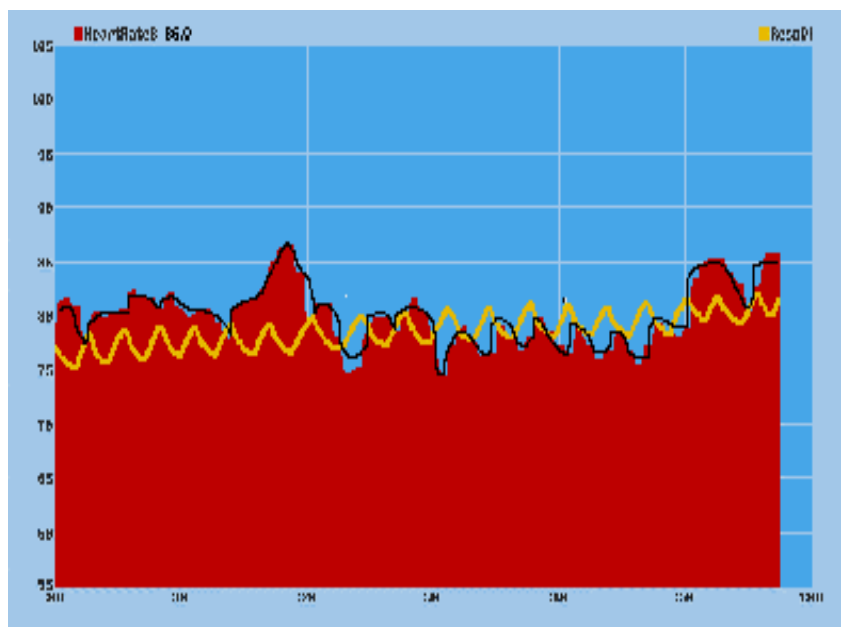


Fig. 9 Esempio di forma d'onda HF

La forma d'onda ad alta frequenza (HF) è la linea nera. La particolare forma determina circa 18 cicli per minuto oppure .3 Hz.

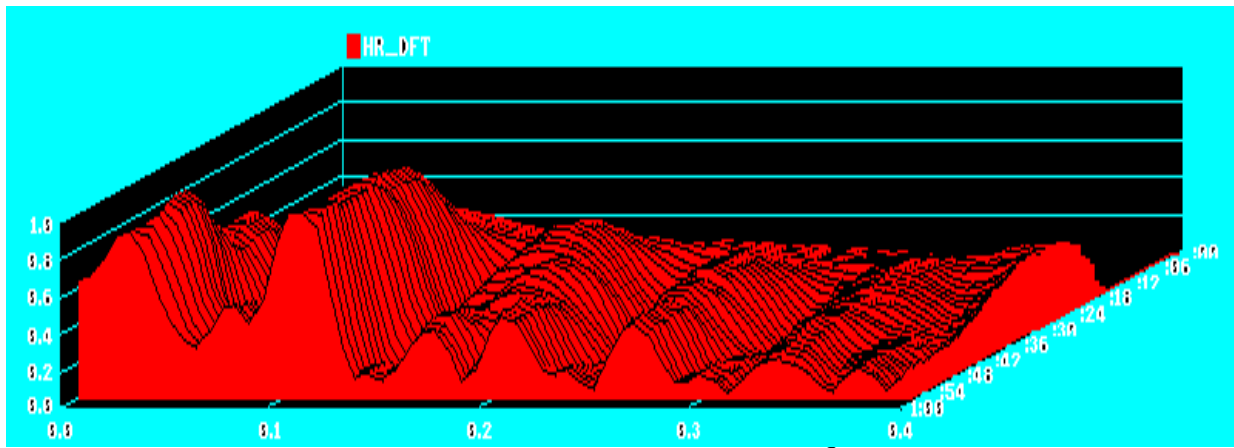


Fig. 10 Esempio di attività HF

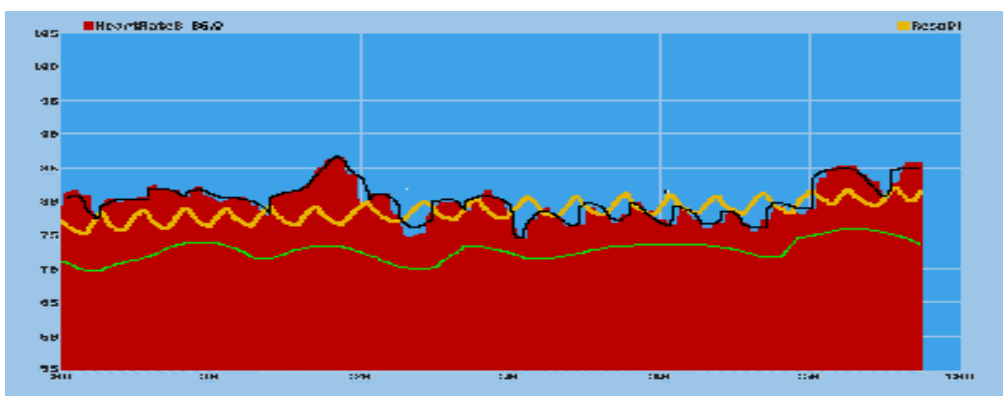


Fig. 11 Esempio di forma d'onda LF

La forma d'onda in verde mostra un'onda LF estratta da tutta la variabilità. Si colloca intorno ai 5 cicli per minuto oppure .08 Hz

Fig.12 Esempio di Attività LF

In questo diagramma è riportato un esempio di una noevole attività LF a (SNS e PSNS) con bassa attività HF.

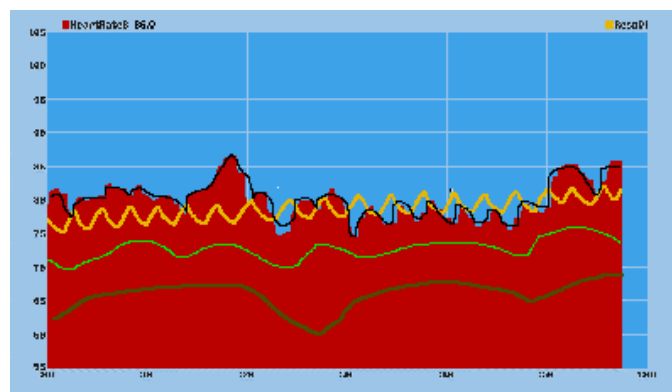
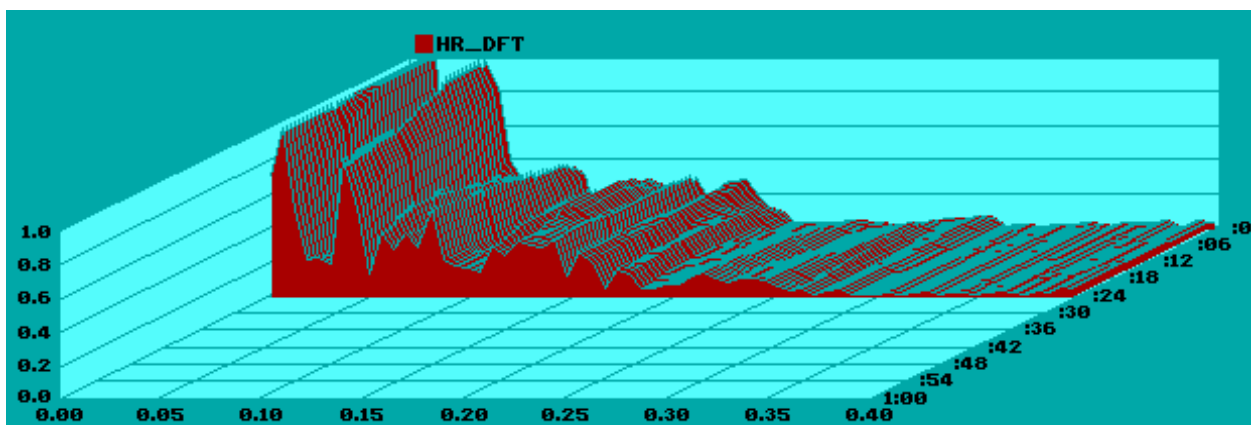


Fig. 13 Esempio di forma d'onda VLF

Il pattern in verde scuro è un esempio di forma d'onda VLF. Questa onda ha circa 2 cicli per minuto oppure .033 Hz.



da.003 a .04 Hz Banda frequenze molto basse

Fig. 14 Esempio di attività VLF

Neurofeedback

Oggi sappiamo che i nostri cervelli sono molto più “plastici” di quello che si credeva in passato. Il nostro cervello può imparare, cambiare, migliorare

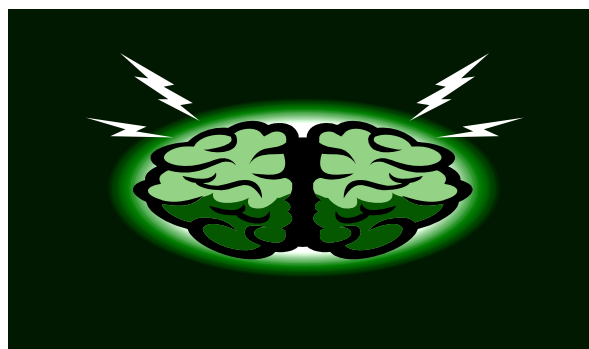


Fig. 15

Quando hai una precisa informazione sulle tue onde cerebrali, puoi usare questa conoscenza per cambiare il modo di lavorare del cervello stesso

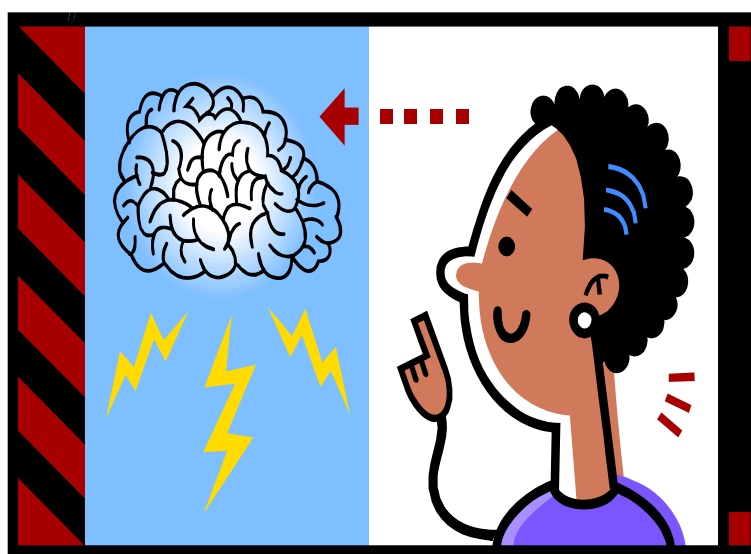


Fig. 16

Le cellule cerebrali producono segnali sia chimici sia elettrici

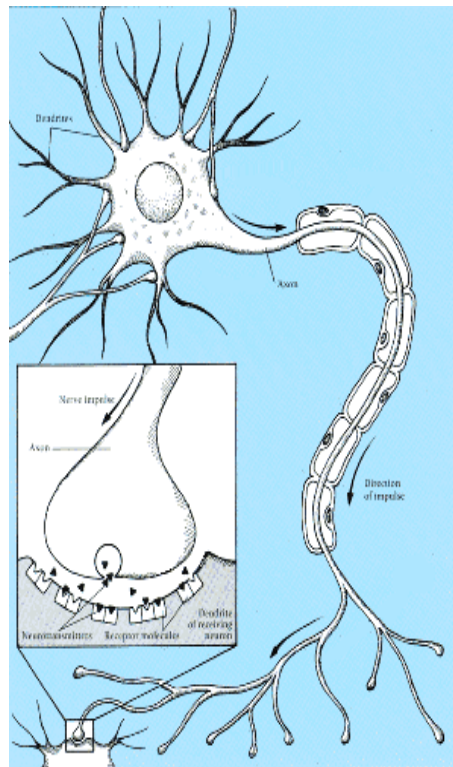


Fig. 17

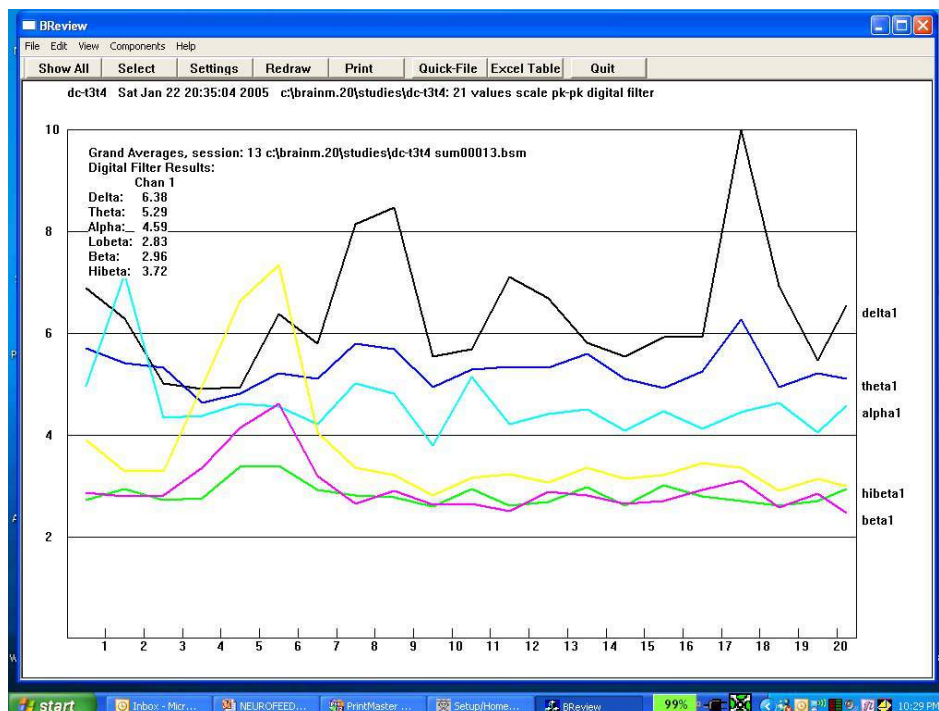


Fig. 18

I vari pattern dell'attività cerebrale dipendono dal locus dello scalpo dove vengono captati e dai vari stati di attivazione cerebrale

Stati diversi determinano segnali diversi

Il Neurofeedback permette di ripristinare un bilanciamento anomalo dei vari ritmi cerebrali in vari distretti dello scalpo

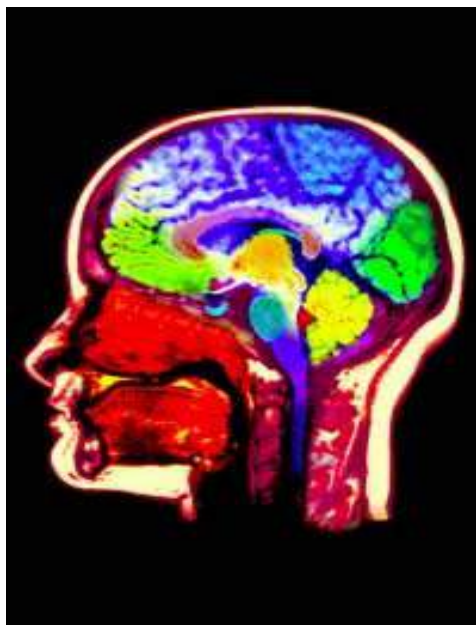


Fig. 19

Bande di Frequenza

Le singole frequenze sono organizzate in gruppi discreti

Ogni banda è associata a specifiche caratteristiche

L'ampiezza espressa in microvolt riguarda tutte l'attività delle bande

Il NF training determina il cambiamento dell'ampiezza di bande di frequenza selezionate

I parametri elettrofisiologici più comunemente esaminati sono le seguenti onde cerebrali:

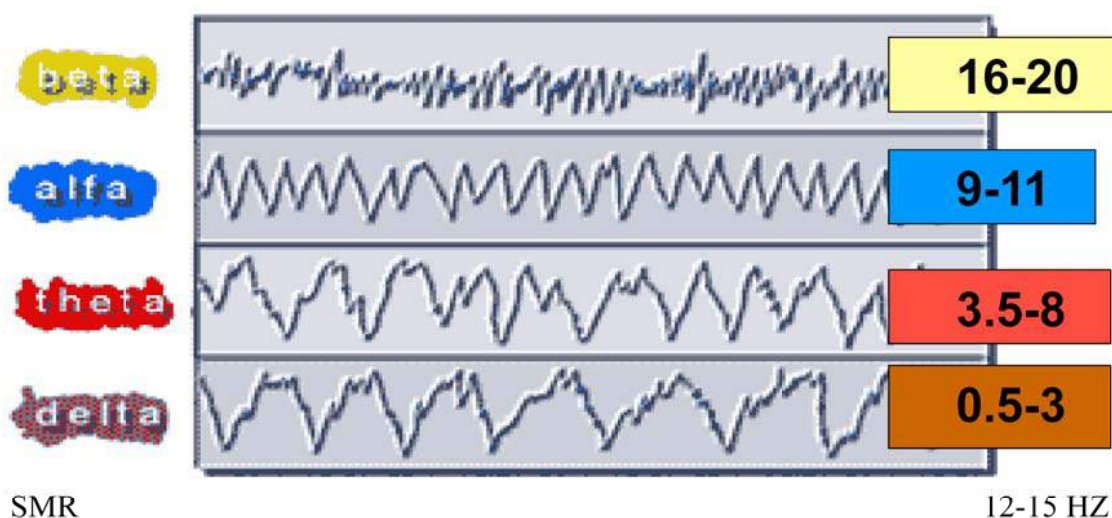


Fig. 20

Alpha

Le onde alpha (8-12 Hz) risultano particolarmente associate ad una maggiore creatività ed

efficacia psichica, specialmente in condizioni di competizione

L'aumento dell'attività delle onde alpha riduce il livello dell'angoscia e provoca un miglioramento della memoria a lungo termine, della velocità di elaborazione dei dati, della perspicacia e del prendere decisioni

Aumenta inoltre la capacità e la velocità nel creare concetti e immagini, la quale costituisce una base per risolvere i problemi.

L'affaticamento causa l'indebolimento delle onde alpha, a cui è associata un'eccessiva attenzione per il mondo esterno

Si è accertato che le persone con una memoria migliore e più durevole, che commettono un minore numero di errori, e con una capacità nel prendere decisioni più efficiente, mostrano, mentre si concentrano, un aumento delle onde "upper alpha" (10-12 Hz) nell'emisfero cerebrale sinistro

Sensory Motor Rhythm (SMR)

Le onde SMR (12-15 Hz), chiamate anche ritmo Mu, sono state rilevate per la prima volta nel 1967 da Serman nei gatti, risultano associate all'attesa di uno stimolo, in posizione immobile e con grande attenzione

Nel 1971 Serman ha scoperto le onde SMR nell'uomo, evidenziando che una maggior attività di queste onde attenua le manifestazioni epilettiche

Esse risultano associate all'inibizione motoria e alla tranquillità fisica e aumentano la capacità dell'organismo di mantenere l'omeostasi

Si è evidenziato che l'aumento del ritmo SMR provoca una diminuzione del livello delle onde theta e delle onde high beta (24-38 Hz), ed è associato a notevoli miglioramenti della *working memory* e dell'attenzione

Theta

L'attività theta (4-8 Hz) sembra essere particolarmente associata ai meccanismi di memoria, in particolare ai processi di *working memory*

Una delle evidenze della diretta relazione tra attività theta e *working memory* deriva dai dati che mostrano un significativo aumento di tale attività durante un compito di riconoscimento, solo per le parole correttamente riconosciute e non per i distrattori

Un'eccessiva attività theta è però associata ad un aumento degli errori commessi.

Beta

Le onde beta sono associate ad uno stato di attività mentale, alta vigilanza, concentrazione, attenzione focalizzata e sostenuta; favoriscono un'elaborazione cognitiva attenta ai dettagli, aumentano l'arousal, l'uso del linguaggio e dei pensieri logici-razionali. Indicano alto coinvolgimento nelle attività e alta attenzione

Come possiamo utilizzare il NF?

La risposta è che attraverso il NF il cervello può apprendere a regolare sé stesso.

Il NF guida l'apprendimento dell'Auto-Regolazione Cerebrale

Under-arousal

Disturbi da stress tipo depressione, ritiro, abulia, sottomissione

Over-arousal

Laddove lo stress provoca disturbi d'ansia (inclusi attacchi di panico, PTSD, agorafobia, etc.)

Instabilità

Dove lo stress conduce a disturbi bipolari, emicranie, apoplezia

Trattamenti

Lo scopo del training di neurofeedback è quello di insegnare all'individuo come sentire specifici stati di attivazione corticale e in che modo raggiungere tali stati volontariamente

In seguito al training di neurofeedback, infatti, l'individuo diventa consapevole dei differenti stati EEG e diviene capace di produrli quando richiesto.

Durante la prima seduta di neurofeedback il *trainer* registra per qualche minuto l'attività elettroencefalografica del paziente, che verrà in seguito, analizzata per stabilire quali parametri modificare

Questo permette di personalizzare il protocollo di *training* alle caratteristiche specifiche di ciascun individuo

I parametri selezionati verranno visualizzati sullo schermo sotto forma comprensibile con il rinforzo acustico e/o visivo somministrato solo se il soggetto mantiene lo stato di rilassamento, attenzione e concentrazione al di sopra della soglia stabilita dal *trainer* in base all'analisi precedentemente effettuata.

Questa forma di allenamento permette al soggetto di modificare la propria attività EEG nella direzione desiderata, la quale corrisponderà al raggiungimento di modificazioni sintomatologiche, cognitive e/o comportamentali oggettivamente rilevabili.

Quando l'individuo è sottoposto a stimoli stressanti, aumenta l'attività del Sistema Parasimpatico, deputato al ripristino della quiete interna, alterando così l'equilibrio fisiologico, che a sua volta può determinare l'insorgenza di alcune patologie

Tra queste ultime abbiamo:

- disturbi del sonno
- disturbi della digestione
- emicrania
- disturbi del sistema immunitario
- asma
- attacchi di panico
- disturbi d'ansia e dell'umore

Poiché il neurofeedback occupa un posto preminente in tutti i casi in cui i sintomi della patologia siano dovuti ad un disequilibrio funzionale dei sistemi regolatori dell'organismo, esso è utilizzato anche nel trattamento delle sindromi ansioso-depressive, ottenendo una documentata efficacia clinica.

Gli studi hanno evidenziato che per mantenere un tono equilibrato e positivo è necessario che l'attivazione prefrontale sinistra (attività alpha minore – attività beta maggiore) sia maggiore rispetto all'attivazione prefrontale destra

Al contrario, una eccessiva attività del lobo prefrontale destro si manifesta con umore negativo.

Nei soggetti con depressione l'attività cerebrale nel lobo frontale sinistro risulta minore rispetto all'attività nel lobo frontale destro

E' stato osservato che, addestrandolo i pazienti a riportare l'attività elettrica dei due emisferi ad uno stato normale (quindi aumentando l'attività delle onde lente nell'emisfero sinistro), la depressione migliorava e che tale miglioramento è rimasto stabile anche dopo 6 anni.

Il neurofeedback, quindi, permette un aumento della flessibilità mentale, laddove invece il disturbo da stress causa la persistenza di un unico stato mentale e tale flessibilità è associata ad una riduzione dei sintomi depressivi.

La corteccia frontale lavora tipicamente in onde beta, mentre la corteccia posteriore in onde alpha

Un eccesso di onde alpha nella corteccia frontale è collegata con stati confusionali e problemi di motivazione

Un'eccessiva attività di onde beta nella corteccia posteriore è collegata con ansia e una minore capacità di relazionarsi con l'ambiente esterno

Nei soggetti ansiosi, inoltre, è stata rilevata una minore produzione di onde alpha ad occhi chiusi. Il neurofeedback, quindi, ha lo scopo di modificare l'attività cerebrale al fine di ristabilire l'equilibrio dinamico all'interno del *range* funzionale

Nei soggetti che presentano stati d'ansia risulta inoltre efficace ogni forma di biofeedback che aiuti la persona a diventare cosciente delle proprie risposte fisiologiche durante gli stati ansiosi e che la aiuti a raggiungere volontariamente uno stato psicofisico di calma, che si sostituisce gradualmente allo stato ansioso.

Strategie generali di gestione dello Stress

Il concetto principale di base nella strategia di gestione dello stress è quello di autoregolazione (Sacco, Testa, 2009; Gross, 2007; Baumeister, Vohs, 2004)

L'autoregolazione è un processo che comprende i seguenti aspetti:

1. Stile di vita

- Decremento nell'assunzione di caffeina
- Esercizio fisico regolare
- Relax-Meditazione
- Sonno riposante
- Pause e tempo libero
- Aspettative realistiche
- Reinterpretazione cognitiva delle situazioni stressanti
- Convinzioni/Sistemi di valori
- Respirazione
- Umore
- Dieta bilanciata

2. Variabili Comportamentali

- Gestione del tempo e del denaro
- Assertività nelle relazioni sociali
- Creativo Problem-solving
- Considerare l'eventualità di lasciare il lavoro o una relazione affettiva che è diventata insostenibile o distruttiva

3. Variabili Cognitive

- Considerare i problemi come opportunità
- Rifiutare i pensieri negativi
- Focalizzarsi sulle positività
- Avere una visione di lungo termine

4. Variabili Psicofisiologiche

Nell'ambito dell'autoregolazione psicofisiologiche rientrano le variabili che abbiamo delineato nei paragrafi precedenti e cioè l'autoregolazione dell'HRV e dell'attività elettrica cerebrale

Atteggiamenti, attività cognitive e comportamentali a livello ambientale e personale esercitano una funzione protettiva in tre modi:

1. Modifica delle condizioni responsabili del problema: necessario un intervento concertato.
2. Modifica del significato dell'esperienza vissuta: ridefinizione delle caratteristiche della situazione.
3. Mantenimento delle conseguenze psicologiche entro limiti accettabili (aiuto esterno specializzato)

Un'intelligente gestione dello stress significa essere aperti ad interpretare le situazioni difficili come positive, come opportunità per la crescita.

Significa anche monitoraggio di tutti quei segnali che indicano lo scivolamento verso il *distress*, lavorando affinché tali segnali non siano eccessivamente prolungati nel tempo e quindi risultino dannosi nel lungo termine

Bibliografia

- Baumeister, R.F., Vohs, K.D. (2004). *Handbook of self-regulation*. The Guilford Press, New York
- Bottaccioli, F. (1995). *Psiconeuroimmunologia*. Red: Como.
- Coben, R., & Pudolsky, I. (2007). Assessment-guided neurofeedback for autistic spectrum disorder. *Journal of Neurotherapy*, 11(1), 5-23.
- Einstein, A. (1997). *Pensieri di un uomo curioso*. Mondadori, Milano.
- Esherrick, J. (2005). *Balancing Act: a Teen's Guide to Managing Stress*. Philadelphia, PA. Mason Crest Publishers.
- Foks, M. (2005). Neurofeedback training as an educational intervention in a school setting: How the regulation of arousal states can lead to improved attention and behaviour in children with special needs. *Educational & Child Psychology*, 22(3), 67-77.
- Fromm, E. (1996). *L'arte di ascoltare*, ed. Mondadori, Milano.
- Gross, J.J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press, New York.
- Hammond, D.C. (2005). What is neurofeedback? *J Neurotherap.*, 10(4):25-36. doi: 10.1300/J184v10n04_04.
- Jensen, M. P., Grierson, C., Tracy-Smith, V., Bacigalupi, S. C., Othmer, S. (2007). Neurofeedback treatment for pain associated with complex regional pain syndrome. *Journal of Neurotherapy*, 11(1), 45-53.
- Jarusiewicz, B. (2002). Efficacy of neurofeedback for children in the autistic spectrum: A pilot study. *Journal of Neurotherapy*, 6(4), 39-49.
- Jarusiewicz, G. (2007). *Use of neurofeedback with autistic spectrum disorders*. Chapter in J. R. Evans (Ed.), *Handbook of Neurofeedback*. Binghampton, NY, Haworth Medical Press, pp. 321-339.
- Rovere, P.M., (2003). *Kinesiologia e Naturologia*, Marrapese, Roma.
- Sacco, G. (2003). *Psicoterapia e sistemi dinamici*. McGraw-Hill: Milano.
- Sacco, G., Testa, D. (2009). *Psicosomatica Integrata Complessa* ed. Franco Angeli, Roma.
- Sanavio, E. (1998). *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. Carocci, Roma.
- Schellenbaum, P. (1995). *La ferita dei non amati*. Demetra, Bussolengo (VR).
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill, New York.
- Seligman, M. (1991). *Imparare l'ottimismo*. Giunti, Firenze.
- Sims, A. (1997). *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*. Cortina, Milano.
- Spinoza, B. (2000). *Etica*. Boringhieri, Torino.
- Stegagno, L. (1991). *Psicofisiologia*, vol. I e II. Boringhieri, Torino.
- Wells, A. (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill, Milano.

LA VALUTAZIONE DELLA VULNERABILITÀ CORRELATA ALLO STRESS.

Lorenzo Tarsitani, Annalisa Maraone, Elisa Fabi, Ilaria Gaviano, Angelo Picardi*, Massimo Biondi

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma.

*Reparto Salute Mentale. Centro di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Istituto Superiore di Sanità. Roma.

lorenzo.tarsitani@uniroma1.it

La letteratura scientifica degli ultimi decenni ha chiaramente dimostrato che lo stress espone gli individui al rischio di malattia (Lovallo, 2004). Il supporto sociale, al contrario, ha una notevole importanza nel mantenimento di un buono stato di salute fisica e psichica (Cohen, Gottlieb, & Underwood Gordon, 2000), in presenza di rischi legati a contesti di vita stressanti. È quindi noto e condiviso che lo stress ha un impatto negativo sulla salute e che un valido supporto sociale gioca un ruolo protettivo nell'esposizione a situazioni stressanti (Biondi & Tarsitani, 1999). Ad esempio, numerose evidenze hanno dimostrato che gli eventi e le situazioni di vita stressanti giocano un ruolo cruciale nello sviluppo e nel decorso di disturbi depressivi. Per contro tra i fattori che influenzano la vulnerabilità depressiva allo stress, il supporto sociale, misurato con diversi strumenti, è universalmente riconosciuto come fattore "tampone" in grado di proteggere notevolmente dalle risposte depressive. Al di là della depressione, tutti i disturbi mentali vengono influenzati da stress e supporto sociale. Negli ultimi anni, ad esempio, numerose ricerche hanno descritto un'influenza di eventi e situazioni stressanti e del supporto sociale sul decorso, sulla gravità della sintomatologia e sugli esiti del disturbo bipolare (Biondi & Tarsitani, 1999). Inoltre, stress e supporto sociale influenzano in modo simile l'insorgenza e il decorso della maggior parte delle malattie mediche, direttamente, indirettamente e con meccanismi complessi ed eterogenei. Pertanto, la combinazione di un alto stress e di uno scarso supporto costituisce una condizione di particolare vulnerabilità allo sviluppo di disturbi mentali e malattie somatiche.

È stata presentata la "Scala per la valutazione della Vulnerabilità correlata allo Stress" (SVS, vedi appendice), recentemente validata (Tarsitani et al., 2010), che misura contemporaneamente lo stress e il supporto sociale percepiti, con l'obiettivo di quantificare una vulnerabilità correlata ad eventi o situazioni stressanti e alla mancanza di supporto.

La scala è autosomministrata e composta da 9 item, con formato di risposta a 4 posizioni (da 0 a 3). È stata costruita in base alla letteratura scientifica riguardante la misurazione dello stress e del supporto sociale. La SVS è stata preceduta da altre versioni, composte da un numero maggiore di item e utilizzate in diversi contesti clinici e di ricerca (Tarsitani & Biondi, 1999; Tomei et al., 2006a; Tomei et al., 2006b; Pancheri et al., 2002). La versione attuale è stata ottenuta da una selezione degli item effettuata in base alle caratteristiche psicometriche. La valutazione è riferita all'ultimo mese e lo strumento è composto da tre sottoscale che sommate costituiscono un punteggio totale che rappresenta una misura di vulnerabilità correlata allo stress che aumenta all'aumentare del punteggio. Due item (7 e 9) quantificano elementi "positivi" di supporto sociale e vengono quindi conteggiati al contrario.

La SVS può essere somministrata in un paio di minuti, senza bisogno di istruzioni particolari o di addestramento della persona che la propone. Anche il conteggio degli item richiede tempi brevissimi. Queste caratteristiche sono state finalizzate all'utilizzo della SVS su campioni ampi oppure in contesti clinici o di ricerca in cui non è agevole dedicare più di pochi minuti ad una valutazione psicometrica.

Per la validazione, la SVS è stata somministrata due volte ad un campione non clinico di 202 soggetti, assieme a strumenti validati per la misurazione dello stress (la *Perceived Stress Scale* di Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) e del supporto sociale (la *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* di Zimet, Dahlem, Zimet, Farley, 1988). Ad un altro campione è stata somministrata la SVS per due volte, a distanza di sei mesi, assieme ad una scala per la misura degli eventi di vita stressanti (Paykel, 1983).

L'omogeneità e l'affidabilità al test-retest della SVS sono risultate soddisfacenti. Le sottoscale della SVS hanno mostrato una buona validità convergente con altre scale ampiamente validate per la misurazione dello stress soggettivo e del supporto sociale percepito. Le correlazioni tra la SVS e il numero di eventi stressanti di vita recenti hanno fornito un'ulteriore prova di validità convergente. Inoltre, la SVS ha dimostrato una sensibilità al cambiamento, con un'associazione significativa tra variazioni del punteggio totale ed eventi di vita avvenuti in un intervallo di sei mesi tra due valutazioni. Un'analisi fattoriale ha rilevato tre fattori corrispondenti alle tre sottoscale della SVS:

- *Tensione* (item 1-3), composta da item che esplorano manifestazioni di irritabilità, irrequietezza e sintomi somatici attribuiti soggettivamente alla tensione.
- *Demoralizzazione* (item 4-6), che misura sintomi di demoralizzazione attribuiti a difficoltà di coping.
- *Ridotto supporto sociale* (item 7-9), che esplora la presenza di persone supportive, l'isolamento sociale e la qualità del tempo libero.

Ad oggi, la valutazione della vulnerabilità correlata allo stress con la SVS è stata effettuata in diversi ambiti di ricerca, su popolazioni cliniche e non. Alcune valutazioni sono in corso e sono ovviamente necessari ulteriori studi finalizzati a corroborare le proprietà psicometriche e l'effettiva capacità di una misura di vulnerabilità correlata allo stress di predire determinati esiti sanitari. La SVS potrebbe risultare utile nella valutazione di gruppi con caratteristiche occupazionali, sanitarie o di altro tipo che li rendano esposti a stress. Inoltre, la SVS potrebbe essere utilizzato come strumento per l'identificazione di individui particolarmente vulnerabili all'interno di un gruppo definito. A questo proposito, in medicina è ormai opinione condivisa che una valutazione di esito non possa essere limitata ad un determinato disturbo o malattia, ma debba considerare lo stato di salute globale dell'individuo. In questi contesti, la misurazione della vulnerabilità correlata allo stress potrebbe arricchire la valutazione generale di individui con un problema di salute e, probabilmente, dare la possibilità di prevedere decorsi o esiti di vari disturbi o malattie.

Bibliografia

- Biondi, M., Tarsitani, L., (2008). *Stress e spettro dell'umore*, in Cassano, G.B., Tundo, A., (a cura di), *Lo spettro dell'umore*, Milano, Elsevier Masson.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., Underwood Gordon, L. (2000). *Social relationships and health*. In S. Cohen, L. Underwood Gordon, & B. H. Gottlieb (Eds.). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, (pp. 3–28). New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396.
- Lovallo, W.R., (2004). *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions* (2nd edition). London, Sage Publications.
- Pancheri, P., Martini, A., Tarsitani, L., Rosati, M. V., Biondi, M., & Tomei, F. (2002). Assessment of subjective stress in municipal policemen. *Stress and Health*, 18, 127–132.
- Paykel, E. S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 341–352.
- Tarsitani, L., Battisti, F., Biondi, M., Picardi, A. (2010). Development and validation of a Stress-related Vulnerability Scale. *Epidemiologia Psichiatria Sociale*, 19, 168–171.
- Tarsitani, L., & Biondi, M. (1999). Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione Rapida dello Stress). *Medicina Psicosomatica*, 3, 163–177.
- Tomei, G., Cherubini, E., Ciarrocca, M., Biondi, M., Rosati, M. V., Tarsitani, L., et al. (2006a). Assessment of subjective stress in the municipal police force at the start and at the end of the shift. *Stress and Health*, 22, 239–247.
- Tomei, G., Rosati, M. V., Martini, A., Tarsitani, L., Biondi, M., Pancheri, P., et al. (2006b). Assessment of subjective stress in video display terminal workers. *Industrial Health*, 44, 291–295.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.

Appendice

VALUTAZIONE DELLA VULNERABILITÀ CORRELATA ALLO STRESS

Leggerà alcune frasi che rispecchiano comuni stati d'animo, reazioni fisiche o situazioni. Per ogni frase segni con una crocetta (X), su una delle caselle corrispondenti, la risposta che meglio descrive come si sente adesso e come si è sentito nell'ultimo mese.

		Per nulla	Lievemente	Abbastanza	Molto
1	Mi sento spesso irritabile				
2	Mi sento irrequieto				
3	Avverto dei malesseri fisici (mal di testa, dolori muscolari, senso di oppressione al torace, palpitazioni) che penso siano dovuti alla tensione nervosa				
4	Sono preoccupato perché non riesco a gestire cose importanti della mia vita				
5	Mi sento scoraggiato perché non riesco a superare le difficoltà				
6	Sono giù di morale				
7	Ho persone con cui parlare che capiscono le mie difficoltà				
8	Vivo un po' isolato dagli altri				
9	Trascorro bene il mio tempo libero				

Tarsitani L, Battisti F, Biondi M, Picardi A. Development and validation of a Stress-related Vulnerability Scale. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2010;19:168-171

PREVENZIONE DELLO STRESS DEGLI OPERATORI NEI CONTESTI DI AIUTO: L'ESPERIENZA DEL S.P.U.D.C. DI L'AQUILA AD UN ANNO DAL SISMA

Laura Verni, Valeria Bianchini, Natascia Giordani Paesani, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, *Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila

lauraverni@tiscali.it

natasciagp@hotmail.it

Introduzione

I disastri naturali sono causa di significative sofferenze psicologiche e sociali, il cui impatto può indurre, sin dalle condizioni di prima emergenza, la compromissione a lungo termine della salute mentale e del benessere psicosociale di chi ne è colpito (1). L'evenienza di gravi catastrofi, così come di guerre e di recenti attentati terroristici, ha destato un crescente interesse della comunità scientifica nello studio e nella gestione delle reazioni dei soccorritori che intervengono in condizioni particolarmente lesive dell'integrità psicofisica dell'individuo, sperimentando sentimenti di impotenza, angoscia, ansia, disperazione assieme ai sopravvissuti. Risultano pertanto stimolanti la ricerca sia l'individuazione dei fattori di rischio per l'insorgenza di reazioni post-traumatiche che il progressivo sviluppo di trattamenti efficaci basati sull'evidenza.

La definizione di evento traumatico si basa, oltre che sulla natura drammatica dello stesso, sulle modalità individuali di interpretazione e quindi sulla modalità di risposta messa in atto dal soggetto esposto al trauma. Sebbene vi sia stato un grande sforzo di ricerca sul disturbo da stress post-traumatico tra i sopravvissuti il trauma, pochi studi hanno esaminato gli effetti che eventi traumatici hanno sulle persone che sono indirettamente esposte, come nel caso degli operatori nei contesti di emergenza. I dati di letteratura suggeriscono che la vicinanza fisica all'evento catastrofico legata ad un maggior rischio di esperire la sintomatologia post-traumatica (1,2). Nonostante ciò, il fenomeno della "traumatizzazione vicaria" (3) implica che operare assistenza alle vittime rappresenta un fattore di esposizione di fondamentale importanza nello sviluppo di reazioni psicopatologiche, che possono includere immagini e pensieri intrusivi, sintomi dissociativi, iper-arousal, somatizzazioni, ricorso all'abuso di sostanze, analoghe a quelle vissute dalle vittime sopravvissute al trauma (4,5). Ulteriori studi (6,7) hanno dimostrato che il PTSD può colpire sia chi ha direttamente vissuto il trauma che persone coinvolte per avere anche soltanto assistito all'evento o per avere uno stretto legame affettivo con le persone che hanno subito in prima persona il trauma, sia infine tutte quelle persone che intervengono a prestare soccorso durante l'evento traumatico, sulla base non tanto di "che cosa accade", ma di "come viene vissuto l'evento". In tal senso, il trauma può avere un impatto fondamentale sulla modalità con cui viene gestita la consapevolezza di sé, la propria visione della realtà, le proprie risorse spirituali e, più in generale, sul funzionamento psicologico generale. Secondo una più recente metanalisi (2), i possibili disturbi diagnosticati in operatori di primo soccorso sono rappresentati da reazioni post-traumatiche (con incidenza variabile, nei diversi contesti, fra il 2 ed il 20%, specie in condizioni di comorbidità con preesistenti disturbi d'ansia, depressione, abuso di sostanze), Depressione (15-20%) altri Disturbi D'ansia (25%).

Sono tuttavia pochi i dati di letteratura che forniscono indicazioni consistenti ed univoche riguardo l'interferenza del "trauma vicario" sul funzionamento generale. Pearlman e Saakvitne (8) hanno suggerito che reazioni post-traumatiche possono colpire in particolare alcuni professionisti, in particolare personale medico e paramedico in emergenza sanitaria, specialisti dei media, soccorritori impegnati nella ricerca e nel salvataggio dei superstiti appartenenti alle forze dell'ordine e volontari. Le indicazioni ricevute dagli studi di ricerca, sebbene non estesi ed univoci, suggeriscono che le capacità di adattamento alle situazioni di emergenza (e quindi di scongiurare il

possibile sviluppo di una “traumatizzazione vicaria”) dipendono dall’interazione fra:

- fattori di rischio oggettivi (eventi che coinvolgono molte persone, che comportano gravi danni per soggetti molto giovani, che causano lesioni gravi, mutilazioni delle vittime, che cagionano la morte di congiunti, amici o colleghi, lesioni personali);
- fattori di rischio soggettivi (caratteristiche dei singoli quali tendenza eccessiva del soccorritore ad identificarsi con la vittima così come il marcato bisogno di tenersi a distanza dalle vittime; mancanza di idonee strategie di coping per fronteggiare lo stress e/o la mancanza di adeguate capacità di valutare la propria tolleranza allo stress; scarsa conoscenza della normale risposta fisiologica e psicologica delle persone di fronte allo stress; presenza di significative problematiche psicologiche del soccorritore e/o la presenza di traumi pregressi non elaborati; personalità premoribosa; genetica e biologia dell’individuo; grado di istruzione, classe sociale; contesto socio culturale in cui si è verificato l’evento; supporto sociale; valori e credenze personali);
- situazioni contestuali legate all’organizzazione in cui si presta servizio (ritmi di lavoro eccessivi; inadeguatezze logistiche degli ambienti destinati ai soccorritori; carenze nei processi di comunicazione di selezione e formazione degli operatori; conflitti interni all’organizzazione e tra soccorritori; mancanza di programmi di supporto psicologico dei soccorritori; fallimento di una missione di soccorso comportante la morte di una o più persone; necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo e in tempi rapidissimi).

L’intervento di soccorso si articola in varie fasi (9), a ciascuna delle quali si associano specifiche reazioni del soccorritore, talvolta anche molto marcate, ma che vanno comunque considerate come reazioni normali a situazioni anomale e straordinarie. Sono possibili reazioni fisiche (ad esempio tachicardia, aumento pressorio, difficoltà respiratorie, nausea), reazioni cognitive (disorientamento, difficoltà di memoria, difficoltà nel dare senso alle informazioni ricevute e nel comprendere la gravità dell’evento, confusione, perdita di obiettività), reazioni emozionali (ansia, stordimento, shock, tristezza, sconforto, paura per ciò che si incontrerà sulla scena dell’evento, o anche senso di invulnerabilità, euforia, rabbia; apatia, inibizione in alcuni altri casi), reazioni comportamentali (diminuzione dell’efficienza, aumento del livello di attivazione, difficoltà di comunicazione, facilità allo scontro verbale o fisico, aumento dell’uso di tabacco, alcol, farmaci, perdita di efficienza ed efficacia nelle azioni di soccorso, ecc.)

- Fase di Allarme: avviene alla comunicazione di un evento critico grave. Si può considerare come il primo impatto con l’evento traumatico, ed è caratterizzata dallo stordimento iniziale e dall’ansia, dalla irritabilità e dall’irrequietezza che caratterizzano la maggior parte degli operatori. Non mancano anche soccorritori in cui si determina una reazione più o meno grave di tipo inibitorio.
- Fase di Mobilitazione: superato l’impatto iniziale gli operatori si preparano all’azione, l’agire aiuta a dissolvere la tensione, si recupera l’autocontrollo. In questa fase sono presenti in tono minore la maggior parte dei vissuti e delle reazioni della fase precedente, ai quali si associano, come preziosi fattori di recupero dell’equilibrio, il trascorrere del tempo, il passaggio all’azione finalizzata e coordinata e l’interazione.
- Fase dell’azione: il soccorritore inizia l’intervento di primo soccorso a favore delle vittime
- Fase Post-Critica: è la fase che va dalla fine del servizio, al ritorno alla routine lavorativa o sociale, quindi al rientro del volontario dopo l’intervento sulla catastrofe. Il carico emotivo, che durante l’azione è stato represso, nel ritorno alla quotidianità, riemerge con evidenza. Si possono sperimentare vissuti particolarmente forti, indotti dalla separazione dagli altri soccorritori con i quali si è vissuto l’intervento, e il ritorno alla vita quotidiana con le relative aspettative rispetto a questo ritorno.

Esistono contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione, che trovano poi la forza di riemergere e manifestarsi nelle fasi successive. Mitchell ed Everly (10) hanno per primi coniato il termine di “Critical Incident Stress Syndrome”, definita come “Una situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulle abilità dell’operatore di fronte alla scena dell’evento e anche dopo”. Essa rappresenta un rischio reale per le persone che sono spesso a contatto con incidenti, tragedie, morti e può causare problemi familiari, perdita di lavoro oltre ad un’elevata sofferenza individuale, potendo evolvere in Disturbo Acuto da Stress, PTSD, Disturbi dell’Umore, Disturbi dell’Adattamento, altri Disturbi d’Ansia o in patologie psichiatriche di maggiore gravità.

Il presente studio, oltre ad illustrare il concetto di “trauma vicario” con il quale si indica una forma di risposta allo stress sperimentato da coloro che indirettamente sono esposti ad eventi traumatici, si propone di offrire una panoramica di alcuni programmi di prevenzione indirizzati alla gestione dello stress e dei possibili disturbi psichiatrici degli operatori nei contesti di aiuto impiegati presso il P.O. “S.Salvatore” di L’Aquila all’indomani dell’evento sismico del 6 aprile 2009. L’esperienza è tratta da valutazioni effettuate su una popolazione di lavoratori impegnati in un contesto reso particolarmente difficile dalla contemporanea posizione di vittime oltre che di soccorritori della popolazione colpita dal sisma. Il disegno dello studio ci ha consentito di esplorare le differenze, in termini di risposta psicopatologica, entro un gruppo di operatori esposti a diversi livelli di avversità nel post-sisma, di esaminare le strategie di coping adottate. In aggiunta, ha offerto l’opportunità di indagare, a distanza di 12 mesi dal sisma, l’adeguamento psicologico e l’evoluzione della sintomatologia post-traumatica in due gruppi di soggetti, suddivisi in base all’aver ricevuto o meno un trattamento integrato farmacologico e psicoterapico di tipo Cognitivo-Comportamentale (CBT).

Materiali e metodo

Campione

Lo studio è stato effettuato su un campione di 72 operatori impiegati presso il Presidio Ospedaliero “S.Salvatore” di L’Aquila, reclutati consecutivamente nei primi 6 mesi dal sisma, presso il S.P.U.D.C. dello stesso P.O., al cui Servizio Ambulatoriale si rivolgevano per la presenza di una sintomatologia post-traumatica. Tutti i soggetti sono stati valutati attraverso un colloquio clinico con raccolta anamnestica relativa anche all’esperienza del terremoto e sottoposti a valutazione con scale standardizzate (T0). Successivamente tutti i soggetti hanno ricevuto una psicoeducazione breve sul disturbo, e a seconda dell’intensità della sintomatologia, trattamenti integrati (farmacologici e terapia cognitivo comportamentale), e successiva rivalutazione, a distanza di 12 mesi dal sisma, attraverso gli stessi strumenti standardizzati (T1).

Strumenti utilizzati

Il *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), è un questionario autocompilato costituito da 12 items nella sua forma breve. Gli obiettivi dello strumento sono quelli di valutare la presenza e la severità di un *disagio mentale* percepito soggettivamente dal paziente, nelle ultime 4 settimane, attraverso una scala a 4 punti (da 0 a 3). Tale strumento è stato utilizzato per identificare i probabili “*casi clinici*” sulla base di un punteggio cut-off e la severità e la morbidity degli stessi sulla base del punteggio totale. La sensibilità e la specificità dello strumento, nella predittività della morbidity psichiatrica, sono rispettivamente del 69,6% e del 94,8%. Il punteggio è stato utilizzato per ottenere un *total score* che va da 0 a 36: un punteggio ≤ 15 indica un normale livello di stress; un punteggio compreso tra 15 e 20 indica un moderato livello di stress e un punteggio ≥ 20 indica un alto livello di stress (Goldberg DP and Williams P., 1988).

Lo *Specific Earthquake Experience Questionnaire* (SEEQ), è un questionario elaborato dal nostro gruppo di ricerca immediatamente dopo il disastro, in accordo con i recenti dati di letteratura sull’esperienza del terremoto e sui più importanti fattori di rischio per il possibile sviluppo di un

disturbo acuto e/o post-traumatico. Il questionario è costituito da 15 domande, con risposte dicotomiche, che indagano: la presenza nel momento del disastro (primo criterio per una diagnosi di PTSD), l'esperienza vissuta in termini di danni subiti, il funzionamento sociale e lavorativo, tratti di personalità, e alcuni sintomi specifici ed aspecifici della reazione al trauma (ri-esperienza, disturbi del sonno, paura del terremoto, etc..).

L'Impact of Event Scale-R (IES-R), strumento largamente utilizzato per la valutazione dei sintomi associati al PTSD. La IES-R è uno strumento costituito da 22 items che indagano una serie di reazioni al terremoto negli ultimi sette giorni su una scala a quattro punti che vanno da 0 (mai) a 4 (spesso). La IES-R è composta da tre sottoscale, "Eventi intrusivi" "Evitamento" ed "ipearousal" che vengono valutati separatamente.

Il *Brief COPE* è una versione ridotta del COPE. Il COPE è nato per valutare un'ampia varietà di risposte di coping facendo riferimento non alla dicotomia *problem-focused/emotion-focused* coping, ma ad una serie di distinte modalità di risolvere i problemi o di modulare le emozioni. Il *Brief-COPE* si propone di valutare le caratteristiche del coping dei soggetti, normali o affetti da patologie diverse, somatiche e psichiche. La scala comprende 28 item articolati in 14 scale composte, ciascuna, da 2 items. La Brief COPE può essere usata in tre contesti: per esplorare lo stile di coping dei soggetti, cioè la modalità con cui essi tendono generalmente a rispondere alle situazioni stressanti (versione "dispositional"); per valutare come i soggetti hanno risposto allo stress in un periodo di tempo determinato del passato (versione "situational-past"); per valutare la risposta in un periodo di tempo recente, da un certo momento ad oggi (versione "situational-actual").

Per calcolare il punteggio della scala dei è necessario fare riferimento agli items che compongono le diverse scale. Gli item sono valutati su di una scala a 4 punti, da 1 (abituamente non faccio assolutamente questo) a 4 (abituamente faccio proprio così). Un punteggio totale non ha senso, mentre viene calcolato il punteggio delle singole scale per cui si ottiene un "profilo" del coping del soggetto.

Le scale prese in considerazione dal Brief-COPE sono le seguenti: ristrutturazione positiva, distogliere l'attenzione, espressione, uso del supporto strumentale, affrontare operativamente, negazione, religione, umorismo, disimpegno comportamentale, uso del supporto emotivo, uso di sostanze, accettazione, pianificazione, autoaccusa.

Risultati

Valutazione durante i primi sei mesi dal sisma:

Il campione al T0 è costituito da 72 operatori, di età media pari a 41,53 anni (DS 9,14). Il 34,7% dei casi (N=25) sono maschi e il 65,3% (N= 47) femmine. Del campione totale, 51 soggetti (70,8%) sono residenti nel Comune di L'Aquila, le altre 21 unità sono comunque presenti entro l'area del cratere (29,2%). La popolazione in studio ha dichiarato di essere impiegata come paramedico nel 77,8% dei casi (Tabella 1), dislocati in Unità Operative (U.O.) afferenti a discipline mediche e di pronto intervento nell' 80,5% dei casi. In particolare risultavano esposti a situazioni di emergenza e quindi alla visione di immagini traumatiche 23 soggetti (31,9% dei casi).

	Campione (N=72)
Età (DS)	41,53 (9,14)
M/F	25/47
Residenza Comune di L'Aquila	49 (68,1%)
Residenti in comuni limitrofi, entro cratere	23(31, 9%)
Personale Paramedico	56 (77,8%)
Personale Medico	16 (22,2%)
Emergenza (P.S./118/Volontari C.R.I.)	23 (31,9%)
Altre U.O.	49 (68,1%)

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione al T0

Studiando al T0 il grado di *sofferenza post-traumatica* (figura 1), è stato rilevato, nell' 84,7% dei soggetti (N=61), un livello di stress percepito di grado moderato (GHQ-12 >15); di questi il 67,2% (N=41) era di sesso femminile e il 32,8% (N=20) di sesso maschile.

Dei 23 soggetti che hanno registrato un punteggio al GHQ-12 maggiore di 20, indicativo di una sofferenza post-traumatica di grado elevato, risultano impiegati in servizi di emergenza ben 9 soggetti (39% degli operatori nei contesti di emergenza) ed in particolare operatori con un'esperienza lavorativa inferiore ai 3 anni nella quasi totalità dei casi (N= 21, pari all'84%)

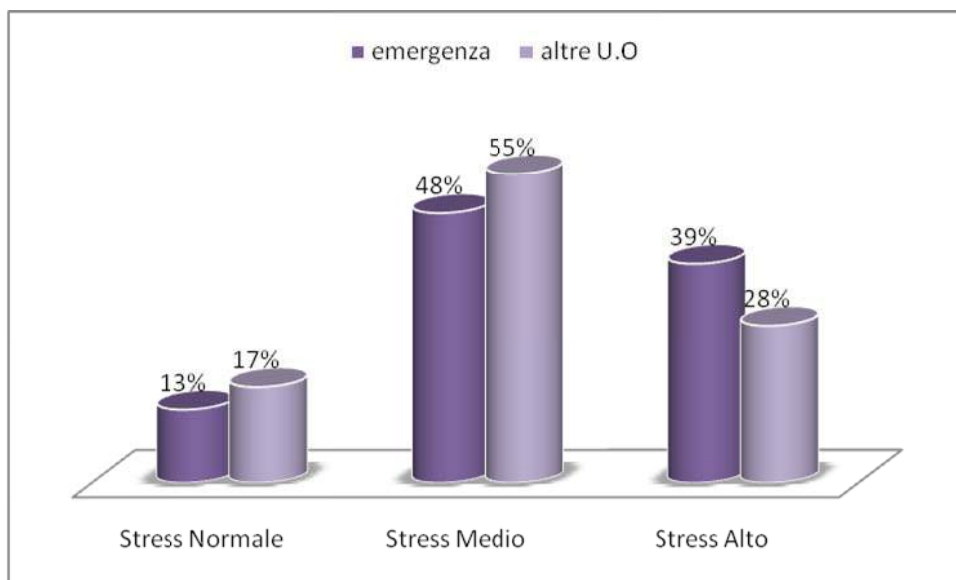


Figura1. Valutazione dello stress percepito (GHQ-12) nelle diverse aree di intervento.

Nella valutazione della sintomatologia post-traumatica, in termini di *iperarousal*, *evitamento* e *riesperienza*, gli esposti a situazioni di emergenza hanno ottenuto punteggi medi superiori ai non esposti nei tre cut-off, riportando differenze significative per la *riesperienza* ($p < 0.005$) (figura 2). Il dato è ovviamente correlabile alla diretta partecipazione a operazioni che hanno comportato la visione di immagini fortemente traumatiche.

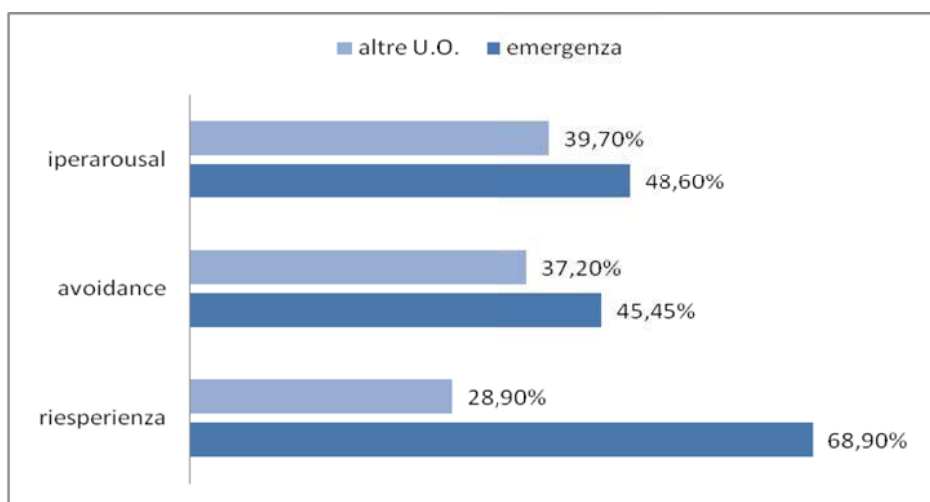


Figura 2. Sintomatologia post-traumatica (IES-R) negli esposti a condizioni di emergenza e nei non esposti.

Nonostante l'impatto dell'evento sismico vissuto nel contesto assistenziale, l'analisi dei dati relativi alle strategie di coping adottate dagli operatori sottoposti a screening evidenzia capacità di fronteggiamento degli eventi con ricorso più frequente a cosiddetti "stili operativi", quali affrontare operativamente e pianificazione, sebbene nei soggetti con minore esperienza lavorativa (inferiore ai tre anni), risulti maggiormente frequente l'espressione delle emozioni ed il ricorso all'uso del supporto emotivo, così come il distogliere l'attenzione, con differenze significative rispetto a soggetti inseriti in ambito lavorativo da un maggior numero di anni.

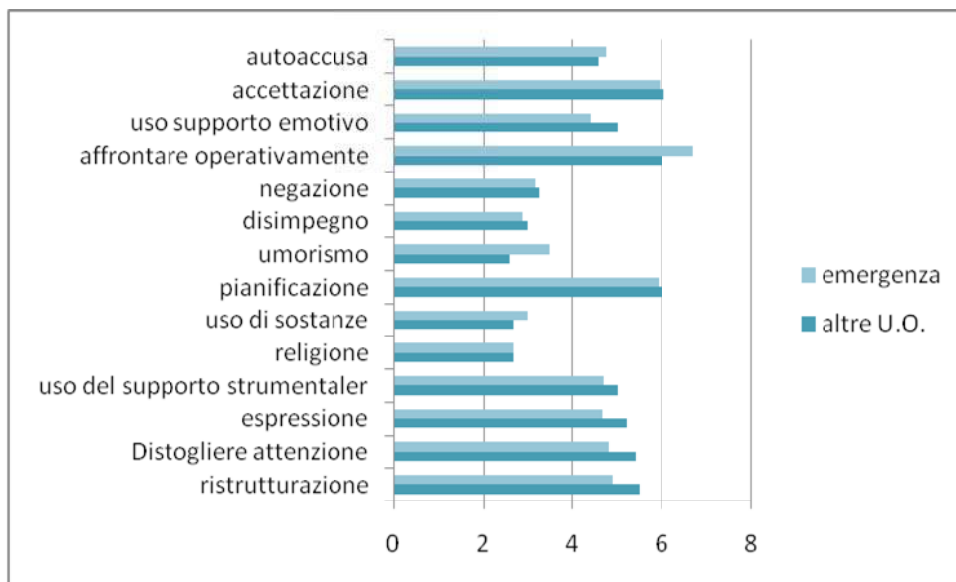


Figura 3. Strategie di coping adottate negli esposti e nei non esposti

Interventi di gestione dello stress

Nel campione in esame, al To solo il 12,5% del totale (N= 9) presentava sintomi di un Disturbo Acuto da Stress, potenzialmente suggestivo dell'insorgenza di un PTSD. Un ulteriore 20% ha manifestato, nel corso dei mesi successivi all'evento sismico, un quadro ascrivibile ad un Disturbo dell'Adattamento. Più in generale il 35% del campione ha presentato sintomi aspecifici di ansia e demoralizzazione secondaria, tanto da rendere necessaria l'istituzione di interventi volti alla gestione dello stress nel contesto ospedaliero. Studi di efficacia con follow-up a 4 anni hanno dimostrato una riduzione complessiva di sintomi post-traumatici e depressivi, oltre ad un significativo miglioramento del funzionamento psico-sociale, in risposta ad interventi CBT standardizzati (Shoostaryet al, 2008).

Confortati dai dati della letteratura, che sostengono una minore affidabilità di interventi quali tecniche di debriefing-defusing, (dimostratisi addirittura controproducenti), interventi di tipo psicodinamico, EMDR (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), psicoterapie interpersonali, terapie basate sulla tolleranza al distress (a proposito delle quali non vi sono evidenze empiriche di efficacia), sono stati attuati programmi di intervento che hanno coinvolto la totalità del campione, così suddiviso: 49 individui (68% del campione) hanno effettuato psicoterapie e interventi brevi CBT (gestione dello stress, esposizione, ristrutturazione cognitiva); 15 operatori (21% del campione) hanno sostenuto terapie integrate (farmacologiche e psicoterapiche); un ulteriore 11% della popolazione in esame (N= 8) è stato sottoposto alla sola terapia psicofarmacologica.

Valutazione a distanza di dodici mesi dal sisma

Al T1 sono stati rivalutati 56 dei 72 soggetti inizialmente arruolati, riscontrando che la sospensione degli interventi proposti e la mancata frequenza alle ulteriori viste di controllo

riguardava il 6% di coloro che avevano sostenuto un intervento integrato (psicofarmacologico e psicoterapico), l'11% di coloro che avevano effettuato il solo intervento psicoterapico standardizzato ed il 22% di coloro che avevano effettuato il semplice trattamento psicofarmacologico.

Nei soggetti sottoposti ad intervento integrato si è registrato un notevole miglioramento sia della sintomatologia percepita che della sintomatologia post-traumatica rilevata. Tra coloro che presentavano uno stress percepito di grado *medio-elevato* (GHQ-12>15), sottoposti a trattamento integrato, il 56% (N= 34) ha ridotto i valori ottenuti al GHQ-12 entro il range di normalità (0-15). Per quanto riguarda la sintomatologia post-traumatica in tutti i soggetti sottoposti a follow-up si è riscontrata una riduzione dei valori medi nei tre cluster sintomatologici, con differenze significative tra il gruppo dei trattati con interventi ad orientamento cognitivo-comportamentale rispetto ai non trattati nella dimensione dell'evitamento ($p<0.005$).

Discussioni

I risultati ottenuti dal nostro studio mostrano come la maggior parte del campione, costituito da operatori nei contesti di aiuto, risulta a rischio per lo sviluppo di una sintomatologia post-traumatica, ancorché non vengano pienamente soddisfatti i criteri diagnostici per il PTSD. Nella maggior parte dei casi (N= 61, pari all' 84,7% del totale) vi è un'elevata percezione soggettiva dello *stress* e della sofferenza post-traumatica, nel 32% dei casi (N =23) seri problemi legati allo stress con compromissione del funzionamento, soprattutto nel sesso femminile, negli operatori nei contesti di emergenza con maggiore sviluppo di sintomi dissociativi e direttamente coinvolti nelle operazioni di recupero ed assistenza alle vittime del sisma, in coloro che non posseggono adeguate competenze acquisite con l'esperienza perché all'inizio della propria attività lavorativa, che percepiscono maggiormente pericoli per la propria incolumità nel contesto lavorativo e nel risiedere nell'area del disastro, in chi assume strategie di coping evitante così come di eccessiva espressione ed identificazione con le vittime. Da non sottovalutare i fattori più direttamente implicati nel contesto sociale: la presenza di scarso supporto, la mancata operazione di riorganizzazione del lavoro nel contesto di emergenza per carenze strutturali o di gestione aziendale, espongono gli operatori ad ulteriori fattori di rischio per l'insorgenza di una sintomatologia post-traumatica .

Un limite del nostro studio è la scelta del campione, essendo costituito da una popolazione selettiva, afferita per la percezione della necessità di un sostegno psicologico e pertanto non rappresentativa della totalità degli operatori sanitari impegnati nel contesto del disastro aquilano.

Conclusioni

In base all'entità del trauma, i sopravvissuti sono generalmente a rischio di presentare varie risposte psicopatologiche, come il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), Disturbi d'Ansia e dell'Umore che cronicizzano, atteggiamenti fobici evitanti, disturbi aspecifici del sonno, dell'alimentazione, disfunzioni sessuali. In casi più gravi possono emergere Disturbi correlati a sostanze o Disturbo Psicotico Breve. Tra questi il PTSD è il disturbo psichiatrico maggiormente riscontrato nella popolazione generale dopo un terremoto, con una percentuale che va dal 1.5% al 74% (1, 12). Solitamente gli operatori attivi in condizioni determinate da eventi catastrofici sviluppano una soglia di tolleranza abbastanza elevata a situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a rischio il proprio equilibrio psicologico: sono spesso indotti a trascurare le proprie reazioni emotive e le proprie esigenze, per dedicarsi alla cura delle vittime di eventi traumatici. Tuttavia va tenuta in seria considerazione la possibilità che un soccorritore durante il servizio viva in prima persona il trauma, non solo per l'esposizione diretta, ma per il contatto con la persona soccorsa (13). Occorre inoltre riflettere su quanto i progressi in campo tecnologico abbiano permesso la diffusione mediatica di eventi potenzialmente traumatici, esponendo ripetutamente un ampio numero di persone alla visione di immagini vivide, con possibili conseguenti effetti negativi (14).

Il ricorso a specifiche strategie di coping attivo, un adeguato supporto psicosociale, l'impiego di

terapie cognitivo-comportamentali di gruppo che riducano i sintomi legati ad un PTSD, soprattutto per quanto riguarda le dimensioni della riesperienza e dell'avoidance, l'acquisizione di opportune competenze volte alla gestione dello stress nel contesto lavorativo, rappresentano fattori protettivi utili nella prevenzione di disturbi psichici e nello sviluppo di un miglior adattamento psicosociale durante gli eventi stressanti (15) per la popolazione impiegata nei contesti di emergenza.

Bibliografia

- Bal, A., Jensen, B., (2007). Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16:449–457.
- Alexander, D.A., Klein, S. (2009). First Responders after Disasters: A Review of Stress Reactions, At-Risk, Vulnerability and Resilience Factors. *Prehospital Disast Med* 2009; 24(2):87–94.
- Palm, K.M., Polusny, M.A., Follette, V.M., Vicarious traumatization: Potential hazards and interventions for disaster and trauma workers. *Prehospital Disast Med*, 2004;19:73-78.
- McCarroll, J.E., Ursano, R.J., Wright, K.M., et al. Handling bodies after violent death: Strategies for coping. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1993;63:209–214.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Vance, K., et al. Post-traumatic stress disorder and identification in disaster workers. *American Journal of Psychiatry*, 1999; 156:353–359.
- McCann, L., Pearlman, L.A., Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 1990; 3:131–149.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Pearlman, L.A., Saakvitne, K.W., (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York Norton.
- Everly, G.S., Mitchell, J.T. (1997). *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Management* Ellicott City, MD: Chevron.
- Shooshtary, M.H., Panaghi, L., Moghadam, J.A., (2008). Outcome of cognitive behavioral therapy in adolescents after natural disaster. *J Adolesc Health*; 42(5):466-72.
- Olf, M., Sijbrandij, M., Opmeer, B.C., Carlier, I.V., Gersons, B.P., (2009). *The structure of acute posttraumatic stress symptoms: 'reexperiencing', 'active avoidance', 'dysphoria', and 'hyperarousal'*. *J Anxiety Disord*. Jun; 23(5):656-9. Epub 2009 Feb 11.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Wang, L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry*, 2004;161:1370–1376.
- Ahern, J., Galea, S., Resnick, H., et al. Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 2002;65:289–300.
- Steptoe A. (1991). Invited review. The links between stress and illness. *J Psychosom Res* ;35(6):633-44.

LA RESILIENZA, LO STRESS E LE MALATTIE DELLA MENTE

Natascia Giordani Paesani, Valeria Bianchini, Laura Verni, Rocco Pollice*, Rita Roncone*, Massimo Casacchia*

Scuola di Specializzazione in Psichiatria

*Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi dell'Aquila

lauraverni@tiscali.it - natasciagp@hotmail.it

Introduzione

Le persone che subiscono un trauma, possono manifestare diverse reazioni di fronte all'evento traumatico. A parità di gravità dell'evento, alcuni riescono a superare l'accaduto in modo più adattivo di altri che invece ne soffrono le conseguenze per anni. In base all'entità del trauma, infatti, i sopravvissuti sono ad alto rischio di presentare varie risposte psicopatologiche, come il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), Disturbi d'Ansia che cronicizzano, atteggiamenti fobici evitanti, e disturbi del sonno con incubi.

Tra questi il PTSD è il disturbo psichiatrico maggiormente riscontrato nella popolazione generale dopo un terremoto, con una percentuale che va dal 1.5% al 74% (Bal A & Jensen B, 2007). Studi recenti suggeriscono, inoltre, che anche bambini ed adolescenti possono sviluppare sintomi di un PTSD dopo l'esposizione ad un terremoto, con percentuali che variano tra il 21% e il 70% (Giannopoulou et al. 2006; Hsu et al., 2002).

Affinché si sviluppi un PTSD, non è tanto importante "che cosa accade", ma "come viene vissuto" dalla persona o dalle persone coinvolte. Infatti, il DSM-IV R (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Edizione), classifica questi pazienti in tre tipologie, sulla base di quanto e di come la persona sia stata esposta al trauma, ovvero, se la persona è la vittima che ha subito in prima persona il trauma, oppure se la persona presa in considerazione ha soltanto assistito all'evento o se ha uno stretto legame affettivo (parenti, coniugi, figli) con le persone che hanno subito direttamente il trauma, ed infine vengono considerate tutte quelle persone che intervengono a prestare soccorso durante l'evento traumatico (per esempio i vigili del fuoco, la protezione civile, l'esercito....)

Durante i giorni o le settimane successive al trauma, i soggetti possono manifestare molteplici reazioni. Entro 48 ore dall'evento compaiono i primi sintomi intrusivi e le osservazioni cliniche dimostrano che, proprio in questo lasso di tempo, molti sopravvissuti rivalutino costantemente, quasi fosse un pensiero ossessivo, le proprie azioni o le proprie "azioni mancate" con una grande intensità, e sensi di colpa. Se nell'arco di un mese persistono sintomi come eccessivo arousal, intensa paura (Brewin et al 1999; Bryant RA, Moulds ML & Guthrie RM, 2000; Harvey & Bryant 1998), dissociazione peritraumatica ed amnesia dissociativa (Koopman C, Classen C & Spiegel D, 1994), si può parlare di Disturbo Acuto da Stress, che con un umore depresso (Feedman et al 1999; Yehuda R, McFarlane AC & Shalev AY, 1998) risulta essere predittore di un PTSD. A distanza di alcuni mesi dal trauma, infatti, si potrebbero manifestare sintomi di un PTSD, caratterizzati da comportamenti di *evitamento* di tutto ciò che potrebbe riguardare o rievocare il trauma, sia indirettamente che a livello simbolico e che causa un grande disagio psicologico; flashback, pensieri intrusivi sotto forma di immagini, scene, sensazioni che rievocano l'accaduto; incubi che fanno rivivere l'esperienza dell'evento in modo molto realistico con conseguente difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno; iperattivazione, caratterizzata da insonnia, irritabilità, bisogno di controllo, nervosismo con attacchi di panico e/o stati d'ansia generalizzata.

La reazione che un individuo può mostrare in seguito all'esposizione al trauma dipende oltre che dall'entità del trauma (più è grave l'evento critico, più la persona sperimenta impotenza, terrore e angoscia), anche dalle caratteristiche della personalità pre-traumatica. Esistono, infatti, fattori che *aggravano* la risposta fenomenica sul piano psicopatologico ed altri fattori, cosiddetti *protettivi*, che riducono le conseguenze sulla salute mentale delle persone coinvolte. La maggior parte delle persone che hanno vissuto un evento traumatico lo supera presentando solo transitori disturbi

psichici. Alcuni soggetti, invece, sviluppano disturbi psichici, tra cui il *DPTS*. Questo in quanto dopo un trauma risultano importanti, oltre che la natura drammatica dello stesso, le modalità individuali di interpretazione e quindi le modalità di risposte messe in atto dal soggetto, ovvero dalla resilienza e dal coping.

La resilienza può essere definita come la capacità di adattarsi con successo alle avversità acute e croniche; ed è proprio la resilienza che può aiutarci a capire perché, quando esposte a stress, alcune persone si ammalano mentre altre restano sane. La resilienza è influenzata da vari fattori, quali esperienze dell'infanzia, componenti genetiche ed epigenetiche, e infine da circostanze socioeconomiche che possono presentarsi sia nell'infanzia sia nella vita adulta (Steptoe A., 1991).

Si tratta di un concetto che in qualche misura eccede quello di coping. Nella definizione originale di Lazarus e Folkman (1984), il coping viene infatti definito come processo adattivo che impegna il soggetto nel superamento di una situazione stressante, in modo da eliminare, ridurre o tollerare la situazione stessa. Sebbene il concetto sia stato in seguito ampiamente sviluppato, si può ritenere che esso rimanga fondamentalmente ancorato alla prospettiva patogenica che, come già evidenziato, lavora al fine di far fronte all'evento stressante con l'obiettivo di neutralizzarlo, ripristinando se possibile lo status quo.

Il processo di resilienza è invece caratterizzato da una traiettoria sostanzialmente stabile di funzionamento sano, o da una prontezza nel recupero delle normali condizioni psicofisiche (Luthar S. et al., 2000) e dalla capacità di esperienze generative così come di emozioni positive (Bonanno GA, 2004). Il processo si caratterizza quindi non solo per un'elevata capacità di resistenza ma è altresì connotato da uno spiccato orientamento alla 'trasformazione' che consenta lo sviluppo verso una nuova condizione più vantaggiosa (Malaguti E., 2005). Due sono le condizioni necessarie e sufficienti per identificare la dinamica del processo di resilienza: l'intervento di una condizione altamente stressante, potenzialmente traumatizzante, e la conseguente evoluzione positiva in termini di benessere psico-sociale. L'esito positivo in termini di accrescimento del benessere personale, rappresenta quindi un elemento costitutivo e non accessorio del processo di resilienza. La condizione di stress, in questa prospettiva, viene a caratterizzarsi come "evento critico", dal greco κρισις - scelta, giudizio, decisione, momento risolutivo del male - che presenta una sua connaturata ambivalenza: da un lato si propone come stressor, una minaccia che scatena la crisi qualora il soggetto non riesca a farvi fronte, dall'altro si propone come sfida, come opportunità di crescita; solo quando la persona, con la sua specifica dotazione di risorse psicologiche, incontrerà l'evento critico, l'ambivalenza si risolverà.

Il presente studio si propone di studiare la reazione allo stress post-traumatico attraverso la valutazione di una popolazione giovanile sopravvissuta al terremoto del 6 aprile 2009 all'Aquila. Il disegno dello studio ci ha portato ad esplorare le differenze, tra un gruppo di giovani direttamente esposto al terremoto ed un gruppo di giovani non esposto ad esso, ma entrambi i gruppi potenzialmente esposti agli stessi livelli di avversità post-terremoto, le reazioni allo stress post-traumatico e la presenza di una morbidità psichiatrica in termini di PTSD e di esaminare le strategie di coping adottate. In aggiunta, questo studio ha offerto l'opportunità di indagare, a distanza di 12 mesi dal sisma, l'adeguamento psicologico e l'evoluzione della sintomatologia post-traumatica in due gruppi di soggetti, suddivisi in base all'aver ricevuto o meno un trattamento.

Materiali e metodo

Descrizione dell'evento

Alle ore 3.32 del 6 Aprile 2009, è stato registrato un Terremoto di magnitudo 6.3 della scala Richter con epicentro L'Aquila, città capoluogo d'Abruzzo, nel centro Italia, causando 308 vittime, 2.500 feriti e 36.456 sfollati e il crollo dell'intero centro storico. Tra le vittime si contano 55 studenti universitari. Infatti, L'Aquila, oltre ad essere il "sesto" centro storico d'Italia, è anche la quarta città universitaria italiana contando, nell'anno accademico 2008-09 più di 27.000 iscritti con un numero di immatricolati pari a circa 7.000. Pur essendo il terremoto avvenuto di notte, di fatto non sappiamo con esattezza quante persone dormivano all'Aquila. Infatti, la scossa della notte del 6

aprile è stata preceduta da una lunga serie di scosse, portando molti studenti aquilani e fuori sede a spostarsi, almeno per la notte, in altri luoghi e a non dormire nelle proprie abitazioni. Di fatto la popolazione dei giovani aquilani non è costituita esclusivamente da studenti, ma anche da residenti con impieghi diversi e collocazioni abitative differenti.

Popolazione studiata

Lo studio è stato effettuato su una popolazione di giovani aquilani reclutati consecutivamente, nei primi 6 mesi dal sisma, presso i servizi, SMILE (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani) dell'ospedale S. Salvatore dell'Aquila e SACS (Servizio di Ascolto e Consultazione Studenti) sportello psicologico dell'Università degli Studi dell'Aquila, dove si rivolgevano per la presenza di una sintomatologia post-traumatica. Tutti i soggetti sono stati valutati attraverso un colloquio clinico con raccolta anamnestica relativa anche all'esperienza del terremoto e sottoposti a valutazione con scale standardizzate (T0). Successivamente tutti i soggetti hanno ricevuto una psico-educazione breve sul disturbo, e a seconda dell'intensità della sintomatologia, trattamenti integrati (farmacologici e terapia cognitivo comportamentale), oppure nessun trattamento, e successiva rivalutazione, a distanza di 12 mesi dal sisma, attraverso gli stessi strumenti standardizzati (T1).

Strumenti utilizzati

Il *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), è un questionario autocompilato costituito da 12 items nella sua forma breve. Gli obiettivi dello strumento sono quelli di valutare la presenza e la severità di un *disagio mentale* percepito soggettivamente dal paziente, nelle ultime 4 settimane, attraverso una scala a 4 punti (da 0 a 3). Tale strumento è stato utilizzato per identificare i probabili "casi clinici" sulla base di un punteggio cut-off e la severità e la morbilità degli stessi sulla base del punteggio totale. La sensibilità e la specificità dello strumento, nella predittività della morbilità psichiatrica, sono rispettivamente del 69,6% e del 94,8%. Il punteggio è stato utilizzato per ottenere un *total score* che va da 0 a 36: un punteggio ≤ 15 indica un normale livello di stress; un punteggio compreso tra 15 e 20 indica un moderato livello di stress e un punteggio ≥ 20 indica un alto livello di stress (Goldberg DP and Williams P., 1988).

Lo *Specific Earthquake Experience Questionnaire* (SEEQ), è un questionario elaborato dal nostro gruppo di ricerca immediatamente dopo il disastro, in accordo con i recenti dati di letteratura sull'esperienza del terremoto e sui più importanti fattori di rischio per il possibile sviluppo di un disturbo acuto e/o post-traumatico. Il questionario è costituito da 15 domande, con risposte dicotomiche, che indagano: la presenza nel momento del disastro (primo criterio per una diagnosi di PTSD), l'esperienza vissuta in termini di danni subiti, il funzionamento sociale e lavorativo, tratti di personalità, e alcuni sintomi specifici ed aspecifici della reazione al trauma (ri-esperienza, disturbi del sonno, paura del terremoto, etc..).

L'*Impact of Event Scale-R* (IES-R), strumento largamente utilizzato per la valutazione dei sintomi associati al PTSD. La IES-R è uno strumento costituito da 22 items che indagano una serie di reazioni al terremoto negli ultimi sette giorni su una scala a quattro punti che vanno da 0 (mai) a 4 (spesso). La IES-R è composta da tre sottoscale, "Eventi intrusivi" "Evitamento" ed "ipearousal" che vengono valutati separatamente.

Il *Brief COPE* è una versione ridotta del COPE. Il COPE è nato per valutare un'ampia varietà di risposte di coping facendo riferimento non alla dicotomia *problem-focused/emotion-focused* coping, ma ad una serie di distinte modalità di risolvere i problemi o di modulare le emozioni. Il *Brief-COPE* si propone di valutare le caratteristiche del coping dei soggetti, normali o affetti da patologie diverse, somatiche e psichiche. La scala comprende 28 item articolati in 14 scale composte, ciascuna, da 2 items. La Brief COPE può essere usata in tre contesti: per esplorare lo stile di coping dei soggetti, cioè la modalità con cui essi tendono generalmente a rispondere alle situazioni stressanti (versione "dispositional"); per valutare come i soggetti hanno risposto allo stress in un periodo di tempo determinato del passato (versione "situational-past"); per valutare la risposta in un periodo di tempo recente, da un certo momento ad oggi (versione "situational-actual").

Per calcolare il punteggio della scala dei è necessario fare riferimento agli items che compongono le diverse scale. Gli item sono valutati su di una scala a 4 punti, da 1 (abituamente non faccio assolutamente questo) a 4 (abituamente faccio proprio così). Un punteggio totale non ha senso, mentre viene calcolato il punteggio delle singole scale per cui si ottiene un “profilo” del coping del soggetto.

Le scale prese in considerazione dal Brief-COPE sono le seguenti: ristrutturazione positiva, distogliere l’attenzione, espressione, uso del supporto strumentale, affrontare operativamente, negazione, religione, umorismo, disimpegno comportamentale, uso del supporto emotivo, uso di sostanze, accettazione, pianificazione, autoaccusa.

L’analisi statistica è stata effettuata con il software SPSS. I confronti tra medie sono eseguiti utilizzando il t-test di Student per campioni indipendenti. Il calcolo dei coefficienti di correlazione tra le variabili è stato effettuato utilizzando il Pearson Product Moment (r). Tutte le analisi con un *p* minore o uguale a 0,05 sono state considerate statisticamente significative.

Risultati

Valutazione durante i primi sei mesi dal sisma

Il campione al T0 è costituito da una numerosità di 1189 giovani utenti, di età media pari a 23,38 anni (DS 9,231), 487 (41%) maschi e 702 (59%) femmine. Del campione totale 378 giovani (32%) sono residenti in L’Aquila, 195 (16,4%) nella provincia dell’Aquila, 55 (4,6%) sono abruzzesi e 561 (47%) risiedono fuori regione. La popolazione in studio ha dichiarato nel 76% (N=902) dei casi di essere studente, nel 22% (N=261) dei casi lavoratore e nel 2% (N=26) dei casi disoccupato (Tabella 1).

	Campione (N=1189)
Età (DS)	23,38 (9,231)
M/F	487/702
Residenza all’Aquila	378(32%)
Residenti in provincia dell’Aquila	195(16,4%)
Residenti in Abruzzo	55(4,6%)
Residenti fuori regione	561(47%)
Studenti	902 (76%)
Lavoratore	261(22%)
Disoccupato	26(2%)
Esposti al sisma	890(75%)

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione al T0

Studiando al T0 il grado di *sofferenza post-traumatica* è stato rilevato, nel 53% (N=630) dei soggetti, un livello di stress percepito di grado *elevato* (GHQ-12 \geq 15); di questi il 73,9% (N=465) erano di sesso femminile e il 26,1% (N=165) di sesso maschile.

Dei soggetti che sono stati direttamente esposti al terremoto (N=890), il 27,5% (N=245) ha ottenuto un punteggio al GHQ-12 maggiore di 15, indicativo appunto di una sofferenza post-traumatica di grado elevato, con valori medi (19,90 \pm 3,375), mentre i non esposti(N=299), hanno ottenuto valori medi al GHQ-12 superiori agli esposti (21,81 \pm 4,367), senza differenze statisticamente significative (figura 1).

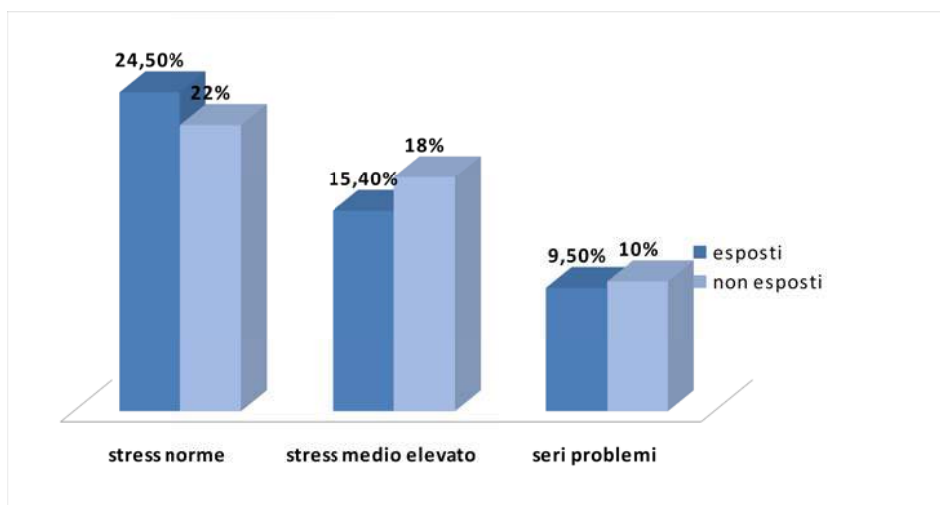


Fig. 1 Valutazione dello stress percepito (GHQ-12) negli esposti e nei non esposti.

Nella valutazione della sintomatologia post-traumatica, in termini di *iperarousal*, *evitamento* e *riesperienza*, gli esposti hanno ottenuto punteggi medi superiori ai non esposti nei tre cut-off, riportando differenze significative solo per la *riesperienza* ($p < 0.005$) (figura 2).

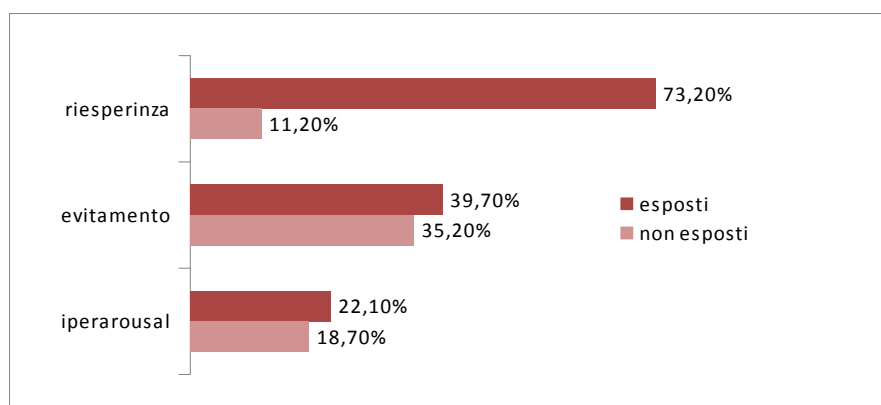


Fig. 2 Sintomatologia post-traumatica (IES-R) negli esposti e nei non esposti.

Si sono, inoltre, volute analizzare le strategie di coping adottate dai giovani sottoposti a screening e si è messo in evidenza che i “profili” che hanno ottenuto punteggi medi superiori a 4 al Brief COPE sono i seguenti: accettazione ($6,02 \pm 1,619$); pianificazione ($5,93 \pm 1,566$); e affrontare operativamente ($5,63 \pm 1,495$), senza differenze statisticamente significative rispetto all’esposizione (figura 3). Coloro che hanno vissuto i primi mesi del post-sisma in campo tenda, hanno attuato strategie di fronteggiamento come accettazione ($p = ,038$) ($2,29 \pm 0,806$ vs $2,11 \pm 0,315$) e religione ($p = ,037$) ($4,17 \pm 2,278$ vs $3,00 \pm 1,633$) con differenze statisticamente significative rispetto a chi ha vissuto da subito in casa o in albergo.

Valutazione a distanza di dodici mesi dal sisma

Al T1 sono stati ricontattati telefonicamente tutti i soggetti del T0, riscontrando che il 28% di loro si era trasferito in altra sede, il 10% non ha risposto al nostro invito, mentre il 62% degli utenti

(N=731), è tornato a visita, sottoponendosi nuovamente a colloquio clinico e valutazione standardizzata. Il 64,5% (N=471) della popolazione al follow-up aveva effettuato una terapia combinata, mentre il 35,5% (N=260) non aveva effettuato alcun trattamento.

Il 44% (N=114) dei soggetti non sottoposti ad alcun trattamento né farmacologico né psicoterapico avevano un livello di stress percepito di grado *elevato* (GHQ-12 \geq 15), tra questi il 20% (N=23) dei soggetti riportavano seri problemi legati allo stress. Tra i soggetti sottoposti a trattamento combinato (farmacologico e CBT), invece, il 37% (N=174) ha ottenuto un punteggio al GHQ-12 \geq 15, indicativo di un stress percepito di grado elevato, tra questi il 12,2% (N=21) dei soggetti riportavano seri problemi legati allo stress. Tra i due gruppi non si sono osservate differenze statisticamente significative.

Per quanto riguarda la sintomatologia post-traumatica in entrambi i gruppi sottoposti a follow-up si è riscontrata una riduzione dei valori medi nei tre cluster sintomatologici, con differenze significative tra il gruppo dei trattati rispetto ai non trattati nella dimensione dell'evitamento ($p < 0.005$).

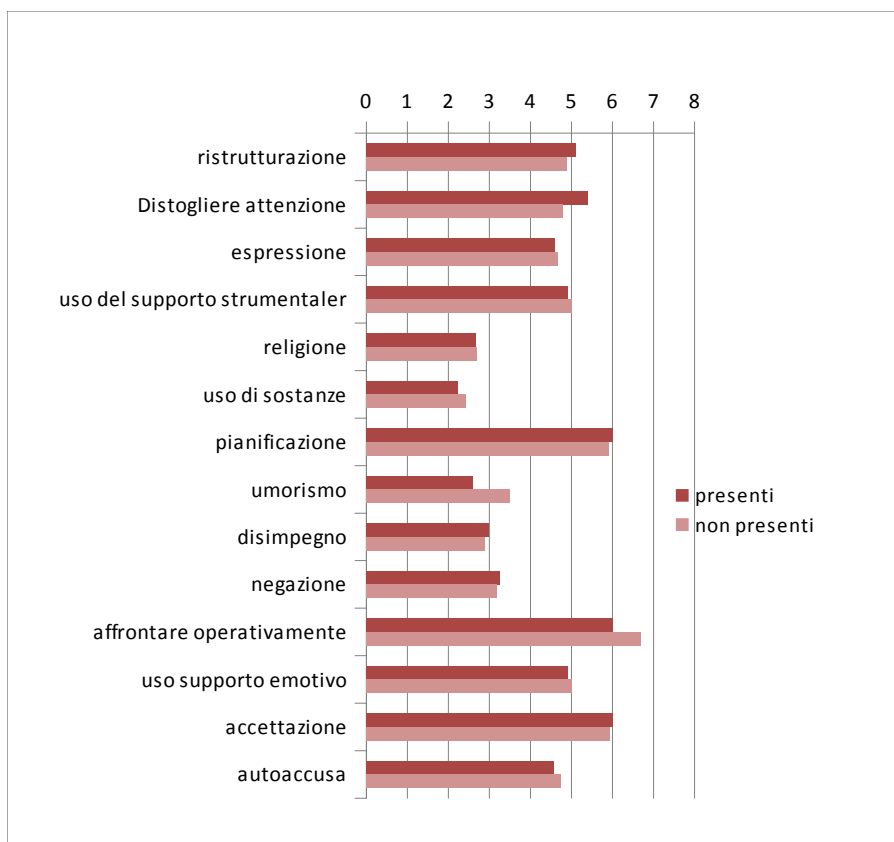


Figura 3. Strategie di coping adottate negli esposti e nei non esposti

Discussioni

I risultati ottenuti dal nostro studio mostrano come la maggior parte del campione, costituito da giovani utenti, abbia avuto una percezione soggettiva dello *stress* e della sofferenza post-traumatica molto elevata, riportando nel 21% dei casi seri problemi legati allo stress con compromissione del funzionamento, soprattutto nel sesso femminile. Infatti, in accordo con i dati della letteratura internazionale, le variabili correlate con elevati livelli di stress generalmente sono: genere femminile; bassa scolarità; e perdita della propria abitazione (Giannapoulou et al., 2006; Hsu et al., 2002).

Nel nostro studio abbiamo evidenziato, in accordo con la letteratura, come l'esposizione diretta ad un trauma sia predittore di PTSD; infatti, gli esposti rispetto ai non esposti hanno ottenuto un punteggio medio maggiore nei tre clusters sintomatologici relativi al PTSD, soprattutto rispetto alla

riesperienza (Olf et al., 2009). Per quanto riguarda la sofferenza post-traumatica, al contrario di quanto riportato in letteratura, ovvero che lo *stress post-traumatico* è più intenso negli esposti (Asarnow J et al., 1999), si è riscontrata una sofferenza post-traumatica maggiore nei non esposti rispetto agli esposti al sisma, con punteggi medi, valutati con il GHQ-12, nettamente superiori soprattutto per livelli di stress medio-elevati. Tale risultato, potrebbe essere giustificato dal fatto che tra i giovani, i fattori che risultano essere più determinanti per lo sviluppo di stress e PTSD dopo un trauma, sono verosimilmente il displacement, la perdita della rete sociale e di strutture di riferimento (Giannapoulou et al., 2006; Hzu et al., 2002).

Le strategie di *coping* adottate, indipendentemente dall'esposizione, sono state quelle maggiormente positive, come "accettazione", "pianificazione", "affrontare operativamente". Dato importante che è emerso dal nostro studio e che presenta un riscontro in letteratura, è l'utilizzo, per chi ha vissuto nelle tendopoli con un più basso tenore economico, di strategie di fronteggiamento quali la "religione" e "l'accettazione". Soggetti sopravvissuti a disastri naturali utilizzano come strategie di coping soprattutto le proprie risorse personali, il supporto della famiglia e degli amici e la pratica della propria religione (Hollifield M. et al., 2008).

A 12 mesi dal sisma nei soggetti che hanno effettuato un trattamento con terapia cognitivo-comportamentale (gestione dello stress, esposizione, terapia cognitiva) per il PTSD, hanno avuto notevolmente ridotto il livello di stress percepito soggettivamente, soprattutto nella percezione dello stress di grado elevato. Nello stesso gruppo, in accordo con dati di letteratura, si è riscontrata, inoltre, una notevole riduzione dell'intensità nei tre clusters sintomatologici post traumatici. Il dato rilevante è stato riscontrato nella dimensione dell'*evitamento* dove si è evidenziata una riduzione significativa dei punteggi medi al follow-up nel gruppo dei trattati rispetto ai non trattati, e come descritto in letteratura, ciò è ascrivibile all'attuazione di tecniche di esposizione e allo svolgimento di tali interventi in modalità di gruppo (Sooshtary et al., 2008).

Nel gruppo dei soggetti non sottoposti ad alcun trattamento, si è riscontrata una riduzione dello stress percepito di livello medio-alto: ciò è probabilmente ascrivibile alla differenza temporale delle valutazioni e alle capacità adattative intervenute, come le capacità di coping e di resilienza.

Un limite del nostro studio è la scelta del campione, essendo costituito da una popolazione selettiva e pertanto non rappresentativa dei sopravvissuti al disastro aquilano.

Conclusioni

Le conseguenze psicologiche dei terremoti possono essere gravi e di lunga durata, anche quando la magnitudo del terremoto è moderata. La presenza di fattori psicosociali, quali l'uso di strategie di coping attivo, la religione, l'ottimismo, l'emozioni positive, le relazioni sociali, il senso di propositività nella vita, e la capacità di adattarsi in risposta agli stress e agli eventi negativi che comunemente accadono durante la vita stessa, sono stati individuati come fattori protettivi, utili nella prevenzione di una psicopatologia post-traumatica nei giovani e nello sviluppo di un miglior adattamento psicosociale durante gli eventi stressanti (Stephoe A, 1991; Bal et al., 2003).

Inoltre, l'impiego di terapie cognitivo-comportamentali di gruppo possano ridurre i sintomi legati ad un PTSD, soprattutto per quanto riguarda le dimensioni della riesperienza e dell'avoidance, ed aumentare così la preparazione psicologica dei sopravvissuti e la resilienza emotiva in vista di futuri eventi stressanti.

Sulla base di tali evidenze risulta pertanto essenziale identificare nella popolazione generale coloro che presentano una sintomatologia post-traumatica, per poter seguire nel tempo l'evoluzione di tale sintomatologia verso l'individuazione precoce di un PTSD con la possibilità di intervenire dove le capacità di resilienza, per caratteristiche personali e legate all'evento, risultano poco efficaci per il superamento dello stress.

Bibliografia

- Asarnow, J., Glynn, S., Pynoos, R.S., Nahum, J., Guthrie, D., Cantwell, D.P., et al. (1999). *When the earth stops shaking: earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 38,1016–23.
- Bal, A., Jensen, B. (2007). Post-traumatic stress disorder symptom clusters in Turkish child and adolescent trauma survivors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 449–457.
- Bonanno, G.A., (2004). Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychol*, 59, 20-8.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S., Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry*, 156(3),360-6.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., (2000). Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. *Psychol Assess.*, 12(1),61-8.
- Giannopoulou, I., Strouthos, M., Smith, P., Dikaiakou, A., Galanopoulou, V., Yule, W. (2006). Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry*, 21,160-166.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol*, 66(3), 507-12.
- Hollifield, M., Hewage, C., Gunawardena, C.N., Kodituwakku, P., Bopagoda, K., Weerathnege, K., (2008). Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry*. Jan, 192(1), 39-44.
- Hsu, C.C., Chong, M.Y., Yang, P., Yen, C.F., (2002). Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*, 41, 875–81.
- Koopman, C., Classen, C., Spiegel, D., (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry*. Jun, 151(6), 888-94.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Luthar, S., Cecchetti, D., Becker, B., (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Trento: Erickson.
- Olf, M., Sijbrandij, M., Opmeer, B.C., Carlier, I.V., Gersons, B.P. (2009). The structure of acute posttraumatic stress symptoms: 'reexperiencing', 'active avoidance', 'dysphoria', and 'hyperarousal'. *J Anxiety Disord*. Jun, 23(5):656-9. Epub 2009 Feb 11.
- Shooshtary, M.H., Panaghi, L., Moghadam, J.A., (2008). Outcome of cognitive behavioral therapy in adolescents after natural disaster. *J Adolesc Health*, 42(5):466-72.
- Stephens, A., (1991). Invited review. The links between stress and illness. *J Psychosom Res.*;35(6):633-44.
- Yehuda, R., McFarlane, A.C., Shalev, A.Y., (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry*, 15;44(12):1305-13. Review.

LO STRESS NEGLI OPERATORI DEI CENTRI RIEDUCATIVI PER MINORI A RISCHIO

Mario Becciu, psicologo, psicoterapeuta, docente CRP e AIPRE

Anna Rita Colasanti, psicologa, psicoterapeuta; docente di Psicologia di comunità, Psicologia della salute, Psicologia preventiva, Università Pontificia Salesiana di Roma, AIPRE

becciu.colasanti@tin.it

Il presente intervento mira ad illustrare un'indagine condotta nel nostro paese con gli operatori di alcuni centri rieducativi per minori a rischio avente la duplice finalità di *individuare* i fattori che all'interno dei centri stessi sono percepiti come maggiormente stressanti per poter ipotizzare un intervento preventivo e *verificare* il ruolo agito da alcune risorse personali di coping (autoefficacia e propensione all'ottimismo) nella moderazione dei fattori stressanti.

L'indagine ha riguardato 90 soggetti (44M e 46 F) operanti in 13 centri per minori a rischio dislocati al nord, al centro e al sud.

La tabella sottostante descrive il campione per fasce di età.

Età	Totale	Maschi	Femmine
Sotto i 30	24	11	13
31-40	46	22	24
41-50	14	8	6
51-60	6	3	3

Allo scopo di rilevare le variabili oggetto di studio (stress percepito, autoefficacia e propensione all'ottimismo) sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- *WSRQ Professional 3.0 - Work Stress Risk Questionnaire Professional* (Ferrari Sinibaldi, 2010). Si tratta di uno strumento che permette di catalogare, riconoscere ed indicizzare le fonti di stress percepito in un qualsiasi ambiente organizzativo. Esso si compone di 60 *item* che consentono di rilevare la frequenza di 36 fattori di rischio stress lavoro-correlato aggregati in 5 gruppi (Comunicazione, Responsabilità/Ruolo, Relazioni, Ambiente e Ecologia Personale). Ogni *item* è costituito da un'affermazione a cui il soggetto deve fornire una risposta su una scala di frequenza che va da "mai" a "sempre". Gli *item* presentano situazioni tipiche della dimensione lavorativa che mirano a far emergere la percezione del lavoratore rispetto alla propria personale esperienza. Gli indici si collocano su una scala da 0 a 10, dove i punteggi superiori a 7 indicano che quel dato fattore ha un'elevata probabilità di costituire un fattore di rischio psicosociale.
- La *scala di autoefficacia generalizzata* di Wegner, Schwartz e Jerusalem (1995), tradotta da Sibilia (1995). La scala è costituita da 10 *item*, ognuno dei quali va a rilevare come la persona si percepisca in rapporto a determinate situazioni di difficoltà e quanto si senta capace di affrontare situazioni complesse.
- Il *LOT (Life Orientation Test-R)* di Scheier e Carver (2007) che consente di misurare fino a che punto una persona ha l'aspettativa generale di sperimentare eventi positivi. Esso consta di 10 *item*, di cui 3 espressi in forma positiva (per esempio: "Normalmente nei momenti di incertezza mi aspetto il meglio") e 3 in forma negativa (per esempio: "Se c'è una probabilità che qualcosa vada male, andrà male di sicuro"). Inoltre vi sono quattro *item* non pertinenti, inseriti nella scala per fuorviare gli intervistati dallo scopo per cui viene utilizzata. I soggetti rispondono a ciascun *item* indicando la misura del loro accordo su una scala a 5 punti.

Oltre ai tre strumenti appena descritti è stata impiegata una scheda con risposte aperte indirizzata a rilevare i fattori vissuti soggettivamente come più stressanti all'interno del proprio contesto

lavorativo e le soluzioni prospettate come auspicabili per la prevenzione e il contenimento di situazioni di aggravio.

Le ipotesi che si intendevano verificare erano le seguenti:

Hp.1 *La percezione dello stress da parte degli operatori è medio alta, particolarmente in riferimento alle aree Responsabilità-Ruolo ed Ecologia Personale*

Tale ipotesi scaturiva dall'analisi dei dati raccolti attraverso gruppi focus - condotti precedentemente all'indagine con gli operatori dei centri – dalla quale emergevano come problematici aspetti riconducibili alle suddette aree indagate dal *WSRQ Professional 3.0*.

Hp. 2 *Esiste una correlazione negativa tra stress percepito e propensione all'ottimismo*

Tale ipotesi trova fondamento nel lavoro di ricerca di Scheier e Carver (1987) dal quale emerge che le persone che raggiungono elevati punteggi nella scala dell'ottimismo, rispetto a quelle con punteggi più bassi, soffrono di una minore quantità di sintomi d'ansia in seguito ad esperienze esistenziali stressanti. Secondo gli autori citati, la maggiore resistenza allo stress degli ottimisti è mediata dalle differenze nelle strategie di coping. L'ottimismo sembra essere associato con un maggiore uso del coping focalizzato sul problema, della ricerca di sostegno sociale e dell'enfasi sugli aspetti positivi dell'evento stressante. Viceversa, il pessimismo sembra essere associato con la denegazione, il prendere le distanze e il concentrarsi sull'obiettivo con cui l'agente stressante interferisce.

Hp. 3 *Esiste una correlazione negativa tra stress percepito e senso di autoefficacia*

Tale ipotesi è suffragata da diverse ricerche (Jerusalem-Schwarzer, 1992; Jerusalem-Mittag, 1997) condotte allo scopo di verificare il ruolo ricoperto dal senso di autoefficacia nel fronteggiamento di eventi stressanti e nella percezione stessa dello stress. In particolare, i risultati emersi da tali studi permettono di concludere che una convinzione generalizzata della propria efficacia costituisce una risorsa che protegge da esperienze che generano distress. Infatti, le persone dotate di un elevato senso di autoefficacia tendono ad interpretare i problemi che si presentano più come sfide che come minacce, si sentono stimolate positivamente dall'attivazione fisiologica, hanno uno stile esplicativo ottimista. Al contrario, gli individui dotati di scarsa autoefficacia tendono a preoccuparsi, hanno deboli aspettative di competenza, interpretano l'attivazione fisiologica come indice di ansia, si sentono personalmente responsabili più degli insuccessi che dei successi.

Hp. 4 *Esiste una correlazione positiva tra propensione all'ottimismo e senso di autoefficacia.*

Secondo la teoria sociocognitiva, le aspettative rivestono un ruolo molto importante sul comportamento, sugli obiettivi da raggiungere e in generale sul funzionamento umano (Bandura, 1986). Esistono due tipi di aspettative: di *autoefficacia* concernenti l'abilità percepita di poter conseguire gli esiti desiderati; di *risultato*, riguardanti la possibilità di conseguire effettivamente l'obiettivo auspicato. D'altra parte, l'ottimismo è descritto da Scheier e Carver (1987) come la tendenza generalizzata ad aspettarsi risultati positivi anche in presenza di ostacoli. Pertanto è ragionevole ipotizzare una correlazione positiva tra le due variabili.

I risultati emersi dall'indagine effettuata possono essere così riassunti:

- non emergono punteggi elevati in riferimento allo stress percepito nelle cinque aree globalmente considerate (Comunicazione 4,4 – Responsabilità/Ruolo 5,0 -Relazioni 3,2 - Ambiente 3,3 - Ecologia Personale 4,4);
- si evidenzia tuttavia un'elevazione dei punteggi in riferimento a due sub scale Lavoro /Vita privata (7,06) e Gestione delle risorse (7,19) appartenenti rispettivamente alle aree Ecologia personale Responsabilità-Ruolo;
- i punteggi relativi all'autoefficacia e all'ottimismo sono medio alti (2,9);

non si registrano differenze significative tra maschi e femmine.

Inoltre, come mostra la tabella seguente son emerse alcune correlazioni significative:

Correlaciones

		Autoefficacia	Lot	Com	Relazione	Responsabilità/ruolo	Ambiente	Ecologia Personale
Autoefficacia	Correlación de Pearson	1	,573**	-,287**	-,164	-,167	-,186	-,317**
	Sig. (bilateral)		,000	,006	,123	,117	,080	,002
	N	90	90	90	90	90	90	90
Lot	Correlación de Pearson	,573**	1	-,108	-,045	-,221*	-,237*	-,341**
	Sig. (bilateral)	,000		,313	,673	,037	,024	,001
	N	90	90	90	90	90	90	90
Com	Correlación de Pearson	-,287**	-,108	1	,543**	,596**	,394**	,579**
	Sig. (bilateral)	,006	,313		,000	,000	,000	,000
	N	90	90	90	90	90	90	90
Relazione	Correlación de Pearson	-,164	-,045	,543**	1	,680**	,486**	,596**
	Sig. (bilateral)	,123	,673	,000		,000	,000	,000
	N	90	90	90	90	90	90	90
Responsabilità/ruolo	Correlación de Pearson	-,167	-,221*	,596**	,680**	1	,552**	,608**
	Sig. (bilateral)	,117	,037	,000	,000		,000	,000
	N	90	90	90	90	90	90	90
Ambiente	Correlación de Pearson	-,186	-,237*	,394**	,486**	,552**	1	,685**
	Sig. (bilateral)	,080	,024	,000	,000	,000		,000
	N	90	90	90	90	90	90	90
Ecologia Personale	Correlación de Pearson	-,317**	-,341**	,579**	,596**	,608**	,685**	1
	Sig. (bilateral)	,002	,001	,000	,000	,000	,000	
	N	90	90	90	90	90	90	90

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Specificamente, si evidenziano:

- una correlazione positiva tra autoefficacia e LOT (Correlazione di Pearson .573; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione negativa tra autoefficacia e stress percepito nell'area Ecologia Personale (Correlazione di Pearson -.317; Sig. bilaterale .002)
- una correlazione negativa tra autoefficacia e stress percepito nell'area Comunicazione (Correlazione di Pearson -.287; Sig. bilaterale .006)
- una correlazione negativa tra LOT e stress percepito nell'area Ecologia Personale (Correlazione di Pearson -.341; Sig. bilaterale .001)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Comunicazione e stress percepito nell'area Relazioni (Correlazione di Pearson .543; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Comunicazione e stress percepito nell'area Responsabilità Ruolo (Correlazione di Pearson .596; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Comunicazione e stress percepito nell'area Ambiente (Correlazione di Pearson .394; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Comunicazione e stress percepito nell'area Ecologia personale (Correlazione di Pearson .579; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Relazione e stress percepito nell'area Responsabilità Ruolo (Correlazione di Pearson .680; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Relazione e stress percepito nell'area Ambiente (Correlazione di Pearson .486; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Relazione e stress percepito nell'area Ecologia personale (Correlazione di Pearson .596; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Responsabilità Ruolo e stress percepito nell'area Ambiente (Correlazione di Pearson .552; Sig. bilaterale .000)
- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Responsabilità Ruolo e stress

percepito nell'area Ecologia Personale (Correlazione di Pearson .608; Sig. bilaterale .000)

- una correlazione positiva tra stress percepito nell'area Ambiente e stress percepito nell'area Ecologia personale (Correlazione di Pearson .685; Sig. bilaterale .000)

L'analisi delle risposte alle domande aperte (Vuoi indicare i fattori che nel lavoro costituiscono per te maggior fonte di stress? Cosa ti aiuterebbe a gestire meglio tali fattori? Vuoi indicare la situazione più stressante riferita alla tua attività lavorativa che hai vissuto negli ultimi sei mesi?) ha permesso di individuare quanto segue: i fattori percepiti come maggiore fonte di stress sono da ricondurre a variabili *organizzative* (emergenza continua, scarsità di personale, precarietà, scarsità di risorse, disorganizzazione, scarsa programmazione, confusione di ruoli, inadeguata gestione delle informazioni, turni notturni e festivi, strumentazioni non funzionanti, ecc) al *tipo di utenza* (ragazzi multiproblematici, problemi di comportamento, mancata osservanza di norme minime, esperienze limite – tentativi di suicidio- ecc.) a *problemi di tipo personale e relazionale* (fatica fisica, distanza abitativa, mancanza di autonomia, difficoltà relazionali con colleghi, incapacità a gestire situazioni difficili).

Conseguentemente, i fattori che sono percepiti come capaci di limitare situazioni di aggravio e di stress suggeriscono cambiamenti proprio in riferimento alle suddette variabili, ad eccezione del tipo di utenza che evidentemente è quella rispetto alla quale si hanno minor margini di modificabilità.

In riferimento all'organizzazione sono indicati come elementi facilitanti: un maggior potere decisionale in equipe, la chiarezza dei ruoli, una migliore programmazione, un aumento di supervisione, una stabilità contrattuale; a livello personale: l'opportunità di crescita professionale, un maggior riconoscimento, un'accresciuta competenza emozionale, il prendersi cura di sé, la possibilità di abitare più vicino; infine, a livello relazionale: una maggior collaborazione tra colleghi, maggiori spazi di dialogo, il lavoro di squadra.

Volendo sintetizzare quanto sin ora emerso si può osservare che:

- nel gruppo esaminato, pur essendo oggettivamente presenti situazioni di stress percepito, non si registrano elevati rischi di stress psicosociale legati al lavoro ad eccezione dei sotto-fattori gestione risorse e lavoro vita-privata;
- è presente un soddisfacente livello di autoefficacia e una generale propensione all'ottimismo che sembrano fungere da moderatori soprattutto per quanto concerne lo stress relativo all'area dell'Ecologia personale.

Relativamente alle ipotesi formulate, l'ipotesi Hp.1 *La percezione dello stress da parte degli operatori è medio alta, particolarmente in riferimento alle aree Responsabilità-Ruolo ed Ecologia Personale* è solo parzialmente confermata: il livello generale di stress percepito è infatti medio basso; tuttavia, due sottoscale riguardanti le aree presunte come maggiormente a rischio di stress sono risultate significativamente elevate. Le ipotesi Hp. 2 *Esiste una correlazione negativa tra stress percepito e propensione all'ottimismo* e Hp. 3 *Esiste una correlazione negativa tra stress percepito e senso di autoefficacia* sono confermate la prima solo relativamente all'area Ecologia Personale, la seconda anche relativamente all'area Comunicazione. L'ipotesi Hp. 4 *Esiste una correlazione positiva tra propensione all'ottimismo e senso di autoefficacia* è confermata.

Naturalmente, considerata l'esiguità del campione esaminato i risultati ottenuti sono da relativizzare e da assumere in senso puramente orientativo.

Bibliografia

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey, Prentice-Hall.
- Chan, D. W. (2002). Stress, self-efficacy, social support, and psychological distress among prospective Chinese teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 22 (5), 557-569.
- Ferrari, G (a cura di). (2010). *Manuale di Valutazione dello stress e dei rischi psicosociali*. Milano, Ed Ferrari Sinibaldi.
- Jerusalem, M.- Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes* in R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.
- Jerusalem, M. & Mittag, W. (1997). *L'autoefficacia nelle transizioni esistenziali stressanti*. In Bandura A. (a cura di) *Il senso di autoefficacia*, Trento, Erickson, 209-238
- Scheier, M. F.- Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimism and Pessimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2007). *LOT-R (Life Orientation Test-Revised)*, University of Miami, Department of Psychology.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self-Efficacy scale*. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Sibilia, L., Schwarzer, R., Jerusalem, M., "Italian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale: *Self-Efficacy Generalizzata*", 1995, Retrieved December 10th, 2005, from <http://userpage.fu-berlin.de>

IL BURNOUT DEI SACERDOTI DEL BURKINA-FASO: UN'ANALISI PSICOSOCIALE

Prosper Bonaventure Ky, psicologo
kybienko@yahoo.fr

“Il *burnout* definisce una vera patologia sociale e informa dei pericoli che aspettano il mondo del lavoro” (Truchot, 2004, p.32). È una forma inesperta di stress cronico, che si traduce in una sensazione di esaurimento emotivo (sensazione di stanchezza, di esaurimento, di svuotamento di sé), di depersonalizzazione (avversione profonda verso il lavoro, avversione alle relazioni con gli altri) e di mancanza di realizzazione personale (perdita di fiducia in sé, sensazione di incompetenza, sensazione di inefficienza personale). Inizialmente scoperto nell'ambiente degli assistenti sociali (Freudenberger, 1974, Maslach, 1976; Maslach & Jackson 1981), il *burnout* è oggi studiato in varie professioni (Westman & Etzion, 1995; Ronco *et al.*, 1996; Kulik & Rayyan, 2003; Creswell & Eklund 2004), ed il presbiterato non fa eccezione (Francis *et al.*, 2004a; 2004b; Hills *et al.*, 2004; Francis *et al.*; 2007a; 2007b).

Di per sé lo statuto sociale e la natura del ministero dei sacerdoti potrebbero portare a respingere la possibilità che essi sperimentino il *burnout*. Tuttavia la somiglianza delle loro attività con quelle degli assistenti sociali, presso i quali il *burnout* è stato scoperto per la prima volta, non avvalora tale parere. Più che nel caso degli assistenti sociali, il carattere vocazionale del ministero dei sacerdoti li rende più suscettibili a sperimentare il *burnout*. Infatti, da un lato, il carattere altruistico del ministero potrebbe favorire l'esaurimento dei sacerdoti, con la forte implicazione emotiva presso le persone di cui sono responsabili; d'altra parte, questo carattere vocazionale dà al ministero un senso esistenziale per il sacerdote. Quindi il suo fallimento ministeriale favorirebbe il *burnout* (Pines, 1993; Pines *et al.*, 1982).

L'obiettivo del presente studio è di comprendere l'entità del *burnout*, di conoscere i fattori che influiscono sulla sua manifestazione, nonché i fattori che influiscono sulla manifestazione dell'impegno nel clero del Burkina Fasso. Un modello, che permette di osservare allo stesso tempo il *burnout* e l'impegno, è il modello “esigenze-risorse” (Demerouti *et al.*, 2001).

Secondo questo modello, le esigenze professionali corrispondono a fattori che hanno un costo fisiologico e/o psicologico a causa dello sforzo fisico e/o psicologico continuo che richiedono. In compenso le risorse rappresentano i fattori che sono funzionali a raggiungere gli scopi legati al lavoro, a ridurre le esigenze e a stimolare lo sviluppo personale.

Il modello comporta due tipi di ipotesi. Da un lato, l'ipotesi dell'effetto diretto prevede che le esigenze siano associate ad un aumento dell'esaurimento emotivo e le risorse ad un aumento dell'impegno. Il *burnout* si manifesta più facilmente nelle situazioni di lavoro caratterizzate da esigenze elevate associate a deboli risorse (Demerouti *et al.*, 2001). Dall'altro lato, l'ipotesi tappone prevede che le risorse elevate possano moderare gli effetti negativi che le esigenze elevate possono avere sulla salute (Bakker & Demerouti, 2007).

Lo studio presente è stato compiuto su un doppio campione di sacerdoti del Burkina-Faso ($n = 124$ e $n = 126$). L'età media del primo campione è di 40.08 (SD = 9.91), del secondo campione è di 40.2 (SD = 9.75). È stata utilizzata una batteria di 17 strumenti e tutti hanno mostrato un buon livello di coefficiente di coesione interna.

Dopo avere osservato che la scala di *burnout* ha una buona validità tanto interna quanto esterna, abbiamo proceduto all'analisi del livello del *burnout* e dell'impegno nel clero del Burkina. Il *t* di *student* mostra che i due campioni di sacerdoti del Burkina hanno lo stesso livello d'esaurimento emotivo e di soddisfazione. In compenso, questi livelli sono superiori a quelli dei pastori dell'Inghilterra, dell'Australia e della Nuova Zelanda ($p < .0001$). Rispetto all'impegno, un confronto dei punteggi del nostro campione di studio con i terminali della UWES (Schaufeli *et al.*, 2002) permette di affermare che i sacerdoti del Burkina hanno un vigore ed un assorbimento medio nell'esercizio del loro ministero. In compenso hanno una dedizione elevata.

Rispetto alle variabili che influiscono sulla manifestazione del *burnout*, i fattori di personalità (variabili socio demografiche, fattori di personalità stabili, fattori di personalità appresi) hanno mostrato una scarsa associazione col *burnout*. Risulta soltanto che un livello di istruzione elevato presso i sacerdoti offre loro una forte sensazione di auto-efficacia. Essi provano meno stress e si sentono più soddisfatti nel loro ministero. Invece nessuno dei due campioni ha mostrato una relazione tra l'età ed il *burnout*. Questo deriva, probabilmente, dalla poca divergenza di età nei campioni adottati. Ciò induce, dunque, a pensare che l'influenza dell'età sul *burnout*, in un dato campione, si manifesta soltanto quando le differenze di età sono grandi.

A livello dei fattori di personalità stabili e dei fattori di personalità appresi, solo il carattere coscienzioso e l'auto-efficacia sono associati ad un aumento della soddisfazione. Tuttavia queste variabili non influiscono sull'esaurimento emotivo dei sacerdoti. I risultati non confermano neppure l'associazione dell'energia e dello psicotismo con l'esaurimento, né l'associazione dell'estroversione con la soddisfazione, come lo suggeriscono alcuni studi (Francis *et al.*, 2004b; Hills *et al.*, 2004, Francis *et al.* 2007a). Il perché della debole influenza dei fattori di personalità sulla manifestazione del *burnout* nei sacerdoti del Burkina Faso permette semplicemente di affermare che la questione della causa del *burnout* dei sacerdoti è da analizzare più a livello organizzativo che a livello personale. Quindi vi è la necessità di tenere conto delle ipotesi del modello E-R.

A livello delle esigenze, i risultati confermano il fatto che le esigenze sono associate ad un aumento dell'esaurimento emotivo e ad un ribasso della soddisfazione e/o dell'impegno. Dal punto di vista del clima organizzativo, le esigenze, che influiscono sulla manifestazione del *burnout*, sono associate ad una *leadership* paternalistico-autoritaria. Tuttavia le esigenze relazionali fanno eccezione a questa norma generale. Infatti, contrariamente alle altre esigenze, esse sono associate ad un aumento della soddisfazione. Rappresentano, dunque, esigenze specifiche per i sacerdoti. In altri termini ciò significa che, iniziando il ministero, i candidati al sacerdozio si aspettano di avere questo tipo di stressori. Quando poi essi si presentano nel corso del ministero, vengono percepiti come segni di un buon esercizio del ministero. Allora producono l'effetto inverso degli altri stressori. A livello delle risorse, risulta che, contrariamente alle esigenze, esse sono associate ad un ribasso dell'esaurimento e ad un aumento della soddisfazione e dell'impegno.

Infine per la seconda ipotesi del modello E-R, i risultati permettono di affermare che i sacerdoti che hanno una buona spiritualità, provano meno esaurimento emotivo in presenza di esigenze cognitive. Parimenti, i sacerdoti che hanno una buona stima di sé sono più soddisfatti dei loro colleghi in presenza di ambiguità di ruolo. Sono più assorbiti che in presenza di esigenze di disponibilità. Infine hanno più vigore in presenza di esigenze cognitive. Si può affermare anche che i sacerdoti che hanno un buon sostegno ecclesiale, manifestano più vigore e più dedizione dei loro colleghi in presenza di conflitto di ruolo. Parimenti si può affermare che i sacerdoti che danno del sostegno, manifestano più dedizione in presenza di esigenze cognitive. Infine, in presenza di esigenze relazionali, i sacerdoti che hanno un buon sostegno dei laici e/o un buon sentimento d'equità, provano più soddisfazione dei loro confratelli.

Il carattere trasversale di questo studio non permette di affermare rigorosamente un legame di causa ed effetto tra i fattori e il *burnout*. Occorre, dunque, prudenza nell'interpretazione dei risultati. Inoltre il numero limitato del campione rende i risultati applicabili soltanto ai sacerdoti del Burkina, ma non estensibili a tutti i sacerdoti africani, e ancora meno a tutti i sacerdoti cattolici. Questo ci induce a formulare il desiderio di un prossimo studio longitudinale, per potere seguire l'evoluzione della sindrome nel corso del tempo presso i sacerdoti.

Il *burnout* è un fenomeno dinamico. Può essere comparato ad un fuoco che consuma le sue vittime e le devasta sia dall'interno che dall'esterno. Tuttavia questo non è un esito obbligatorio: il *burnout* può aggravarsi, ma può anche essere ridotto. O meglio, può anche essere un'occasione per una evoluzione positiva del sacerdote.

Bibliografia

- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Cresswell, S. L. & Eklund, R. C. (2004). The athlete burnout syndrome: Possible early signs. *Journal of science and medicine in sport*, 7(4), 481-487.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., De Jonge, J., Janssen, P. P. M. & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 27(4), 279-286.
- Francis, L. J., Kaldor, P., Shevlin, M. & Lewis, C. A. (2004a). Assessing-emotional exhaustion among the Australian clergy: Internal reliability and construct validity of the scale of emotional exhaustion in ministry (SEEM). *Review of Religious Research*, 45(3), 269-277.
- Francis, L. J., Loudon, S. H., Rutledge, C. F. J. (2004b). Burnout among Roman Catholic parochial clergy in England and Wales: Myth or reality? *Review of Religious Research*, 46, 5-19.
- Francis, L. J., Robbins, M., Kaldor, P. & Castle, K. (2007a). Psychological type and work-related psychological health among clergy in Australia. *England and New Zealand* (non publié).
- Francis, L. J., Turton, D. W., Loudon, S. H. (2007b). Dogs, cats and Catholic parochial clergy in England and Wales : exploring the relationship between companion animals and work-related psychological health. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(1), 47-60.
- Freudenberger, H. J. (1974), *Staff burnout*. *Journal of Social Issues*, 30(1) 159-165.
- Hills, P., Francis, L. J., Rutledge, C. J. F. (2004). The factor structure of measure of burnout specific to clergy, and its trial application with respect to some individual personal differences. *Review of religious Research*, 46(1), 27-42.
- Kulik, L., Rayyan, F. (2003). Spousal relation and well-being: A comparative analysis of Jewish and Arab dual-earner families in Israel. *Journal of Community Psychology*, 31(1), 57-73.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
- Pines, A. M., Aronson, E., Kafry, D. (1982). *Le burnout : comment ne pas se vider dans la vie et au travail*, Montréal, Le Jour ; trad. fr. P. Bouyoucas de Burnout : From tedium to personal growth, New York, Free Press, 1981.
- Pines, A. M. (1993). *Burnout: An existential perspective*, in Schaufeli W. B. - C. Maslach & T. Marek (éd.), Professional burnout: Recent developments in theory and research, Washington DC, Taylor and Francis, p. 33-51.
- Ronco, A., Leo, M., Fizzotti, E. (1996). La casalinga "bruciata": Una ricerca sul burnout delle casalinghe. *Orientamenti Pedagogici*, 43, 355-377.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Truchot, D. (2004). *Epuisement professionnel et burnout: Concepts, modèles, interventions*. Paris, Dunod.
- Westman, M., Etzion, D. (1995). Cross-over of stress, strain and resources from on spouse to another. *Journal of Organizational Behaviour*, 16, 169-181.

MODELLI TEORICI DELLO STRESS LAVORATIVO E STRUMENTI

Ariannna Armellini, psicologa, Roma.
armellini_arianna@yahoo.it

I modelli teorici che si sono occupati dello stress in ambito lavorativo sono molteplici, in questo contributo si intende analizzare le variabili di riferimento dei seguenti modelli: a) domanda-controllo di Karasek; b) dinamica dello stress sul lavoro di Cooper; c) transazionale di Cox e Mackay, d) persona-ambiente di French Van Harrison e Caplan. Allo stesso modo sono diversi gli strumenti di valutazione, pertanto, è stata eseguita una selezione quanto più coerente con i modelli proposti, quindi saranno definiti gli ambiti di valutazione dei seguenti strumenti: *Job Content* di Karasek, *Occupational Stress Indicator* di Cooper, *Occupational Checkup System* di Maslach e Letier, Questionario Multidimensionale di Avallone e Paplomatas, *Organizational Questionnaire 10* di D'Amato e Majer.

Karasek sviluppa il modello da lui stesso definito “domanda-controllo”, al fine di proporre uno studio in grado di prevedere ed esaminare le possibili conseguenze dello stress organizzativo sia a livello comportamentale sia a livello psicofisico (Favretto, 1994). Teorizza un modello volto alla progettazione, *job design*, di compiti lavorativi che favoriscono un basso sviluppo di *strain* e quindi di stress. Egli sostiene che la soddisfazione sul lavoro dipenda dall'autonomia decisionale e che lo stress abbia origine dalla valutazione di eccessivi carichi di lavoro. Sviluppa il suo modello sullo stress organizzativo in conformità a due dimensioni lavorative: domanda e controllo. Queste, sono considerate variabili indipendenti, poste su assi ortogonali danno luogo a quattro tipologie di esperienze psicosociali di lavoro: lavori ad alto *strain*, lavori attivi, lavori a basso *strain* e lavori passivi.

Il *Job Content* è il questionario realizzato dallo stesso Karasek attraverso il quale intende rilevare la relazione scientifica e proporzionale tra la domanda lavorativa e l'autonomia decisionale. Tale strumento si fonda sul principio sopraesposto dall'autore nel suo modello. Il *Job Content* è stato presentato in tre edizioni in Italia, l'ultima costa di 49 items. Sarà proposta una tabella che indica le dimensioni oggetto di valutazione del questionario, il numero i items relativi alla dimensione ed alcuni item esplicativi:

JCQ	Job demand “physical demand”	5 items
1.	Il mio lavoro richiede intenso sforzo fisico	(Q 21)
2.	Sul lavoro devo spesso spostare o sollevare carichi molto pesanti	(Q24)
JCQ	Job demand “psychological demand”	9 items
1.	Durante il lavoro sono sottoposto a richieste tra loro contrastanti	(Q26)
2.	Il dover aspettare il lavoro svolto da altre persone o da altri reparti spesso rallenta la mia attività	(Q 32)
JCQ	Decision latitude “skill discretion”	6 items
1.	Il mio lavoro prevede di ripetere parecchie volte le stesse operazioni	(Q4)
2.	Il mio lavoro richiede un elevato livello di competenza	(Q7)
JCQ	Decision latitude “decision authority”	3 items
1.	Il mio lavoro mi permette di prendere molte decisioni in autonomia	(Q6)
JCQ	“decision latitude group”	2 items
1.	Il mio gruppo di lavoro prende decisioni in modo democratico	(Q 13 b)
JCQ	“decision latitude formal”	2 items
1.	Uno dei miei compiti è quello di supervisionare il lavoro svolto da altre persone	(Q 15)

Il modello di Cooper (cit. in Cox-Griffiths-Rial Gonzalez, 2000) rappresenta una risposta efficace alle esigenze psicosociali, in temi di stress sul lavoro, che dagli anni quaranta avevano interessato molti studiosi di psicologia del lavoro. Infatti, convalidata la tesi per cui vi sono una fatica oggettiva e una fatica soggettiva, Cooper struttura un modello in cui definisce:

- le fonti di stress sul lavoro: intrinseche al lavoro, relative all'organizzazione, allo sviluppo di carriera e alle relazioni sociali in ambito lavorativo;
- le caratteristiche di personalità in risposta allo stress

Attraverso questi due nuclei cardine, l'autore sviluppa il suo modello, dalla sintesi dei diversi contributi presenti in letteratura, e propone una metodologia di valutazione dello stress lavorativo alla luce delle analisi da lui eseguite. L'*Occupational Stress Indicator* è stato costruito sulla base del principio secondo il quale le fonti di stress interessano e colpiscono l'individuo, il quale gestirà la situazione di alta o bassa pressione, di disagio lavorativo fisico e/o sociale, attraverso i propri tratti di personalità e diverse strategie di risposta. L'autore, infatti, concepisce lo stress lavoro correlato come qualità percepita negativamente, a scapito di un *coping* inadeguato alle fonti di stress con conseguenze negative per la salute psicofisica. L'analisi del questionario verterà propriamente sulle strategie di gestione dello stress e sui tratti di personalità, i quali stabiliranno, a loro volta, la misura in cui gli effetti psichici e somatici dello stress si manifesteranno in un "*disease stress*" (Cooper, 1998). Lo strumento si articola in 7 parti: una parte biografica e sei sezioni raggruppate in un unico questionario atto a misurare: a) fonti di stress; b) caratteristiche dell'individuo; c) strategie di coping; d) effetti dello stress a livello individuale e organizzativo. È composto da 167 item e richiede 1-2 ore per la somministrazione.

Il modello transazionale di Cox e Mackay mette in evidenza il ruolo individuale nell'ambito della valutazione degli stimoli stressogeni, ed intende spiegare le diverse risposte a fronte di uno stesso stimolo. Cox esplicita la necessità di fare riferimento a: domanda percepita e capacità percepita e non a domanda e capacità. In questo modo, egli vuole mettere in luce la funzione della valutazione cognitiva per l'individuo. Elemento determinante in questo modello è la valutazione cognitiva che l'individuo effettua in relazione alla proprie capacità percepite ed alle domande percepite. Tale valutazione genera lo stress da sbilanciamento il quale fa nascere esperienze emozionali e risposte da stress. Quest' ultime determinano risposte sia psicologiche sia fisiologiche le quali si configurano in relazione alla valutazione cognitiva se in riferimento a difese cognitive, al contrario, in relazione alle domande realmente effettuate all'individuo se esplicitate in risposte comportamentali. Pertanto lo stress è un fenomeno percettivo individuale, il quale propone un'attenzione specifica alle componenti di *feedback* del sistema.

Il modello persona-ambiente di French, Van Harrison e Caplan si fonda sul concetto dell'adattamento persona-ambiente. Infatti, alla base di questo modello vi è la comprensione dello stress a partire dalle abilità, dalle motivazioni, dalle aspettative e dalle rappresentazioni sociali della persona in relazione alle variabili connesse a fattori ambientali e lavorativi.

L'elemento distintivo di questo modello è nell'attenzione posta nella valutazione, innanzitutto da un punto di vista oggettivo sia per quanto riguarda la persona sia l'ambiente, ed in un secondo momento sulla misurazione della percezione individuale sia di sé sia dell'ambiente. In questa prospettiva il fenomeno dello stress non si esaurisce esclusivamente nella dimensione psicologica soggettiva bensì nel rapporto tra l'elemento soggettivo e quello oggettivo. Il modello persona-ambiente in relazione al contesto organizzativo identifica due criteri attraverso i quali analizzare la condizione psicosociale del lavoratore: abilità-domanda e bisogni-risorse, dai quali ne derivano quattro parametri: richieste dell'organizzazione e caratteristiche individuali; e valutazione soggettiva delle richieste ambientali e caratteristiche soggettive della persona.

Il modello persona-ambiente mette in luce come dalla correlazione di questi parametri si generano tipologie di relazioni, tra queste la più importante è il *coping* il quale definisce l'interrelazione tra abilità e risposta.

L'Organizational Checkup System di Maslach e Letier è uno strumento utilizzato principalmente per l'analisi del *burnout* nell'ambito organizzativo. Presupposto dal quale si parte è la considerazione per cui il *burnout* non nasce esclusivamente per predisposizione individuale, bensì l'ambiente sociale in cui le persone lavorano ha un fortissimo ascendente. L'analisi verte su una sindrome multidimensionale, lungo un continuum, che rappresenta come caratteristiche del polo negativo: lo stress individuale, l'esaurimento, la disaffezione negativa, la reazione negativa agli altri

e al lavoro, l'inefficacia personale, la valutazione negativa di sé; al contrario il polo positivo rappresenta l'energia, il coinvolgimento e l'efficacia personale (Nardella-Deitinger-Aiello, 2007).

Il questionario multidimensionale della salute organizzativa di Avallone e Paplomatas si propone di analizzare quell'insieme di processi e di pratiche organizzative che incidono sul benessere della comunità lavorativa. Il principio da cui lo strumento parte, è la concezione di rischio, connessa al tipo di convivenza che si realizza nell'organizzazione. Pertanto l'attenzione è rivolta all'organizzazione stessa: ai suoi processi ed alle sue relazioni. Il questionario è orientato principalmente all'analisi della salute organizzativa, per tale costruito, infatti, sono state individuate quattordici scale di valutazione, mentre per la salute degli individui troviamo una sola scala che fa riferimento ai disturbi psicosomatici. Sono presenti altri indicatori che riscontano conseguenze, sia positive sia negative, sul rapporto tra l'individuo e l'organizzazione, tra queste possiamo indicarne alcune: la soddisfazione, impiego di nuove energie per l'organizzazione, fiducia nel cambiamento, fiducia nelle capacità di gestione della dirigenza. Per quanto riguarda le dimensioni che fanno riferimento alla salute organizzativa, è possibile citarne alcune tra cui: il comfort dell'ambiente di lavoro, la chiarezza degli obiettivi, la valorizzazione delle competenze, la disponibilità delle informazioni, la gestione delle conflittualità e l'equità organizzativa (Avallone-Paplomatas, 2005).

L'Organizational Questionnaire 10 di D'Amato e Majer è uno strumento che intende analizzare il clima organizzativo, inteso nella sua relazione tra clima organizzativo e benessere psicologico e tra clima organizzativo e soddisfazione lavorativa. Il questionario consta di dieci fattori indipendenti che hanno la funzione di rappresentare l'organizzazione attraverso la descrizione diretta degli individui appartenenti al contesto organizzativo. Tale metodologia consente l'acquisizione di informazioni in modo diretto anziché mediato dalla realtà che si intende esplorare. Gli item intendono indagare le misure percettive e le misure, che descrivono la realtà, le pratiche e le procedure organizzative e non gli aspetti della struttura organizzativa oppure appartenenti alla mansione (D'Amato-Majer, 2004). Lo strumento consta di 70 item ed il tempo di somministrazione è di circa 1 ora.

Bibliografia

- Avallone, F., Paplomatas, A., (2005). *Salute organizzativa: psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cooper, C. L., (a cura di). (1975). *Theories of group process*. John Willy & Sons, London.
- Cooper, C. L., Sloan, S. J., Williams, S., (1998). *Occupational stress indicator management guide*. Nfer – Nelson.
- Cooper, C. L., Sloan, S. J., Williams, S., (2002). *Occupational stress indicator*. Organizzazioni speciali, Firenze.
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzales, E., (2000). *Research on work-related stress*. European agency for safety and health at work, Lussemburgo.
- Cowen, E.L., (1983). *Primary prevention in mental health: past, present, and future*, in: Felder, R.D., Jason, L.A., Moritsugo, J.N., Faber, S.S., Preventive psychology: theory, research and practice. Pergamon general psychology series, New York.
- D'Amato, A., (2004). *La riforma del giudice unico: cambiamento organizzativo e analisi del clima*, in: Majer V., Marocci G., (a cura di), Il clima organizzativo. Modelli teorici e ricerche empiriche. Carocci, Roma.
- De Carlo, N. A., Falco, A., Camozza, D., (2008). *Test di valutazione del rischio lavoro-correlato nella prospettiva del benessere organizzativo (Q-Bo)*. Franco Angeli, Milano.
- Del Corno, F., Lang, M., (a cura di). (2002). *La diagnosi testologica*. Franco Angeli, Milano.
- Demetrio, D., (a cura di). (1994). *Apprendere nelle organizzazioni. Proposte per la crescita cognitiva in età adulta*. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Depolo, M., (1998). *Psicologia delle organizzazioni*. Il Mulino, Bologna.
- Di Martino, V., Hoel, H., Cooper, C.L., (2003). *Preventing violence and harassment in the workplace*. European Foundation for the Improvement of living and working conditions, Dublin.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., (1990). Multidimensional assessment of coping; a critical evaluation. *Journal of*

- personality and social psychology*, n. 58, p. 844-854.
- Favretto, G., (1994). *Lo stress nelle organizzazioni*. Il Mulino, Bologna.
- Felder, R.D., Jason, L.A., Moritsugo, J.N., Faber, S.S., (1983). *Preventive psychology: theory, research and practice*. Pergamon general psychology series, New York.
- Ferrara, P.C., La Barbera, F., (2006). *Stress individui e società. Prospettive psicosociali e ambiti di intervento*. Liguori Editore, Napoli.
- Franscheri, C., (2009). *Lo stress sul lavoro: i rischi emergenti nelle organizzazioni pubbliche e private*. Maggioli Editore, Bologna.
- Gabassi, P. G., (a cura di). (2008). *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni*. Franco Angeli, Milano.
- Garofalo, D., (1989). *Prevenzione psico-sociale e salute*. Borla, Roma.
- Karaseck, R. A., Theorell, T., (1990). *Health work: stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. Basic Book, New York.
- Lazarus, S. R., Folkman, S., (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer Publishing Company, New York.
- Magnavita, N., (2008). Strumenti per la valutazione dei rischi psicosociali sul lavoro. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, n. 1, p. A87-A97).
- Nardella, C., Deitinger, P., Aiello, A., (2007). La rilevazione del rischio psicosociale: rassegna di metodologia e strumenti di misura. *Fogli di informazione*, n. gennaio-marzo, p. 45-53.
- Sauter, S. et al.,(1999).Stress at work. *DHHS (NIOSH) Publication*, n. 99, p. 99-101.
- Trombini, G., (a cura di). (1982). Stress, fattori psicologici e risposte psicosomatiche. *Psicologia Clinica* n.1.
- Trombini, G., Baldoni, F., (a cura di). (1999). *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Il Mulino, Bologna.
- Turner, B. A., Pidgeon, N. F., (2001). *Disastri: dinamiche organizzative e responsabilità umane*. Edizioni di Comunità, Torino.
- Vassalli, A., (a cura di). (2004). *Sindromi di risposta allo stress: valutazione e trattamento*. Raffaello Cortina, Milano.
- Wilkinson, G., (1999). *Stress*. Tecniche Nuove, Milano.

VALUTAZIONE ED INTERVENTO NELLO STRESS LAVORATIVO DEI MACCHINISTI DELLE FERROVIE

Laura Marrucci, psicologa,

Vezio Ruggieri, docente di Psicofisiologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

lauramarr@tiscali.it

Premessa

La domanda di valutazione dello stress lavorativo è stata formulata alla Cattedra di Psicofisiologia Clinica della Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", da un gruppo di macchinisti delle ferrovie afferenti alla rivista "Ancora in Marcia: giornale di cultura, tecnica, informazione politico-sindacale".

Il problema, da subito e chiaramente posto, è riferito alla preoccupazione per le conseguenze sulla propria salute dell'importante cambiamento organizzativo cui è attualmente oggetto questa categoria professionale, ossia il passaggio da Doppio Agente in cabina di guida, ad Agente Solo.

Tale cambiamento, almeno in ipotesi e secondo la letteratura, può costituire un fattore di rischio stress aggiuntivo (rispetto a quelli usualmente considerati in questa professione e cioè il lavoro a turni, la monotonia, il rumore, etc...) andando, potenzialmente, ad incidere negativamente su ognuno dei tre fattori tradizionalmente considerati nella valutazione del rischio stress lavorativo, ossia: "domanda", "controllo" e "supporto sociale" (Karasek R.A., *et al.* 1998).

Obiettivo

L'obiettivo perseguito nella formulazione della presente proposta progettuale, è stato quello di delineare un percorso di valutazione dello stress lavoro correlato che fosse al contempo l'inizio dell'intervento di gestione delle problematiche stesse. Pertanto, tale percorso avrebbe dovuto essere:

integrato nei diversi momenti;

in grado di promuovere l'effettiva partecipazione dei lavoratori;

adattabile a professioni atipiche (come quella dei macchinisti delle ferrovie).

La valutazione e l'intervento sullo stress lavorativo nelle professioni che presentano caratteristiche di atipicità infatti, solleva questioni relative alla validità degli indicatori standard definiti negli strumenti elaborati per la valutazione del rischio stress lavoro-correlato che, se non adattati, rischiano di non cogliere affatto i fattori di rischio specifici.

È questo il caso dei macchinisti delle ferrovie, professione che si discosta sensibilmente dalla maggioranza delle altre almeno per quanto riguarda la definizione dei tempi di lavoro (organizzato in sestine settimanali in cui le sessioni lavorative giornaliere possono iniziare in ognuna delle 24 ore, con il limite dell'intervallo minimo fra un servizio e l'altro di 11 ore, e massimo di 22 ore), e dell'ambiente in cui viene realizzato, ossia la cabina di guida di un treno (per evidenziare l'atipicità dell'ambiente, dove il/la macchinista può permanere fino a 4 ore consecutive di condotta⁷ ad Agente Solo, senza la possibilità di allontanarsi, è sufficiente considerare l'assenza del bagno).

Ipotesi

Secondo il razionale teorico che orienta l'intero progetto, *la soggettività organizza la risposta adattiva al "contesto lavorativo vissuto"*: sistema costituito dalla risultante dell'interazione tra le caratteristiche oggettive e soggettive del contesto e le azioni specifiche che il lavoratore compie in quel contesto.

L'ipotesi teorica di riferimento (Ruggieri 1984, 1988) infatti, considera il rapporto mente-corpo come un rapporto tra *funzione* e *struttura* in cui il *vissuto soggettivo*, lungi dall'essere un fenomeno esclusivamente "mentale", emerge dalla sintesi centrale (corticale) delle afferenze periferiche (corporee). Da ciò ne deriva che il vissuto rappresenta, per l'individuo stesso, un *autosegnale* di ciò

⁷ Le ore di condotta sono le ore di guida effettiva del treno, che possono essere 7, al massimo, per turno

che accade nel proprio corpo modificato dalla risposta allo stimolo cui tenta di adattarsi (processo che, nel tempo, può divenire esso stesso disadattivo e quindi patogenetico).

Metodo

Al fine di cogliere nella sua complessità il “contesto lavorativo vissuto”, è stato adottato lo strumento del *gruppo omogeneo* affinché le azioni lavorative, il contesto nel quale si realizzavano, e i vissuti emergenti, potessero rendersi espliciti.

Del gruppo omogeneo tradizionale (Oddone I. 1972) sono stati particolarmente conservati i concetti di “non delega” da parte dei lavoratori alla soluzione dei problemi, e di gruppo come incontro tra esperti, in questo caso: gli esperti della professione di Macchinista delle Ferrovie e gli esperti di Psicofisiologia.

Il gruppo, che ha coinvolto un totale di venti macchinisti provenienti da più regioni, si è tenuto con cadenza settimanale, per sette incontri, nei mesi di febbraio e marzo.

Coerentemente agli obiettivi della ricerca lo stile di conduzione del gruppo ha mirato a costruire un contesto, relativamente poco strutturato, che consentisse l'emergere e l'espressione della soggettività lavorativa dei partecipanti.

Gli incontri sono stati video registrati e per alcuni di questi si è resa possibile la partecipazione di macchinisti provenienti da altre regioni grazie al collegamento in video conferenza.

Uno degli obiettivi del gruppo è stato quello di elaborare il questionario per rilevare il “contesto lavorativo vissuto”.

Strumenti

Oltre alla valutazione del “contesto lavorativo vissuto”, saranno rilevati (*fase attualmente in corso*) lo stato di stress nell'ultima settimana, e i *soggettivi disturbi di salute* nell'ultimo mese, con i seguenti strumenti:

il questionario per rilevare il “contesto lavorativo vissuto”: costruito *ad hoc* con la partecipazione dei macchinisti, le cui narrazioni all'interno del gruppo hanno consentito di individuare le tematiche che sono andate a costituire le variabili indipendenti. La scelta delle variabili dipendenti si rifà invece all'impostazione teorica presentata dall'autore in *Verso una psicosomatica da lavoro*, (Ruggieri V.1984). In sintesi il questionario rileva i livelli autopercepiti (su una scala a tre livelli: poco, abbastanza, molto) di ansia, irritazione, sforzo, fatica e sonnolenza, ogni ora, nel corso dell'attività lavorativa e nelle tre ore di riposo che precedono e che seguono il turno di lavoro. Tali informazioni potranno essere correlate alle variabili di *contesto*, anch'esse registrate ogni ora, e relative a: Ambiente (es.: rumore eccessivo, posizione di guida scomoda, etc); Azione contesto e stato psicofisico (es.: impossibilità di allontanarsi dal posto di guida per 3 ore consecutive alla velocità di 300 Km/h); Tipo di treno condotto (es.: regionale, alta velocità, merci), Tipo di guida (es.: Doppio Agente, Agente Solo, etc.); Tipo di turno (es.: prevalentemente pomeridiano, notturno, etc.), Andamento del turno; Ore di sonno e di riposo prima del turno; Qualità del sonno, etc.;

la versione italiana del test M.S.P. (Lemure L., Tessier R. Fillon L. , 1990) , tradotto e validato in Italia su una popolazione non clinica, da Santo Di Nuovo e Luciano Rispoli (Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E., 2000);

la versione italiana dell'Inventario dei Soggettivi Disturbi di salute (SHC) (Eriksen Hr, Ihlebæk C., Ursin H., 1999).

I questionari sono anonimi e verranno compilati direttamente on-line (solamente il questionario per rilevare il “contesto lavorativo vissuto” dovrà essere precedentemente compilato in formato cartaceo), dai macchinisti che lo avranno ricevuto grazie alla collaborazione della redazione della rivista “Ancora in Marcia”.

Ogni macchinista apporrà sui questionari un “Codice personale” che potrà generare autonomamente con un programma che riceverà insieme ai questionari⁸.

⁸ Sia la versione on-line dei questionari, sia il programma per generare il “Codice Personale” sono stati elaborati dal dott. Lucio

Solo il macchinista conoscerà il proprio codice personale e potrà utilizzarlo per:
partecipare ad una eventuale successiva indagine che miri ad indagare gli effetti di importanti cambiamenti organizzativi, adottando gli stessi strumenti;
partecipare alla verifica successiva alla terza fase della ricerca, per la valutazione dell'efficacia dell'intervento psicofisiologico relativamente ai livelli di stress lavoro correlato percepito;
partecipare alla valutazione dell'efficacia dell'eventuale intervento organizzativo di eliminazione o riduzione del rischio stress.

Risultati

Il gruppo omogeneo si è confermato un importante e insostituibile strumento di conoscenza e, al contempo, un momento formativo per tutti i partecipanti. In sintesi, nel corso degli incontri sono emersi:

- differenti carichi di lavoro tra macchinisti impegnati in differenti tipologie di treno;
- disturbi psico-fisici comuni (disturbi gastrointestinali, cardiocircolatori e muscoloscheletrici; sordità dell'orecchio sinistro, ansia, disturbi del sonno, etc.)
- tematiche specifiche psicorelazionali (agente solo) e situazionali (ergonomia fisico spaziale)

In particolare l'Agente solo ha – se così si può dire – occupato la “scena”, soprattutto nei primi incontri, lasciando intravedere il macchinista solo, alla guida di un treno lanciato alla velocità di 300 e oltre km/h, per oltre tre ore consecutive senza sosta (e quindi senza la possibilità di allontanarsi dal posto di guida), impegnato nel controllo dei segnali (all'interno e all'esterno della cabina), della velocità (che deve essere mantenuta manualmente), nella gestione delle procedure, in attesa di conoscere l'esito del POC⁹ e di altri disguidi possibili.

In sintesi, secondo quanto emerso dal gruppo, l'Agente Solo ha comportato l'aumento di:
costrizione psicofisica (per l'impossibilità di darsi il cambio e quindi di allontanarsi dal posto di guida);
isolamento e monotonia (con possibili ripercussioni sulla sicurezza, sia per l'aumentato rischio di cali attentivi, sia per il mancato soccorso al macchinista colto da malore);
responsabilità, carico di lavoro fisico e mentale (le attività e le responsabilità prima condivise sono adesso a carico dell'agente solo);
rischi e possibilità d'errore.

L'aumento del carico di lavoro era già stato registrato precedentemente all'introduzione dell'Agente Solo come conseguenza della “Desertificazione delle linee”, ossia la dismissione di alcune Stazioni ferroviarie e il trasferimento – almeno in parte - delle attività svolte dal personale che vi lavorava in carico al macchinista. Anche altri elementi, quali l'automatizzazione incompleta, o la divisionalizzazione (la specializzazione dei macchinisti per tipo di treno), vengono ritenuti responsabili di un aumento di carico lavorativo.

Nel corso degli incontri sono inoltre emersi altri fattori valutati dai presenti come stressogeni, alcuni condivisi da tutti, altri specifici di determinati tipi di treno, e non conosciuti (almeno fino allo scambio avvenuto nel gruppo) dai macchinisti impegnati su altre linee.

In particolare, si sono evidenziate problematicità relative a: l'aumento dell'orario di lavoro; l'andamento antiorario del turno; l'impossibilità di usare il bagno; l'aumento di attenzione necessaria per la guida, anche in conseguenza dell'aumento di velocità dei mezzi; l'ambiguità dei segnali; l'esposizione ai campi elettromagnetici. Sono state spesso sottolineate le pressioni telefoniche subite in caso di ritardo del treno; le pressioni psicologiche per non abbassare la velocità commerciale del treno; l'illegittima responsabilizzazione per la mancata partenza o il ritardo di treni considerati non sicuri dal macchinista; l'imposizione dei cambiamenti d'orario; l'assoluta mancanza di supporto e di comunicazione con i quadri e dirigenti; il progressivo venir meno delle possibilità

Inguscio, responsabile dell'area tecnico-scientifica ed elaborazione dati presso il Dipartimento di Psicologia Clinica e Dinamica della Facoltà di Psicologia dell'Università di Roma “La Sapienza”.

9 In corrispondenza dei POC: “posti di confine elettrico”, il sistema di trazione elettrica cambia voltaggio e tutta la strumentazione di bordo deve riconfigurarsi. Non sempre tale riconfigurazione va a buon fine. In questi casi il treno si ferma e il macchinista deve adottare una serie di procedure che conservano però margini di incertezza d'esito

di scambio e comunicazione con i colleghi: Agente Solo in cabina di guida, chiusura delle mense, tempi e ritmi di lavoro che non consentono l'incontro.

Ai "tradizionali" fattori di stress (Turni di lavoro, Rumore, Monotonia, Microclima, Posizione di guida scomoda, Cattiva illuminazione, Mancata manutenzione, etc.) si sono quindi aggiunti nuovi fattori e, in generale, la considerazione/constatazione del cambiamento/peggioramento complessivo rispetto a quando, ad es. esistevano dei particolari turni "di rispetto" per gli anziani o per chi attraversava problemi di salute, e le ferrovie commissionavano documentari sulla vita del macchinista.

La terza, eventuale, fase della ricerca vedrà nuovamente il coinvolgimento diretto dei macchinisti. Gli obiettivi di questa fase saranno:

la discussione dei risultati emersi dalle fasi precedenti e - nel caso di livelli di stress percepito non bassi - il discernimento tra:

fattori di rischio stress lavoro correlato che possono essere eliminati o ridotti tramite interventi organizzativi;

fattori di rischio stress lavoro correlato che permangono nonostante l'adozione di adeguati interventi di natura organizzativa in quanto insiti a quella specifica professione, i cui effetti patogeni possono però essere fortemente ridotti con interventi psicofisiologici mirati di gestione dello stress;

la costituzione di piccoli gruppi di formazione e intervento specifico sui fattori di rischio B., attraverso l'apprendimento di tecniche psicofisiologiche di gestione dello stress lavoro correlato, per la prevenzione delle patologie psicosomatiche;

la valutazione dell'efficacia dell'intervento psicofisiologico di gestione dello stress sui fattori di rischio B. con gli strumenti utilizzati per la valutazione dello stress;

la valutazione dell'efficacia dell'intervento organizzativo di eliminazione o riduzione dei fattori di rischio A. con gli strumenti utilizzati per la valutazione dello stress.

Bibliografia

Eriksen Hr, Ihlebæk C., Ursin H. A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scand Public Health* 1999; 27: 63-72

Karasek R.A., Brisson C., Kawakami N., Houtman I., Bongers P., Amick B., The Job Content Questionnaire (JCQ). An instrument for Internationally Comparative Assessments for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal Occup Health Psychology* 1998 3(4): 322-355

Lemure L., Tessier R. Fillon L. , (1990) *Mesure du stress psychologique MSP*, Behaviora, Brossard-Québec

Oddone I., *La difesa della salute dalle fabbriche al territorio*, in *Inchiesta*, 1972 n. 8, pp. 22-34

Ruggieri V. (1984) *Verso una psicosomatica da lavoro*, Ed. Kappa, Roma.

Ruggieri V. (1988) *Mente, Corpo, Malattia*, Il Pensiero scientifico editore, Roma.

Santo Di Nuovo, Luciano Rispoli, Emilia Genta, (2000) *Misurare lo stress. Il Test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata*, Franco Angeli.

LA PROPENSIONE ALL'INNOVAZIONE DEL MANAGEMENT COME FATTORE DI PROTEZIONE CONTRO IL RISCHIO DI STRESS LAVORO- CORRELATO DELL' ORGANIZZAZIONE.

Cinzia Passalacqua, psicologa, dottoranda di ricerca, CIRMET (Centro Interdipartimentale per la Ricerca e il Monitoraggio dell' Economia e del Territorio), Università degli Studi di Palermo, Specializzanda presso il Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma.

cinziapassalacqua@yahoo.it

Questi ultimi anni sono caratterizzati da una crisi economica che interessa un po' tutti i settori. Le aziende, per fronteggiare questa crisi, utilizzano diverse strategie, che possono essere suddivise in due tipologie essenziali: quelle volte alla riduzione delle spese (tagli alla produzione, e al personale) e quelle volte alla promozione dell'innovazione come strategia di crescita e sviluppo.

In questo processo assumono centralità le caratteristiche di personalità del management, in particolare i processi decisionali e di valutazione del rischio, la gestione delle risorse umane e la cura dei rapporti con territorio ed istituzioni. A seconda della strategia aziendale adottata, i dipendenti, restano in balia delle scelte subite dal management, correndo il rischio di essere sottoposti a numerosi fattori di stress correlati al lavoro svolto. Questo ha influenze negative sia sulla salute degli individui, che sulla salute dell'intera organizzazione, al punto di influenzarne il rendimento economico.

Ipotesi

Ciò premesso, nel lavoro di ricerca, è stata avanzata l'ipotesi che in una organizzazione orientata alla promozione dell'innovazione, il rischio di stress lavoro-correlato per i dipendenti sia inferiore rispetto alle organizzazioni che non sono orientate alla promozione dell'innovazione.

Metodo

Pertanto, si è proceduto alla costruzione dell'intervista da somministrare ad un rappresentante del management di ciascuna azienda facente parte del campione. L'intervista ha due aree tematiche centrali, l'innovatività da una parte, e il benessere organizzativo dall'altra. Le domande riguardanti l'innovatività hanno l'obiettivo: di verificare l'impegno dell'azienda in attività innovative; di individuare la modalità prediletta per il fronteggiamento degli ostacoli; di verificare la tipologia di strategie attuata per il potenziamento delle risorse interne; e infine di definire se il management ha un atteggiamento proattivo, piuttosto che passivo, nella ricerca dei fattori di facilitazione per l'investimento in attività innovative.

Avendo definito il benessere organizzativo come l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano le dinamiche della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale della comunità lavorativa; le domande riguardanti il benessere organizzativo hanno l'obiettivo: di verificare il grado di soddisfazione del management per il rendimento aziendale, e la presenza/assenza di problemi di varia natura (economici, logistici, direzionali, etc); di verificare se il management riesce ad individuare delle risorse all'interno dell'azienda, dei punti di forza da incrementare, e/o dei fattori di rischio, ovvero dei punti deboli da potenziare; di individuare che tipo di relazioni intercorrono nell'ambiente di lavoro, per meglio definire il clima; e infine di verificare il livello di attenzione del management per la motivazione, la formazione e la gratificazione dei dipendenti.

L'intervista, costruita in modo che consentisse di raccogliere le informazioni sull'atteggiamento del management nei confronti dell'implemento di attività innovative, e sul tipo di clima aziendale, è stata poi valutata focalizzando l'attenzione sulle domande che potessero dare informazioni più precise ai fini degli obiettivi della ricerca.

Pertanto è stata costruita una opportuna griglia, che individua gli indicatori di propensione

all'innovazione tra le domande presenti nell'intervista, e una griglia che individua gli indicatori di rischio di stress lavoro-correlato. Le griglie hanno consentito sia di attribuire un punteggio in base alle risposte fornite dagli intervistati, che di individuare dei livelli (alto, medio, basso) sia per la propensione all'innovazione che per il rischio di stress lavoro-correlato, di ciascuna azienda.

Oltre all'intervista, il rappresentante del management di ciascuna impresa che ha partecipato alla ricerca, è stato sottoposto ad un test che aveva l'obiettivo di valutare la propensione all'innovazione. A tal fine è stato scelto il TOM - Test di Orientamento Motivazionale di L. Borgogni, L. Petitta, C. Barbaranelli. Si tratta di un questionario self-report che consente di delineare un profilo motivazionale dell'individuo in ambito organizzativo ovvero di individuare le situazioni lavorative che consentono alla persona di dare il meglio di sé. Le 70 affermazioni che compongono il TOM sono valutate su una scala likert a 7 posizioni (da 1 = "Molto in disaccordo", 2 = "Abbastanza in disaccordo", 3 = "Leggermente in disaccordo", 4 = "Né in disaccordo né in accordo", 5 = "Leggermente d'accordo", 6 = "Abbastanza d'accordo", 7 = "Molto d'accordo"). In considerazione del numero degli item del questionario, e della poca disponibilità di tempo degli intervistati, si è scelto di somministrare una versione ridotta, costituita da 24 item: tutti gli item della scala di orientamento all'innovazione, che era quella di maggior interesse ai fini della ricerca, e un paio di item per ciascun'altra scala; in quanto la scala di Orientamento all'Innovazione (OI) è quella di maggior interesse per gli obiettivi della ricerca; tale scala, infatti, valuta l'inclinazione a dare il meglio di sé quando si possono sperimentare cose sempre nuove e si può lavorare su più attività contemporaneamente, invece che su attività ripetitive; e la tendenza a modificare le soluzioni consolidate, cambiare frequentemente e pensare in modo creativo e divergente rispetto agli altri. È composta da affermazioni come, ad esempio, "Mi piacciono soprattutto situazioni, idee e persone originali".

Infine è stato somministrato l' M_DOQ10, il Majer_D'Amato Organizational Questionnaire 10, di A. D'Amato, V. Majer, su tutti i dipendenti di ciascuna azienda che ha partecipato alla ricerca. Si tratta di un questionario multifattoriale per la diagnosi delle organizzazioni, costituito da 70 item, che si raggruppano secondo dieci fattori che sono misure complete e centrali dei fenomeni organizzativi. Essi sono emersi dall'analisi fattoriale delle componenti principali su un numero superiore di item e confermati mediante analisi fattoriale confermativa. I fattori considerati (comunicazione, autonomia, team, coerenza/fairness, job description, job involvement, reward, leadership, innovatività, dinamismo/sviluppo) sono misure percettive dei vari elementi della vita organizzativa.

Il *fattore Comunicazione* (12 item) raccoglie i vissuti relativi alla disponibilità delle reti di comunicazione e a come i flussi comunicativi attraversano l'organizzazione, in senso verticale (discendente e ascendente) e in senso orizzontale; inoltre valuta le percezioni relative alla diffusione dell'informazione, e analizza se la comunicazione si realizza fluidamente, se tutti possono disporre del know-how necessario per lavorare al meglio. I

Il *fattore Autonomia* (6 item) indica la possibilità concreta e riferita dal soggetto di poter esercitare l'iniziativa individuale e l'indipendenza nello svolgimento del proprio lavoro. Indaga le percezioni relative alla sensazione di essere autonomo e di poter svolgere il proprio lavoro indipendentemente, di non dover sottostare a controlli riguardo alle decisioni, di conoscere il proprio campo di intervento e di poter decidere e organizzare tempi e modalità operative di lavoro.

Il *fattore Team* (11 item) indaga l'insieme dei comportamenti, espressi concretamente sul lavoro, che indicano una disponibilità da parte dei membri del gruppo in cui si opera a collaborare, a fornire informazioni, supporti e know-how. I gruppi che manifestano coesione sono disponibili nel modificare piani e programmi al fine di raggiungere obiettivi comuni e sovraordinati.

Il *fattore Coerenza/Fairness* (8 item) valuta la congruenza delle politiche aziendali e la definizione delle mete organizzative; è connesso alla variabile standard/livelli di prestazione, intesa come importanza percepita degli obiettivi e dei livelli di prestazione impliciti ed espliciti in cui l'accento è sul lavoro ben fatto e la sfida è rappresentata dalle mete individuali e di gruppo. Indaga i vissuti in merito alla coerenza e all'efficacia del funzionamento dell'azienda con riferimento alla coerenza del rapporto tra definizione degli obiettivi, presa di decisione e declinazione operativa e

realizzazione. Dimostra quanto i valori dichiarati risultino praticati coerentemente nelle attività quotidiane.

Il *fattore Job Description* (5 item) valuta le percezioni relative alla misura in cui ciascuno dei dipendenti conosce la portata del suo ruolo e le attese dell'organizzazione. Inoltre indica la consapevolezza dell'ambito di discrezionalità, dei referenti gerarchici e/o funzionali, delle responsabilità di competenza, degli obiettivi da perseguire, dei tempi e delle procedure da rispettare.

Il *fattore Job Involvement* (5 item) indaga il grado di partecipazione attiva e di integrazione del dipendente rispetto al ruolo e all'organizzazione; e analizza l'insieme dei vissuti pertinenti all'investimento energetico ed emozionale.

Il *fattore Reward* (5 item) si riferisce ai vissuti dei membri dell'organizzazione in merito alle politiche retributive e di carriera, al sistema di ricompensa e riconoscimenti. Il sistema adottato dall'organizzazione viene ritenuto adatto se reputato essere direttamente correlato alla qualità/quantità della prestazione; viene valutata la presenza eventuale di favoritismi e la loro natura, l'orientamento alla comunità. La letteratura scientifica rileva mediante questo fattore la consapevolezza che il lavoro ben fatto verrà ricompensato, il sistema di ricompense, i fattori di ricompensa, l'orientamento a promuovere il successo sia come carriera che come guadagni, la chiarezza delle politiche e delle promozioni. Il fattore consente di valutare i vissuti relativi all'esistenza di una equanimità e di giustizia riguardante i sistemi di valutazione (remunerazione, promozione, premi, gratificazioni) che saranno ritenuti validi e accettabili se basati su criteri oggettivi e senza favoritismi.

Il *fattore Leadership* (8 item). È connesso alla dimensione di distacco e alla variabile struttura/gerarchia, lontananza dai superiori e autorità incerta, apertura nelle relazioni verticali, comunicazione tra impiegati e dirigenti e disponibilità di questi ultimi ad accettare e considerare le idee dei subordinati e a fornire un giudizio positivo alle loro richieste di sviluppo e rivendicazioni alla direzione generale, immagine della dirigenza, sostegno e considerazione da parte della dirigenza che sostiene ed ha confidenza con i collaboratori e incoraggia l'innovazione nei comportamenti di lavoro dei dipendenti, stile di comando e conduzione, autocentratura (intesa come insensibilità dei livelli superiori nei confronti di interessi, bisogni e aspirazioni dei subordinati e controllo).

Il *fattore Innovatività* (5 item) è indicatore della vitalità organizzativa, del grado in cui le persone vedono l'organizzazione come dinamica, che si pone delle sfide, che ha la capacità innovativa e di presa di decisione, che è veloce nel reagire, che fornisce risposte adeguate al mutamento delle condizioni del contesto. Indaga le percezioni in merito al cambiamento organizzativo e alla velocità in cui si declinano le scelte operate. Fornisce la stima dell'incoraggiamento della produzione di idee e soluzioni di tipo innovativo tanto da rendere orgogliose le persone che operano nell'organizzazione; è un fattore inteso come incoraggiamento di programmi inconsueti e stimolanti e come orientamento alla sfida e al rischio, ovvero l'insieme di pratiche e politiche organizzative che incoraggiano alti standard di prestazione e l'accettazione di rischi ragionevoli.

Il *fattore Dinamismo/Sviluppo* (5 item) è particolarmente articolato e nella letteratura scientifica si individuano aspetti costituenti diverse aree che fanno riferimento a un orientamento al futuro e alla visione a lungo termine. Valuta i vissuti degli individui in merito alle azioni che l'azienda mette in atto per favorire il progresso personale e lo sviluppo organizzativo. Le realtà organizzative valutate positivamente sono descritte come socialmente avanzate, aperte allo sviluppo dei singoli e/o del sociale anche in un'ottica collaborativa che esce dai confini dell'azienda.

Procedura

Individuati gli strumenti, finora descritti, si è proceduto a definire un campione di aziende che potessero rappresentare la realtà aziendale del territorio palermitano. Delle 40 imprese contattate, su Palermo e provincia, soltanto 19 hanno dato la loro disponibilità, a collaborare alla ricerca. Il comportamento di rifiuto è motivato dalla mancanza di tempo dell'area manageriale o dalla situazione di crisi economica da fronteggiare; altre aziende hanno adottato un atteggiamento di "latitanza" che tendeva a rinviare di continuo la possibilità di un contatto informativo con l'area

manageriale. Pertanto il campione è costituito da 19 aziende, appartenenti a diversi settori industriali (agro-alimentare, chimico, packaging, servizi, etc), per ciascuna si è sottoposto il management all' intervista e alla versione ridotta del TOM (prima descritti). Contestualmente si è verificata la disponibilità dell'azienda di somministrare l' M_DOQ 10 a tutto il personale. Dei 19 manager intervistati soltanto 7 hanno rifiutato la somministrazione dell'M_DOQ 10 nella loro azienda.

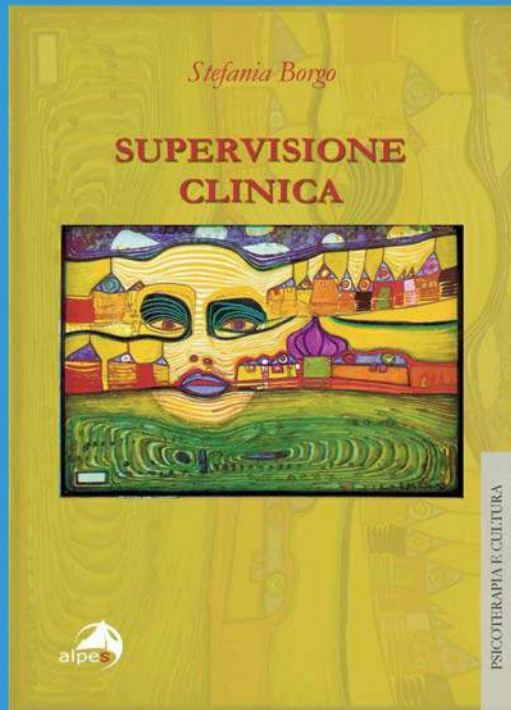
Risultati

Le interviste sono state valutate in funzione di due indicatori: la propensione all'innovazione del management e il rischio di stress lavoro-correlato per i dipendenti dell'organizzazione. Attraverso l'M_DOQ 10 è stato possibile confrontare la percezione del management con il vissuto dei dipendenti; potendo meglio definire la presenza di propensione all'innovazione attraverso il fattore Innovatività, e il rischio di stress lavoro correlato attraverso la valutazione globale del profilo dell'organizzazione fornito dallo strumento. È stata utilizzata l' indice Rho di Spearman per verificare la relazione tra punteggio ottenuto dall'azienda secondo l' indicatore di innovazione e il punteggio ottenuto secondo l' indicatore di rischio di stress lavoro correlato, ed è risulta esserci una buona concordanza (Rho di Spearman: 0.85). Inoltre è stato messo in relazione un orientamento all'innovazione alto/medio/basso (TOM), con un atteggiamento di rifiuto all'analisi del clima organizzativo, un clima organizzativo nella norma, e un clima organizzativo positivo (M_DOQ10). Per valutare la relazione tra propensione all'innovazione del management e rischio di incorrere in stress lavoro correlato dei dipendenti, è stato utilizzato l' indice del Chi Quadrato relativo. Il risultato del Chi Quadrato relativo (0,595) indica che c'è una relazione positiva tra le due variabili.

In conclusione, una prima analisi dei dati in possesso sembra confermare l'ipotesi che in una organizzazione orientata alla promozione dell' innovazione, il rischio di stress lavoro-correlato per i dipendenti sia inferiore rispetto alle organizzazioni che non sono orientate alla promozione dell'innovazione. Continua il lavoro di ricerca, con l'obiettivo di allargare il campione al fine di ottenere risultati più significativi.

Bibliografia

- Borgogni, L., Petitta, L., Barbaranelli, C., (2004). *TOM: test di orientamento motivazionale: manuale*. Organizzazioni speciali, Firenze.
- Canonici, A., (2007). *Creatività e innovazione: come stimolarle e farle crescere in azienda. Otto società best performer europee raccontano le proprie esperienze e le proprie strategie*. Franco Angeli.
- D'Amato, A., Majer, V., (2005). *Il vantaggio del clima: la ricerca di clima per lo sviluppo organizzativo* R. Cortina, Milano.
- Maeran, R., (2003). *Gestione delle risorse umane nelle organizzazioni*. LED, Milano.
- Majer, V., D'Amato, A., (2001). *Majer-D'Amato organizational questionnaire (M-DOQ): questionario multidimensionale per la diagnosi del clima organizzativo*. Unipress, Padova.
- Pedon, A., Maeran, R. (2002). *Psicologia e mondo del lavoro: temi introduttivi alla psicologia del lavoro*. LED, Milano.
- Sarchielli, G., (2008). *Psicologia del lavoro*. Il Mulino, Bologna.

**NOVITÀ EDITORIALE**

Supervisione clinica

di Stefania Borgo

Volume di 288 pagine
Prezzo di copertina: € 21,00

È possibile ordinare il volume a € 21,00 (+ spese di spedizione):

- scrivendo a: Alpes Italia srl, Via Cipro 77 - 00136 Roma
- mandando una e-mail con i propri dati a: info@alpesitalia.it
- telefonando o inviando un fax al numero: 06-39738315

oppure

- sul sito www.alpesitalia.it (€ 21,00 + 3,00 per spese di spedizione)19

La supervisione ha un'importanza fondamentale nella formazione dello psicoterapeuta, in quanto permette di acquisire conoscenze e abilità non trasmissibili sul piano teorico.

In questo libro, eminentemente pratico, tale apprendimento viene visto dall'interno: le trascrizioni delle sedute di supervisione conducono il lettore nello studio del terapeuta e illustrano il processo nel suo divenire.

Diciassette casi clinici e i relativi commenti narrano il periodo che va dal primo caso clinico alle terapie di fine corso, ripercorrendo l'iter di crescente complessità affrontato dal futuro psicoterapeuta. Il diciottesimo caso copre l'intero arco del trattamento e dà quindi la visione completa di una terapia.

Emergono così spontaneamente i principali concetti della terapia

cognitivo-comportamentale, e una vasta gamma di metodi e tecniche, proprio come vengono usati nella pratica clinica, trovano il loro naturale contesto.

A completamento dell'opera vi è una parte teorica generale, basata su un modello di supervisione unitario, applicabile alla maggior parte degli orientamenti psicoterapici e quindi fruibile da terapeuti di diversa formazione. Apprezzeranno in particolare il libro coloro che desiderano un dialogo e un confronto tra le diverse prospettive che oggi animano la psicoterapia.

I dilemmi del supervisore: teoria e pratica della supervisione clinica in psicoterapia

Recensione al volume di Stefania Borgo: "Supervisione clinica" (Alpes, Roma 2010)

di Francesco Aquilar¹

Il pregevole volume "Supervisione clinica" di Stefania Borgo ha una qualità insolita e assolutamente necessaria sia per coloro che si occupano responsabilmente di supervisione clinica che per i giovani psicoterapeuti che si affacciano al mondo professionale: si occupa concretamente di pratica della teoria. E lo fa non soltanto documentando chiaramente (e alleviando direttamente) le difficoltà degli psicoterapeuti all'inizio della loro pratica clinica, ma anche non dimenticando l'altro aspetto reciproco di riferimento, che è quello della teoria della pratica (ben noto agli psicoanalisti, e talvolta un po' trascurato dai cognitivisti).

Intanto, la struttura del volume è precisa e volutamente priva di fronzoli: il lettore entra

1. Psicologo e psicoterapeuta. Didatta SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva), Presidente AIPCOS (Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva e Sociale), Napoli.

direttamente, con un attacco immediato *in medias res*, nello studio del supervisore, ascolta direttamente il caso clinico raccontatogli dal collega meno esperto, e si confronta in un elastico cronoprogramma con le risposte del supervisore, che si allargano anche – di volta in volta – a ben 15 specifici temi teorico-clinici sottesi alla problematica di volta in volta affrontata. Fin da subito, il lettore conosce la diagnosi e il contesto terapeutico, in modo da poter orientare correttamente la sua attenzione. E rapidamente si rende conto del fatto che saranno esaminati con cura 18 esempi di problemi psicologici molto seri e diffusi. I casi clinici riportati, infatti, riguardano: 1) Aggressività/problemi relazionali; 2) Attacchi di panico; 3) Problemi relazionali; 4) Depressione, insonnia ed emicrania; 5) Disturbo somatico da stress; 6) Problemi adolescenziali; 7) Schizofrenia; 8) Disturbi alimentari; 9) Depressione (di altro tipo); 10) Ritardo mentale; 11) Depressione (ancora in un'altra variante); 12) Depressione (di nuovo diversa); 13) Insonnia; 14) Parafrenia; 15) Bulimia; 16) Agorafobia; 17) Amenorrea; 18) Disturbo ossessivo. Il fatto che ricorra quattro volte la depressione, in varie forme, testimonia numericamente quanto questo aspetto possa attraversare trasversalmente più problematiche.

La scelta di utilizzare i trascritti, indipendentemente dalla opinione che si può avere su questa modalità, presenta indubbi vantaggi: innanzi tutto, la comunicazione è “vera”. Infatti, ogni psicoterapeuta esperto può riconoscere la congruità del caso clinico, e grazie al tipo di formulazione dello stesso appare immediatamente possibile al lettore formarsi un'idea precisa del paziente. Poi, rappresenta una guida efficace per il giovane psicoterapeuta: la costante attenzione ai dettagli, i riepiloghi clinici, il monitoraggio dello svolgimento della psicoterapia, i richiami ai passaggi teorici sono tutti elementi necessari per una buona pratica clinica, e sono mostrati con assoluta chiarezza. Infine, il tipo di dialogo riportato allena il lettore allo sviluppo delle proprie capacità metacognitive e metacomunicative, favorendo un decentramento e una comprensione critica rari e del tutto apprezzabili.

Fin qui, la parte fecondamente utile per studenti, specializzandi e giovani psicoterapeuti. Ma il contributo a mio avviso più euristico del volume è nella fine, anche se questa parte richiede una lunga pratica psicoterapeutica per poterne apprezzare la complessità, l'efficacia e la universalità. Si tratta del fondamentale ultimo capitolo, centrato formalmente sugli aspetti teorici della supervisione clinica e sulla teoria della pratica in azione. Come diceva Kurt Lewin (e non solo lui), non c'è niente di più pratico di una buona teoria. E la teoria proposta da Stefania Borgo appare ampia, esaustiva e soprattutto *super partes*, consentendosi il lusso di poter essere accettata non solo all'interno del paradigma cognitivista e cognitivo-comportamentale (cui l'Autrice, e anche chi scrive, appartengono), ma anche riferendosi alla “Psicoterapia” *tout court*, intesa come disciplina autonoma e adulta, non più vincolata a polemiche di scuola. L'analisi delle funzioni della supervisione svolta dall'autrice è serrata e multicomprendiva; il parallelo con l'approccio dinamico (e implicitamente con altri modelli: valga per tutti la citazione di Carkhuff, noto esponente della psicoterapia umanistica) è rigoroso e non egocentrico; l'operazionalizzazione delle funzioni è al di là delle opinioni; e, infine, i riferimenti ai fattori contestuali e ai fattori di potere appaiono rigorosi, senza paura e soprattutto immuni da luoghi comuni.

Per cui l'effetto del volume è molteplice: a) utilità specifica per studenti e specializzandi; b) graduale autonomizzazione dei giovani colleghi psicoterapeuti; c) sviluppo di una paritarietà creativa con loro, di pura matrice maieutica; d) sfida intellettuale appassionante per i colleghi supervisori. Questi ultimi, in tal modo, si confrontano direttamente non solo con la *loro* teoria della pratica, ma anche e soprattutto con la mappa concettuale ed emotiva collegata all'esperienza del trasfondere la scienza, l'arte e la cultura della psicoterapia alle generazioni più giovani (per contagiarle con il *nostro* entusiasmo), non dimenticando le generazioni più esperte. Per aiutarci a mantenere un approccio permanentemente euristico, morbidamente autocritico, veramente compassionevole nel senso di Paul Gilbert, e soprattutto saggiamente ironico. Senza mai dimenticare la documentata scientificità della psicoterapia (inclusa la didattica professionale), e il rigoroso rispetto dei pazienti, delle loro storie, e dei colleghi dalle differenti legittime opinioni.

I CONGRESO INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA BIO-PSICOSOCIAL Y PSICOLOGÍA PREVENTIVA
 MODELO BIO-PSICOSOCIAL EN LA SALUD Y EN LA ENFERMEDAD MENTAL.
 MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EN LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS, GESTIÓN DEL ESTRÉS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

Clínica El Prado
 INSTITUTO ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL

ARMENIA

FECHAS:
10-11-12
FEBRERO
2011

MIEMBROS DE:
 CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA DE ROMA
 COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
 LA ASOCIACIÓN ITALIANA DE PSICOLOGÍA PREVENTIVA DE ROMA A.I.P.P.E.
 ALGUNOS SON FUNDADORES DE:
 SOCIEDAD ITALIANA DE MEDICINA BIO-PSICOSOCIAL DE ROMA
 ALETEIA INTERNATIONAL

INVITADOS INTERNACIONALES:
DR. LUCIO SIBILIA (UNIVERSIDAD SAPIENZA DE ROMA)
DRA. STEFANIA BORGIO (UNIVERSIDAD SAPIENZA DE ROMA)
DR. TULLIO SCRIMALI (U. DE ENNA Y U. DE CATANIA)
DRA. PAOLA BORGIO (CRP ROMA)
EMANUELA MESSINA (A.I.P.P.E.)
DR. MAURIZIO DE SIENA (A.I.P.P.E.)

INVERSIÓN:
 COSTO DE PRE-INSCRIPCIÓN AL CONGRESO:
 120.000. PARA ESTUDIANTES
 200.000. PARA PROFESIONALES
 COSTO DE INSCRIPCIÓN Y ALMOZAR DEL CONGRESO:
 160.000. PARA ESTUDIANTES
 240.000. PARA PROFESIONALES
 15% DE DESCUENTO PARA ASOCIADOS AL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS PSICHIATRA Y EMILIAOS MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSICHIATRAS
 15% DE DESCUENTO PARA MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSICHIATRAS

CONSIGNACIONES:
 A LA CUENTA CORRIENTE: 38169743
 A NOMBRE DE:
INSTITUTO ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL
 BANCO DE BOGOTÁ
 ENVIAR CONSIGNACIÓN AL FAX:
(6) 745 9973 EXT. 311 - 316
 O A LOS CORREOS ELECTRÓNICOS:

PARICIPAN:
 CRP - ROMA
 A.I.P.P.E. ROMA
 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSICHIATRAS
 COLEGIO DE PSICÓLOGOS COLOMBIANOS
 PSICHIATRA Y EMILIAOS
 MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSICHIATRAS
Clínica El Prado
Fundación en Salud Mental
QUINDIO

INFO:
 CLÍNICA EL PRADO TERCER PISO
 TELÉFONO: (6) 745 9973, ARMENIA (QUINDIO)
 CEL. 315 547 3331- 311 771 1176
 e-mail: clinicaelprado@hotmail.com - congresointernacionalarmenia@hotmail.com

LUGAR:
 CENTRO METROPOLITANO DE CONVENCIONES
 ARMENIA, QUINDIO

In Colombia dal 10 al 12 febbraio 2011 il Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), l'Associazione Italiana di Psicologia Preventiva (AIPRE), la Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS) e ALETEIA - Istituto Superiore per le Scienze Cognitive, in collaborazione con gli ordini degli psichiatri e degli psicologi Colombiani organizzano il primo Congresso di orientamento cognitivo-comportamentale, sul tema "Il Modello Bio-Psico-Sociale nella salute e nella malattia. L'approccio Cognitivo-Comportamentale nella valutazione e trattamento delle sindromi psichiatriche, nella gestione dello stress, nella promozione della salute." In un Paese la cui cultura psichiatrica e psicologica era dominata dalla psichiatria biologica e dalla psicoanalisi, contiamo di portare qualcosa di nuovo; non sappiamo se questo Congresso costituirà in Colombia l'inizio di un cambiamento culturale nella psicoterapia, nella prassi psichiatrica e della medicina preventiva, ma certamente questi Paesi sudamericani adesso guardano a noi Europei e non più agli USA! Link: <http://www.congresointernacionalarmenia.com/>

First International Conference of Metacognitive Therapy
11-13 May 2011
Manchester, UK
<http://www.registration.no/mct2011/>

7th International Congress of Cognitive Psychotherapy
2-5 June 2011
Istanbul, Turkey
<http://www.iccp2011.com/invitation.php>

41st Eabct Annual Congress
31 August - 3 September 2011
Reykjavik, Iceland
<http://www.congress.is/eabct/>