

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**Trauma vicario e burnout in figure professionali che si occupano di
bambini in situazioni di rischio**

**Vicarious trauma and burnout in professionals dealing with children in risk
situations**

Relatrice: *Prof.ssa Alessandra Simonelli*

Correlatore: *Dott. Alessio Porreca*

Laureanda: Beatrice Tessarollo

Matricola: 2023726

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	5
<i>CAPITOLO 1: Fattori di rischio per le figure che si occupano di minori con storie di maltrattamento: burnout lavorativo e stress traumatico secondario</i>	7
1.1 Il burnout lavorativo e stress traumatico secondario	7
1.1.1 Limiti tra burnout e stress traumatico secondario	11
1.1.2. Fattori di rischio e protettivi	14
1.2 Strategie di coping in professionisti ad alto rischio	24
<i>CAPITOLO 2: Burnout genitoriale: definizione, conseguenze e prevenzione</i>	29
2.1 Definizione burnout genitoriale	29
2.1.1. Fattori protettivi e di rischio	33
2.2 Conseguenze del fenomeno con particolare attenzione ai contesti di rischio	38
2.3 Relazione tra burnout genitoriale e burnout lavorativo	43
2.4 Come prevenire questi fenomeni	46
<i>CAPITOLO 3:La ricerca: associazioni tra trauma vicario e burnout in figure professionali ad alto rischio e a basso rischio</i>	50
3.1. La ricerca: obiettivi e ipotesi	50
3.2. Metodo di ricerca	52
3.2.1. Partecipanti	52
3.2.2. Procedura	53
3.3 Strumenti di misurazione	54
3.3.1 Fattori sociodemografici	54
3.3.2 Parental Burnout Assessment (PBA)	54
3.3.3 Maslach Burnout Inventory (MBI)	55
3.3.4 Professional Quality of Life Inventory (PROQOL)	57
3.4 Analisi statistiche dei dati	59
<i>CAPITOLO 4:I risultati della ricerca</i>	62
4.1. Informazioni socio-anagrafiche e cliniche	62

4.2 Burnout lavorativo in campioni ad alto rischio e a basso rischio	65
4.2.1. <i>Burnout lavorativo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo ad alto rischio.....</i>	65
4.2.2 <i>Confronto burnout lavorativo tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio.....</i>	66
4.3 Burnout genitoriale in campioni ad alto rischio e a basso rischio.....	67
4.3.1. <i>Burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio e nel gruppo a basso rischio</i>	67
4.3.2 <i>Confronto burnout genitoriale tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio.....</i>	68
4.4 Compassion fatigue (burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e compassion satisfaction in campioni a basso rischio e ad alto rischio	68
4.4.1. <i>Compassion fatigue (burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e compassion satisfaction nel gruppo a basso rischio e nel gruppo ad alto rischio.....</i>	69
4.4.2 <i>Confronto compassion fatigue e compassion satisfaction tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio</i>	69
4.5 Associazioni tra burnout lavorativo, burnout genitoriale, compassion fatigue e compassion satisfaction nelle figure professionali ad alto rischio e a basso rischio	70
<i>CAPITOLO 5: Discussione dei risultati e conclusioni.....</i>	73
5.1. Discussione dei risultati.....	73
5.1.1. <i>Confronto rispetto al burnout lavorativo tra gruppo ad alto rischio e a basso rischio</i>	75
5.1.2. <i>Confronto rispetto al burnout genitoriale tra gruppo ad alto rischio e a basso rischio.....</i>	76
5.1.3. <i>Confronto rispetto allo stress traumatico secondario tra gruppo ad alto rischio e a basso rischio</i>	78
5.1.5. <i>Associazioni tra burnout lavorativo, burnout genitoriale, stress traumatico secondario e compassion satisfaction nelle figure professionali ad alto rischio e a basso rischio</i>	79
5.1.6 <i>Prima ipotesi: associazioni tra il burnout lavorativo e il burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio</i>	80
5.1.7 <i>Seconda ipotesi: associazioni della compassion satisfaction in relazione al burnout lavorativo e burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio e a basso rischio.....</i>	82
5.2. Limiti della ricerca e prospettive future.....	84
5.3. Riflessioni conclusive.....	85
<i>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....</i>	88

INTRODUZIONE

I professionisti che si occupano della cosiddetta “cura” nei confronti di altri soggetti, si possono identificare come una categoria “vulnerabile”. Questo perché la loro esposizione a esperienze emotivamente intense dell’altro, può influenzare il loro vivere ed essere. Da tempo, la letteratura evidenzia le conseguenze che coinvolgono gli individui che svolgono professioni d’aiuto (Bride, 2007; Rienks, 2020).

Nello specifico, la letteratura evidenzia come operatori che si trovino a prendersi cura di minori con storie traumatiche possano sperimentare diverse condizioni. In primo luogo, si parla di stress traumatico secondario, il quale indica una serie di reazioni psicologiche e fisiche che, a causa dell’intensità, nel tempo può progredire in burnout (Figley, 1995). Nell’ambito delle organizzazioni, il burnout viene definito come “un processo progressivo caratterizzato da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione del senso di realizzazione personale che, in ambito lavorativo, viene comunemente attribuito alle caratteristiche organizzative o ai fattori di stress (Font, 2012; Lizano & Mor Barak, 2015)”. Gli educatori che si occupano di bambini con storie difficili cresciuti nelle strutture residenziali, sono chiamati a tutti gli effetti ad essere figure di riferimento (o “caregiver”) per i pazienti di cui si prendono cura, occupandosi dei loro bisogni (come dar da mangiare, fare il bagno ecc) (Van IJzendoorn et al., 2011). Tuttavia, gli educatori non svolgono solo una funzione pratica ma anche e soprattutto relazionale. Gli aspetti a cui sono esposti, non sono solamente positivi (come il piacere nell’aiutare gli altri attraverso il proprio lavoro), ma anche e soprattutto “di fatica”. Secondo i dati offerti della letteratura, è stato dimostrato che uno stress genitoriale eccessivo e prolungato, può portare il caregiver al burnout genitoriale, una sindrome che può avere esiti negativi rispetto alla qualità delle cure (Lindström, Aman, & Norberg, 2011; Norberg, 2007; Norberg, 2010; Norberg, Mellgren, Winiarski, & Forinder, 2014).

In tal senso, la presente ricerca si è posta come obiettivo indagare le esperienze di compassion satisfaction, compassion fatigue (declinata nei domini di burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e burnout genitoriale in individui che si occupano di minori con storie di esperienze traumatiche (gruppo ad alto rischio) e confrontarle con le

figure professionali che si occupano di minori all'interno di contesti educativi per l'infanzia (gruppo a basso rischio).

Nello specifico, il primo capitolo si concentra sulla descrizione del burnout lavorativo e dello stress traumatico secondario, sui fattori di rischio e protettivi (come la compassion satisfaction) ma anche sulle strategie di coping.

Il secondo capitolo definisce il costrutto del burnout genitoriale assieme alle conseguenze, oltre che occuparsi della prevenzione e relazione tra i fenomeni di burnout lavorativo e burnout genitoriale.

Il terzo capitolo è incentrato sulla ricerca, in particolare ne vengono specificati gli obiettivi e le ipotesi, il metodo, i partecipanti, gli strumenti utilizzati e le analisi statistiche condotte.

Nel quarto capitolo sono presentati i risultati delle analisi statistiche.

Nel quinto ed ultimo capitolo, i risultati vengono discussi con riferimento alle implicazioni cliniche e di ricerca. Infine, vengono riportati limiti e sviluppi futuri dello studio.

CAPITOLO 1

Fattori di rischio per le figure che si occupano di minori con storie di maltrattamento: burnout lavorativo e stress traumatico secondario

1.1 Il burnout lavorativo e stress traumatico secondario

Lavorare con bambini maltrattati è stato identificato come un fattore di rischio per il benessere psicologico degli operatori per la protezione dell'infanzia (Baugerud, Vangbæk & Melinder, 2018). Il maltrattamento sui minori è un problema globale con gravi conseguenze per tutta la vita. Secondo il *IV Colloquio criminologico di Strasburgo del Consiglio d'Europa*, il maltrattamento è “quell’insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono: la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino” (Simonelli, 2014).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS] afferma che a livello globale, il 36% dei bambini/e è vittima di abusi psicologici, il 23% dei bambini/e è vittima di abusi fisici, il 18% delle bambine e l'8% dei bambini/e sono vittime di abusi sessuali, mentre il 16% dei bambini/e sono vittime di trascuratezza (Fondazione Cesvi [CESVI], 2022). Parlando di ulteriori dati, secondo Terre des Hommes (2021) dal Servizio Analisi Criminale della Direzione Centrale della Polizia Criminale, i maltrattamenti contro familiari e conviventi minori di 18 anni, sono aumentati del 13% nel 2020, con un aumento del 137% nel decennio 2010-2020, complice anche la pandemia da Covid-19 (Theodorou, Brown, Jackson & Beres, 2022). Per quanto riguarda l'Italia, la *II Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti*, rivela che ad aprile 2021 sono 401.766 i bambini/e e gli adolescenti presi in carico dai servizi sociali, e di questi 77.493 sono vittime di maltrattamento. Le figure professionali che si occupano di assistenza all'infanzia e quindi di assistenza a minori maltrattati, possono far parte di una categoria professionale “vulnerabile”. Ciò è dovuto al fatto che un'esposizione a esperienze

particolarmente traumatiche e emotivamente intense, fanno sì che il soggetto possa risentirne. S'intendono diverse categorie come assistenti sociali, educatori, professionisti della salute che lavorano con i sopravvissuti di diversi traumi, tutte professioni definite "d'aiuto".

Si parla quindi di un contesto di cura che si contraddistingue per l'aiuto e l'ascolto che il professionista dà, in termini di assistenza, ai pazienti con traumi di diverso tipo. Il fatto di stare a contatto con bambini e bambine che fanno esperienza di traumi, incluse tutte le forme di maltrattamento fisico e emotivo, abuso sessuale, trascuratezza e sfruttamento, comporta loro una serie di reazioni emotive intense.

La letteratura ha diviso queste condizioni comportamentali ed emotive prodotte dall'aiuto ad altri traumatizzati (Boscarino et al., 2010) in due parti: il burnout (BO) e lo stress traumatico secondario (STS) (Stamm, 2010).

La condizione in cui il lavoratore è esposto in modo prolungato ad una situazione di stress all'interno dell'ambiente di lavoro, porta al burnout che può generare come conseguenze cinismo, inefficacia, diminuzione di una ridotta capacità lavorativa (Maslach & Jackson, 1984; Valent, 2002) e atteggiamenti negativi verso il proprio lavoro (definito anche disimpegno) (Demerouti, Mostert, & Bakker, 2010).

In particolare, Maslach (2003) definisce il burnout lavorativo come "un processo progressivo caratterizzato da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione del senso di realizzazione personale che, in ambito lavorativo, viene comunemente attribuito alle caratteristiche organizzative o ai fattori di stress (Font, 2012; Lizano & Mor Barak, 2015) e al lavoro del cliente (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001)". L'esaurimento emotivo è uno stato che si verifica quando le risorse emotive di un professionista si esauriscono a causa dei bisogni cronici, delle richieste e delle aspettative dei clienti, dei supervisori e delle organizzazioni (Maslach, 1998; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

La dimensione della depersonalizzazione (o cinismo) si riferisce alle risposte negative, ciniche o eccessivamente distaccate nei confronti di colleghi o pazienti e delle loro situazioni (Maslach, 1998; Maslach et al., 2001). Il senso di realizzazione personale si riduce quando: i professionisti della cura si sentono inadeguati quando i pazienti non rispondono al trattamento, nonostante gli sforzi fatti per aiutarli; come conseguenza ai vincoli burocratici e alle richieste amministrative che spesso accompagnano la pratica del

lavoro di cura ad esempio, il completamento delle cartelle cliniche dei pazienti (Newell & MacNeil, 2010).

Il burnout viene quindi comunemente attribuito alle caratteristiche organizzative o ai fattori di stress (Font, 2012; Lizano & Mor Barak, 2015) ma altri lo definiscono come un costrutto unidimensionale di esaurimento emotivo e distinguono tra burnout legato al paziente e al lavoro (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005).

Il burnout può iniziare gradualmente per poi progredire in intensità nel tempo e viene definito come l'effetto cumulativo del lavoro con i sopravvissuti a eventi di vita traumatici (Figley, 1995).

Gli effetti psicologici a lungo termine del burnout hanno dimostrato di essere un problema grave tra i professionisti dell'aiuto (Tham e Meagher, 2009) e le ricerche hanno dimostrato che il burnout è estremamente elevato tra gli assistenti sociali (Kim et al., 2009).

Molti operatori sociali sembrano sperimentare inoltre almeno uno o più sintomi dello stress traumatico secondario, osservando che una minoranza mostra addirittura sintomi di disturbo post-traumatico da stress (Bride, 2007). Considerando le statistiche, il 7% dei lavoratori che sono a contatto con persone traumatizzate, presenta sintomi di disturbo post-traumatico da stress, anche se non sono stati direttamente a contatto col trauma (Meadors, Lamson, Swanson, White & Sira, 2009; Thomas & Wilder, 2004).

Se da una parte si considera il burnout come una condizione di stress prolungata, dall'altra ci troviamo davanti anche al fenomeno dello stress traumatico secondario (STS). Questo concetto, si collega all'impegno che l'operatore sociale mette all'interno della relazione con la persona traumatizzata. Secondo una ricerca del 2018 condotta da Baugerud e colleghi, in un campione nazionale di 506 operatori per la protezione dell'infanzia, quasi il 37% ha riferito sintomi moderati di stress traumatico secondario. Uno studio condotto da Arnes e colleghi (2020), grazie alla Secondary Traumatic Stress Scale (Bride et al., 2004), ha individuato una prevalenza dello stress traumatico secondario compresa tra il 15 e il 35% circa in precedenti campioni di operatori sociali clinici.

Esso può manifestarsi all'improvviso con sintomi simili a quelli sperimentati da individui che hanno avuto un'esposizione primaria al trauma, con sintomi fisiologici come insonnia e aumento della pressione sanguigna; sintomi emotivi che possono includere depressione, irritabilità e intorpidimento emotivo; sintomi comportamentali di scarsa motivazione,

ipersensibilità, perdita di memoria o concentrazione, pensieri intrusivi, ricordi traumatici o incubi associati al trauma del cliente (APA, 2021; Bride, 2007; Figley, 1995; Rothschild, 2000).

La classificazione dei sintomi rientra in una delle tre categorie: pensieri intrusivi, risposte evitanti ed eccitazione fisica (Bride et al., 2004; Chrestman, 1999; Figley, 1999).

Sempre l'autore Figley (1995) ha riconosciuto la relazione tra lo stress traumatico secondario (STS) e i traumi legati al lavoro (primari e secondari) che influenzano il modo in cui il professionista si impegna sul proprio posto di lavoro. I professionisti diventano una vittima indiretta del trauma (Figley, 1995) in quanto possono sviluppare gli stessi sintomi fisiologici e psicologici (come evitamento, eccitazione e turbamento emotivo), della vittima del trauma o del maltrattamento.

Ciò che Figley tenta di spiegare è che riconoscendo queste condizioni di stress, sta diventando un rischio professionale fornire servizi diretti a popolazioni traumatizzate (Figley, 1999; Munroe et al., 1995; Pearlman, 1999).

Se un'esposizione al trauma crea degli effetti negativi al soggetto traumatizzato, una traumatizzazione "secondaria" può avere gli stessi identici risultati di una traumatizzazione primaria (Figley, 1999).

Nello specifico, la traumatizzazione secondaria include gli stessi sintomi di una traumatizzazione primaria come, immagini intrusive legate alle rivelazioni traumatiche del paziente, risposte evitanti, eccitazione fisiologica, emozioni angoscianti e compromissione funzionale (Chrestman, 1999).

Diversi risultati, possono dare sostegno alla concezione dello stress traumatico secondario, come non cumulativo ma come possibile risposta anche a una sola esposizione secondaria. Sembra infatti che la quantità e la durata dell'esposizione a un trauma secondario, siano forse meno determinanti del tipo di esposizione o, eventualmente, del metodo di gestione.

Diversi autori come McCann e Pearlman (1990) hanno parlato di come l'ascolto empatico verso altre persone con dei traumi, abbia trasformato gli schemi cognitivi e la visione del mondo arrivando a definire il cosiddetto "trauma vicario". Tuttavia, in generale è presente un disaccordo sul fatto che lo stress traumatico secondario sia effettivamente una sindrome distinta dal burnout, dalla compassion fatigue e dal trauma vicario; ciò che è certa è l'esperienza di sintomi come intorpidimento emotivo, difficoltà di concentrazione

e sensazione di scoraggiamento, nervosismo o fastidio, che sono dannosi per i professionisti dell'assistenza all'infanzia già sovraccarichi e stressati (Rienks, 2020).

La traumatizzazione vicaria (TV) è stata definita come un cambiamento cognitivo che altera la visione di sé e del mondo (Baird & Kracen, 2006; Pearlman & MacLan, 1995) derivante dall'impegno empatico cronico con i sopravvissuti al trauma (Pearlman, 1999, p. 52). Sul piano del benessere personale, difficoltà di concentrazione e sensazione di scoraggiamento, nervosismo o fastidio, depressione e irritabilità possono essere tutte conseguenze dello stress traumatico secondario (Rienks, 2020). A livello organizzativo, si assiste ad un potenziale impatto sul turnover del personale, con conseguenze che possono includere un aumento del carico di lavoro per il personale rimanente, un aumento degli oneri finanziari per le organizzazioni e una diminuzione della disponibilità e della qualità dei servizi forniti ai bambini e alle loro famiglie (Graef & Hill, 2000), portando a sua volta, a minori possibilità di permanenza dei bambini nei servizi di assistenza all'infanzia (Flower, McDonald & Sumski, 2005). Parlando di minori nello specifico, le prestazioni dei professionisti possono cambiare fino ad arrivare ad un vero e proprio burnout parentale (Lindahl Norberg et al., 2014; Mikolajczak et al., 2018). In questo modo, possono aumentare comportamenti violenti e di neglect verso i minori (Mikolajczak et al., 2018) e abusi (Crouch & Behl, 2001).

Gli studi futuri possono cercare di stabilire più chiaramente i precursori e la durata dello stress traumatico secondario e di distinguere ulteriormente i suoi sintomi dal trauma vicario (Rienks, 2020). Per questi motivi, dobbiamo considerare la letteratura riguardo ai limiti di questi costrutti e all'uso che gli autori ne fanno.

1.1.1 Limiti tra burnout e stress traumatico secondario

L'esistenza di alcuni limiti riguardo i costrutti del burnout, stress traumatico secondario e trauma vicario, ha fatto nascere una discussione clinica tra gli autori più competenti in questa materia.

A volte si parla di stress traumatico secondario in modo intercambiabile con "burnout", "compassion fatigue" o "trauma vicario", anche se diversi studiosi hanno sostenuto che si tratta di due fenomeni distinti (per una rassegna si veda Newell & MacNeil, 2010).

Lo stress traumatico secondario e il trauma vicario si riferiscono allo stesso concetto, con la differenza che lo stress secondario traumatico si basa sulla sintomatologia, mentre il trauma vicario si concentra nel senso più ampio sul significato e sull'adattamento (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Gli stessi autori appena citati, parlano della relazione tra la fornitura di servizi a popolazioni traumatizzate e la rottura del legame, dell'identità e quindi a sua volta delle relazioni interpersonali che includono bisogni psicologici e convinzioni su di sé come anche sugli altri (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Tuttavia, altri ricercatori hanno esaminato l'evidenza di questi fenomeni mettendo in discussione le distinzioni tra loro e persino la loro esistenza; questo perché hanno considerato il numero ridotto di studi empirici, le incongruenze nelle misurazioni e nei risultati e mettendo in guardia da esiti potenzialmente negativi o dannosi che potrebbero derivare da un'eccessiva enfattizzazione del loro impatto (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2010; Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Nello specifico, lo stress secondario traumatico e il trauma vicario vengono descritti con un esordio improvviso e come risultato di una relazione empatica con pazienti traumatizzati (Pearlman, 1999; Rienks, 2020).

Lo stress secondario traumatico, basato sul campo della traumatologia, enfatizza di più le manifestazioni comportamentali esteriori rispetto al processo di cambiamento cognitivo interno della traumatizzazione vicaria. Sono quindi due disturbi distinti con però caratteristiche simili, che possono manifestarsi indipendentemente l'uno dall'altro o come condizioni co-occorrenti.

Alcuni studiosi considerano la cosiddetta "compassion fatigue" (CF) ovvero la fatica compassionevole come una sindrome che comprende stress traumatico secondario e burnout professionale con sintomi fisici ed emotivi che si accumulano nel tempo (Bride et al., 2007).

Si tratta di una definizione generale che descrive l'esperienza complessiva di stanchezza emotiva e fisica che i professionisti dei servizi di cura sperimentano a causa di un uso continuo dell'empatia, quando trattano pazienti che stanno in qualche modo soffrendo (Figley, 2002b; Rothschild & Rand, 2006). L'esperienza della compassion fatigue si accumula nel tempo esattamente come il burnout professionale. Secondo Stamm (2010) è quindi una condizione che si divide in due parti: stress traumatico secondario e burnout.

Per quanto riguarda gli strumenti, la “Professional Quality of Life Scale”, conosciuta come ProQOL, è lo strumento più comunemente usato per misurare gli effetti positivi e negativi dell’esperienza lavorativa con persone che hanno vissuto eventi estremamente stressanti. Questo modello considera il burnout e lo stress traumatico secondario sotto l’unica dicitura di “compassion fatigue” (CF) che comprende esaurimento, frustrazione, rabbia e depressione tipiche del burnout.

Si tratta di conseguenze negative del caregiving professionale che includono lo stress derivante dall’attività lavorativa. D’altra parte, accanto alle conseguenze negative, si incorpora un aspetto positivo chiamato “compassion satisfaction” ovvero i sentimenti positivi riguardanti la capacità delle persone di aiutare gli altri con comportamenti altruistici. Il ProQOL è un test è composto da 30 item riguardanti esperienze professionali positive e negative, avute nell’ultimo mese, a cui si può attribuire un punteggio da 1 a 5 su scala Likert. Questo strumento viene utilizzato in un’ottica di cambiamento, all’interno di un’organizzazione, ad esempio per identificare le cose che vanno bene e quelle che non vanno. Oppure, alcune persone possono autosomministrarsi il ProQOL a intervalli regolari per verificare il proprio stato di salute come un “piano di cura di sé”.

Brinson (2012) ha riferito che nella popolazione degli “specialisti certificati della vita del bambino”, circa il 75% è a rischio di compassion fatigue. Tuttavia, riguardo la compassion fatigue ci sono dei limiti da indagare in materia di ProQOL. Alcuni studi mettono in dubbio la validità dei singoli item (Galiana, Arena, Oliver, Sansó, & Benito, 2017; Ghorji, Keshavarz, Ebadi, & Nasiri, 2018; Lago & Codo, 2013), mentre altri (Choi, 2018; Duarte, 2017; Heritage, Rees, & Hegney, 2018), suggeriscono che gli item selezionati che misurano la traumatizzazione secondaria e il burnout dovrebbero essere fusi per misurare un unico costrutto di compassion fatigue (Heritage et al., 2018). In particolare, la validità dell’item 2, ovvero la forte preoccupazione per più di un paziente, è stata messa in discussione nelle diverse versioni linguistiche del ProQoL (Galiana et al., 2017; Lago & Codo, 2013).

1.1.2. Fattori di rischio e protettivi

Come precedentemente riportato, coloro che svolgono professioni di aiuto a popolazioni particolarmente vulnerabili, presentano un maggior rischio di presentare esiti negativi a causa di queste esperienze che per loro sono emotivamente intense. Secondo la letteratura, i livelli di stress traumatico secondario negli operatori dei servizi di protezione dell'infanzia sono correlati a diversi ambiti d'interesse: il supporto dei pari, la dimensione del carico di lavoro, la storia personale di trauma e l'intenzione di rimanere al lavoro, una mancanza di relazione con la storia personale di trauma recente, il supporto amministrativo e l'esperienza professionale (Bride, Jones, & Macmaster, 2007).

I fattori che contribuiscono invece al burnout professionale, possono verificarsi a livello individuale, organizzativo o del paziente (o in combinazione). Il fattore di rischio maggiore per lo sviluppo del burnout professionale è il lavoro all'interno di servizi per la cura in generale (Fisackerly, Sira, Desai & McCammon, 2016). Le aspettative emotive legate al lavoro di cura, come l'obbligo di reprimere o mostrare abitualmente le emozioni e l'uso cronico dell'empatia, sono fortemente associate all'esperienza del burnout professionale (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Maslach & Leiter, 1997). Anche se le ricerche precedenti hanno trovato che lo stress traumatico secondario è diverso dal burnout, entrambe le condizioni hanno dimostrato di essere correlate alla compassion fatigue. Alcuni studi dimostrano che i fattori organizzativi e personali possono avere un impatto sul rischio di sviluppare burnout e lo stress traumatico secondario.

A proposito di ciò, si può sostenere che ci sono fattori di rischio legati alla condizione già esposta degli operatori.

La letteratura come sempre ci viene incontro e ha distinto diverse variabili a cui si deve porre attenzione. Un ruolo determinante lo assumono diversi fattori esterni ai professionisti, nell'influenza verso il fenomeno dello stress traumatico secondario, come ad esempio un clima organizzativo non favorevole all'interno dell'azienda in cui il soggetto lavora (Bride et al., 2007; Nelson-Gardell & Harris, 2003). Questa teoria suggerisce anche che i fattori esterni possono avere un impatto sul modo in cui un individuo risponde ai fattori di stress del suo ambiente.

Un esempio offertoci dalla ricerca, è legato al tipo di assegnazione all'unità di specializzazione medica, all'interno per esempio di un ospedale (Burtson & Stichler,

2010; Maytum, Heiman, & Garwick, 2004). Ad esempio, gli infermieri pediatrici sono più a rischio di sviluppare la *compassion fatigue* quando lavorano principalmente con pazienti affetti da patologie croniche piuttosto che con pazienti che necessitano di cure acute (Maytum et al., 2004).

Gli operatori professionali si trovano spesso ad affrontare contemporaneamente più elementi di rischio, come il conflitto di ruolo sul lavoro, vale a dire ricevere richieste contrastanti e incompatibili con il proprio ruolo professionale, e la necessità di gestire la gravità e la cronicità dei problemi sociali dei loro pazienti (Baugerud et al., 2018). Inoltre, l'esperienza di un carico di lavoro pesante, minacce e aggressioni da parte dei pazienti sono stati identificati come fattori che contribuiscono allo sviluppo dello stress traumatico secondario e *burnout* e quindi anche alla conservazione del posto di lavoro e sul turnover degli operatori del settore (Kim, 2011; LeBlanc et al., 2012; Storey e Billingham, 2001). Altre ricerche, sostengono che lo stress lavorativo degli operatori deriva anche dal tipo di interventi diretti verso i pazienti, come la guida dei genitori dei bambini e le relazioni che si formano con quest'ultimi in situazioni di eventi stressanti (Wooten et al., 2011).

Un altro aspetto importante è quello psicosociale, il quale impatta sul funzionamento specifico e può sia ridurre, ma anche contribuire allo stress traumatico secondario e al *burnout* (Wooten et al., 2011). La mancanza di supporto sociale (Kim e Stoner, 2008) e la riduzione del senso di soddisfazione sul lavoro (Craig e Sprang, 2009) sono fondamentali quando si lavora con bambini maltrattati, poiché l'operatore investe molto dal punto di vista del coinvolgimento emotivo.

Sul piano personale e individuale, la ricerca ha posto in primo piano alcuni punti da considerare in quanto a rischio.

In primis, l'aver vissuto un trauma personale infantile (Bride et al., 2007; Nelson-Gardell & Harris, 2003), aumenta la probabilità di sviluppare una situazione di stress traumatico secondario in un professionista, che lavora in ambienti che si occupano di bambini. Questo elemento combinato con altri fattori predice comportamenti come ad esempio l'abbandono. Un ulteriore fattore riguarda il fatto di avere meno anni di esperienza lavorativa (Dagan, Ben-Porta, & Itzhaky, 2015) e un coping disadattivo (ad esempio, Follette, Polusny, & Milbeck, 1994), caratterizzato da strategie evitanti, disimpegno, strategie focalizzate sulle emozioni (Scarpa & Haden, 2006).

I lavoratori più giovani sono a rischio, non tanto per l'età ma piuttosto per i limitati meccanismi di coping che derivano da una maggiore esperienza, in quanto non hanno avuto la possibilità di lavorare sulle strategie protettive dinanzi ai rischi (Arvey & Uhleman, 1996; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000). È proprio l'uso individuale di abilità di coping disadattive in risposta al lavoro sul trauma, come la soppressione delle emozioni, l'allontanamento dai pazienti e la rievocazione delle dinamiche di abuso, che sono segnali di allarme identificati per queste condizioni (Dunkley & Whelan, 2006; Farrell & Turpin, 2003; Schauben & Frazier, 1995). Di conseguenza, sono fattori che possono portare a comportamenti come assenteismo frequente e ritardo cronico, e che possono contribuire all'esperienza del burnout professionale (Barak, Nissly, & Levin, 2001; Lloyd, King, & Chenoweth, 2002; Thorton, 1992).

Quindi, i professionisti con un elevato numero di casi di situazioni legate al trauma, pur avendo una scarsa esperienza clinica con i pazienti traumatizzati, sono particolarmente vulnerabili agli effetti di queste condizioni (Lerias & Byrne, 2003; Pearlman & MacJan, 1995).

D'altra parte, secondo Dagan e collaboratori (2016), un maggior numero di anni d'esperienza lavorativa, non sono stati associati in modo significativo allo stress traumatico secondario, sebbene l'associazione studiata fosse risultata negativa. Nonostante il numero di anni d'esperienza possa presentarsi come fattore protettivo per alcuni professionisti dell'aiuto, non è risultato un fattore particolarmente significativo per il campione di assistenti sociali clinici considerato dalla ricerca (Dagan et al., 2016).

Sempre sul piano della storia personale, i ricercatori hanno individuato che lo stile di attaccamento, può costituire un fattore di rischio per gli individui nello sviluppare un'esperienza di stress traumatico secondario.

Il modello operativo interno, fa riferimento a rappresentazioni mentali derivanti da esperienze di interazione con la figura di attaccamento (Simonelli, 2014), ed è in parte legato alle modalità con cui l'individuo ha ricevuto conforto e senso di vicinanza dai suoi caregiver quando ha affrontato l'ansia durante l'infanzia (Bowlby, 1973). Partendo dall'origine, ci riferiamo al lavoro di Bowlby (1973) riguardo due delle quattro dimensioni dell'attaccamento: quello evitante e ansioso.

Quando le persone sono angosciate, attivano il loro orientamento all'attaccamento che influenza il modo in cui riducono la paura, l'ansia e le forme di disagio correlate (Simpson & Rholes, 2012).

Ad esempio, le persone con attaccamento ansioso, hanno una maggiore tendenza a utilizzare strategie focalizzate sulle emozioni o di iperattivazione quando affrontano lo stress, mentre le persone con un attaccamento sicuro, tendono a utilizzare più rapidamente strategie focalizzate sui problemi e quindi a disattivare la loro risposta allo stress (Simpson & Rholes, 2012). Un operatore sanitario con attaccamento ansioso potrebbe essere a rischio di sviluppare disagio e potrebbe mettere in pratica strategie di coping iperattivanti (come esagerazioni nella valutazione delle minacce, visione negativa di sé e convinzioni pessimistiche e catastrofiche sulle transazioni con le altre persone) di fronte a eventi emotivi e stressanti (Mikulincer et al., 2003). Negli adulti, potrebbe svilupparsi una maggior associazione tra determinate caratteristiche come disregolazione emotiva (Mikulincer & Shaver, 2012) e sintomi di stress post-traumatico (O'Connor & Elkit, 2008; Franz et al., 2014), con una specifica tipologia di attaccamento. Su questo però poche ricerche hanno esaminato la relazione come variabile nello sviluppo di stress traumatico secondario e burnout.

Considerando diversi scenari, un operatore ansioso che lavora con i bambini, può avere delle difficoltà di auto regolazione emotiva in varie situazioni a causa di ricordi infantili negativi (ad esempio quando interagisce con bambini maltrattati) e quindi può avere dei problemi nella relazione (Mikulincer & Shaver, 2007).

È stato suggerito che gli operatori con un disturbo d'ansia preesistente, un disturbo dell'umore o una storia personale di trauma possono essere maggiormente a rischio di incorrere in condizioni di burnout (Lerias & Byrne, 2003; Dunkley & Whelan, 2006; Gardell & Harris, 2003).

Inoltre, una mancanza di controllo e di autonomia nel professionista, può essere un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo di burnout; questi due costrutti sono stati associati negativamente alla realizzazione personale, al cinismo e all'esaurimento emotivo (Alarcon, 2011). Si osservano anche fattori di stress ambientali, i quali acquisiscono maggior importanza nella soddisfazione per il proprio lavoro.

I soggetti che presentano una bassa soddisfazione lavorativa, possono avere un alto rischio di burnout e una conseguente intenzione di lasciare il proprio lavoro (Munn, Berber, & Fritz, 1996).

Questi risultati sono coerenti con altri lavori che hanno documentato il fatto che molti operatori dell'assistenza all'infanzia lasciano il lavoro entro i primi tre anni di impiego (Chenot, Benton, & Kim, 2009; Griffiths et al., 2017; Smith, 2005; United States General Accounting Office, 2003).

Questi risultati sono di particolare importanza nell'ambito dell'assistenza all'infanzia, poiché il datore di lavoro può potenzialmente influire queste correlazioni attraverso interventi specifici. È importante l'impatto della cultura organizzativa dell'azienda sui singoli lavoratori (Catherall, 1995). In generale, con "cultura organizzativa" s'intendono gli assunti, valori, norme e segni tangibili (artefatti) dei membri dell'organizzazione e dei loro comportamenti (Catherall, 1995). Questo aspetto è particolarmente rilevante per gli assistenti sociali che operano all'interno di organizzazioni che si occupano nello specifico di popolazioni con un trauma (Bell, Kulkarni, & Dalton, 2003; Rudolph, Stamm, & Stamm, 1997).

A livello macro, diverse caratteristiche organizzative sono state identificate come fattori di rischio. Ad esempio, il contesto organizzativo e i vincoli burocratici, la supervisione inadeguata, la mancanza di disponibilità di risorse per i pazienti e la mancanza di supporto da parte dei colleghi professionisti (Dunkley & Whelan, 2006; Farrell & Turpin, 2003; Catherall, 1999, 1995). Il fatto che la cultura di un'organizzazione riconosca o meno il trauma vicario, lo stress traumatico secondario e la "compassion fatigue" come reazioni normali ai traumi dei pazienti, può contribuire in modo significativo alla capacità di coping dei professionisti che sperimentano queste condizioni.

L'accettazione da parte dell'organizzazione aiuta ad alleviare gli stigmi che i lavoratori traumatizzati possono avere nei confronti di queste reazioni, come il sentirsi inadeguati o incapaci di portare a termine efficacemente le responsabilità lavorative (Bell, Kulkarni, & Dalton, 2003).

È stato dimostrato inoltre che altri fattori organizzativi contribuiscono al burnout professionale: carichi di lavoro eccessivamente elevati, mancanza di controllo o di influenza sulle politiche e sulle procedure dell'organizzazione, iniquità nella struttura e nella disciplina dell'organizzazione, scarso sostegno da parte dei colleghi e dei

supervisor, scarsa formazione da parte dell'azienda e sul lavoro (Barak, Nissly, & Levin, 2001; Maslach & Leiter, 1997). Comportamenti organizzativi, come assenteismo frequente, ritardo cronico, stanchezza cronica, evidenza di scarsa cura dei clienti e basso tasso di completamento dei compiti clinici e amministrativi, dovrebbero essere considerati segnali di allarme per il burnout (Barak, Nissly, & Levin, 2001; Cyphers, 2001; Lloyd, King, & Chenoweth, 2002). Bronfenbrenner (1979) offre un modello dello sviluppo umano e dell'interazione tra la persona e l'ambiente ecologico che la circonda, costantemente in evoluzione. Ogni sistema presenta un livello in cui si sviluppa la persona. Partendo da quello interno a quello esterno, si distinguono: il microsistema (elementi che hanno un impatto immediato e diretto sullo sviluppo del bambino come la famiglia, la scuola), il mesosistema (relazione tra più ambienti in cui il bambino partecipa, ad esempio tra scuola-famiglia), esosistema (è il più ampio sistema sociale in cui il bambino non è direttamente coinvolto) e macrosistema (le leggi, i modelli che caratterizzano una determinata società) (Campos-Gil, Ortega-Andeane, & Vargas, 2020). Se si pensa al microsistema studiato da Bronfenbrenner (1979), si può notare come membri della famiglia del soggetto, in questo caso un professionista della cura, possono influenzare la loro relazione. In molti casi, il lavoro interferisce con la famiglia e per questo può essere stressante.

È il risultato di una costrizione di ruolo dovuta al fatto di dover ricoprire sia un ruolo lavorativo che un ruolo familiare, che può portare a conflitti interpersonali e che è stato dimostrato essere un fattore di rischio per lo sviluppo del burnout lavorativo (Lingard & Francis, 2006). Ciò indica che i compiti associati alla vita familiare possono essere resi più impegnativi dalle richieste del lavoro e viceversa (Bellavia & Frone, 2005). Alte richieste contrastanti (il conflitto di ruolo) sono state associate a livelli più elevati di esaurimento emotivo e depersonalizzazione nel soggetto (Ghorpade et al., 2011) e possono interferire con la capacità di portare a termine i compiti lavorativi, portando così a un livello di burnout.

Il conflitto lavoro-famiglia, secondo gli studi, è il più forte predittore di sintomi di stress traumatico secondario indicando ancora una volta, che sperimentare un conflitto interpersonale quando si lavora con i bambini che hanno subito traumi e si ascoltano le loro storie emotive (ad esempio abusi sessuali o fisici), è associato a un impatto psicologico negativo (Baugerud et al., 2018).

Se si considera il macrosistema all'interno del quale siamo inseriti, sia come soggetti unici che come soggetti lavoratori, la resilienza degli individui può essere influenzata anche dal contesto socioculturale di appartenenza. L'essere esposti a giudizi negativi da parte della stampa riguardo il proprio lavoro potrebbe intaccare il lavoro dei professionisti. Un esempio che la letteratura ci riporta, riguarda alcune manifestazioni di protesta contro le pratiche di assistenza in Norvegia.

In particolare, i media norvegesi tendevano a scrivere che le organizzazioni per la protezione dei bambini, facevano troppo poco per i bambini maltrattati. L'attenzione negativa e una cattiva impressione del lavoro che svolgono questi professionisti, può creare in quest'ultimi poca fiducia in sé stessi e quindi promuovere una sensazione interiore di impotenza nello svolgere il proprio lavoro, nonché dubbi sulle proprie competenze e decisioni (Baugerud et al., 2018).

Oltre a quanto già detto, riguardo una minore percezione della salute, può esserci un collegamento anche con un aumento delle abitudini non salutari.

Griffiths, Royse e Walker (2018) hanno riscontrato che l'aumento dello stress dovuto al lavoro di protezione dell'infanzia, è associato alla percezione da parte degli operatori di un aumento delle abitudini malsane e di una scarsa salute fisica e mentale.

Se da una parte gli studiosi si sono dedicati a numerosi fattori di rischio legati al burnout e allo stress traumatico secondario, dall'altra possiamo considerare quei fattori "protettivi" che aiutano a prevenire e proteggere i professionisti dai rischi. Molti soggetti possono avere un'idea molto limitata di come identificare i segni e i sintomi di questi problemi o di come utilizzare la cura di sé come misura preventiva (Lerias & Byrne, 2003; Shackelford, 2006).

Chiaramente, questa mancanza di consapevolezza, aumenta la loro vulnerabilità agli effetti di queste condizioni. È di vitale importanza che gli assistenti sociali e gli altri professionisti che forniscono servizi a popolazioni vulnerabili, comprendano i fattori di rischio e i sintomi associati al burnout professionale, alla traumatizzazione vicaria, allo stress traumatico secondario e alla compassion fatigue.

Potrebbe essere efficace una supervisione con i colleghi nel mitigare questi effetti nei lavoratori per l'infanzia. Secondo la letteratura, i partecipanti di una ricerca condotta da Bethany e colleghi nel 2016, che hanno avuto l'opportunità di fare debriefing con i

colleghi dopo un'esperienza emotivamente traumatica, hanno rischiato meno di sviluppare questi fenomeni rispetto a quelli che non hanno avuto questa opportunità. Si evidenzia quindi che il supporto sociale potrebbe essere un fattore protettivo; la fornitura e la disponibilità continua di supporto sociale sembra essere un'area promettente per la prevenzione (Sage, Brooks, & Greenberg, 2018).

La qualità della vita professionale misurata dal ProQOL (vedi *Figura 1*) incorpora due aspetti, quello negativo (compassion fatigue) di cui abbiamo parlato prima e quello positivo (compassion satisfaction). La compassion satisfaction (CS) è stata definita come "il livello di soddisfazione che i professionisti dell'assistenza trovano nel loro lavoro e il grado di successo che essi hanno nel loro lavoro" (Conrad & Kellar-Guenther, 2006, pp. 1073-1074).

Le persone che si sentono soddisfatte della propria posizione hanno in genere un rischio minore di compassion fatigue (Figley, 1995). La compassion satisfaction riguarda il piacere che si trae dall'essere in grado di fare bene il proprio lavoro. Per esempio, si potrebbe sentire il piacere di aiutare gli altri attraverso il proprio lavoro. Ci si può sentire positivamente riguardo ai colleghi o alla capacità di contribuire all'ambiente di lavoro o anche al bene più grande della società. Alcuni studi hanno indicato che la compassion satisfaction può essere un fattore protettivo e quindi attenuare la compassion fatigue tra i diversi professionisti (Sprang et al., 2007; Collins & Long, 2003; Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

Altri hanno analizzato la connessione tra fattori di rischio e protettivi, nonché diversi aspetti della soddisfazione e/o dello stress lavorativo (McFadden et al., 2014).

All'interno del contesto organizzativo, alcuni elementi del lavoro, tra cui un livello adeguato di sfida lavorativa, sentimenti di competenza, processi motivazionali e senso di appartenenza a un'organizzazione stimolante, hanno predetto livelli più elevati di compassion satisfaction (Baugerud et al., 2018).

È opportuno concentrarsi sui livelli di compassion satisfaction negli interventi futuri perché, quando si tratta della capacità di un operatore di provare piacere nell'aiutare e nel prendersi cura degli altri, questo sembra essere un importante contributo alla prevenzione di burnout e stress traumatico secondario.

Bassi livelli di compassion satisfaction e un elevato carico di lavoro sono stati i più forti predittori di un punteggio elevato per il burnout, mentre il conflitto lavoro-famiglia, il

carico di lavoro e un punteggio elevato per l'ansia da attaccamento, hanno predetto i sintomi di stress traumatico secondario (Baugerud et al., 2018). Se da una parte, l'uso cronico dell'empatia aumenta il rischio di stress traumatico secondario, dall'altra gli studi concordano sul fatto che l'empatia è fondamentale per una pratica clinica efficace e per ottenere risultati terapeutici positivi (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Gibbons, 2011; Neumann et al., 2009).

L'empatia viene definita come un processo multidimensionale capace di comprendere ciò che gli altri provano e pensano. Comprende quattro componenti che possono essere apprese: risposta affettiva, consapevolezza di sé e dell'altro, assunzione di prospettiva e regolazione delle emozioni (Gerdes, Lietz, & Segal, 2011). La risposta affettiva è l'unica componente fisiologica, vale a dire che coinvolge processo automatico e inconsapevole di condivisione degli affetti, o il rispecchiamento delle azioni di un'altra persona, mentre le altre tre sono maggiormente legate a processi cognitivi (Wagaman, Geiger, Shockley, & Segal, 2015). Ad esempio, se l'operatore si siede con un paziente che piange, il professionista può avere la sensazione che stia per piangere, a causa dell'azione automatica di rispecchiamento che avviene in modo inconsapevole perché il nostro sistema di neuroni specchio, attiva le stesse sensazioni fisiologiche come se stessimo effettivamente compiendo l'azione. Tuttavia, anziché iniziare a piangere, l'operatore sperimenta le altre componenti dell'empatia che si attivano per elaborare questa risposta affettiva. Nell'esempio sopra citato, impegnando tutte e tre queste componenti cognitive, l'operatore è in grado di sentire l'angoscia del paziente che piange, ma di riconoscere la differenza tra le azioni del paziente e quelle dell'altro.

La consapevolezza di sé e dell'altro è una componente cognitiva dell'empatia che enfatizza la capacità di separare sé stessi dagli altri, compresi i propri pensieri e sentimenti, che è il processo di definizione e mantenimento dei confini.

Per questo, i risultati di uno studio, suggeriscono che l'empatia può essere un fattore che contribuisce al mantenimento del benessere e della longevità degli operatori sociali sul campo (Wagaman et al., 2015). Da parte delle organizzazioni, esiste un'opportunità significativa di utilizzare l'empatia nella preparazione degli operatori sociali per affrontare i fattori legati al burnout e allo stress traumatico secondario.

Quindi, l'attenzione alla formazione specifica degli assistenti sociali, sulla consapevolezza del sé e dell'altro, sia prima di entrare nel campo che durante il lavoro,

potrebbe servire come fattore protettivo contro lo stress traumatico secondario aumentando la compassion satisfaction.

Inoltre, la risposta affettiva ha una relazione positiva con la compassion satisfaction (Wagaman et al., 2015). D'altra parte, se una risposta affettiva non è regolata adeguatamente, potrebbe potenzialmente esse in grado di creare disagio in un individuo. Gli assistenti sociali possono aver bisogno di condividere le loro emozioni con i pazienti. Questo processo di condivisione degli affetti, sebbene spesso contestualizzato in termini di trauma e dolore, includerebbe anche la condivisione della gioia e dei successi del paziente.

Questa condivisione di affetti può essere importante per mantenere un senso di soddisfazione nel proprio lavoro, che è collegato a un minor rischio di compassion fatigue. Anche la capacità di regolare le risposte emotive ai pazienti, che sono di natura fisiologica, equipaggia gli assistenti sociali per proteggersi dall'esposizione ripetuta a coloro che hanno sperimentato dolore e trauma. Oltretutto, la regolazione delle emozioni è un'abilità che può essere appresa e affinata attraverso la formazione.

A differenza dell'aspetto affettivo, le componenti cognitive dell'empatia, come la consapevolezza di sé e dell'altro e la regolazione delle emozioni, sembrano contribuire in modo significativo alle componenti della compassion fatigue (Wagaman et al., 2015). Un'adeguata capacità di regolazione emotiva, verso le reazioni fisiologiche dei pazienti, aiuta gli operatori a proteggersi dall'esposizione ripetuta a situazioni di dolore e trauma (Wagaman et al., 2015).

La protezione contro la compassion fatigue è anche legata a livelli più elevati di esperienza, allo sviluppo di conoscenze e competenze professionali e alla soddisfazione sul lavoro (Burtson & Stichler, 2010). Diversi fattori quindi svolgono un ruolo protettivo nel promuovere il benessere emotivo dei professionisti di cura.

Uno studio norvegese ha analizzato un numero significativo di operatori di protezione dell'infanzia, laureato in un corso di laurea specificamente incentrato sul benessere dei bambini ed ha notato che a differenza di coloro che si sono laureati in lavoro sociale, presentano solo livelli moderati di burnout e stress traumatico secondario (Baugerud et al., 2018). Il fatto di essere più preparati e di possedere maggiori conoscenze su come aiutare i bambini in difficoltà rispetto ai colleghi che svolgono professioni simili, può spiegare questo risultato.

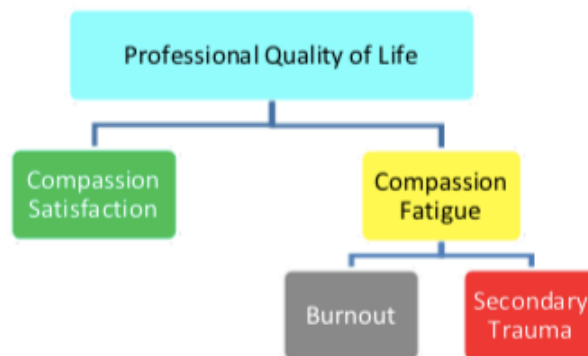


Figura 1. Diagramma “Professional Quality of Life Scale” (Stamm, 2010)

1.2 Strategie di coping in professionisti ad alto rischio

La ricerca ha dimostrato che sia le strategie di cura di sé che l’aiuto ai professionisti dell’assistenza, per trovare soddisfazione e gratificazione nel loro lavoro, sembrano aumentare la soddisfazione degli operatori e proteggerli da burnout e stress traumatico secondario (Alkema et al., 2008; Sprang et al., 2007). La cura di sé, intesa come una serie di attività che un individuo può intraprendere allo scopo di gestire la propria salute fisica ed emotiva (Lee & Miller, 2013), è sempre più considerata una strategia valida per migliorare le sfide di questa professione.

Per questo motivo, i professionisti ad alto rischio possono mettere in pratica delle strategie di coping utili per affrontare situazioni di difficoltà.

Come accennato precedentemente, il coping è spesso classificato come una dicotomia che implica l'evitamento (disimpegnato) o l'approccio (attivo o impegnato) (ad esempio, Moos & Schaefer, 1993), e quando viene utilizzato per problemi legati al lavoro, le strategie evitanti tendono a essere associate a risultati più negativi, mentre gli approcci più attivi tendono a portare a risultati più positivi.

Ad esempio, studi precedenti hanno dimostrato alti livelli di esaurimento emotivo tra gli operatori dei servizi sociali e anche se l'uso di strategie di coping attive ha fornito qualche beneficio al loro benessere, le strategie evitanti sono state dannose (Anderson, 2000).

La strategia che, secondo Rienks (2020), gli operatori potrebbero attuare, è una ricerca di risorse che li aiutino a conoscere meglio i segni e i sintomi e l'elaborazione di un piano per la cura di sé da mettere in pratica regolarmente. Secondo la ricerca condotta dall'autrice, considerando le diverse strategie di coping tra i due gruppi presi di riferimento (appartenenti al campione degli assistenti all'infanzia), la strategia di attuare un piano personale di una cura di sé faceva la differenza tra i due.

Le strategie di coping si sovrappongono notevolmente alla "cura di sé", che sostiene l'adozione di un approccio informato sui traumi per affrontare i fattori di stress, come la partecipazione a corsi di formazione specializzati, la consapevolezza delle proprie risposte ai fattori di stress e il ricorso al supporto di un supervisore che possa offrire un supporto. La cura di sé professionale è l'utilizzo di abilità da parte dei lavoratori per mantenere le proprie esigenze personali, familiari, emotive e spirituali mentre si occupano dei bisogni e delle richieste dei loro pazienti (Figley, 2002b; Stamm, 1999).

Lee e Miller (2013) hanno delimitato due domini della cura di sé: personale e professionale. La cura di sé personale è “un processo di impegno mirato in pratiche che promuovono la salute olistica e il benessere di sé”, mentre la cura di sé professionale è definita come “il processo di impegno mirato in pratiche che promuovono un uso efficace e appropriato di sé nel ruolo professionale nel contesto di sostenere la salute olistica e il benessere”. Altri domini identificati in letteratura includono gli aspetti fisici, spirituali, sociali ed emotivi della cura di sé (ad esempio, Barker, 2003; Grise-Owens et al., 2016). Dorociak e collaboratori (2017) hanno integrato tutti questi temi definendo la cura di sé come un “processo multidimensionale e sfaccettato di impegno mirato in strategie che promuovono un funzionamento sano e migliorano il benessere”. La cura di sé può essere un modo per alleviare le sfide che affliggono la forza lavoro del benessere dei bambini. Ciò che è emerso dai risultati di una ricerca americana, è che gli operatori dell'assistenza all'infanzia si impegnano nella cura di sé solo a livelli moderati (Miller, Donohue-Dioh, Niu, & Shalash, 2018).

Livelli e tipi diversi di salute (ad esempio, salute mentale o fisica) infatti possono avere un impatto sulla cura di sé. Tradizionalmente, la cura di sé viene inquadrata quasi esclusivamente come attività fisica, ad esempio andare in palestra. Una concezione più ampia della cura di sé promuoverebbe un impegno globale, ampliando così la consapevolezza e l'attenzione verso questo costrutto (Grise-Owens et al., 2016).

Le strategie di auto cura si dividono in diverse categorie.

Quelle individuali di cura di sé, suggerite per il burnout, includono la definizione di obiettivi realistici per quanto riguarda il carico di lavoro e l'assistenza ai clienti, l'utilizzo di pause caffè e pranzo, un adeguato riposo e relax e il mantenimento di legami positivi con amici e familiari stretti (Maslach, 2003).

Le strategie biocomportamentali generali, come il mantenimento della salute fisica, un'alimentazione equilibrata, un sonno adeguato, l'esercizio fisico servono a tamponare gli effetti della compassion fatigue e del trauma vicario (O'Halloran & O'Halloran, 2001; Pearlman, 1999; Zimering, Munroe, & Gulliver, 2003). Il mantenimento della cura di sé in generale può anche comportare l'uso di forme positive di espressione di sé, come il disegno, la pittura, la scultura, la cucina o le attività all'aperto (Hesse, 2002).

Il mantenimento di legami spirituali attraverso la chiesa, la medicina, lo yoga, le attività filantropiche e l'auto-rivitalizzazione sono tutti elementi che contribuiscono a migliorare la cura di sé in generale, che blocca gli effetti dei fenomeni citati precedentemente.

Infine, il ricorso al sostegno emotivo e sociale di familiari e amici è stato indicato come un'utile difesa contro i sintomi di stress traumatico secondario, trauma vicario e compassion fatigue (Figley & Barnes, 2005; Phipps & Byrne, 2003; Ray & Miller, 1994; Stamm, 1999).

Per gli individui che sperimentano lo stress traumatico secondario, la psicoterapia può essere un'opzione di trattamento ragionevole, in particolare per coloro che hanno una storia di traumi passati (Gardell & Harris, 2003; Hesse, 2002).

Salloum e collaboratori (2015) hanno studiato che gli operatori che si impegnano in pratiche di cura di sé appropriate, sperimentano un aumento dell'efficacia della pratica professionale (Sanso et al., 2015), della percezione della professionalità (Asuero et al., 2014) e altri effetti positivi, riferendo d'altra parte però livelli più bassi di burnout.

È possibile adottare diverse strategie per migliorare le pratiche di cura di sé tra gli operatori dell'assistenza all'infanzia. L'evidenza suggerisce che questi tipi di iniziative possono essere meglio collocate all'interno di un contesto organizzativo (Cox & Steiner, 2013; Kanter & Sherman, 2017; Miller et al., 2016). Diversi ricercatori hanno discusso l'importanza della cultura organizzativa, compreso il sostegno, per gli operatori del benessere dei bambini (ad esempio, Ellett, Ellis, Westbrook, & Dews, 2007; Lee, Forster, & Rehner, 2011; Madden, Scannapieco, & Painter, 2014; Kim & Kao, 2014, ecc.).

Perciò, le organizzazioni di assistenza all'infanzia hanno un ruolo e una responsabilità particolari nel promuovere il benessere del personale attraverso un'attenzione alle iniziative di benessere organizzativo (Kanter & Sherman, 2017; Miller et al., 2016).

Per avere un impatto efficace, i leader organizzativi devono comprendere e valorizzare l'impatto del benessere del personale (Kanter & Sherman, 2017) coinvolgendo il personale (Miller et al., 2016). Boyas, Wind e Ruiz (2015) dichiarano che “per soddisfare le esigenze di questi dipendenti e massimizzare il loro rendimento lavorativo, gli amministratori del benessere dei bambini dovrebbero fare uno sforzo concertato per comprendere meglio le esigenze uniche di questa forza lavoro sottoposta a forti pressioni”.

Ad esempio, le organizzazioni possono impegnarsi in studi partecipativi per raccogliere i suggerimenti dei dipendenti, in un'ottica di promozione di una cultura del lavoro sana. Per questo motivo, le organizzazioni possono assumere un ruolo particolare nel promuovere l'attenzione alla cura di sé come imperativo etico (National Association of Social Workers [NASW], 2008).

Oltre alle organizzazioni di assistenza all'infanzia, le istituzioni educative possono fare qualcosa per promuovere pratiche della cura di sé adeguate (Newell & Nelson-Gardell, 2014).

Ad esempio, le scuole possono offrire corsi esplicitamente dedicati all'insegnamento delle pratiche della cura di sé oppure offrire opportunità di formazione continua post-laurea relative a questa materia.

Inoltre, i dati suggeriscono che variabili come lo stato di salute, lo stato finanziario attuale e lo stato relazionale hanno un impatto significativo sulle pratiche di una cura di sé personale e professionale (Miller et al., 2018). Sempre più spesso le agenzie di servizi sociali, in generale, e le agenzie di assistenza all'infanzia, in particolare, riconoscono l'importanza della cura di sé nel contrastare i risultati problematici dei dipendenti (ad esempio, Grise-Owens, Miller, & Eaves, 2016; Salloum, Kondrat, Johnco, & Olson, 2015).

È interessante notare che le finanze e lo stato di salute sembrano avere un impatto sulla cura di sé. Certamente, questo risultato sottolinea la necessità di stipendi equi e giusti nelle professioni di aiuto e all'interno delle organizzazioni che possono promuovere questo miglioramento (Miller et al., 2018)

I professionisti che hanno riferito di avere sempre soldi da parte, sembrano impegnarsi in livelli più elevati di pratiche di cura di sé personale e professionale rispetto a coloro che si trovano in difficili situazioni finanziarie.

Se consideriamo il contesto dei fattori finanziari, le persone sposate/conviventi hanno maggiori probabilità di avere un doppio reddito e quindi maggior possibilità di cura di sé. Allo stesso modo, il supporto emotivo è un fattore di salute fisica e mentale. Per questo, nella ricerca di Miller e colleghi (2018), le pratiche di cura di sé professionale erano più elevate tra coloro che hanno dichiarato di essere sposati/conviventi rispetto a quelli non sposati/conviventi.

Secondo le statistiche, lo stato di salute e la situazione finanziaria attuale sono stati gli unici predittori significativi della cura di sé personale, mentre l'età, lo stato relazionale e la situazione finanziaria attuale sono stati gli unici predittori significativi della cura di sé professionale per i partecipanti allo studio condotto da Miller e colleghi (2018).

CAPITOLO 2

Burnout genitoriale: definizione, conseguenze e prevenzione

2.1 Definizione burnout genitoriale

Nel mondo si stima che tra i 5 e i 6 milioni di bambini (di età compresa tra 0 e 18 anni) vivano in istituti piuttosto che in contesti di accoglienza familiare, anche se questa potrebbe addirittura rappresentare una sottostima (Goldman et al., 2020). Possono crescere quindi in strutture residenziali formate da operatori dove la qualità e la natura delle cure sono differenti rispetto ad una famiglia (Van IJzendoorn et al., 2020). All'interno di queste strutture, la cura dei soggetti è affidata alla figura dell'educatore che si prende cura dei bambini e dei ragazzi nella loro totalità. Per questo, i professionisti che lavorano con minori, sono chiamati a tutti gli effetti ad essere figure di riferimento per i pazienti di cui si prendono cura, occupandosi di loro a livello pratico come dar da mangiare, fare il bagno ecc (Van IJzendoorn et al., 2011). Tuttavia, secondo alcuni autori, l'educatore è anche "un professionista della relazione", proprio perché gli si chiede di mettere in atto atteggiamenti empatici e costruire una relazione affettiva con l'altro (D'onofrio e Trani, 2011).

Diversi studi dimostrano che sia gli educatori che i minori presi in carico, sviluppano vere e proprie relazioni di attaccamento, anche se di tipo disorganizzato date da una condizione di abbandono (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). Anche secondo gli studi di Vorria e colleghi (2003), la maggior parte dei bambini di una comunità, mostra un qualche tipo di attaccamento verso i propri caregiver.

In tal senso, gli educatori professionali sono chiamati a svolgere una vera e propria funzione genitoriale e di parenting con i minori di cui si prendono cura e ciò li espone sia agli aspetti piacevoli che agli aspetti di fatica insiti nella genitorialità e frequenti in un "caregiver di riferimento".

In effetti, possono emergere degli aspetti complessi del lavoro all'interno di una comunità e portare i professionisti ad esperire livelli elevati di stress che, se non trattati adeguatamente, col tempo potrebbero degenerare in qualcosa a cui prestare attenzione (Bride et al., 2007).

A tal proposito, l'alternanza dei turni del personale e il numero ridotto di caregivers per ogni gruppo di bambini di cui prendersi cura, possono avere un impatto negativo sul benessere degli operatori (Bakermans-Kranenburg et al., 2011). A tutti gli effetti svolgere una funzione genitoriale è un lavoro complesso e stressante (per una rassegna, si veda Abidin & Abidin, 1990; Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 2008), al punto che, a volte, i genitori possono percepire le richieste date dal proprio ruolo, come gravose, se non sufficientemente supportate dalle proprie risorse (Janisse, Barnett, & Nies, 2009).

Fin dalla nascita, i figli possono sottoporre i genitori a un notevole stress (per una rassegna, si veda Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 2008). Il benessere psicologico infatti è un fattore significativo negli interventi per aiutare i genitori a crescere efficacemente i propri figli (Strauss et al., 2012). Uno degli aspetti che lo costituisce, è lo stress genitoriale provato dai genitori nelle interazioni con i figli poiché esso dipende anche dal loro benessere psicologico (Anthony et al., 2005). Lo stress genitoriale è un tipo specifico di stress ed è stato definito come la difficoltà che deriva dalle richieste dell'essere genitore. Una concezione multifattoriale dello stress genitoriale coinvolge le caratteristiche del bambino, del genitore e del contesto (Abidin, 1995; Ostberg e Hagekull, 2000; Reitman et al., 2002; Webster-Stratton, 1990). Una caratteristica fondamentale di qualsiasi teoria dello stress genitoriale è l'idea di un equilibrio tra la percezione che il genitore ha delle richieste di questo ruolo e l'accesso alle risorse disponibili per soddisfare tali richieste. Di conseguenza, lo stress genitoriale si manifesta quando le aspettative del genitore sulle risorse necessarie per soddisfare le richieste della genitorialità, non trovano corrispondenza nelle risorse disponibili (Goldstein, 1995).

È stato recentemente dimostrato che un'esposizione prolungata a uno stress genitoriale eccessivo può portare al burnout genitoriale (Lindström, Aman, & Norberg, 2011; Norberg, 2007; Norberg, 2010; Norberg, Mellgren, Winiarski, & Forinder, 2014). Il burnout genitoriale non è un normale stress genitoriale (Kawamoto, Furutani, & Alimardani, 2018; Lebert Charron, Dorard, Boujut, & Wendland, 2018; Roskam et al., 2017; Van Bakel, Van Engen, & Peters, 2018), bensì una risposta prolungata a uno stress genitoriale cronico ed eccessivo (Mikolajczak et al., 2019). Secondo la letteratura, è una sindrome unica e specifica del contesto, correlata ma empiricamente distinta dalla depressione, dal burnout lavorativo e dallo stress genitoriale (Roskam, Raes, & Mikolajczak, 2017).

Il burnout genitoriale è definito come “uno stato di intenso esaurimento legato al proprio ruolo genitoriale, in cui si diventa emotivamente distaccati dai propri figli e si dubita della propria capacità di essere un buon genitore” (Roskam, Raes, & Mikolajczak, 2017).

Esso deriva da uno squilibrio cronico dei rischi rispetto alle risorse nell'ambito della genitorialità (Mikolajczak & Roskam, 2018). Secondo l’*“International Investigation of Parental Burnout”*, il numero di genitori affetti da burnout genitoriale in futuro potrebbe salire al 9% nei Paesi occidentali (Roskam et al., 2021).

I genitori si sentono talmente svuotati dall'attività genitoriale che il solo pensare al loro ruolo di genitori li fa sentire esausti (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2019). Il burnout genitoriale si verifica quando lo stress genitoriale supera in modo grave e cronico le risorse dei genitori per farvi fronte e si manifesta attraverso quattro sintomi principali (Mikolajczak, & Roskam, 2020). Come prima dimensione, si parla di esaurimento eccessivo legato al ruolo: i genitori si sentono esauriti e affaticati dal loro ruolo. Si sentono stanchi quando si alzano al mattino e devono affrontare un'altra giornata con i loro figli; si sentono emotivamente prosciugati dal ruolo genitoriale, al punto che pensare al loro ruolo di genitori li fa sentire arrivati al capolinea. Nel tentativo di risparmiare le poche energie rimaste (teoria della conservazione delle risorse; Hobfoll, 1989), i genitori esausti si distaccano emotivamente dai figli. Sono sempre meno coinvolti nella genitorialità e nella relazione con i figli; fanno il minimo indispensabile per i figli ma non di più; le interazioni si limitano agli aspetti funzionali/strumentali a scapito di quelli emotivi (Mikolajczak, & Roskam, 2018; Mikolajczak, Brianda, Avalosse, & Roskam, 2018). Non si divertono più a stare con i figli e perdono la fiducia nel ruolo di genitore al punto che, a volte, non riescono più a sopportarlo. Infine, i genitori esauriti non si riconoscono più come i genitori che erano e volevano essere (Hubert & Aujoulat, 2018; Roskam, Brianda, & Mikolajczak, 2018).

Un'altra dimensione è il senso di inefficacia del ruolo genitoriale: i genitori sentono di non riuscire a gestire i problemi in modo calmo o efficace (Mikolajczak et al., 2018). C'è una perdita di realizzazione nel proprio ruolo genitoriale: i genitori si sentono stufi di fare i genitori e non sopportano più il loro ruolo di padre/madre.

Il burnout genitoriale si verifica quando è presente un divario prolungato tra i fattori di stress percepiti e le fonti di stress nell'ambito della genitorialità (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2021). Questo fenomeno è evidente non solo a livello psicologico, ma anche nel

corpo dei genitori, dove è possibile tracciare il livello di stress che un individuo ha vissuto nei 3 mesi precedenti (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2021).

In particolare, le ricerche di Brianda e colleghi (2020) si sono concentrate sul livello di cortisolo nei capelli. La concentrazione di cortisolo nei capelli è sempre più utilizzata come marcatore dell'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, in particolare nella ricerca psiconeuroendocrina (Stalder et al., 2017), ed è un agente dell'asse neuroendocrino ipotalamo-ipofisi-surrene implicato nelle avversità o situazioni di stress cronico. Dai dati di questo studio (Brianda et al., 2020), emerge come, il livello di cortisolo nei capelli dei genitori in cerca di un trattamento a seguito di un burnout genitoriale, era due volte superiore a quello dei genitori del gruppo di controllo. Oltre a ciò, a causa dell'esaurimento e del distacco emotivo, è anche probabile che i genitori esausti manchino di empatia (Wilkinson, Whittington, Perry, & Eames, 2017), non percependo così in modo accurato i bisogni dei figli. Secondo i risultati dello studio di Kalkan e collaboratori del 2022, l'esaurimento emotivo è la chiave per lo sviluppo del burnout genitoriale. Ciò che rende il burnout genitoriale una condizione psicologica preoccupante, è il numero di sintomi e la frequenza con cui vengono sperimentati. Per ciò che riguarda la valutazione di questo fenomeno, si può riconoscere l'utilità un colloquio clinico con uno psicologo o un medico esperto di burnout genitoriale. Una diagnosi basata su un colloquio clinico ha il vantaggio di dare al genitore che soffre, uno spazio per esprimere il proprio disagio ed essere ascoltato in modo non giudicante. Tuttavia, sono necessari anche alcuni strumenti diagnostici formali perché oltre alla loro utilità nella ricerca e negli studi epidemiologici, sono validi anche nella pratica (Mikolajczak & Roskam, 2020). Finora sono stati validati due strumenti per misurare il burnout genitoriale. Il primo, il Parental Burnout Inventory (PBI; Roskam, Raes, & Mikolajczak, 2017), è stato sviluppato sulla base del Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach, Jackson, & Leiter, 2010), utilizzato anche in questa ricerca. La concettualizzazione e la misurazione del burnout genitoriale sono state dedotte da quelle del burnout lavorativo (Roskam et al., 2017; Lebert-Charron et al., 2018). Come evidenziato nei paragrafi successivi, il burnout genitoriale e quello lavorativo hanno alcuni elementi in comune; per questo, Roskam e colleghi (2018) hanno adattato gli item del Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach et al., 1986) in modo che tutti gli item si riferissero senza ambiguità al contesto genitoriale. Uno strumento come il MBI analizza sintomi ed effetti

connessi al lavoro di coloro che svolgono una professione in contesti di cura. Il PBI suggerisce che il burnout genitoriale comprende tre sintomi principali: esaurimento legato al proprio ruolo genitoriale, allontanamento emotivo dai figli e perdita di efficienza genitoriale. Il PBI potrebbe non riflettere appieno l'esperienza dei genitori in burnout, dal momento che è stato utilizzato un metodo deduttivo (cioè gli item e le dimensioni del burnout genitoriale sono stati dedotti da quelli del burnout lavorativo) (Roskam et al., 2018). Sempre Roskam e collaboratori (2018) hanno utilizzato un metodo induttivo per sviluppare un altro strumento, basato sulle testimonianze dei genitori in burnout. È nato così il Parental Burnout Assessment (PBA), che a differenza del PBI, fornisce un importante criterio diagnostico sotto forma di contrasto con il sé genitoriale precedente, ovvero sui sentimenti di colpa e vergogna che derivano dalla discrepanza tra il sé genitoriale precedente e quello attuale (Kalkan et al., 2022). Il metodo induttivo ha permesso di sfumare la dimensione della perdita di realizzazione ed efficacia genitoriale dimostrando che, nel caso del burnout genitoriale, la perdita di piacere e di realizzazione nel ruolo genitoriale ha la precedenza sulla perdita di efficacia. Esso suggerisce che non tutti i genitori esauriti perdono efficienza, ma tutti perdono il piacere di essere genitori e di stare con i propri figli. Nel PBA, tutti i 23 item sono formulati in modo da misurare il burnout e, a differenza del PBI, è gratuito (Roskam et al., 2018).

2.1.1. Fattori protettivi e di rischio

Il burnout genitoriale, dipende non solo dai fattori di stress che gravano sul genitore, ma anche dalle risorse percepite, quali ad esempio sostegno da parte del coniuge e pratiche di educazione dei figli coerenti (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2021). Fortunatamente, gli aspetti positivi dell'attività genitoriale di solito compensano e addirittura superano gli aspetti stressanti e negativi. Quindi, per la maggior parte dei genitori, il bilancio tra risorse e richieste è positivo o comunque in equilibrio (Mikolajczak & Roskam, 2018).

I ricercatori però hanno scoperto che ci sono delle situazioni in cui i genitori sono maggiormente più a rischio, ovvero quando:

- mirano a essere genitori perfetti (Kawamoto et al., 2018)

- sono nevrotici o mancano di capacità di gestione delle emozioni e dello stress (Lebert-Charron et al, 2018; Le Vigouroux, Scola, Raes, Mikolajczak, & Roskam, 2017; Mikolajczak, Raes, Avalosse, & Roskam, 2018)
- mancano di supporto emotivo o pratico da parte dei co-genitori (Lindström, Åman, & Lindahl Norberg, 2010; Mikolajczak, Raes, et al., 2018) o dalla rete sociale più in generale come familiari, asili nido ecc (Séjourné, Sanchez-Rodriguez, Leboulenger, & Callahan, 2018)
- hanno pratiche di educazione dei figli inadeguate ad esempio l'essere incoerenti (Mikolajczak et al., 2021; Mikolajczak, Raes, et al., 2018)
- hanno figli con bisogni speciali che interferiscono con la vita familiare (Gérain & Zech, 2018; Lindahl Norberg, 2007; Lindström, Åman, & Lindahl Norberg, 2010)
- lavorano part-time o sono genitori casalinghi (Lebert-Charron et al., 2018; Mehauden & Piraux, 2018)
- la vita familiare è mal organizzata, ad esempio mancanza di routine o di ordine, mancanza di tempo per attività di svago che permettano ai genitori di prendersi una pausa (Mikolajczak et al., 2021)

La maggior parte dei genitori presenta questa serie di fattori di rischio, ma anche una serie di risorse (chiamati fattori protettivi). I fattori di protezione che contribuiscono a ridurre in modo significativo lo stress dei genitori sono ad esempio:

- l'autocompassione dei genitori
- l'elevata intelligenza emotiva
- le buone pratiche di educazione dei figli
- il tempo libero
- il rapporto positivo con i genitori e il sostegno esterno

È quando l'equilibrio tra rischi e risorse pende cronicamente dalla parte sbagliata che si verifica il rischio di sviluppare una condizione caratterizzata da burnout genitoriale (Mikolajczak & Roskam, 2018). Uno squilibrio continuo tra i rischi genitoriali e le risorse genitoriali può dare origine a un esaurimento emotivo e fisico che, successivamente, genera una cascata di pensieri e sentimenti negativi nei confronti di sé stessi come genitori

(Kalkan et al., 2022). Nelle ricerche, è stato dato molto risalto a quella che è la forte connessione tra l'esaurimento e la mancanza di gioia e appagamento nell'attività genitoriale (cioè il sentirsi stanchi) come elemento centrale dell'esperienza del burnout (Kalkan et al., 2022).

Secondo Mikolajczak e Roskam (2018), la genitorialità negativa (ad esempio pratiche di controllo psicologico sul bambino) è vista come un "rischio" che accelera la possibilità di burnout genitoriale nella famiglia. Altri studi confermano il fatto che una genitorialità negativa, scarsa o inefficace, aumenta la sindrome del burnout genitoriale (Mikolajczak et al., 2019; Mikolajczak, Raes, Avalosse, & Roskam, 2018; Mikolajczak & Roskam, 2018) e che è connesso al benessere psicologico dei genitori (Mikolajczak et al., 2019). Se il benessere di un individuo sul lavoro è il risultato dell'equilibrio tra le richieste e le risorse, si può citare il "*Job Demand-Resources model*" (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2007), una teoria del burnout lavorativo in rilievo perché predice il verificarsi del burnout (Hakanen et al., 2008) e fornisce indicazioni per ridurlo nelle organizzazioni (Schaufeli, 2017). Secondo questo modello, "il burnout lavorativo si sviluppa quando le richieste di lavoro sono elevate e quando le risorse lavorative sono limitate, perché tali condizioni di lavoro negative portano rispettivamente a un esaurimento delle energie e minano la motivazione dei dipendenti" (Demerouti et al., 2001, p. 499). Ciò che hanno fatto Mikolajczak e Roskam (2018) è stato importare i principi di questo modello nel campo della genitorialità per poter affermare che "il burnout genitoriale si sviluppa quando le risorse (fattori protettivi) dei genitori sono insufficienti a soddisfare le richieste (fattori di rischio), qualunque esse siano" (vedi Figura 2).

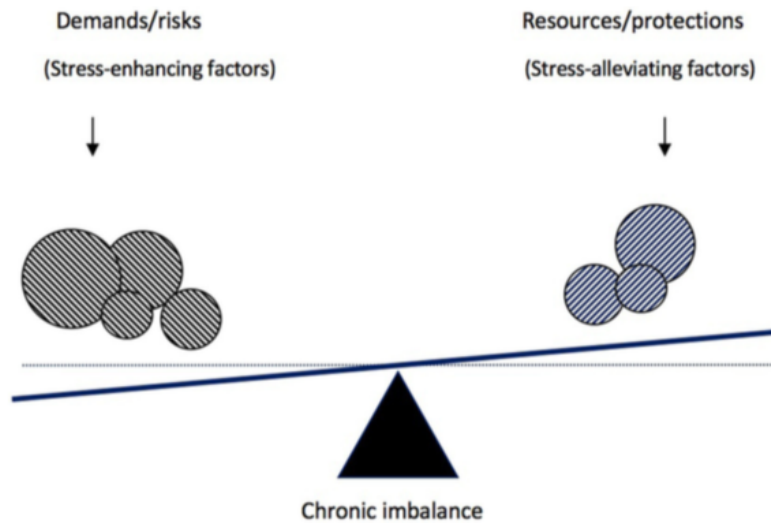


Figura 2. Rappresentazione del bilancio tra rischi e risorse della teoria del burnout parentale (Mikolajczak & Roskam, 2018)

Il burnout genitoriale derivante dallo squilibrio tra le richieste (fattori di rischio) e le risorse (fattori di protezione) è illustrato nella *Figura 2*. Il concetto dell'equilibrio quindi può essere utilizzato per creare una nuova teoria.

Dal punto di vista teorico, Mikolajczak e colleghi (2021) fanno una precisazione importante: la presenza di risorse non significa assenza di rischi. Ad esempio, il fatto che un co-genitore non denigri il ruolo genitoriale dell'altro, non significa che lo apprezza. Riportando il modello precedentemente citato di Bronfenbrenner (1979), i fattori di rischio e le risorse possono teoricamente appartenere a uno qualsiasi dei cinque livelli. L'esosistema e il macrosistema spesso aumentano o diminuiscono lo stress genitoriale attraverso il loro impatto sui doveri dei genitori.

Ad esempio, gli asili nido diminuiscono lo stress dei genitori perché alleviano gli impegni dei genitori. D'altra parte, alcuni suggerimenti da parte dello stato sull'utilizzo della televisione e videogiochi dopo i sei anni o sull'adozione di una genitorialità calorosa, aumentano lo stress genitoriale solo se vengono adottati dai genitori e aumentano i loro standard genitoriali (Mikolajczak & Roskam, 2018). Mikolajczak e Roskam nello stesso studio del 2018, per rendere efficace la nuova "*Teoria dell'equilibrio tra rischi e risorse*", hanno sviluppato diversi item per misurare i fattori di rischio e le risorse. La scala delle risposte va da -5, una piena approvazione del fattore di rischio (ad esempio "Il mio partner mi denigra come madre/padre) a +5, piena approvazione del fattore di protezione (ad

esempio “Il mio partner dice che sono una buona madre/padre”), mentre 0 indica che il genitore non ha né il fattore di rischio né il fattore di protezione (in questo caso, “Il mio partner non mi denigra, ma non mi apprezza nemmeno esplicitamente”). Vedi *Figura 3*.

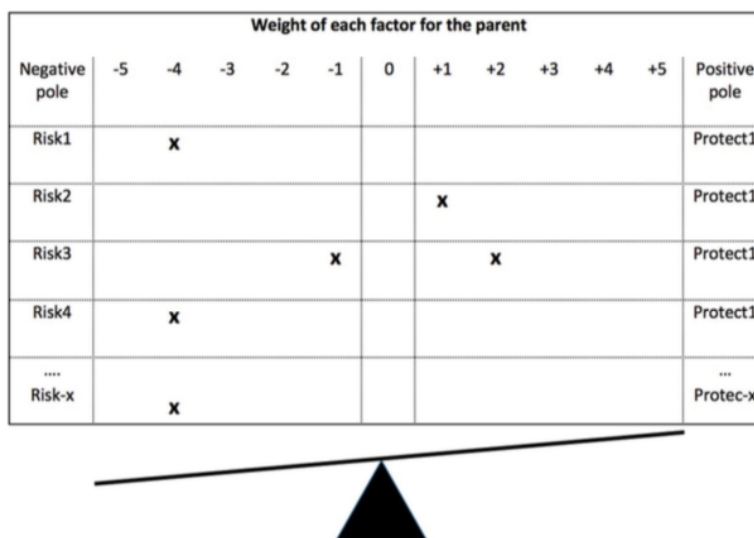


Figura 3. Metodo di operationalizzazione del bilancio tra rischi e risorse (Mikolajczak & Roskam, 2018)

Nel complesso, la somma aritmetica delle risposte al questionario dovrebbe riflettere l'equilibrio dei genitori tra rischi e protezioni. Se il genitore ha più fattori di rischio, il punteggio sarà negativo; se le protezioni compensano solo i rischi, il punteggio sarà zero. Se il genitore ha più fattori di protezione, il punteggio sarà positivo.

Nel bilancio sono stati inclusi i fattori che presentavano almeno una debole associazione con il burnout genitoriale ed esclusi tutti gli altri. Sono state utilizzate anche le informazioni fornite da studi precedenti e dall'esperienza clinica: i fattori con la più forte associazione con il burnout genitoriale avrebbero dovuto avere un peso maggiore rispetto ai fattori con associazioni più deboli (Mikolajczak & Roskam, 2018).

Da una parte, si è esaminata l'ipotesi secondo la quale il burnout genitoriale derivi dallo squilibrio tra rischi e fattori di protezione; dall'altra, era necessario dimostrare che i fattori di rischio comuni (ad esempio scarse capacità di gestione dello stress) contribuiscono in egual misura alla previsione del burnout genitoriale e lavorativo, mentre i fattori di rischio specifici inerenti solo al dominio genitoriale (ad esempio, elevati standard genitoriali, scarse pratiche genitoriali, scarsa co-genitorialità) predicono solo il burnout genitoriale. In accordo con le ipotesi, la teoria di Mikolajczak e Roskam (2018) fornisce contemporaneamente un quadro che spiega perché un determinato genitore è affetto da burnout e uno strumento pratico per la facile identificazione dei fattori che dovrebbero essere presi in considerazione per ridurre il rischio di burnout genitoriale.

Se il bilancio indica diversi fattori di rischio, il principio aritmetico del bilancio suggerisce di dare la preferenza ai fattori di rischio che hanno il peso maggiore (cioè quelli che sono più vicini a -5), a condizione che siano controllabili nella situazione del genitore. Queste sono tra le implicazioni cliniche più forti della teoria, che dovranno essere confermate da studi di intervento. Sarebbe inoltre interessante indagare se i programmi di psicoterapia individuale o di gruppo per i genitori o i programmi di empowerment genitoriale (Tremolada et al., 2011) possano aiutare a ristabilire un equilibrio.

2.2 Conseguenze del fenomeno con particolare attenzione ai contesti di rischio

Il burnout genitoriale può generare conseguenze sul genitore e sui figli (Mikolajczak et al., 2018).

Per quanto riguarda i genitori, il burnout genitoriale ha maggiori probabilità di provocare gravi idee suicide e di fuga (Mikolajczak et al., 2019), molto più frequenti nel burnout genitoriale che nel burnout lavorativo o persino nella depressione (Mikolajczak et al., 2019; 2020).

La maggioranza dei genitori con burnout incontrati da Mikolajczak e colleghi nel 2018 nell'ambito di studi qualitativi, ha riportato idee di fuga sotto forma di pensieri suicidi o del desiderio di andarsene senza lasciare alcun indirizzo. Il suicidio e la fuga intese entrambe come forme di fuga fisica.

Oltre ad aumentare il desiderio di evadere fisicamente dalla situazione genitoriale, il burnout genitoriale è anche correlato a forme di evasione psicologica come il consumo di alcol (Mikolajczak, Brianda, Avalosse, & Roskam, 2018).

In uno studio di comunità, Deleuze e collaboratori (2015) hanno dimostrato che fumare, bere alcolici, fare shopping, fare esercizio fisico, abbuffarsi di cibo, telefonare, lavorare, trascorrere del tempo sui social network e su Internet sono tutti mezzi frequentemente utilizzati dalle persone comuni per distrarsi e regolare gli stati d'animo spiacevoli.

Circa un terzo del campione tendeva a regolare il proprio umore attraverso un coinvolgimento eccessivo in uno o più di questi comportamenti. Sebbene questi soggetti non sviluppassero una dipendenza seria in sé, gli autori sottolineano che le persone che consumano queste sostanze (o si impegnano in questi comportamenti di distrazione) per sfuggire a sentimenti o esperienze spiacevoli, sono vulnerabili a sviluppare dipendenze da queste sostanze o comportamenti se lo stress e le emozioni negative si intensificano o persistono (Mikolajczak, Brianda, Avalosse, & Roskam, 2018).

Sul piano biologico, il burnout genitoriale provoca una forte disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Brianda et al., 2020a; Brianda et al., 2020b), vale a dire quel sistema che si attiva in risposta allo stress. Coinvolge il cortisolo il quale, è stato studiato da Brianda e colleghi (2020a) come biomarcatore di stress cronico nei capelli. Tale disregolazione molto probabilmente è causalmente coinvolta nei disturbi somatici e nei disturbi del sonno comunemente riportati dai genitori con burnout (Sarrionandia, 2019) e potenzialmente anche nell'aumento della violenza contro i propri figli in quanto il cortisolo sembra alimentare la rabbia (Martorell & Bugental, 2006; Moons, Eisenberger, & Taylor, 2010).

Ulteriori dati sul piano biologico, si sono occupati del sonno e quasi tutti i genitori con burnout intervistati da Mikolajczak e collaboratori nel 2018, hanno riportato dei disturbi. Da un lato, la mancanza di sonno riduce le risorse necessarie per gestire lo stress (per una rassegna si veda Palmer & Alfano, 2017), dall'altro, lo stress diminuisce la quantità e la qualità del sonno (Åkerstedt, 2006). Le testimonianze dei genitori in burnout sulla loro scarsa qualità del sonno sono perfettamente congruenti con gli studi condotti nel campo del burnout lavorativo. Questi studi dimostrano che le persone in burnout presentano disturbi significativi nella qualità e nella natura del sonno: impiegano più tempo ad addormentarsi, trascorrono più tempo negli stadi di sonno leggero e meno tempo nel

sonno REM (dicitura che significa “Rapid Eye Movements”, occupa circa il 20-25% del tempo totale di sonno ed è spesso associato a sogni vividi e ad intensa attività cerebrale) (Cimino, 2011).

Hanno inoltre un sonno più frammentato con un maggior numero di micro-arousal (ovvero uno stato di vigilanza e di transizione dal sonno alla veglia) e risvegli notturni (Ekstedt, Söderström, & Åkerstedt, 2009). Questo spiega il fatto che le persone in burnout riferiscono di sentirsi stanche al risveglio come prima di andare a letto (Ekstedt et al., 2009). Ulteriori studi supportano l'idea di un circolo vizioso: la privazione del sonno è un fattore di rischio per il burnout (Söderström, Jeding, Ekstedt, Perski, & Åkerstedt, 2012) e il burnout è un fattore di rischio per i disturbi del sonno (Armon, Shirom, Shapira, & Melamed, 2008). Dal punto di vista comportamentale, Mikolajczak e colleghi (2019) sostengono che il burnout genitoriale aumenta fortemente e linearmente la frequenza di comportamenti trascuranti e violenti nei confronti dei figli; questo effetto è causale perché quando il burnout genitoriale viene trattato con un intervento psicologico mirato, la frequenza di questi comportamenti trascuranti o violenti diminuisce proporzionalmente alla diminuzione del burnout genitoriale (Brianda, Roskam, Gross et al., 2020b).

Rispetto a queste conseguenze, si possono aggiungere le testimonianze di genitori con burnout raccolte da Allenou (2011) e quelle raccolte nell'ambito della ricerca di Mikolajczak e colleghi del 2018.

In quest'ultima ricerca, la maggioranza delle madri con burnout genitoriale grave, incluse nell'intervista, ha riferito comportamenti di trascuratezza come dormire sul divano lasciando un bambino di tre anni senza sorveglianza o atti di violenza verbale come insulti, urla isteriche e talvolta anche di violenza fisica (botte, schiaffi) che le fanno temere per l'incolumità dei figli quando sono sole con loro. È interessante notare che nessuna di queste madri ha sostenuto valori genitoriali lassisti o punizioni severe e tutte hanno riferito di sentirsi estremamente in colpa dopo questi episodi.

Questa ipotesi che il burnout genitoriale aumenti i comportamenti trascuranti, è in accordo con la letteratura sullo stress genitoriale, sul burnout lavorativo e sui caregiver informali (Mikolajczak et al., 2018).

È stato dimostrato che i genitori maltrattanti riportano uno stress genitoriale più elevato rispetto ai genitori non maltrattanti (Holden & Banez, 1996) e che lo stress genitoriale

aumenta il potenziale di abuso sui minori (Crouch & Behl, 2001; Rodriguez & Green, 1997).

Alcuni studi avevano già evidenziato l'associazione tra stress genitoriale e potenziale maltrattamento dei bambini (Crouch & Behl, 2001; Rodriguez & Green, 1997), soprattutto in contesti ad alto rischio come ad esempio figli di madri tossicodipendenti (Nair, Schuler, Black, Kettinger, & Harrington, 2003; Whipple & Webster-Stratton, 1991). L'associazione trovata tra il burnout dei genitori e, rispettivamente, la trascuratezza e la violenza non perde di significato quando si controlla il livello di istruzione, il reddito e le dipendenze (Mikolajczak et al., 2018). Questi stessi risultati suggeriscono quindi che il maltrattamento infantile può verificarsi in tutti i tipi di famiglie.

Poiché è stato precedentemente dimostrato (Mikolajczak et al., 2018) che il burnout genitoriale non è affatto tipico delle famiglie con basso status socioeconomico (Mikolajczak, Raes, Avalosse, & Roskam, 2018), si può sostenere che questa sindrome può rappresentare una minaccia per il benessere dei bambini anche nelle famiglie più istruite.

Come menzionato precedentemente, altri studi sono stati fatti sui caregiver informali, ovvero sulle persone che si occupano volontariamente di un parente o di un amico affetto da malattia, disabilità o qualsiasi condizione che richieda particolare attenzione (Schulz & Tompkins, 2010). Queste ricerche suggeriscono che lo stress non si limita ad aumentare il potenziale di abuso: esiste una correlazione significativa tra il punteggio di burnout del caregiver e la frequenza di atti di violenza fisica o verbale nei confronti del parente malato (Yan, 2014).

Tornando sul piano comportamentale, se Mikolajczak e colleghi (2018) hanno ipotizzato che il burnout dei genitori aumentasse gli atti di trascuratezza e gli atti di violenza verbale o fisica nei confronti dei figli, hanno anche ipotizzato che ciò avvenga in misura maggiore rispetto al burnout lavorativo.

In sintesi, se elevate forme di stress e burnout parentale possono predire comportamenti violenti o abusanti verso i minori (Mikolajczak et al., 2018), un ulteriore rischio può esserci nelle pratiche di accudimento verso minori vittime di trauma (D'Andrea et al., 2012). Anche nel caso dei minori considerati "a rischio", i caregiver possono riportare alti livelli di stress ed arrivare a sviluppare una forma di stress genitoriale cronico (Roskam et al., 2017; Mikolajczak et al., 2018b) ovvero il burnout genitoriale.

L'espressione "a rischio" può significare ad esempio che il rischio di burnout derivi da numerosi fattori predittivi come descritto in precedenza ma anche da situazioni particolari come l'abuso di sostanze in famiglia (Nair, Schuler, Black, Kettinger, & Harrington, 2003) o dal livello di convinzione dei genitori nel valore delle punizioni corporali che quindi aumenta l'abuso fisico (Crouch & Behl, 2001).

Il fatto che il burnout genitoriale aumenti fortemente la trascuratezza e la violenza dei genitori nei confronti dei bambini e che sia un effetto causale (Mikolajczak et al., 2019) è stato riportato più volte nel testo. Infatti, quando il burnout genitoriale viene trattato, la trascuratezza e la violenza dei bambini diminuiscono proporzionalmente alla diminuzione dei sintomi del burnout genitoriale (Kalkan et al., 2022). L'effetto del burnout genitoriale sui comportamenti dei genitori richiede un'attenzione particolare, poiché la trascuratezza e la violenza hanno effetti diffusi e a lungo termine sullo sviluppo dei bambini (Delima & Vimpani, 2021; National Scientific Council on the Developing Child, 2010).

Attualmente non si sa di preciso, se e in che misura, i figli si rendono conto che il loro genitore è in burnout genitoriale, e se questo sia importante o meno (ci si può aspettare un effetto più negativo sullo sviluppo del bambino se il figlio si sente responsabile dello stato del suo genitore). È probabile, però, che le conseguenze a breve e a lungo termine del burnout genitoriale varino in base alla presenza/assenza di negligenza e abuso sui minori e in base all'età del bambino (i bambini piccoli potrebbero essere più colpiti), alla durata del burnout genitoriale (un bambino potrebbe non notare alcun effetto se il burnout dura un mese, ma la situazione potrebbe essere molto diversa se il burnout dura un anno) e all'ambito di sviluppo considerato (Mikolajczak et al., 2018).

Considerando un approccio di rete, il quale prevede un fenomeno psicologico come un sistema dinamico di componenti che interagiscono (Borsboom & Cramer, 2013), si può sostenere che il burnout genitoriale non esiste in modo isolato, ma nasce dall'interazione di molte variabili relative all'intera famiglia (Kalkan et al., 2022).

Un approccio di rete è particolarmente adatto per indagare il burnout genitoriale e la sua relazione alla trascuratezza e alla violenza dei genitori (Blanchard & Heeren, 2020).

Mikolajczak e collaboratori (2018) hanno ipotizzato che il burnout genitoriale non colpisca solo i genitori stessi, ma anche persone vicine a loro.

Alcuni dei genitori incontrati hanno confessato di aver scaricato sul coniuge parte dell'irritabilità che provavano nei confronti dei figli. Altri hanno detto che il burnout ha

esaurito le loro risorse al punto che la minima cosa li ha fatti arrabbiare. Una parte di questi conflitti può derivare dal fatto che il genitore in burnout percepisce il partner come responsabile della sua situazione (perché non condivide i compiti genitoriali o non offre sufficiente sostegno) o dal fatto che il genitore con burnout scarica sul partner una parte dell'aggressività provata nei confronti dei figli (Mikolajczak & Roskam, 2020).

Queste testimonianze sono in accordo con la ricerca sul burnout lavorativo, che mostra come esso aumenti l'irritabilità e le emozioni legate alla rabbia (ad esempio, Ersoy-Kart, 2009).

Considerando infine le statistiche offerte da uno studio di Mikolajczak e colleghi (2018), il burnout genitoriale ha un'ampia associazione con la fuga e le idee suicide dei genitori (che spiegano il 26% della varianza) e con il comportamento trascurante e violento nei confronti dei figli (che spiegano rispettivamente il 30% e il 26% della varianza), una moderata associazione con i problemi di sonno e le conseguenze per la coppia e una piccola associazione con la frequenza delle dipendenze e l'efficienza media del sonno. Questi effetti sono generalmente guidati dalle sfaccettature dell'esaurimento emotivo e del disadattamento emotivo del burnout genitoriale. L'esaurimento emotivo contribuisce più del distacco emotivo ai conflitti di coppia, ma il distacco emotivo ha la maggiore associazione con entrambe le conseguenze legate ai figli.

2.3 Relazione tra burnout genitoriale e burnout lavorativo

Il burnout genitoriale e quello lavorativo presentano alcuni elementi in comune ma anche delle caratteristiche proprie. Una relazione esistente tra burnout genitoriale e burnout lavorativo è confermata anche da alcuni dati statistici trovati da alcuni studi.

In particolare, è stata trovata un'associazione statisticamente simile tra burnout genitoriale e lavorativo sul piano della frequenza delle dipendenze dei genitori (entrambi spiegano circa l'1% della varianza), con le conseguenze disfunzionali delle dipendenze, con i problemi di sonno dei genitori e con l'efficienza media del sonno (Mikolajczak et al., 2018). Come già visto precedentemente, ci sono dei modi psicologici e non fisici per fuggire da una situazione percepita come insopportabile. Le ricerche condotte sul burnout lavorativo hanno già dimostrato che esso ha effetti drammatici sul consumo di alcol, aumentando il rischio di dipendenza da alcol fino all'80% (Ahola et al., 2006). Questi comportamenti di distrazione sul consumo d'alcol legati invece al rischio di burnout

genitoriale, sono stati dimostrati da dati riportati precedentemente (Mikolajczak, et al., 2018).

Rispetto alle differenze, il burnout genitoriale ha un'associazione leggermente maggiore in confronto al burnout lavorativo riguardo i conflitti di coppia (5% vs 1%) e la mentalità di allontanamento del partner; le maggiori discrepanze sono rilevate per la fuga dei genitori e le idee suicide (il burnout genitoriale spiega il 26% della varianza, mentre il burnout lavorativo solo il 6), per la trascuratezza (30% vs 3%), e la violenza verso i propri figli (26% vs 1%) (Mikolajczak et al., 2018).

Come è stato dimostrato in ambito organizzativo, il burnout lavorativo si sviluppa quando le richieste sono elevate e le risorse sono limitate (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001).

Sia i dipendenti che i genitori possono sopportare molto stress se hanno risorse sufficienti per compensare l'effetto dello stress (Mikolajczak et al., 2018).

La differenza concettuale tra stress genitoriale e burnout genitoriale nella ricerca è evidente anche negli strumenti utilizzati da Mikolajczak e colleghi (2018) per misurare entrambi i concetti: nessuno degli strumenti utilizzati per misurare lo stress genitoriale include le dimensioni fondamentali del burnout genitoriale, ovvero l'esaurimento e la distanza emotiva dai figli.

La ricerca in ambito organizzativo ha dimostrato che ci sono correlati fisiologici diversi: nel burnout si trova un'aumentata attività basale dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con livelli più elevati di cortisolo (Pruessner, Hellhammer, & Kirschbaum, 1999); in una situazione di stress invece ci si può trovare davanti a sintomi fisiologici come insonnia e aumento della pressione sanguigna (Rienks, 2020). Parlando di analogie, la letteratura ha inoltre affermato che esiste una relazione moderata tra burnout e pensieri suicidi rispetto al burnout lavorativo (Olkinuora et al., 1990; van der Heijden, Dillingh, Bakker, & Prins, 2008). C'è però una differenza fondamentale tra il ruolo professionale e quello di genitore: il dipendente in burnout o in procinto di esserlo può dare le dimissioni e, in effetti, molti lavoratori in burnout pensano di lasciare la propria azienda (Schaufeli & Bakker, 2004; si veda Alarcon, 2011 per una meta-analisi) o addirittura la propria professione (Jourdain & Chênevert, 2010). Oppure se l'uscita non è un'opzione, il lavoratore può essere messo in congedo per malattia.

Tutto questo non è possibile per i genitori: non ci si può dimettere dal proprio ruolo genitoriale e non si può essere messi in malattia dai propri figli. Questo può essere il motivo che spinge i genitori in burnout genitoriale (rispetto a quelli in burnout lavorativo) a prendere in considerazione soluzioni estreme per fuggire dal loro ruolo di genitori, come il suicidio o la fuga (Mikolajczak et al., 2018).

Sebbene i dipendenti molto esausti possano considerare i loro clienti o pazienti come numeri, i genitori molto esausti non possono "disumanizzare" i loro figli. Per questo, nel lavoro di Pelsma (1989) e nello studio di validazione del PBI (Roskam et al., 2017), la depersonalizzazione è risultata inadatta al contesto genitoriale. Questa è un'importante differenza tra il burnout nella sfera professionale e quello nella sfera genitoriale. Ciò che possono fare, invece, è prendere le distanze dalla fonte dell'esaurimento (Roskam, Brianda, & Mikolajczak, 2018).

Durante la ricerca condotta da Roskam e colleghi (2018) con i genitori di bambini con disturbi esternalizzati, cioè con disturbi della condotta o comportamenti antisociali, hanno osservato che i genitori esausti si disimpegnano emotivamente piuttosto che fisicamente, cioè forniscono cure pratiche come nutrirsi o dormire, ma diventano meno emotivamente coinvolti, sensibili e reattivi nei confronti della prole.

Tra i due tipi di burnout, sono i fattori di rischio comuni (ad esempio, una personalità perfezionista, scarse capacità di gestione dello stress, tendenze pessimistiche) che contribuiscono in egual misura alla previsione del burnout genitoriale e lavorativo, mentre i fattori di rischio specifici inerenti al dominio genitoriale (ad esempio, elevati standard genitoriali, scarse pratiche genitoriali, scarsa co-genitorialità) hanno previsto solo il burnout genitoriale (Mikolajczak & Roskam, 2018).

Ciò suggerisce che i genitori che hanno principalmente fattori di rischio comuni nel loro bilancio saranno vulnerabili a entrambe le forme di burnout, mentre i genitori che hanno principalmente fattori di rischio specifici inerenti al dominio genitoriale nel loro bilancio saranno vulnerabili solo al burnout genitoriale. Questo implica che se un genitore (che ha anche un lavoro) detiene due fattori di uguale peso nel suo bilancio, uno dei quali è aspecifico mentre l'altro è specifico, il fattore aspecifico dovrebbe essere preso in considerazione per primo (Mikolajczak & Roskam, 2018).

2.4 Come prevenire questi fenomeni

Per curare e prevenire il burnout genitoriale è necessario innanzitutto comprenderlo. È necessaria una teoria del burnout genitoriale in grado di spiegare perché un particolare genitore è andato in burnout e perché in quel momento specifico e di prevedere chi è a rischio di burnout genitoriale (Mikolajczak & Roskam, 2018).

Le campagne di sensibilizzazione consentirebbero ai genitori in burnout di cercare aiuto (e di essere presi in carico) più precocemente, riducendo così il rischio o la frequenza di conseguenze deleterie sia per i genitori che per i figli (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2019). Oltre ai genitori, dovrebbero essere informati anche i professionisti dei servizi sanitari e per l'infanzia. Questo passo è essenziale per consentire loro di diagnosticare con precisione il burnout genitoriale e di fornire ai genitori le cure più appropriate. Oltre all'intervento, è necessario intensificare anche la prevenzione del burnout genitoriale. Potrebbe essere utile rafforzare l'uso delle linee telefoniche esistenti per la genitorialità, ma anche fornire ai genitori maggiori risorse per svolgere il loro lavoro di genitori (Mikolajczak et al., 2019). I risultati della ricerca di Mikolajczak e colleghi (2019) suggeriscono che i clinici che lavorano con i bambini potrebbero voler considerare più sistematicamente il genitore sofferente dietro il bambino che soffre.

Il primo può influenzare il secondo, quindi riducendo la sofferenza dei genitori, i clinici possono contribuire a ridurre quella dei loro figli. In un certo senso, i genitori influenzano la vita dei figli. In modo inverso, anche i figli influenzano la vita dei genitori. Gli autori Greenfield e Marks (2006) hanno riscontrato che i genitori che hanno segnalato un'accelerazione dei problemi personali e sociali dei figli hanno anche riportato livelli di benessere inferiori rispetto ai genitori che hanno segnalato meno problemi dei figli (Hutchison, 2019). Tuttavia, la genitorialità è un'interazione bidirezionale in cui sia i genitori che i figli hanno un impatto reciproco (Greenfield & Marks, 2006). Pertanto, esplorare gli effetti dei figli, in particolare dei loro comportamenti, sulla salute mentale dei genitori è essenziale per comprendere il complesso e dinamico processo interattivo tra figli e genitori nella famiglia. L'influenza tra genitori e figli non è unidirezionale, ma è un processo reciproco, dinamico, bidirezionale e interdipendente (Kuczynski & Parkin, 2009).

Se si considera la prospettiva della rete menzionata precedentemente, presuppone che lo spegnimento di un nodo centrale attraverso trattamenti mirati possa ridurre l'attivazione

dell'intera rete (McNally, 2016). Se si esaminano gli sforzi per ridurre l'esaurimento emotivo dei genitori, magari attraverso l'identificazione e l'eliminazione dei rischi genitoriali e l'aumento delle risorse interne ed esterne, possono verificarsi miglioramenti nell'intero sistema della rete genitoriale (Kalkan et al., 2022).

Una migliore comprensione del ruolo della distanza emotiva all'interno del sistema del burnout genitoriale, e la possibilità di indirizzarla negli interventi, sembra quindi fondamentale per prevenire o eliminare la trascuratezza e la violenza genitoriale (Kalkan et al., 2022)

Dato che il burnout genitoriale deriva da uno squilibrio percepito tra fattori di stress e risorse, ci possono essere due possibilità di intervento sia a livello sociale che individuale (Mikolajczak et al., 2021):

- creare una società con meno fattori di stress (ad esempio, meno pressione sui genitori);
- fornire ai genitori più risorse esterne (ad esempio, un maggiore sostegno da parte dello Stato e della comunità);
- modificare le percezioni degli individui per diminuire lo stress percepito (vedi *Figura 4*);
- costruire le fonti interne degli individui per far fronte allo stress genitoriale.

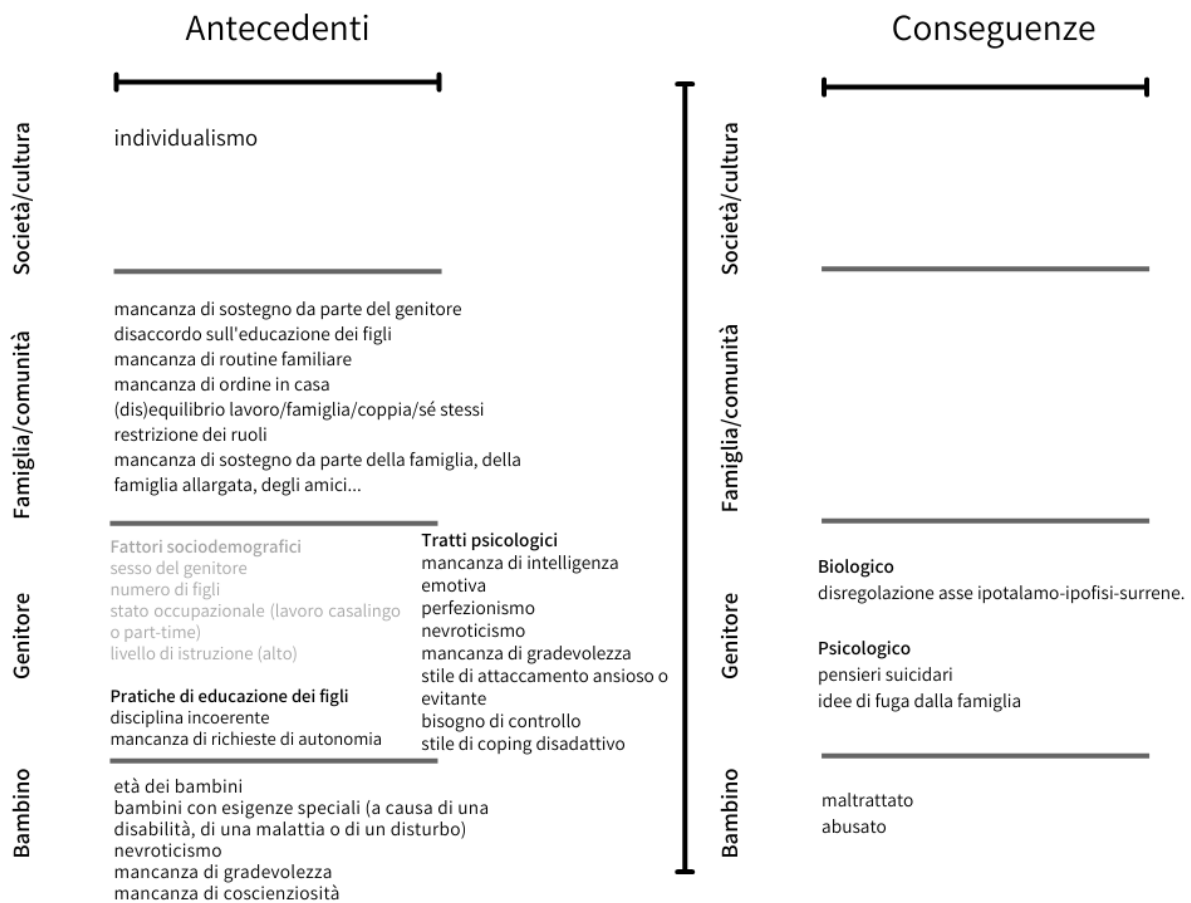


Figura 4. Antecedenti e conseguenze del burnout genitoriale (Mikolajczak et al., 2021)

Nella figura 4, i fattori sociodemografici sono in grigio più chiaro perché il loro potere predittivo del burnout genitoriale è significativamente inferiore rispetto alle altre categorie di fattori. Nelle "Conseguenze", ci sono solo le variabili che hanno dimostrato di essere conseguenze (e non solo correlati) del burnout genitoriale. Le caselle vuote attendono di essere indagate in futuro.

La riduzione del fenomeno è una responsabilità sia collettiva che individuale. Ci possono essere interventi a diversi livelli complementari. Ad esempio, si potrebbe insegnare ai genitori a selezionare meglio le situazioni a cui si espongono (ad esempio, diminuire le attività extrascolastiche dei figli), a cambiare le situazioni in modo da alleviare il carico associato (ad esempio, condividere il tragitto con altri genitori), a modificare la propria attenzione (ad esempio, prestare meno attenzione al disordine nella casa o prestare meno attenzione al disordine nelle stanze), rivalutare le situazioni difficili in modo più positivo

(ad esempio, lodare i comportamenti difficili come segno di stanchezza del bambino anziché come provocazione) o attenuare l'attivazione fisiologica come prendersi del tempo per rilassarsi e respirare lontano dallo stress genitoriale (Mikolajczak et al., 2021).

Per quanto riguarda l'aspetto cognitivo, i processi implicati possono anche moderare l'impatto del burnout sulle sue possibili conseguenze; ad esempio, il livello di controllo inibitorio dei genitori potrebbe moderare il legame tra burnout genitoriale e violenza genitoriale (Mikolajczak et al., 2021). In conclusione, queste informazioni dateci dalla letteratura, ci portano a riflettere riguardo il serio impatto che i fattori coinvolti nel burnout lavorativo e genitoriale si verificano nel caso di professionisti che si occupano di bambini maltrattati. In un'ottica di prevenzione, la possibilità di identificare questi fenomeni, è un aspetto importante per proteggere i minori e intervenire sui professionisti il prima possibile. Per questo motivo, la presente ricerca ha l'obiettivo di indagare le esperienze di compassion satisfaction, compassion fatigue e burnout parentale in individui che si occupano della presa in carico di minori con storie di esperienze traumatiche per poi confrontarle con variabili di adulti che si occupano invece di bambini in condizioni a basso rischio.

CAPITOLO 3

La ricerca: associazioni tra trauma vicario e burnout in figure professionali ad alto rischio e a basso rischio

3.1. La ricerca: obiettivi e ipotesi

Nei primi due capitoli sono stati sviluppati alcuni temi fondamentali per la ricerca: il burnout lavorativo, il burnout genitoriale e la relazione tra i due. Si è poi condotta una riflessione rispetto alla compassion satisfaction, alla compassion fatigue e al trauma vicario. Molte ricerche finora condotte hanno esplorato le conseguenze del fenomeno della compassion fatigue (comprendente burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e della compassion satisfaction (Stamm, 2010) rispetto alle professioni di cura. Se questi aspetti riguardano il soggetto come singolo che svolge un'attività lavorativa e presenta situazioni di forte stress, d'altra parte, nell'individuo possono esserci conseguenze dannose anche riguardo ad un eventuale ruolo genitoriale che assume. Potrebbe essere questo il caso degli educatori che assumono il ruolo di caregiver di minori. Tuttavia, pochi studi si sono dedicati agli aspetti legati al burnout genitoriale e più in generale di caregiving e parenting (Crouch & Behl, 2001; Mikolajczak, 2018). L'obiettivo generale di questa ricerca è quello di indagare le esperienze di compassion satisfaction, compassion fatigue (declinata nei domini di burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e burnout genitoriale in individui che si occupano della presa in carico di minori con storie di esperienze traumatiche e confrontarle con un gruppo normativo reclutato dalla popolazione generale. In particolare, l'utilità che si vuole dare a questa ricerca riguarda lo studio degli aspetti di fatica (burnout, stress traumatico secondario, trauma vicario) e di compassion satisfaction nel ruolo lavorativo e eventualmente genitoriale, che assumono i professionisti che si occupano di minori a rischio e non solo.

Più nello specifico, la presente ricerca si propone di:

- Indagare i livelli di compassion fatigue, articolati nelle dimensioni di burnout lavorativo e stress traumatico secondario, all'interno degli operatori che si occupano di bambini con storie di maltrattamento (gruppo ad alto rischio) e confrontarlo con i livelli riportati da figure professionali che si occupano di minori all'interno di contesti educativi per l'infanzia (gruppo a basso rischio).
- Indagare i livelli di burnout genitoriale all'interno degli operatori che si occupano di bambini con storie di maltrattamento (gruppo ad alto rischio) e confrontarlo con i livelli riportati da figure professionali che si occupano di minori all'interno di contesti educativi per l'infanzia (gruppo a basso rischio).
- Indagare i livelli di stress traumatico secondario all'interno degli operatori che si occupano di bambini con storie di maltrattamento (gruppo ad alto rischio) e confrontarlo con i livelli riportati da figure professionali che si occupano di minori all'interno di contesti educativi per l'infanzia (gruppo a basso rischio).
- Indagare i livelli di compassion satisfaction all'interno degli operatori che si occupano di bambini con storie di maltrattamento (gruppo ad alto rischio) e confrontarlo con i livelli riportati da figure professionali che si occupano di minori all'interno di contesti educativi per l'infanzia (gruppo a basso rischio).
- Indagare le associazioni tra compassion fatigue (comprendente burnout lavorativo e stress traumatico secondario), compassion satisfaction e burnout genitoriale, nelle figure professionali ad alto rischio e a basso rischio.

Rispetto a questi obiettivi, sono state formulate le seguenti ipotesi:

- Rispetto al primo obiettivo, si ipotizza che il gruppo ad alto rischio presenti livelli maggiori della variabile burnout lavorativo rispetto al gruppo a basso rischio, in linea con quanto riportato dai precedenti studi in letteratura (Tham & Meagher, 2009; Kim et al., 2009).
- Rispetto al secondo obiettivo, si ipotizza che il gruppo ad alto rischio presenti livelli maggiori della variabile burnout genitoriale rispetto al gruppo a basso rischio, in linea con la letteratura (Bakermans-Kranenburg et al., 2011; Mikolajczak et al., 2018).

- Rispetto al terzo obiettivo, si ipotizza che nel gruppo ad alto rischio ci siano maggiori livelli di stress traumatico secondario rispetto al gruppo a basso rischio, in linea con quanto riportato dalla letteratura (Bride, 2007).
- Rispetto al quarto obiettivo, si ipotizza che la compassion satisfaction risulti in misura maggiore nel gruppo a basso rischio rispetto al gruppo ad alto rischio, in linea con quanto riportato dalle precedenti ricerche (Baugerud et al., 2018).
- Rispetto al quinto ed ultimo obiettivo, si ipotizza che vi siano diverse associazioni significative tra le variabili d'interesse. Più nello specifico, si ipotizza di trovare delle associazioni significative rispetto al burnout lavorativo e al burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio e confrontarle con il gruppo a basso rischio, in linea con quanto riportato precedentemente nella letteratura (Mikolajczak & Roskam, 2018).

In secondo luogo, si ipotizza di trovare diverse associazioni significative rispetto alla compassion satisfaction in relazione al burnout nei due campioni, in linea con quanto riportato dalla letteratura precedente (Baugerud et al., 2018; Collins & Long, 2003; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Sprang et al., 2007).

3.2. Metodo di ricerca

3.2.1. Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 21 educatori suddivisi in due gruppi, un gruppo ad alto rischio e un gruppo a basso rischio: il gruppo ad alto rischio è composto da 13 educatrici tutte di sesso femminile (61.9%) della struttura residenziale per minori denominata “Comunità Terapeutica Il Pezzettino”, di età compresa tra i 23 e i 46 anni ($M = 30.6$, $DS = 6.95$). Il gruppo a basso rischio, composto da 8 educatrici anch'esse di sesso femminile (38.1%) di diversi asili nidi e scuole d'infanzia del territorio Veneto, di età compresa tra i 23 e i 55 anni ($M = 33.66$, $DS = 9.87$).

I partecipanti del gruppo ad alto rischio sono stati selezionati tramite un progetto di ricerca dell'Università degli Studi di Padova in collaborazione con la Comunità Terapeutica Il Pezzettino, una comunità educativa che dal 2013 si occupa di accoglienza di minori e di mamme con bambini in diverse province della Lombardia. La cornice istituzionale della comunità è una cooperativa sociale senza scopo di lucro, nata nel 1997 come un'associazione che offre servizi di natura socio-assistenziale ed educativa. La comunità è composta da un'equipe multi-disciplinare che comprende psicologi, educatori, pedagogisti e volontari. I principi fondamentali sui quali si fonda la comunità, comprendono una cultura dell'ascolto, del coinvolgimento delle diversità, dello sviluppo del senso di comunità ma soprattutto della cura. Fornire quindi al bambino un luogo sicuro in cui possa ricostruire un Sé che spesso risulta frammentato e possa riscoprire un nuovo equilibrio per il proprio sviluppo futuro.

I partecipanti del gruppo a basso rischio sono stati reclutati attraverso una ricerca diretta, estesa agli asili nidi e alle scuole d'infanzia del territorio Veneto, in particolare nella provincia di Treviso. Rispetto ad entrambi i gruppi, sono stati raccolti dati relativi al Parental Burnout Assessment (PBA), Maslach Burnout Inventory (MBI) e Professional Quality of Life Inventory (PROQOL).

3.2.2. Procedura

La ricerca è stata condotta su due popolazioni a confronto: professionisti ad alto rischio che lavorano con minori vittime di maltrattamento e professionisti a basso rischio. Sono stati valutati i seguenti costrutti: compassion satisfaction, compassion fatigue (burnout e stress traumatico secondario) e burnout genitoriale.

Il gruppo a basso rischio è stato reclutato tramite i responsabili di alcune Scuole dell'infanzia della provincia di Treviso. Il progetto di ricerca è stato presentato online: coloro che hanno mostrato interesse, hanno ricevuto maggiori informazioni con annesso il consenso informato necessario per la partecipazione allo studio.

Il gruppo ad alto rischio è stato selezionato all'interno di un progetto di ricerca dell'Università degli Studi di Padova in collaborazione con la Comunità Terapeutica Il Pezzettino, una struttura educativa-residenziale che tratta minori con esperienze di maltrattamento.

Lo studio prevede la somministrazione di questionari individuali volti a indagare i livelli di compassion satisfaction, compassion fatigue (burnout e stress traumatico secondario) e burnout genitoriale nei partecipanti allo studio. Dopo la scelta di aderire allo studio, ai partecipanti è stato richiesto di firmare un modulo di consenso informato per la partecipazione al progetto e sono stati somministrati loro i questionari da compilare (durata totale dai 15-20 minuti).

Gli strumenti utilizzati sono stati il Parental Burnout Assessment (PBA) per valutare il burnout genitoriale (Roskam et al., 2018), il Maslach Burnout Inventory (MBI) per valutare la frequenza e l'intensità di stati e effetti connessi con il lavoro (Maslach & Jackson, 1981) e il Professional Quality of Life Inventory (PROQOL) per misurare gli effetti positivi e negativi del lavoro con persone che hanno vissuto eventi estremamente stressanti (Stamm, 2005).

3.3 Strumenti di misurazione

La raccolta dati è stata effettuata mediante la somministrazione di un questionario cartaceo all'interno del quale si trovavano i seguenti strumenti di misurazione.

3.3.1 Fattori sociodemografici

Inizialmente ai partecipanti è stato chiesto di indicare l'età, il sesso, lo stato civile, il numero di figli, il titolo di studio, attuale posizione lavorativa, anni di lavoro eseguiti presso l'azienda, anni di lavoro nel settore, ore di lavoro settimanali, fascia d'età dei minori con cui lavorano.

3.3.2 Parental Burnout Assessment (PBA)

In questa ricerca, si è valutato il burnout genitoriale attraverso il Parental Burnout Assessment (PBA, Roskam et al., 2018), un questionario self-report di 23 item. Lo strumento comprende quattro dimensioni: *Esaurimento emotivo* (nove item; ad esempio, "Ho zero energie per prendermi cura dei miei bambini"), *Contrasto con il sé genitoriale*

precedente (sei item; ad esempio, "Mi vergogno del caregiver che sono diventato"), *Sentimenti di stanchezza* (cinque item; ad esempio, "Mi sento come se non potessi farcela come caregiver") e *Distanziamento emotivo* (tre item; ad esempio, "Non sono più in grado di mostrare ai miei bambini quanto li amo"). Gli item sono valutati su scale Likert a 7 punti: mai (0), alcune volte all'anno o meno (1), una volta al mese o meno (2), alcune volte al mese (3), una volta alla settimana (4), alcune volte alla settimana (5), tutti i giorni (6). Attualmente il Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam, et al., 2018) è il più utilizzato dai ricercatori (ad esempio, Roskam et al., 2021). Negli ultimi due anni, il PBA è stato utilizzato in un numero importante di ricerche, sia per analizzare le sue proprietà psicometriche in diversi paesi, sia per esaminare le relazioni tra Parental Burnout e variabili individuali e contestuali (ad esempio, Aunola et al., 2020; Cheng et al., 2020; Roskam et al., 2021; Szczygiel et al., 2020). Roskam e colleghi nel 2021 hanno condotto un macrostudio in 42 paesi per analizzare la validità del PBA mostrando un'invarianza per quanto riguarda la validità strutturale (Suárez et al., 2022). Sempre secondo l'autrice, il PBA ha mostrato degli ottimi punteggi di affidabilità (Suárez et al., 2022). Inoltre, grazie allo studio di Roskam e colleghi del 2018, si può affermare che il PBA ha una buona validità convergente ed è una buona misura del burnout genitoriale da utilizzare nelle ricerche; il suo utilizzo è fondamentale in ogni contesto di analisi del burnout genitoriale.

3.3.3 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Il Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach, 1983; Sirigatti & stefanile, 1993) è un questionario self-report costituito da 22 item su scala likert a 6 punti (0 = Mai; 1 = Qualche volta all'anno; 2 = Una volta al mese o meno; 3 = Qualche volta al mese; 4 = Una volta alla settimana; 5 = Qualche volta alla settimana; 6 = Ogni giorno) in base a questo il soggetto deve valutare la frequenza e l'intensità con cui sperimenta sintomi, effetti, stati emotivi connessi con il suo lavoro (Sirigatti et al., 1988).

Inizialmente Maslach e Jackson (1981) proposero un questionario di 47 item a 605 operatori occupati in varie professioni di aiuto. Fu condotta un'analisi fattoriale e sulla base di questi primi risultati, furono scelti 25 item, proposti ad un campione di 420 operatori. L'analisi fattoriale condotta – per mezzo della stessa procedura – sulle risposte fornite dai due gruppi unificati (N = 1025) condusse alla identificazione di quattro fattori,

di cui tre saturavano 22 item, scelti per la versione definita dello strumento. Il fattore denominato Esaurimento emotivo era costituito da 9 item, quello di Depersonalizzazione da 5 item e quello di Realizzazione lavorativa da 8 item (Sirigatti et al., 1988).

L'MBI è una scala multidimensionale che affronta tre diversi temi:

- esaurimento emotivo;
- depersonalizzazione;
- ridotta realizzazione personale.

Per quanto riguarda la sottoscala “Esaurimento Emotivo”, si possono trovare item come “Mi sento esaurito dal mio lavoro”. La Depersonalizzazione riguarda item come “Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente”, mentre gli item che caratterizzano la sottoscala “Realizzazione Personale” sono ad esempio: “Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio” e “Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti”. L'esaurimento emotivo si riferisce alla sensazione di essere emotivamente svuotati dal contatto con altre persone, è la dimensione centrale del burnout (Bakker et al., 2014) ed è associato allo sforzo psicologico e fisiologico (Lee et al., 1991). La realizzazione personale rappresenta un aspetto dell'autoefficacia ed è quindi collegata all'adattamento alle situazioni impegnative (Bandura, 1986). Una ridotta realizzazione personale si riferisce ad un declino nei propri sentimenti di competenza e successo sul lavoro (Maslach & Jackson 1984, Maslach & Leiter 2008). Ashforth e Lee (1990) hanno sostenuto che la depersonalizzazione costituisce una forma di comportamento difensivo, definito come reattivo e azioni di protezione volte ad evitare una domanda indesiderata o ridurre una minaccia percepita.

Pertanto, si prevedeva che la depersonalizzazione fosse associata alla tensione psicologica e alla fuga come metodo di coping (Lee et al., 1991). Originariamente, il questionario era rivolto alle professioni di aiuto, ovvero quelle mansioni che riguardano una notevole interazione emotiva tra l'operatore e il paziente (ad es. psicologi, operatori sociali e del volontariato, insegnanti, medici, ecc.), ma nel tempo il suo utilizzo si è esteso verso tutte le professioni che richiedono un costante contatto con il pubblico o con persone in stato di bisogno (Maslach et al., 1993). La sua inclusione negli studi di ricerca

ci permette di comprendere meglio le variabili personali, sociali e istituzionali che promuovono o riducono il burnout (Maslach & Jackson, 1981). Tuttavia, la letteratura mostra che l'MBI è stato validato, ampiamente accettato e utilizzato nelle comunità, nelle pratiche cliniche e nella ricerca (Coker et al., 2009). Alcuni lavori condotti in molti Paesi mostrano inoltre che le proprietà di affidabilità dell'MBI vanno da .58 a .90 (Gil-Monte, 2005; Gold 1984; Iwanicki, Edwards, Schwab & Richard, 1981 & Zalaquet & Wood, 1997).

Lo studio su 11.000 partecipanti di Maslach & Jackson del 1981, riporta valori di alfa di Cronbach compresi tra .71 e .90. Allo stesso modo, valori simili vengono riportati da altri autori come Iwanicki e colleghi (1981), Gold (1984) e Gil-Montes (2005). Altri molti studi hanno riscontrato la stabilità delle subscale MBI nel tempo, con correlazioni comprese tra .50 e .80 (Leiter & Durup, 1994; Yaman & Solar, 2002).

3.3.4 Professional Quality of Life Inventory (PROQOL)

La qualità della vita professionale è la qualità che si prova in relazione al proprio lavoro di aiuto. Sia gli aspetti positivi che quelli negativi dello svolgimento del proprio lavoro influenzano la qualità della vita professionale. La ricerca ha dimostrato che coloro che aiutano persone che sono state esposte a fattori di stress traumatici, sono a rischio di sviluppare sintomi negativi associati a burnout, depressione e disturbo post traumatico da stress.

La Professional Quality of Life Scale, conosciuta come ProQOL (Stamm, 2005), è la misura più comunemente usata per misurare gli effetti positivi e negativi del lavoro con persone che hanno vissuto eventi estremamente stressanti.

I sentimenti positivi sulla capacità delle persone di aiutare sono conosciuti come compassion satisfaction (CS). Gli esiti negativi secondari sono stati variamente identificati come burnout, controtransfert, compassion fatigue (CF) e secondary traumatic stress (STS), e vicarious traumatization (VT).

Il test è composto da 30 item riguardanti esperienze professionali positive e negative, avute nell'ultimo mese, a cui si può attribuire un punteggio da 1 a 5 su scala Likert (1 = Mai; 2 = Raramente; 3 = A volte; 4 = Spesso; 5 = Molto spesso). Perciò, le tre dimensioni

che si valutano si dividono in: burnout (“Mi sento logorato a causa del mio ruolo di educatore/educatrice”, “Mi sento intrappolato nel mio lavoro di educatore/educatrice”), stress traumatico secondario (“Sono preoccupato per più di una delle persone che aiuto”, “Trovo difficoltà a separare la mia vita privata dalla mia vita nel mio ruolo di educatore/educatrice”) e compassion satisfaction (“Traggo soddisfazione dal saper aiutare le persone”, “Ho più energia dopo aver lavorato con coloro che aiuto”).

In fase di somministrazione, è importante spiegare la logica della misura e coinvolgere il desiderio della persona di fare il test. Ci sono due tipi di somministrazioni: individuale e di gruppo.

Nella somministrazione individuale, una persona in genere fa il test e si autovaluta o riceve i punteggi calcolati da un computer. In questa situazione, i dati non sono registrati altrove e la persona non discute i suoi risultati a meno che non scelga di farlo. La somministrazione individuale può anche essere avviata da una fonte esterna.

In quella di gruppo invece, un gruppo di persone completa il ProQOL simultaneamente e per questo è importante considerare l'effetto del gruppo sui punteggi (se alcune persone sono piuttosto esplicithe sulla loro riluttanza a partecipare, c'è un effetto su tutti i partecipanti.)

L'aspetto più importante dell'interpretazione del ProQOL è che non è un test diagnostico. Non ci sono diagnosi ufficiali nella Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, decima revisione (ICD-10) o nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR, 2000).

Ciò che il ProQOL può fare, da un punto di vista diagnostico, è sollevare questioni da affrontare con l'uso di procedure diagnostiche appropriate. Per esempio, come osservato precedentemente, sia il burnout che il disturbo da stress post traumatico sono frequenti "co-viaggiatori" con la depressione. Un alto punteggio sul burnout o sullo stress traumatico secondario, o un alto punteggio su entrambi con un basso punteggio sulla soddisfazione della compassione, può essere un presagio di depressione clinica che merita un trattamento.

Il ProQOL è spesso usato nella ricerca ed è stabile nel tempo, il che significa che i punteggi nel tempo riflettono i cambiamenti nella persona, non nella misura stessa.

Per quanto riguarda alcune informazioni psicometriche dello strumento, è presente una buona validità di costrutto con oltre 200 articoli pubblicati e più di 100.000 articoli

pubblicati su internet, di cui quasi la metà ha utilizzato il ProQOL o una delle sue versioni precedenti per studiare i costrutti di compassion fatigue, compassion satisfaction e stress traumatico secondario (Stamm, 2010). Le tre scale misurano costrutti distinti. La scala della compassion fatigue è distinta. Le correlazioni interscala mostrano il 2% di varianza condivisa ($r=-.23$; $\text{co-}\sigma = 5\%$; $n=1187$) con lo stress traumatico secondario e il 5% di varianza condivisa ($r=-.14$; $\text{co-}\sigma = 2\%$; $n=1187$) con il burnout. Sebbene ci sia una varianza condivisa tra burnout e stress traumatico secondario, le due scale misurano costrutti diversi e la varianza condivisa riflette probabilmente il disagio comune a entrambe le condizioni. La varianza condivisa tra queste due scale è del 34% ($r=.58$; $\text{co-}\sigma = 34\%$; $n=1187$). Le sottoscale del ProQOL-5 hanno una buona affidabilità interna, con $\alpha = .88, .75$ e $.81$ per la compassion satisfaction, burnout e stress traumatico secondario e una buona validità del costrutto, convergente e discriminante (Stamm, 2010).

3.4 Analisi statistiche dei dati

Il gruppo ad alto rischio e il gruppo a basso rischio, sono stati confrontati tra loro rispetto al burnout lavorativo, al burnout genitoriale, allo stress traumatico secondario e alla compassion satisfaction.

Le analisi statistiche sono state elaborate attraverso il software statistico Jamovi Version 2.3.18.0.

Innanzitutto, sono state calcolate le statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, frequenze percentuali), allo scopo di ottenere un quadro globale delle seguenti informazioni riguardanti i due campioni oggetto di studio: dati socio-anagrafici, burnout lavorativo, burnout genitoriale, stress traumatico secondario e compassion satisfaction. Successivamente, sono state condotte analisi più specifiche per verificare le ipotesi formulate all'inizio del presente studio. Le analisi statistiche utilizzate per questo studio sono di tipo non parametrico: le statistiche non parametriche sono progettate per campioni di piccole dimensioni, come in questo studio. In effetti, anche la letteratura concorda sul fatto che la ricerca in psicologia clinica coinvolge spesso piccoli campioni,

principalmente perché, sebbene i ricercatori mirino a raccogliere campioni grandi e normalmente distribuiti, raramente hanno i fondi e il tempo per reclutare un numero sufficiente di campioni partecipanti (Nachar, 2008).

Per questo motivo, con lo scopo di effettuare il confronto fra gruppi per quanto riguarda il burnout lavorativo, il burnout genitoriale, la compassion fatigue e la compassion satisfaction, è stato utilizzato il Mann-Whitney U test.

Il test di Mann-Whitney, chiamato anche test della somma dei ranghi di Wilcoxon o test di Wilcoxon-Mann-Whitney, è uno dei test non parametrici più potenti (Landers, 1981) e misura le differenze tra due gruppi su un'unica variabile ordinale senza una distribuzione specifica.

Ossia, si tratta di una statistica non parametrica utilizzata per verificare se vi sia una differenza su una variabile dipendente tra due gruppi indipendenti: confronta cioè se la distribuzione della variabile dipendente è la stessa per entrambi i gruppi (Mann & Whitney, 1947; Wilcoxon, 1945).

Il test di Mann-Whitney può essere considerato la versione non parametrica del test parametrico t-test, il quale richiede che la singola variabile sia a intervallo o a rapporto, piuttosto che ordinale, e che presenti una distribuzione normale. Sebbene il limite del campione, il Mann Whitney ha circa il 95% della potenza statistica del t - test di Student (Landers, 1981). Quando i dati di ricerca non soddisfano le condizioni parametriche del t-test, il test di Mann-Whitney risulta essere più adeguato (McKnight & Najab, 2010). Più nello specifico, l'ipotesi nulla (H_0) del test stabilisce che i due gruppi provengano dalla stessa popolazione, ovvero, in altre parole, che i due gruppi indipendenti siano omogenei e abbiano la stessa distribuzione.

Le variabili corrispondono quindi ai due gruppi, rappresentati graficamente da due distribuzioni continue cumulative, definite stocasticamente uguali. Se ciò che è richiesto è un test a due code, l'ipotesi alternativa (H_1) contro la quale viene testata l'ipotesi nulla, stabilisce che la distribuzione dei dati del primo gruppo differisca rispetto alla distribuzione dei dati del secondo gruppo: in questo caso, l'ipotesi nulla viene rifiutata per i valori della statistica test che cadono in una delle due code della sua distribuzione campionaria; d'altra parte invece se viene richiesto un test a una coda, l'ipotesi alternativa (H_1) stabilisce che la variabile di un gruppo è stocasticamente più grande rispetto all'altro gruppo, in base alla direzione del test (positiva o negativa): in questo caso, l'ipotesi nulla

viene rifiutata solo per i valori della statistica test che cadono in una specifica coda della sua distribuzione campionaria (Nachar, 2008).

Infine, per valutare l'associazione tra le variabili di interesse di questa ricerca, è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Spearman (r_s o Spearman ρ). È un indice di correlazione non parametrico adottato quando l'assunzione di una distribuzione normale bivariata non è sostenibile (Artusi, Verderio, & Marubini, 2002). In particolare, quando la distribuzione delle variabili X ed Y non risulta normale o quando le sottopopolazioni dei valori di Y o X non risultano avere la stessa varianza, la correlazione parametrica non viene utilizzata e si ricorre a questo indice che ha inoltre modalità di calcolo piuttosto semplici. Il coefficiente di correlazione di Spearman assume valori tra -1 e +1, dove il segno + indica una correlazione direttamente proporzionale, mentre il segno - indica una correlazione inversamente proporzionale. Quanto più il valore si avvicina a 1, tanto più la correlazione è perfetta; quanto più il valore si avvicina a 0, quanto più la correlazione può considerarsi nulla.

CAPITOLO 4

I risultati della ricerca

All'interno del seguente capitolo sono riportati i risultati delle analisi statistiche condotte secondo gli obiettivi della ricerca. La prima parte è dedicata alle informazioni socio-anagrafiche e cliniche; nella seconda parte vengono esplorati i risultati delle analisi condotte nei due campioni oggetto di studio rispetto alle variabili d'interesse, in linea con i primi quattro obiettivi; si andranno quindi ad esplorare i risultati ottenuti rispetto al burnout lavorativo, al burnout genitoriale, allo stress traumatico secondario e alla compassion satisfaction; segue una terza parte in cui sono riportati i risultati delle analisi statistiche volte a verificare le due ipotesi menzionate nel quinto ed ultimo obiettivo, riguardo eventuali associazioni significative nelle variabili del burnout lavorativo, del burnout genitoriale e della compassion satisfaction.

4.1. Informazioni socio-anagrafiche e cliniche

Il campione ad alto rischio è costituito da 13 educatrici di età compresa tra i 23 e i 46 anni ($M = 30.6$, $DS = 6.95$), tutte di sesso femminile (100.0%). Esse lavorano nella struttura residenziale per minori denominata "Comunità Terapeutica Il Pezzettino" con un numero compreso tra le 26 e le 28 ore settimanali lavorative ($M = 36.3$, $DS = 3.98$).

Il campione normativo è costituito da 8 educatrici di età compresa tra i 23 e i 55 anni ($M = 33.66$, $DS = 9.87$) e anch'esse di sesso femminile (100.0%). Esse lavorano all'interno di diversi asili nidi e scuole d'infanzia del territorio Veneto, in particolare nella provincia di Treviso e lavorano tra le 26 e le 40 ore a settimana ($M = 35.3$, $DS = 4.13$).

Rispetto al campione a basso rischio, la maggior parte dei soggetti sono laureati e si dichiarano nubili. Inoltre, solamente una parte del gruppo di soggetti considerati, svolge un secondo lavoro con un numero compreso tra le 0 e le 10 ore ($M = 2.00$, $DS = 3.85$). Solamente 2 soggetti su 8 ha svolto in precedenza un altro lavoro con un numero di mesi che va dai 2 ai 12 ($M = 7.00$, $DS = 7.07$).

Attualmente, le educatrici stanno svolgendo il proprio lavoro con un numero compreso dai 6 ai 192 mesi ($M = 60.1$, $DS = 67.2$), quindi tra i 6 mesi e 16 anni; nell'attuale azienda invece dai 4 ai 252 mesi ($M = 65.4$, $DS = 85.7$), quindi dai 4 mesi ai 21 anni.

Rispetto al campione ad alto rischio, anche in questo caso la maggior parte dei soggetti sono laureati e si dichiarano nubili. Inoltre, solamente una parte delle educatrici del gruppo di riferimento, svolge un secondo lavoro con un numero compreso tra le 0 e le 8 ore ($M = 0.73$, $DS = 2.41$). Solamente 4 soggetti su 8 ha svolto in precedenza un altro lavoro con un numero di mesi che va dai 9 ai 15 ($M = 62.6$, $DS = 64.0$). Attualmente, le educatrici stanno svolgendo il proprio lavoro con un numero compreso dai 3 ai 120 mesi ($M = 38.0$, $DS = 31.6$) quindi fino ai 10 anni; nell'attuale azienda invece dai 3 ai 48 mesi ($M = 22.9$, $DS = 16.9$), quindi fino ai 4 anni. Nella tabella 1, vengono riportate ulteriori caratteristiche socio-demografiche del campione ad alto rischio e a basso rischio in frequenze percentuali.

Variabile		% soggetti a basso rischio	% soggetti ad alto rischio
Stato civile	Nubile	37.5%	41.7%
	Coniugata	12.5%	16.7%
	Divorziata	12.5%	-
	Vedova	-	-
	Separata	12.5%	8.3%
	Convivente	25.0%	33.3%
Titolo di studio	Elementari	-	-
	Medie inferiori	-	-
	Medie superiori	25.0%	16.7%
	Diploma universitario	-	16.7%
	Laurea	75.0%	58.3%
	Specializzazione/post-lauream	-	8.3%
Altro lavoro		25%	8.3%

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del gruppo ad alto rischio e a basso rischio in frequenze percentuali.

4.2 Burnout lavorativo in campioni ad alto rischio e a basso rischio

Di seguito vengono riportate e discusse le statistiche descrittive condotte sulla base dei dati ottenuti dal Maslach Burnout Inventory (MBI) nel campione a basso rischio e nel campione ad alto rischio. Successivamente, viene effettuato un confronto tra gruppi, attraverso l'uso del test non parametrico di Mann-Whitney.

4.2.1. Burnout lavorativo nel gruppo a basso rischio e nel gruppo ad alto rischio

Nella tabella 2 vengono riportate le statistiche descrittive relative ai punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al campione a basso rischio e al campione ad alto rischio nelle dimensioni relative al Maslach Burnout Inventory.

Ciò che è possibile osservare dai risultati è che, dal punto di vista qualitativo, il gruppo a basso rischio presenta punteggi mediamente maggiori rispetto alla norma nelle dimensioni *Esaurimento emotivo*, *Realizzazione personale* e nel punteggio totale relativo al *Burnout*. Per ciò che riguarda il gruppo ad alto rischio, dai risultati si può notare che i soggetti presentano un punteggio mediamente nella norma. Come si può notare dalla Tabella 2, riguardo il gruppo a basso rischio, il 62.5 % dei soggetti presenta livelli clinici della variabile *Esaurimento emotivo*, il 37.5 % della variabile *Depersonalizzazione*; si osserva inoltre che il 50 % dei soggetti nella variabile *Realizzazione personale*, presenta una realizzazione personale discreta.

Per quanto riguarda il gruppo ad alto rischio, l'8.3% dei soggetti presenta livelli clinici della variabile *Esaurimento emotivo*, il 25.0% della variabile *Depersonalizzazione*; per quanto riguarda la variabile *Realizzazione personale*, il 50% presenta una realizzazione personale discreta.

Variabile MBI	Gruppo a basso rischio		Gruppo ad alto rischio	
	M (DS)	% soggetti clinici e a rischio	M (DS)	% soggetti clinici e a rischio
Esaurimento emotivo	14.8 (7.34)	62.5%	10.1 (8.67)	8.3%
Depersonalizzazione	1.50 (1.93)	37.5%	1.17 (1.27)	25.0%
Realizzazione personale	38.4 (5.18)	50.0%	37.3 (6.20)	50.0%
Totale burnout	54.6 (10.6)	-	48.6 (5.93)	-

Tabella 2. Punteggi del gruppo a basso rischio e del gruppo ad alto rischio nelle dimensioni del Maslach Burnout Inventory

4.2.2 Confronto burnout lavorativo tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio

Come per il burnout genitoriale, per eseguire il confronto tra il gruppo ad alto rischio e il gruppo a basso rischio è stato utilizzato il test non parametrico di Mann-Whitney ($p < .05$). Dai risultati emerge la presenza di una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi rispetto alla variabile *Esaurimento Emotivo* – MBI ($U = 23.5, p = .041$). Nello specifico, si può osservare come le educatrici delle strutture educative per l'infanzia riportino la percezione di un più elevato livello di esaurimento emotivo rispetto al lavoro. Dai risultati emerge inoltre la presenza di una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi rispetto alla variabile *Totale burnout* – MBI ($U = 25.0, p = .054$). Anche in questo caso, sono le educatrici delle strutture educative per l'infanzia a riportare una percezione maggiore dei livelli di burnout rispetto al lavoro.

4.3 Burnout genitoriale in campioni ad alto rischio e a basso rischio

Di seguito vengono riportate e discusse le statistiche descrittive condotte sulla base dei dati ottenuti dal Parental Burnout Assessment (PBA) nel campione a basso rischio e nel campione ad alto rischio. Di questi risultati verrà poi effettuato un confronto tra gruppi attraverso il test di Mann-Whitney.

4.3.1. Burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio e nel gruppo a basso rischio

Nella tabella 3 vengono riportate le statistiche descrittive relative ai punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al campione a basso rischio e al campione ad alto rischio nelle dimensioni relative al Parental Burnout Assessment. Dai risultati si osserva che il gruppo a basso rischio nelle dimensioni *Esaurimento emotivo* e *Sentimenti di stanchezza* presenta punteggi mediamente superiori rispetto al gruppo a rischio.

Per ciò che riguarda il gruppo a rischio invece, dai risultati emergono punteggi mediamente superiori rispetto alla norma nella dimensione *Distanziamento emotivo*. Mentre nella dimensione *Contrasto con il sé genitoriale precedente*, il punteggio risulta nella norma. Dal punto di vista qualitativo, quindi, sembra che il gruppo a basso rischio presenti punteggi maggiori per ciò che riguarda l'esaurimento e la saturazione. D'altra parte, il gruppo a rischio presenta maggiori punteggi nella variabile *Distanziamento Emotivo*.

Variabile PBA	Gruppo a basso rischio	Gruppo a rischio
	M (DS)	M (DS)
Esaurimento emotivo	7.79 (4.56)	4.48 (4.31)
Contrasto con il sé genitoriale precedente	1.13 (1.64)	1.83 (2.66)
Sentimenti di stanchezza	1.25 (1.75)	0.59 (1.16)
Distanziamento emotivo	0.56 (0.78)	1.25 (2.26)

Tabella 3. Punteggi del gruppo a basso rischio e del gruppo a rischio nelle dimensioni del Parental Burnout Assessment

4.3.2 Confronto burnout genitoriale tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio

Il confronto tra il gruppo ad alto rischio e il gruppo a basso rischio per quanto riguarda il burnout genitoriale è stato effettuato utilizzando il test non parametrico di Mann-Whitney. Dall'applicazione del Mann-Whitney U test non emergono differenze statisticamente significative tra il gruppo ad alto rischio e il gruppo a basso rischio in nessuna delle scale dello strumento Parental Burnout Assessment ($p < .05$).

4.4 Compassion fatigue (burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e compassion satisfaction in campioni a basso rischio e ad alto rischio

Di seguito vengono riportate e discusse le statistiche descrittive condotte sulla base dei dati ottenuti dal Professional Quality of Life Inventory (PROQOL) nel campione a basso rischio e nel campione ad alto rischio. Successivamente, viene effettuato un confronto tra gruppi, attraverso l'uso del test non parametrico di Mann-Whitney.

4.4.1. *Compassion fatigue (burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e compassion satisfaction nel gruppo a basso rischio e nel gruppo ad alto rischio*

Nella tabella 4 vengono riportate le statistiche descrittive relative ai punteggi ottenuti dai soggetti appartenenti al campione a basso rischio e al campione a rischio nelle dimensioni relative al Professional Quality of Life Inventory.

Per quanto riguarda entrambi i campioni, si può osservare come, dal punto di vista qualitativo, non sembrano esservi grosse differenze tra i due gruppi rispetto alle variabili d'interesse.

Variabile PROQOL	Gruppo a basso rischio		Gruppo ad alto rischio	
	M (DS)	% soggetti clinici e a rischio	M (DS)	% soggetti clinici e a rischio
Compassion satisfaction	40.5 (3.93)	62.5%	40.5 (5.45)	50.0%
Burnout	19.4 (3.54)	12.5%	19.9 (3.94)	25.0%
Stress traumatico secondario	17.0 (3.16)	-	17.6 (3.68)	8.3%

Tabella 4. Punteggi del gruppo a basso rischio e del gruppo a rischio nelle dimensioni del Professional Quality of Life Inventory

4.4.2 *Confronto compassion fatigue e compassion satisfaction tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio*

Anche in questo caso, per confrontare il gruppo a rischio e il gruppo a basso rischio nelle dimensioni compassion fatigue e compassion satisfaction è stato utilizzato il test non parametrico di Mann-Whitney.

Dall'applicazione del Mann-Whitney U test non emergono differenze statisticamente significative tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo in nessuna delle scale dello strumento Professional Quality of Life Inventor ($p < .05$).

4.5 Associazioni tra burnout lavorativo, burnout genitoriale, compassion fatigue e compassion satisfaction nelle figure professionali ad alto rischio e a basso rischio

Rispetto al quinto ed ultimo obiettivo, sono state condotte analisi statistiche per verificare la presenza di eventuali associazioni tra burnout lavorativo, burnout genitoriale, compassion fatigue e compassion satisfaction nelle figure professionali ad alto rischio e a basso rischio. Di seguito, vengono riportati i risultati relativi all'applicazione del coefficiente di Spearman (r_s) alle variabili di interesse.

Dai risultati del gruppo a basso rischio, emerge la presenza di una correlazione statisticamente significativa diretta tra la variabile *Età* e *Mesi lavoro attuale* ($r=0.80$, $p=.015$), *Mesi in azienda* ($r=0.88$, $p=.004$) e *Depersonalizzazione* ($r=0.83$, $p=.011$); tra la variabile *Mesi in azienda* e *Mesi lavoro attuale* ($r=0.98$, $p<.001$), *Depersonalizzazione* ($r=0.90$, $p=.002$); tra la variabile *Mesi lavoro attuale* e *Depersonalizzazione* ($r=0.89$, $p=.003$); tra la variabile *Ore di lavoro settimanali* e *Totale burnout* ($r=0.76$, $p=.027$); tra la variabile *Ore altro lavoro* e *Distanziamento emotivo* ($r=0.71$, $p=.046$), *Sentimenti di stanchezza* ($r=0.88$, $p=.003$), *Burnout* ($r=0.75$, $p=.031$), *Stress traumatico secondario* ($r=0.75$, $p=.032$); tra la variabile *Esaurimento Emotivo genitoriale* e *Esaurimento emotivo nel lavoro* ($r=0.73$, $p=.040$); tra la variabile *Distanziamento emotivo* e *Sentimenti di stanchezza* ($r=0.83$, $p=.011$), *Esaurimento emotivo nel lavoro* ($r=0.78$, $p=.022$), *Stress traumatico secondario* ($r=0.96$, $p<.001$); tra la variabile *Contrasto con il sé genitoriale precedente* e *Compassion satisfaction* ($r=0.81$, $p=.015$); tra la variabile *Sentimenti di stanchezza* e *Stress traumatico secondario* ($r=0.80$, $p=.017$); tra la variabile *Esaurimento emotivo* e *Totale burnout* ($r=0.85$, $p=.008$); tra la variabile *Realizzazione personale* e *Totale burnout* ($r=0.73$, $p=.041$), *Compassion satisfaction* ($r=0.83$, $p=.010$); tra la variabile *Totale burnout* e *Compassion satisfaction* ($r=0.75$, $p=.034$).

In altre parole, si osserva che al crescere dell'*Età* aumentano i mesi del lavoro attuale, i mesi nell'azienda e la *Depersonalizzazione* delle educatrici sul lavoro; al crescere dei mesi in azienda, aumentano i mesi del lavoro attuale e la *Depersonalizzazione*; al crescere dei mesi del lavoro attuale, aumenta la *Depersonalizzazione* sul lavoro; al crescere delle

ore di lavoro settimanali, aumenta il *Burnout*; al crescere delle ore effettuate in un altro lavoro, aumentano il *Distanziamento emotivo*, i *Sentimenti di stanchezza*, il *Burnout* e lo *Stress traumatico secondario*; al crescere della variabile *Esaurimento emotivo* genitoriale, aumenta la variabile *Esaurimento emotivo* nel lavoro; al crescere del *Distanziamento emotivo*, aumentano i *Sentimenti di stanchezza*, l'*Esaurimento emotivo* nel lavoro e lo *Stress traumatico secondario*; al crescere della variabile *Contrasto con il sé genitoriale precedente*, aumenta la *Compassion satisfaction*; al crescere della variabile *Sentimenti di stanchezza*, aumenta lo *Stress traumatico secondario*; al crescere della variabile *Esaurimento emotivo*, aumenta la variabile *Totale burnout*; al crescere della variabile *Realizzazione personale*, aumentano le variabili *Totale burnout* e *Compassion satisfaction*; al crescere della variabile *Totale burnout* aumenta la variabile *Compassion satisfaction*.

Per quanto riguarda il gruppo ad alto rischio, è possibile osservare associazioni statisticamente significative tra la variabile *Mesi in azienda* e *Mesi lavoro attuale* ($r=0.67$, $p=.018$); *Mesi lavoro precedente* e *ore di lavoro settimanali* ($r=0.77$, $p=.026$), *Esaurimento emotivo* ($r= -0.77$, $p=.024$), *Totale burnout* ($r= -0.74$, $p= .035$); tra la variabile *Ore di lavoro settimanali* e *Sentimenti di stanchezza* ($r= -0.68$, $p=.014$), *Distanziamento emotivo* ($r= -0.65$, $p=.014$), *Esaurimento emotivo* nel lavoro ($r= -0.65$, $p=.023$), *Realizzazione personale* ($r=0.64$, $p=.024$), *Compassion satisfaction* ($r=0.65$, $p=.022$), *Burnout* ($r= -0.64$, $p=.024$); tra la variabile *Sentimenti di stanchezza* e *Stress traumatico secondario* ($r=0.65$, $p=.022$); tra la variabile *Distanziamento emotivo* e *Esaurimento emotivo* nel lavoro ($r=0.60$, $p=.038$), *Realizzazione personale* ($r= -0.71$, $p=.009$), *Compassion satisfaction* ($r= -0.72$, $p=.007$), *Burnout* ($r=0.79$, $p=.002$); tra la variabile *Esaurimento emotivo* nel lavoro e *Realizzazione personale* ($r= -0.64$, $p=.024$), *Totale burnout* ($r=0.59$, $p=.045$), *Compassion satisfaction* ($r= -0.69$, $p=0.13$), *Burnout* ($r=0.71$, $p=.010$); tra la variabile *Depersonalizzazione* e *Stress traumatico secondario* ($r=0.78$, $p=.003$); tra la variabile *Realizzazione personale* e *Compassion satisfaction* ($r=0.81$, $p=.001$), *Burnout* ($r= -0.87$, $p<.001$); tra la variabile *Compassion satisfaction* e *Burnout* ($r= -0.74$, $p=.006$).

In particolare, si può dedurre che al crescere dei mesi trascorsi in azienda, aumentano i mesi del lavoro attuale; al crescere dei mesi del lavoro precedente, aumentano le ore di lavoro settimanali e diminuiscono le variabili *Esaurimento emotivo* e *Totale burnout*; al crescere delle ore di lavoro settimanali, aumenta la variabile *Realizzazione personale*, *Compassion satisfaction*, *Burnout* ma diminuisce la variabile *Sentimenti di stanchezza*, *Distanziamento emotivo*, *Esaurimento emotivo* nel lavoro e *Burnout*; al crescere della variabile *Sentimenti di stanchezza*, aumenta la variabile *Stress traumatico secondario*; al crescere della variabile *Distanziamento emotivo*, aumentano le variabili *Esaurimento emotivo* nel lavoro e *Burnout*, ma diminuiscono le variabili *Realizzazione personale* e *Compassion satisfaction*; al crescere della variabile *Esaurimento emotivo* nel lavoro, aumenta la variabile *Burnout*, *Totale burnout* ma diminuiscono le variabili *Compassion satisfaction* e *Realizzazione personale*; al crescere della variabile *Depersonalizzazione*, aumenta la variabile *Stress traumatico secondario*; al crescere della variabile *Realizzazione personale*, aumenta la variabile *Compassion satisfaction* ma diminuisce la variabile *Burnout*; al crescere della variabile *Compassion satisfaction*, diminuisce la variabile *Burnout*.

CAPITOLO 5

Discussione dei risultati e conclusioni

5.1. Discussione dei risultati

Il presente elaborato si è posto come obiettivo, indagare le esperienze di compassion satisfaction, compassion fatigue (declinata nei domini di burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e burnout genitoriale in individui che si occupano di minori con storie di esperienze traumatiche e confrontarle con un gruppo a basso rischio reclutato dalla popolazione generale. La letteratura da molto tempo analizza le conseguenze e i sintomi che possono esperire gli individui che svolgono professioni d'aiuto; in particolare rispetto al rischio che corrono a causa dell'esposizione frequente a esperienze lavorative emotivamente traumatiche (Newell & MacNeil, 2010). Molti temi si sono susseguiti all'interno di questa ricerca e le analisi successive condotte, hanno individuato i diversi fenomeni di compassion fatigue, che la ricerca riconduce allo stress traumatico secondario e ad un disagio fortemente psicologico e fisico, denominato burnout. Ciò che è certo è che, chi si prende cura di soggetti in situazioni di disagio e traumatiche, come all'interno di un contesto maltrattante, può andare incontro ad un disinvestimento sul proprio lavoro, se non supportato da una soddisfazione lavorativa (Tham, 2007). In effetti, un educatore assume una posizione che gli permette di creare connessioni intime con i soggetti di cui si prende cura. Per questo motivo, nell'ambito di bambini istituzionalizzati (cioè cresciuti in strutture residenziali), l'educatore è una figura di riferimento per i minori tanto da poter svolgere una funzione genitoriale vera e propria, occupandosi totalmente di loro (van IJzendoorn et al., 2011). Varie ragioni hanno spinto questo lavoro ad occuparsi dei temi correnti, tra questi verificare innanzitutto la situazione degli educatori che si occupano di bambini con storie di maltrattamento (gruppo ad alto rischio), rispetto ai livelli di burnout e stress traumatico secondario come denota il primo obiettivo. Successivamente confrontare questi risultati con i livelli delle stesse variabili nel gruppo degli educatori all'interno di contesti educativi dell'infanzia (gruppo a basso rischio). Nello specifico, la prima ipotesi si è occupata di indagare se il burnout lavorativo presenta livelli maggiori nel gruppo ad alto rischio rispetto a quello a basso rischio.

Dai risultati, si può osservare che una differenza statisticamente significativa è emersa nel gruppo a basso rischio rispetto al burnout lavorativo e all'esaurimento emotivo nel lavoro, anche se, in contrasto con l'ipotesi indicata precedentemente. In linea con i dati anteriormente menzionati (van IJzendoorn et al., 2011), il secondo obiettivo della presente ricerca è esaminare i livelli di burnout genitoriale negli educatori ad alto rischio e confrontarli con gli educatori a basso rischio, per cercare di confermare o meno le ipotesi elencate rispetto agli elementi di stress genitoriale. In effetti, ciò che si evince dai risultati è che l'ipotesi secondo cui, il gruppo ad alto rischio presenta livelli maggiori di burnout genitoriale rispetto al gruppo a basso rischio, non viene supportata. Il terzo obiettivo è indagare i livelli di stress traumatico secondario negli operatori che si occupano di bambini con storie di maltrattamento (gruppo ad alto rischio) e metterli a confronto con il gruppo a basso rischio (professionisti che lavorano con minori in contesti educativi per l'infanzia). Rispetto a ciò, si è ipotizzato che nel gruppo ad alto rischio, ci siano maggiori livelli di stress traumatico secondario rispetto al gruppo a basso rischio, in linea con la letteratura. Anche in questo caso, l'ipotesi iniziale non è stata confermata, non essendoci differenze significative nel gruppo ad alto rischio. Rispetto al quarto obiettivo della presente ricerca (indagare i livelli di compassion satisfaction nel gruppo ad alto rischio e confrontarli con il gruppo a basso rischio), la quarta ipotesi va ad analizzare la compassion satisfaction, postulando che livelli maggiori siano presenti nel gruppo a basso rischio, rispetto al gruppo ad alto rischio. Grazie anche alle analisi effettuate con lo strumento preso di riferimento, il Professional Quality of Life Inventory, non sono emerse differenze significative rispetto a questa variabile. In conclusione, nel quinto ed ultimo obiettivo, sono state indagate le varie associazioni tra tutte le variabili d'interesse. In primo luogo, tra burnout lavorativo e burnout genitoriale che, secondo quanto riportato in precedenza, si è ipotizzata la presenza di un'associazione significativa nel gruppo ad alto rischio in confronto al gruppo a basso rischio; un'ulteriore ipotesi formulata nello stesso obiettivo, riguarda diverse associazioni significative della compassion satisfaction, tra i due gruppi presi di riferimento dalla presente ricerca.

5.1.1. Confronto rispetto al burnout lavorativo tra gruppo ad alto rischio e a basso rischio

Rispetto al primo obiettivo (indagare i livelli di compassion fatigue, articolati nelle dimensioni di burnout lavorativo e stress traumatico secondario nel gruppo a rischio e confrontarlo con i livelli riportati dal gruppo a basso rischio), i risultati ottenuti non supportano l'ipotesi iniziale secondo cui il gruppo ad alto rischio presenta livelli maggiori della variabile *Burnout* lavorativo rispetto al gruppo a basso rischio; infatti non sono emerse differenze statisticamente significative nei punteggi dei soggetti del gruppo ad alto rischio in nessuna delle variabili del Maslach Burnout Inventory. Rispetto a questi risultati, si possono distinguere diverse possibilità di lettura. Una prima interpretazione che si potrebbe dare è che chi lavora all'interno di una comunità terapeutica, come "Il Pezzettino", potrebbe far fatica a riconoscere le difficoltà del proprio lavoro essendoci una relazione di cura. Ossia, costruire e svolgere una relazione affettiva intensa, in contesti difficili con bambini bisognosi, fattori come il coinvolgimento emotivo, può essere visto come un aspetto insito e necessario alla relazione stessa e non, come in alcuni casi, un aspetto rischioso. In secondo luogo, si può riflettere sul fatto che soggetti ad alto rischio potrebbero presentare livelli particolari di resilienza sul piano individuale. Alcune strategie di coping considerate "attive", potrebbero aver avuto una funzione importante nell'affrontare i fattori di stress. Queste strategie infatti si possono sovrapporre alla "cura di sé professionale", intesa come l'utilizzo di abilità da parte dei lavoratori per mantenere le proprie esigenze personali, familiari, emotive e spirituali mentre si occupano dei bisogni e delle richieste dei loro pazienti (Figley, 2002b; Stamm, 1999). Altresì, la letteratura ad esempio, parla di come un'adeguata capacità di regolazione emotiva verso i minori, potrebbe aiutare gli operatori a proteggersi dall'esposizione ripetuta a situazioni di dolore e trauma (Wagaman et al., 2015). In un'ottica avversa, potrebbero entrare in gioco meccanismi di coping non più attivi ma disimpegnati: ovvero comportamenti difensivi che implicano l'evitamento e quindi impediscono alle educatrici di riconoscere le proprie difficoltà.

D'altra parte, ci si può chiedere anche se l'impostazione della struttura, prestando particolare attenzione ai bisogni emotivi dei bambini e degli operatori, non possa rivestire un ruolo di protezione. Le organizzazioni di assistenza all'infanzia hanno un ruolo e una

responsabilità particolari nel promuovere il benessere del personale (Kanter & Sherman, 2017; Miller et al., 2016), anche rispetto la cultura organizzativa (Ellett, Ellis, Westbrook, & Dews, 2007; Lee, Forster, & Rehner, 2011; Madden, Scannapieco, & Painter, 2014; Kim & Kao, 2014, ecc.). Ad esempio, le organizzazioni potrebbero incentivare la partecipazione a corsi di formazione specializzati per i professionisti, mettere a disposizione un supervisore che possa offrire loro supporto oppure promuovere degli studi partecipativi per raccogliere i suggerimenti dei propri dipendenti. Tuttavia, è bene notare che dal confronto tra i due gruppi, una differenza statisticamente significativa è presente nel gruppo a basso rischio nelle variabili *Esaurimento emotivo* (considerando che l'8.3% dei soggetti presenta livelli clinici o a rischio nella variabile) e *Totale Burnout*. Nello specifico, si può osservare come le educatrici delle strutture educative per l'infanzia, riportino la percezione di un più elevato livello di esaurimento emotivo e di burnout rispetto al lavoro. Questo dato fa riflettere in quanto, proprio per le motivazioni esplorate nella parte teorica precedente, a livelli più elevati di esaurimento emotivo sono associati alte richieste contrastanti (Ghorpade et al., 2011). Ciò potrebbe significare che alle educatrici del gruppo a basso rischio, viene difficile portare a termine i compiti lavorativi, guidando così velocemente il loro stress lavorativo a un livello di un possibile burnout. Per questo, in futuro, si potrebbe iniziare a riflettere sull'organizzazione lavorativa anche all'interno di strutture non residenziali come ad esempio i centri per l'infanzia.

5.1.2. Confronto rispetto al burnout genitoriale tra gruppo ad alto rischio e a basso rischio

Rispetto al secondo obiettivo (indagare i livelli di burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio e confrontarlo con i livelli riportati dal gruppo a basso rischio), i risultati non supportano l'ipotesi iniziale secondo cui, il gruppo ad alto rischio presenta livelli maggiori di burnout genitoriale rispetto al gruppo a basso rischio. Infatti, non sono emerse differenze statisticamente significative nei punteggi dei soggetti del gruppo ad alto rischio in nessuna delle variabili del Parental Burnout Assessment. Secondo questi risultati, si potrebbe ipotizzare che una maggiore esperienza lavorativa possa aiutare le educatrici

nello sviluppare particolari meccanismi di coping. Se da una parte, il campione ad alto rischio preso di riferimento dall'ipotesi, è composto da educatrici con poca esperienza, dall'altra si devono considerare anche le educatrici con tanti anni di esperienza lavorativa. Ad esempio, alcune educatrici svolgono lo stesso lavoro di cura da 10 anni. Ciò potrebbe significare che maggiore è l'esperienza nelle professioni d'aiuto, maggiore è la possibilità di lavorare sulle strategie protettive davanti ai rischi (Arvay & Uhleman, 1996; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000).

Il ruolo che assume un educatore all'interno di una comunità è sicuramente un ruolo a tratti faticoso. Questo perché possono essere per i minori delle figure di riferimento, occupandosi di loro non solo a livello pratico ma anche affettivo (Van IJzendoorn et al., 2011; D'Onofrio & Trani, 2011). In questo senso, svolgere una funzione genitoriale per chi si prende cura di qualcun altro, è a tutti gli effetti complesso. Si può dedurre che, secondo anche le considerazioni precedenti, gli educatori possono avere difficoltà a riconoscere che alcuni aspetti abituali della cura, se disfunzionali, possono rappresentare dei fattori di rischio (mancanza di gestione delle emozioni e dello stress, nevroticismo ecc).

“Normalizzare” e riconoscere quindi gli aspetti più difficili di un'attività di cura, potrebbe fungere da aiuto per sviluppare i cosiddetti “fattori protettivi”. In poche parole, se come educatore, riconosco in tempo che la gestione dello stress e delle emozioni sta diventando faticosa, posso intervenire su quegli aspetti prima che precipitino. Se la cultura di un'organizzazione aiutasse i lavoratori a riconoscere il burnout e il trauma vicario, si potrebbero alleviare gli stigmi che i lavoratori traumatizzati possono avere nei confronti di queste reazioni (Bell, Kilkarni, & Dalton, 2003).

Dobbiamo tenere conto però che ad oggi, è presente ancora poca letteratura che indaga il burnout genitoriale. Per cui, questi dati potrebbero essere utili in un'ottica di analisi futura del burnout genitoriale negli educatori che, in quanto caregiver, possono assumere un ruolo lavorativo e di cura in contesti a rischio.

5.1.3. Confronto rispetto allo stress traumatico secondario tra gruppo ad alto rischio e a basso rischio

Il terzo obiettivo (in linea con l'obiettivo di indagare i livelli di stress traumatico secondario nel gruppo ad alto rischio e confrontarlo con i livelli riportati dal gruppo a basso rischio) è caratterizzato dall'ipotesi secondo la quale, nel gruppo ad alto rischio ci siano maggiori livelli di stress traumatico secondario rispetto al gruppo a basso rischio. I risultati ottenuti non supportano questa ipotesi in quanto non sono emerse differenze significative nel gruppo ad alto rischio rispetto alla variabile dello stress traumatico secondario del Professional Quality of Life Inventory. Questo aspetto potrebbe andare di pari passo alla riflessione effettuata rispetto al burnout lavorativo. Come riportato in precedenza, lo stress traumatico secondario è uno dei due costrutti facenti parte della compassion fatigue (Bride et al., 2007). Lo stress traumatico secondario è caratterizzato dalla preoccupazione per le persone che si sono aiutate. In genere, i caregiver riferiscono di sentirsi intrappolati, in tensione, esausti e contagiati dal trauma altrui. Si potrebbe pensare che anche in questo caso, gli educatori riportano una difficoltà a entrare in contatto con i livelli di stress esperiti. O meglio, potrebbero riconoscerli ma utilizzare strategie di coping disfunzionali.

Di fatto, la letteratura riconosce che le strategie evitanti, sono associate a risultati più negativi (Moos & Schaefer, 1993). Considerando la ricerca di Anderson del 2000, si è osservato come le strategie evitanti siano state dannose per alcuni operatori dei servizi sociali.

Tenendo conto di questi dati, potrebbe essere utile esplorare il costrutto in modo longitudinale, così da indagare se i livelli di stress traumatico secondario cambiano nel corso del tempo.

5.1.4. Confronto rispetto alla compassion satisfaction tra gruppo ad alto rischio e a basso rischio

Il quarto obiettivo (indagare i livelli di compassion satisfaction nel gruppo ad alto rischio e confrontarlo con i livelli riportati dal gruppo a basso rischio) è caratterizzato dall'ipotesi secondo la quale nel gruppo a basso rischio ci siano maggiori livelli di compassion

satisfaction rispetto al gruppo ad alto rischio. I risultati ottenuti non supportano questa ipotesi in quanto non sono emerse differenze significative nel gruppo a basso rischio rispetto alla variabile della compassion satisfaction in nessuna delle dimensioni dello strumento preso di riferimento, il Professional Quality of Life Inventory.

Prendendo d'esempio alcuni studi menzionati nei primi capitoli, si può sostenere che la compassion satisfaction è un fattore protettivo e quindi può attenuare la compassion fatigue tra i diversi professionisti (Sprang et al., 2007; Collins & Long, 2003; Conrad & Kellar-Guenther, 2006). La base sulla quale è stata creata l'ipotesi, potrebbe essere quella che nelle educatrici che lavorano in centri per l'infanzia, possono sentirsi maggiormente soddisfatte del lavoro che amano fare, rispetto al gruppo ad alto rischio. Questo perché ipoteticamente comporta un elemento d'aiuto verso l'altro, in un ambiente che di base dovrebbe essere organizzato e positivo. Questa deduzione è in linea con la letteratura, la quale sostiene che, alcuni elementi all'interno del contesto organizzativo come ad esempio un livello adeguato di sfida lavorativa, sentimenti di competenza, processi motivazionali e senso di appartenenza a un'organizzazione stimolante, hanno predetto livelli più elevati di compassion satisfaction (Baugerud et al., 2018). Perciò, se l'organizzazione lavorativa non contribuisce a questi aspetti, potrebbero non esserci alti livelli di compassion satisfaction negli educatori e quindi la loro capacità di contribuire all'ambiente di lavoro e/o i loro sentimenti positivi rispetto ai colleghi, potrebbero essere molto bassi.

Anche in questo caso, indagare il costrutto con un campione più ampio, potrebbe raggiungere livelli considerevoli per ottenere dei risultati significativi per gli studi.

5.1.5. Associazioni tra burnout lavorativo, burnout genitoriale, stress traumatico secondario e compassion satisfaction nelle figure professionali ad alto rischio e a basso rischio

Rispetto al quinto ed ultimo obiettivo (indagare le associazioni tra burnout lavorativo, burnout genitoriale, stress traumatico secondario, compassion satisfaction e stress traumatico secondario nelle figure professionali ad alto rischio e a basso rischio), si deve tenere conto delle due ipotesi di partenza.

5.1.6 Prima ipotesi: associazioni tra il burnout lavorativo e il burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio

La prima ipotesi secondo cui esistono delle associazioni tra il burnout lavorativo e il burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio viene confermata dai risultati. Per quanto riguarda il gruppo a rischio, sono emerse delle associazioni statisticamente significative tra più variabili del Maslach Burnout Inventory, del Parental Burnout Assessment e del Professional Quality of Life.

Dai dati osservati, il distanziamento emotivo genitoriale correla con l'esaurimento emotivo nel lavoro, il burnout lavorativo e la realizzazione personale. Mentre le prime due variabili correlano positivamente, l'ultima correla negativamente.

Questi dati potrebbero essere in linea con lo studio di Mikolajczak e Roskam del 2018, il quale sostiene che, i soggetti con un possibile burnout, ricevono delle richieste che vanno oltre le proprie risorse, importando così i principi del "*Job Demand-Resources model*" (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2007). Ci si riferisce all'associazione positiva tra il distanziamento emotivo e l'esaurimento emotivo nel lavoro. Effettivamente, i dati osservano che il distanziamento emotivo nel contesto di caregiving, contribuisce maggiormente alla trascuratezza e alla violenza sui bambini (Mikolajczak et al., 2018). Ebbene, questo dato lo si potrebbe unire alla dimensione dell'esaurimento emotivo nel lavoro, che è uno stato che si verifica quando le risorse emotive di un professionista, si esauriscono a causa dei bisogni cronici e delle richieste, che riceve dai soggetti e/o dalle organizzazioni (Maslach, 1998; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Tuttavia, i due costrutti di per sé, si possono distinguere in base al fatto che le richieste provengano da un contesto organizzativo o di cura. Ovvero, se le richieste (chiamate anche fattori di rischio) sono troppo elevate da affrontare per il soggetto. In conclusione, si potrebbe dedurre che più le educatrici di questo gruppo sono distanti emotivamente e più potrebbero non porre la massima attenzione ai minori e quindi viene loro impedito di utilizzare le proprie risorse emotive.

In aggiunta, i soggetti che attuano un comportamento emotivamente distante, presentano un alto livello di burnout lavorativo. Ciò potrebbe suggerire che, come la letteratura indica, un fattore di rischio per il burnout lavorativo può essere il fatto di dover ricoprire allo stesso tempo un ruolo lavorativo e un ruolo genitoriale, arrivando ad un vero e proprio

conflitto interpersonale. Sperimentare questo tipo di conflitto quando si lavora con i bambini che hanno subito traumi (ad esempio abusi sessuali o fisici) e si ascoltano le loro storie emotive, è associato a un impatto psicologico negativo (Baugerud et al., 2018).

In aggiunta, potremmo ipotizzare che i soggetti più si sentono emotivamente distanti, meno si sentono realizzati. Una ridotta realizzazione personale si riferisce ad un declino nei propri sentimenti di competenza e successo sul lavoro (Maslach & Jackson 1984, Maslach & Leiter 2008). Se il ruolo dell'educatore di comunità è soddisfare i bisogni fondamentali dei minori di cui si prende cura (fornire cibo, vestiti, fare la doccia ecc) (Bowlby, 1952), è anche vero che l'aspetto relazionale potrebbe risentirne. Tuttavia, si può dedurre che il distanziamento emotivo che sentono le educatrici ad alto rischio, porta loro a non sentirsi competenti e realizzate nel loro lavoro. Rispetto alla realizzazione personale si è anche osservato che più aumentano le ore di lavoro settimanali, più le educatrici si sentono realizzate. Questo risultato, in un certo senso, va in contrasto con ciò che la letteratura osserva rispetto al fatto che, turni di lavoro troppo lunghi, possano favorire i fenomeni di burnout. Rispetto al campione di questa ricerca, non si osservano orari lavoro troppo prolungati. In questo senso, si potrebbe dedurre che la presenza di turni di lavoro maggiormente consistenti, che non sfocino in orari lavorativi troppo estesi, potrebbe fungere da fattore che promuove il livello di autoefficacia e soddisfazione lavorativa nelle educatrici. Il fatto che nelle educatrici, all'aumentare delle ore passate a lavorare, aumenta anche la loro realizzazione, potrebbe significare che si sentono maggiormente competenti e responsabili all'interno dell'organizzazione lavorativa oppure il loro rapporto con i minori è soddisfacente.

Inoltre, considerando più in generale il costrutto del burnout lavorativo, ulteriori associazioni si sono osservate rispetto alle ore di lavoro settimanali e sentimenti di stanchezza, distanziamento emotivo genitoriale, esaurimento emotivo nel lavoro e burnout. Tenendo conto dell'intuizione precedente, si potrebbe ipotizzare che all'aumentare delle ore di lavoro nello stesso contesto ogni giorno, diminuiscono i sentimenti di stanchezza, il distanziamento emotivo genitoriale, l'esaurimento emotivo nel lavoro e più in generale una situazione di burnout lavorativo. Sullo stesso piano per le educatrici, la quantità di ore trascorse a lavorare è connessa con il loro sentimento di sentirsi realizzate a livello personale.

Ulteriori ricerche potrebbero approfondire meglio queste tematiche in futuro.

5.1.7 Seconda ipotesi: associazioni della compassion satisfaction in relazione al burnout lavorativo e burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio e a basso rischio

La seconda ipotesi secondo cui esistono delle associazioni rispetto alla compassion satisfaction in relazione al burnout lavorativo e burnout genitoriale nel gruppo ad alto rischio e a basso rischio, è confermata dai risultati.

Per quanto riguarda il gruppo ad alto rischio, emerge che esistono associazioni statisticamente significative tra più variabili del Maslach Burnout Inventory, del Parental Burnout Assessment e del Professional Quality of Life.

I dati ottenuti mostrano che la compassion satisfaction correla con le ore di lavoro settimanali, la realizzazione personale, il distanziamento emotivo, l'esaurimento emotivo e il burnout lavorativo. Mentre le prime due variabili correlano positivamente, le altre correlano negativamente.

I risultati sono in linea con la letteratura, in quanto la soddisfazione può attenuare la compassion fatigue tra i professionisti (Sprang et al., 2007; Collins & Long, 2003; Conrad & Kellar-Guenther, 2006). In effetti, l'aumento del livello di compassion satisfaction è in concomitanza con la diminuzione del livello di burnout delle educatrici sul lavoro. È considerato il risultato più positivo, in quanto il soggetto che riceve un rinforzo positivo dal proprio lavoro, non ha preoccupazioni significative di non riuscire a essere efficace nel suo lavoro, né come individuo né all'interno della sua organizzazione. Anche la realizzazione personale sembra essere positiva e in linea con la soddisfazione nell'aiutare gli altri. Inoltre, considerando che tutti i dati appena riportati, si riferiscono a professionisti che lavorano in contatto con minori con storie di maltrattamento (gruppo ad alto rischio), si devono riportare altri risultati e confrontarli con la letteratura. In effetti, si è notato che all'aumentare delle ore di lavoro settimanali, cresce anche il livello di realizzazione lavorativa delle professioniste. Questo dato differisce con ciò che, ad esempio, Killian (2008) sostiene rispetto all'effetto che le ridotte ore di lavoro hanno sulla compassion satisfaction, nei professionisti che lavorano con bambini con traumi (come l'abuso sessuale). Tuttavia, come osservato nella prima ipotesi, un certo grado di competitività e di ambiente positivo all'interno del quale si è inseriti, potrebbe spiegare questi risultati.

Infine, si deve tener conto dell'aumento del distanziamento emotivo in quanto caregiver ed esaurimento emotivo nel lavoro, in relazione ad un basso livello di soddisfazione lavorativa. Questo aspetto è in linea con la letteratura in quanto sostiene che alti livelli di esaurimento emotivo caratterizza la sindrome da burnout lavorativo (Demerouti, Mostert, & Bakker, 2010). Altresì il distanziamento emotivo è dalla letteratura considerato parte del burnout genitoriale. Per cui, due aspetti di due tipologie di burnout che sono diverse ma allo stesso tempo connesse, potrebbero portare le educatrici a esperire meno soddisfazione nell'organizzazione e rispetto alle persone di cui si occupano.

Anche per quanto riguarda il gruppo a basso rischio, sono emerse associazioni statisticamente significative tra più variabili del Maslach Burnout Inventory, del Parental Burnout Assessment e del Professional Quality of Life.

Dai dati emersi, la compassion satisfaction correla con il burnout lavorativo, la realizzazione personale e il contrasto con il sé genitoriale precedente.

Tenendo conto di queste osservazioni, rispetto al contrasto con il sé precedente che le educatrici sentono di avere, potrebbe significare che prima si sentivano "felici" nell'investire in questa attività genitoriale ma al contempo sentivano un grado di contrasto rispetto al ruolo che volevano assumere. Per questo, potrebbero provare sentimenti di vergogna e senso di colpa. Insieme a ciò, la soddisfazione di aiutare gli altri effettivamente si innalza, per cui potrebbero sentire anche un senso di padronanza del lavoro e un impegno verso la propria organizzazione. Osservare questo dato nel gruppo considerato a basso rischio potrebbe essere interessante. La spiegazione che si potrebbe dare è che, dal punto di vista lavorativo, le educatrici sono soddisfatte perché si prendono cura di qualcuno ma dall'altra parte, il ruolo di "caregiver" per loro è cambiato nel tempo. Sempre rispetto al contesto organizzativo, si osserva che la loro realizzazione personale (quindi avere una certezza nell'essere competenti) è in parallelo con la soddisfazione nella possibilità di essere d'aiuto all'altro. Ciò potrebbe significare che da un punto di vista lavorativo, le educatrici in questo senso sono soddisfatte. Questo dato però va in contrasto con il dato successivo: sembrerebbe che maggiore è il burnout lavorativo sperimentato dalle educatrici, maggiore è anche la compassion satisfaction.

Se consideriamo i dati della letteratura a disposizione, rispetto alle strategie di coping, si potrebbe ipotizzare che questi soggetti sono meno in contatto con il loro livello di fatica e quindi, utilizzano strategie di coping evitanti che aumentano il livello di burnout. Seppur trovandosi in una situazione di stress intenso e prolungato, i loro sentimenti di altruismo e il pensiero di star contribuendo a un bene più grande per gli altri, è comunque presente. Le organizzazioni in questo hanno una responsabilità nel prevenire il fenomeno del burnout e un suggerimento dato dalla ricerca potrebbe essere offrire corsi esplicitamente dedicati all'insegnamento delle pratiche della cura di sé nelle scuole (Miller, 2018). In questo modo, i soggetti potrebbero effettuare una ricerca di risorse che li aiutino a conoscere meglio i segni e i sintomi dello stress ed eventualmente elaborare un piano per la cura di sé da mettere in pratica regolarmente (Rienks, 2020).

5.2. Limiti della ricerca e prospettive future

La ricerca condotta presenta diversi limiti relativamente al metodo che è necessario tenere in considerazione sia in relazione all'interpretazione dei risultati ottenuti sia in relazione alle possibili ricerche future.

Il primo limite da considerare, riguarda la numerosità del campione: il fatto di avere preso in esame un campione così ridotto rende difficile generalizzare i risultati ottenuti. Le ricerche future dovrebbero quindi raccogliere un numero di partecipanti più ampio, in modo da poter generalizzare e per rendere maggiormente validi e attendibili i risultati.

Un secondo limite su cui riflettere, interessa una diminuita trasversalità del progetto di ricerca. Come già visto, tutti i campioni considerati dalla presente ricerca, sono di sesso femminile. Per questo, considerando una prospettiva futura, sarebbe interessante notare se, in un campione più ampio ed eterogeneo, otterremmo risultati diversi o più generalizzabili (non solo dal punto di vista del genere ma anche organizzativo e di contesto). Ad esempio, riguardo la variabile del burnout genitoriale considerata da questa ricerca, emerge la necessità di esaminare l'esperienza del burnout genitoriale nei soggetti di sesso maschile e quindi l'esperienza anche dei padri.

Un terzo limite riguarda il non aver considerato uno studio longitudinale per il campione clinico. Le ricerche future potrebbero prendere in considerazione la possibilità di seguire longitudinalmente il campione a rischio per osservare se a distanza di tempo, si verificano dei cambiamenti in virtù anche di eventuali cambiamenti nella singola persona e/o all'interno dell'organizzazione di cui fa parte.

Infine, un quarto ed ultimo limite, riguarda la possibilità di svolgere questo progetto di ricerca coinvolgendo campioni di diverse culture. Aver considerato solamente un campione italiano può aver limitato la generalizzabilità dei risultati in quanto esistono diversi stili genitoriali tipici di culture diverse (Bornstein, 2012). Elevati standard sociali per la genitorialità possono spingere i genitori a raggiungere obiettivi difficili o irraggiungibili, che possono portare all'esaurimento dei genitori (Kawamoto et al., 2018; Sorkkila & Aunola, 2020). Altre culture che hanno rappresentazioni diverse del "buon genitore" o obiettivi diversi nell'educazione di un figlio, potrebbero esercitare invece una pressione minore sui genitori e quindi un minore esaurimento (Bornstein, 2012).

5.3. Riflessioni conclusive

Un educatore è un professionista che si occupa di un'altra persona sotto diversi punti di vista. Il suo ruolo è accudire l'altro, partendo da aspetti pratici (quindi soddisfare i bisogni primari fornendo cibo, occupandosi della pulizia personale ecc), arrivando fino a sviluppare una relazione anche affettiva di ascolto e protezione. Si deve considerare inoltre che l'educatore può lavorare in contesti residenziali e può essere a contatto con minori che hanno diverse esperienze di vita, anche non semplici. In relazione all'aspetto lavorativo, diverse ricerche si sono occupate del difficile ruolo delle cosiddette "professioni d'aiuto" (Baugerud, Vangbæk & Melinder, 2018). Questo perché un'eventuale esposizione a esperienze particolarmente traumatiche e intense, possono influenzare il professionista. Nello specifico, gli studiosi parlano di burnout e stress traumatico secondario (Boscarino et al., 2010; Stamm, 2010). Il burnout viene quindi comunemente attribuito alle caratteristiche organizzative o ai fattori di stress (Font, 2012; Lizano & Mor Barak, 2015). Non si parla solo di aspetti negativi del lavoro ma anche positivi come la compassion satisfaction.

D'altra parte, altri studiosi si stanno occupando di un burnout definito "genitoriale". In questo caso, la condizione di burnout genitoriale si riferisce ad uno stato di intenso esaurimento legato al proprio ruolo di cura (Roskam, Raes, & Mikolajczak, 2017). Considerata la letteratura rispetto a questi temi, la presente ricerca ha avuto lo scopo di indagare diversi fenomeni di compassion fatigue (composto da burnout lavorativo e stress traumatico secondario), burnout genitoriale e compassion satisfaction. Secondo gli obiettivi prefissati, nella presente ricerca sono emersi diversi risultati. Nello specifico, si può osservare come alcune ipotesi siano state confermate rispetto alla letteratura e altre invece no. In particolare, considerando il gruppo delle educatrici che lavorano all'interno della comunità residenziale "Il Pezzettino", una differenza significativa non è emersa rispetto al burnout lavorativo, burnout genitoriale e stress traumatico secondario. D'altra parte, riguardo il burnout lavorativo, una differenza significativa è emersa invece nel gruppo delle educatrici facenti parte del campione normativo: riportano infatti un maggior livello di esaurimento emotivo e di burnout nel lavoro. È un dato interessante in quanto, come si è dedotto precedentemente, le educatrici potrebbero avere una difficoltà nel portare a termine i compiti lavorativi (Ghorpade et al., 2011). Una riflessione per il futuro potrebbe occuparsi dell'organizzazione lavorativa all'interno di strutture non residenziali come ad esempio i centri per l'infanzia, per analizzare se le strutture presentano elementi che possano rispecchiare questi dati. Se si considerano le associazioni tra i vari costrutti oggetto di studio della presente ricerca, tutte e due le ipotesi sono state confermate. Rispetto la relazione tra burnout lavorativo e burnout genitoriale nelle educatrici in comunità, i dati ottenuti sono in linea con la letteratura esplorata (Sprang et al., 2007; Collins & Long, 2003; Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Riguardo invece la compassion satisfaction, si può dire che alcuni risultati delle associazioni tra i due gruppi, non rispettano i risultati delle ricerche in letteratura. Ad esempio, il burnout sperimentato dalle educatrici dei centri per l'infanzia faceva aumentare contemporaneamente la loro compassion satisfaction. Si è ipotizzato quindi che potrebbero essere soggetti meno in contatto con il loro livello di fatica e per questo utilizzano strategie di coping evitanti (e quindi disadattive). Il fatto di star contribuendo a un bene più grande per gli altri, è in concomitanza con l'aumento dei livelli di burnout. Tenendo conto anche dei limiti riscontrati, in futuro si potrebbero indagare gli aspetti delle ipotesi non confermate e le contro intuizioni osservate in questa ricerca.

In conclusione, a partire dai dati e risultati ottenuti in questa ricerca, è importante proseguire lo studio di fenomeni come la compassion fatigue, purtroppo sempre più presenti nell'assetto organizzativo e genitoriale nella categoria delle "professioni d'aiuto" e più in generale nella popolazione.

Rimane inoltre importante focalizzare l'attenzione sugli aspetti di compassion satisfaction degli stessi soggetti di riferimento, per mettere in risalto i fattori protettivi, utili per aumentare le proprie risorse personali e lavorative. Allo stesso modo, i dati del presente lavoro possono rivestire delle importanti implicazioni pratiche per quanto riguarda l'impostazione degli assetti organizzativi all'interno dei contesti istituzionali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Abidin R. 1995. *The Parenting Stress Index* (3rd edn). Psychological Assessment Resources: Odessa, FL.

Abidin, R. R., & Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index (PSI)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.

Ahola, K., Honkonen, T., Pirkola, S., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction* (Abingdon, England), 101(10), 1438–1443.

Åkerstedt, T. (2006). Psychosocial stress and impaired sleep. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 493–501.

Alarcon, G. M. (2011) 'A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes', *Journal of Vocational Behavior*, 79, pp. 549–62.

Alkema, K., Linton, J. M. and Davies, R. (2008) 'A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals', *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 4(2), pp. 101–119.

Allenou, S. (2011). *Mère épuisée*. Paris: Marabout.

American Psychiatric Association. (2021). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR™)*. American Psychiatric Association Publishing and administrators. Washington, DC: NASW Press.

Anderson, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 839–848.

Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). On the nature of burnout–insomnia relationships: A prospective study of employed adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 5–12.

Artusi, R., Verderio, P., & Marubini, E. (2002). Bravais-Pearson and Spearman correlation coefficients: meaning, test of hypothesis and confidence interval. *The international Journal of Biological Markers*, Vol. 17no. 2, 148-151.

Arvey, M.J. & Uhlemann, M.R. (1996). Counsellor stress in the field of trauma: A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling*, 30(3), 193-210.

Ashby, J., Grant, R. J., Kaduson, H. G., Lefebvre, J., Mellenthin, C., Ohnogi, A. J., Peabody, M. A., Ray, D., Stone, J., & Sweeney, D. (2021). How do you prevent burnout and compassion fatigue? In R. J. Grant, J. Stone, & C. Mellenthin (Eds.), *Play therapy theories and perspectives: A collection of thoughts in the field*. (pp. 179–188). Routledge/Taylor & Francis Group.

Ashforth, B. E., & Lee, R. T. (1990). Defensive behavior in organizations: A preliminary model. *Human Relations*, 43, 621-648.

Asuero, A. M., Queralto, J. M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodriguez-Bano, T., & Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: A programmatic controlled trial. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34(1), 4–12.

Aunola, K., Sorkkila, M., & Tolvanen, A. (2020). Validity of the Finnish version of the Parental Burnout Assessment (PBA). *Scandinavian Journal of Psychology*, 61, 714–722.

Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188.

Bakermans-Kranenburg, M.J., Steele, H., Zeanah, C.H., Muhamedrahimov, R.J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N.A., & Gunnar, M.R. (2011). Children without permanent parents: research, practice, and policy: III. Attachment and emotional development in institutional care: characteristics and catch up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, 62-91

Bakker, A. B., and Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *J. Manag. Psychol.* 22, 309–328.

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annual review of organizational psychology and organizational behavior*, 1(1), 389-411.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barak, M. E. M., Nissly, J. A., & Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from the past research? A review and metaanalysis. *Social Service Review*, 625–661.

Barker, R. (2003). *The social work dictionary* (5th ed.). Washington, DC: NASW Press.

Baugerud, G. A., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *British Journal of Social Work*, 48(1), 215–235.

Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in society*, 84(4), 463-470.

Bellavia, G. M. and Frone, M. R. (2005) 'Work–family conflict', in Barling, J., Kelloway, E. K. and Frone, M. R. (eds), *Handbook of Work Stress*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, pp. 113–47.

Blanchard, M. A., & Heeren, A. (2020). Why we should move from reductionism and embrace a network approach to parental burnout. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2020(174), 159–168.

Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91–121.

Boscarino, J. A., Adams, R. E. and Figley, C. R. (2010) 'Secondary trauma issues for psychiatrists', *Psychiatric Times*, 27(11), pp. 24–6.

Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization.

Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss, Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*, New York, Basic Books.

Boyas, J., Wind, L., & Ruiz, E. (2015). Exploring patterns of employee psychosocial outcomes among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 52, 172–183.

Brian E. Bride PhD, Jenny L. Jones PhD & Samuel A. Macmaster PhD (2007). Correlates of Secondary Traumatic Stress in Child Protective Services Workers, *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4:3-4, 69-80.

Brianda, M. E., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2020). Hair cortisol concentration as biomarker for parental burnout. *Psychoneuroendocrinology*.

Brianda, M. E., Roskam, I., Gross, J. J., Franssen, A., Kapala, F., Gérard, F., & Mikolajczak, M. (2020b). Treating Parental Burnout: Impact of Two Treatment Modalities on Burnout Symptoms, Emotions, Hair Cortisol, and Parental Neglect and Violence. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(5), 330–332.

Bride, B. E. (2007) 'Prevalence of secondary traumatic stress among social workers', *Social Work*, 52(1), pp. 63–70.

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35.

Brinson, M. (2012). Compassion fatigue, burnout and clinical supervision for the child life specialist. *Child Life Bulletin, Focus*, 30, 1–6.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

Burtson, P., & Stichler, J. (2010). Nursing work environment and nurse caring: Relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1819–1831.

Campos-Gil, J. A., Ortega-Andeane, P., & Vargas, D. (2020). Children's Microsystems and Their Relationship to Stress and Executive Functioning. *Frontiers in psychology*, 11, 996.

Caringi, J. C., Stanick, C., Trautman, A., Crosby, L., Devlin, M., & Adams, S. (2015). Secondary traumatic stress in public school teachers: Contributing and mitigating factors. *Advances in School Mental Health Promotion*, 8(4), 244–256.

Catherall, D. R. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 232–247). Levittown, PA: Brunner/Mazel.

Catherall, D. R. (1999). Coping with secondary traumatic stress: The importance of the therapist's professional peer group. In B. Hudall Stamm (Ed.), *Secondary Traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 80–92). Baltimore, MD: Sidram Press.

CESVI (2022). *Crescere al sicuro. Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia, Edizione 2022* ISBN:978-88-943474-5-6 https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/06/Cesvi_Indice-maltrattamento-2022_FULL.pdf

Cheng, H., Wang, W., Wang, S., Li, Y., Liu, X., & Li, Y. (2020). Validation of a chinese version of the Parental Burnout Assessment. *Frontiers in Psychology*, 11.

Chenot, D., Benton, A., & Kim, H. (2009). The influence of supervisor support, peer support, and organizational culture among early career social workers in child welfare services. *Child Welfare*, 88(5), 129–147.

Choi, H. S. (2018). Validity and reliability of Korean version of professional quality of life scale-short form (ProQOL-K-SF) for staff of long-term care insurance for elderly. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 19(11), 672–681.

Chrestman, K.R. (1999). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran Press.

Cimino, L. (2011). I comportamenti violenti nel sonno REM: aspetti clinici, criminologici e medico-legali. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, (1), 69-80.

Coker, Ayodele & Omoluabi, P. (2009). Validation Of Maslach Burnout Inventory. *Ife Psychologia*, 17, 231-242. 17. 231-242. 10.4314/ife.v17i1.43750.

Collins, S. and Long, A. (2003) 'Too tired to care? The psychological effects of working with trauma', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, pp. 17–27.

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1071.

Consiglio C, Mazzetti G, Schaufeli WB. Psychometric Properties of the Italian Version of the Burnout Assessment Tool (BAT). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(18):9469.

Cox, K., & Steiner, S. (2013). *Self-care in social work: A guide for practitioners, supervisors and administrators*. Washington, DC: NASW Press.

Craig, C. D. and Sprang, G. (2009) 'Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists', *Anxiety, stress, & Coping: An International Journal*, 23(3), pp. 319–39.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting volume 5 practical issues in parenting* (pp. 243–268). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Crouch, J. L., & Behl, L. E. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 25, 413–419.

Cyphers, G. (2001). *Child welfare workforce survey: State and county data and findings*. American Public Human Services Association. Retrieved from <http://www.aphsa.org/cwwsurvey.pdf>

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *The American journal of orthopsychiatry*, 82(2), 187–200.

D'Onofrio, E., & Trani, A., (2011). *Minori in comunità: Accoglienza, educazione efficace e professionalità*. Roma. Editore Aracne.

Dagan, S. W., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social, and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, 51, 203–211.

Deater-Deckard, K. (2008). *Parenting stress*. Yale University Press.

Deleuze, J., Rochat, L., Romo, L., Van der Linden, M., Achab, S., Thorens, G., Khazaal, Y., Zullino, D., Maurage, P., Rothen, S., & Billieux, J. (2015). Prevalence and characteristics of addictive behaviors in a community sample: A latent class analysis. *Addictive behaviors reports*, 1, 49–56.

Delima, J., & Vimpani, G. (2021). The neurobiological effects of childhood maltreatment: An often overlooked narrative related to the long-term effects of early childhood trauma? *Family Matters*.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., and Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *J. Appl. Psychol.* 86:499.

Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 209–222.

Dorociak, Rupert, Bryant, & Zahniser (2017). Development of the professional self-care scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325–334.

Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the professional quality of life scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 35(4), 529–542

Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance and Counseling*, 34(1), 107–116.

Ekstedt, M., Söderström, M., & Åkerstedt, T. (2009). Sleep physiology in recovery from burnout. *Biological Psychology*, 82, 267–273.

Ellett, A. J., Ellis, J., Westbrook, T., & Dews, D. (2007). A qualitative study of 369 child welfare professionals' perspectives about factors contributing to employee retention and turnover. *Children and Youth Services Review*, 29(2), 264–281.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49.

Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2010). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25–36.

Ersoy-Kart, M. (2009). Relations among social support, burnout, and experiences of anger: An investigation among emergency nurses. *Nursing Forum*, 44, 165–174.

Essary, Jessica & Barza, Lydia & Thurston, Roy. (2020). Secondary Traumatic Stress Among Educators. *Kappa Delta Pi Record*. 56. 116-121.

Farrell, R. S., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449–480.

Figley, C. R. (1995) 'Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview', in Figley C. R. (ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic*

Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized, New York, Brunner/Mazel, pp. 1–20.

Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.

Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Psychotherapy In Practice*, 58(11), 1433–1411.

Figley, C. R., & Barnes, M. (2005). External trauma and families. In P. C. McKenry, & S. J. Price (Eds.), *Families and change* (3rd ed.). Los Angeles: Sage Publishers.

Fisackerly, B. L., Sira, N., Desai, P. P., & McCammon, S. (2016). An examination of compassion fatigue risk in certified child life specialists. *Children's Health Care*, 45(4), 359–375.

Flower, C., McDonald, J., & Sumski, M. (2005). Review of turnover in Milwaukee County private agency child welfare ongoing case management staff. Milwaukee, WI: Milwaukee County Department of Social Services.

Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology, Research and Practice*, 25, 275–282.

Font, S. (2012). Burnout in child welfare: The role of employment characteristics and workplace opportunities. *The Social Service Review*, 86(4), 636–659.

Franz, C. E., Lyons, M. J., Spoon, K. M., Hauger, R. L., Jacobson, K. C., Lohr, J. B., McKenzie R., Panizzon M. S., Thompson W. K., Tsuang, M. T., Vasilopoulos, T., Vuoksima, E., Xian, H. and Kremen, W. S. (2014) 'Post-traumatic stress symptoms and

adult attachment: A 24 year longitudinal study', *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), pp. 1603–12.

Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2017). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 598–604.

Gecas, V. (1989). The social psychology of self-efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15, 291–316

Gérain, P., & Zech, E. (2018). Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 884.

Gerdes, K. E., Lietz, C. A., & Segal, E. A. (2011). Measuring empathy in the 21st century: Development of an empathy index rooted in social cognitive neuroscience and social justice. *Social Work Research*, 35, 83–93.

Ghahramanlou, M. & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 229-240.

Ghorji, M., Keshavarz, Z., Ebadi, A., & Nasiri, M. (2018). Persian translation and psychometric properties of professional quality of life scale (ProQOL) for health care providers. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(163), 93–106.

Ghorpade, J. A. I., Lackritz, J. I. M. and Singh, G. (2011) 'Personality as a moderator of the relationship between role conflict, role ambiguity, and burnout', *Journal of Applied Social Psychology*, 41(6), pp. 1275–98.

Gibbons, S. B. (2011). Understanding empathy as a complex construct: A review of the literature. *Clinical Social Work Journal*, 39, 243–252.

Gil-Monte P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de saude publica*, 39(1), 1–8.

Gold, Y. (1984). The factorial validity of Maslach Burnout Inventory in a sample of Californian elementary and junior school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement*; 44, 1009-1006.

Goldman, Philip & bakermans-kranenburg, Marian & Bradford, Beth & Christopoulos, Alex & Ken, Patricia & Cuthbert, Christopher & Duschinsky, Robbie & Fox, Nathan & Grigoras, Stela & Gunnar, Megan & Ibrahim, Rawan & Johnson, Dana & Kusumaningrum, Santi & Agastya, Ni Luh & Mwangangi, Frederick & Nelson, Charles & Ott, Ellie & Reijman, Sophie & van IJzendoorn, Marinus & Sonuga-Barke, Edmund. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 2: policy and practice recommendations for global, national, and local actors. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 4. 10.1016/S2352-4642(20)30060-2.

Goldstein, D. S. (1995). Stress as a scientific idea: A homeostatic theory of stress and distress. *Homeostasis in Health and Disease*, 36(4), 177–215.

Graef, M. I., & Hill, E. L. (2000). Costing child protective services staff turnover. *Child Welfare*, 517-533.

Gray, N. A., Dhana, A., Van Der Vyver, L., Van Wyk, J., Khumalo, N. P., & Stein, D. J. (2018). Determinants of hair cortisol concentration in children: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 87, 204-214.

Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2006). Linked Lives: Adult Children's Problems and Their Parent's Psychological and Relational Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 68(2), 442–454.

Griffiths, A., Royse, D., & Walker, R. (2018). Stress among child protective service workers: Self-reported health consequences. *Children and Youth Services Review, 90*, 46–53.

Griffiths, A., Royse, D., Culver, K., Piescher, K., & Zhang, Y. (2017). Who stays, who goes, who knows? A state-wide survey of child welfare workers. *Children and Youth Services Review, 77*, 110–117.

Grise-Owens, E., Miller, J., & Eaves, M. (2016). *The A-to-Z self-care handbook for social workers and other helping professionals*. Harrisburg, PA: The New Social Worker Press.

Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., and Ahola, K. (2008). The job Demands- resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work Stress 22*, 224–241.

Heritage, B., Rees, C. S., & Hegney, D. G. (2018). The ProQOL-21: A revised version of the professional quality of life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PloS One, 13*(2), e0193478.

Hesse, A. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal, 30*(3), 293–311.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*, 513–524.

Holden, E. W., & Banez, G. A. (1996). Child abuse potential and parenting stress within maltreating families. *Journal of Family Violence, 11*, 1–12.

Hubert, S., & Aujoulat, I. (2018). Parental Burnout: When Exhausted Mothers Open Up. *Frontiers in psychology, 9*, 1021.

Hutchison, E. D. (2019). An Update on the Relevance of the Life Course Perspective for Social Work. *Families in Society*, 100(4), 351–366.

Iwanicki, J., Edwards, F., Schwab, C., & Richard, L. (1981). A cross-validation study of Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-1174.

Janisse, H. C., Barnett, D., & Nies, M. A. (2009). Perceived energy for parenting: A new conceptualization and scale. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 312.

Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 709–722.

Kalkan, R. B., Blanchard, M. A., Mikolajczak, M., Roskam, I., & Heeren, A. (2022). Emotional exhaustion and feeling fed up as the driving forces of parental burnout and its consequences on children: Insights from a network approach. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*.

Kanter, B., & Sherman, A. (2017). *The happy, healthy nonprofit: Strategies for impact without burnout*. Hoboken, NJ: Wiley.

Kawamoto, T. K., Furutani, K., & Alimardani, M. (2018). Preliminary validation of Japanese version of the Parental Burnout Inventory and its relationship with perfectionism. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 970.

Kelley S. J. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child abuse & neglect*, 27(9), 993–995.

Kim, H. (2011) 'Job conditions, unmet expectations, and burnout in public child welfare workers: How different from other social workers?', *Children and Youth Services Review*, 33(2), pp. 358–67.

Kim, H. and Stoner, M. (2008) 'Burnout and turnover intention among social workers: Effects of role stress, job autonomy and social support', *Administration in Social Work*, 32(3), pp. 5–25.

Kim, H., & Kao, D. (2014). A meta-analysis of turnover intention predictors among U.S. child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 47, 214–223.

Kim, H., Ji, J. and Kao, D. (2009) 'Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study', *Social Work*, 56, p. 3.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19, 192–207.

Kuczynski, L., & Parkin, C. M. (2009). Pursuing a dialectical perspective on transaction: A social relational theory of micro family processes. In A. Sameroff (Ed.), *the transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 247–268). American Psychological Association.

Lago, K., & Codo, W. (2013). Compassion fatigue: Evidence of internal consistency and factorial validity in ProQol-BR. *Estudos De Psicologia (Natal)*, 18(2), 213–221.

Landers, J. (1981). *Quantification in History, Topic 4: Hypothesis Testing II-Differing Central Tendency*. Oxford : All Souls College.

Le Vigouroux, S., Scola, C., Raes, M. E., Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). The big five personality traits and parental burnout: Protective and risk factors. *Personality and Individual Differences*, 119, 216–219.

Lebert-Charron, A., Dorard, G., Boujut, E., & Wendland, J. (2018). Maternal burnout syndrome: Contextual and psychological associated factors. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 885.

LeBlanc, V. R., Regehr, C., Shlonsky, A. and Bogo, M. (2012) ‘Stress responses and decision making in child protection workers faced with high conflict situations’, *Child Abuse & Neglect*, 36(5), pp. 404–12.

Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 96–103.

Lee, J., Forster, M., & Rehner, T. (2011). The retention of public child welfare workers: The roles of professional organization culture and coping strategies. *Children and Youth Services Review*, 33, 102–109.

Lee, Raymond & Ashforth, Blake. (1991). On the Meaning of Maslach's Three Dimensions of Burnout. *The Journal of applied psychology*. 75. 743-7.

Leiter, M. P. & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Group and Occupational Studies*, 13, 113-118.

Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19, 129–138.

Lindahl Norberg, A. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 130–137.

Lindahl Norberg, A., Mellgren, K., Winiarski, J., & Forinder, U. (2014). Relationship between problems related to child late effects and parent burnout after pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Pediatric transplantation*, 18(3), 302-309.

Lindström, C., Åman, J., & Lindahl Norberg, A. (2010). Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Paediatrica*, 99, 427–432.

Lindström, C., Aman, J., & Norberg, A. L. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 100, 1011–1017.

Lingard, H. and Francis, V. (2006) ‘Does a supportive work environment moderate the relationship between work–family conflict and burnout among construction professionals?’, *Construction Management and Economics*, 24(2), pp. 185–96.

Lizano, E. L., & Mor Barak, M. (2015). Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 55, 18–28.

Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255–265.

Louison Vang, M., Shevlin, M., Hansen, M., Lund, L., Askerod, D., Bramsen, R. H., & Flanagan, N. (2020). Secondary traumatisation, burn-out and functional impairment: Findings from a study of Danish child protection workers. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1).

Madden, E., Scannapieco, M., & Painter, K. (2014). An examination of retention and length of employment among public child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 41, 37–44.

Mann, H.B., & Whitney, D.R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*, 18, 5MO.

Manrique-Millones D, Vasin GM, Dominguez-Lara S, Millones-Rivalles R, Ricci RT, Abregu Rey M, Escobar MJ, Oyarce D, Pérez-Díaz P, Santelices MP, Pineda-Marín C, Tapia J, Artavia M, Valdés Pacheco M, Miranda MI, Sánchez Rodríguez R, Morgades-Bamba CI, Peña-Sarrionandia A, Salinas-Quiroz F, Silva Cabrera P, Mikolajczak M, Roskam I. Parental Burnout Assessment (PBA) in Different Hispanic Countries: An Exploratory Structural Equation Modeling Approach. *Front Psychol.* 2022 Apr 7;13:827014.

Martorell, G. A., & Bugental, D. B. (2006). Maternal variations in stress reactivity: Implications for harsh parenting practices with very young children. *Journal of Family Psychology*, 20, 641.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7(2), 189–212. <http://www.jstor.org/stable/25780192>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512

Maslach C., Jackson S.E., (1981) MBI: Maslach Burnout Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA (tr. it. a cura di Sirigatti S., Stefanile S., (1993) MBI Maslach Burnout Inventory. Adattamento italiano. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze).

Maslach, C, & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189–192.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63–74.

Maslach, C., & Jackson, S. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133–153.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2010). *Maslach burnout inventory manual*. Menlo Park, CA: Mind Garden

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

Maslach, Christina & Jackson, Susan & Leiter, Michael. (1997). *The Maslach Burnout Inventory Manual*.

Maytum, J., Heiman, M., & Garwick, A. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Healthcare*, 18, 171–179.

McCann, I.L. & Pearlmann, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.

McFadden, P., Campbell, A. and Taylor, B. (2014) 'Resilience and burnout in child protection social work: Individual and organisational themes from a systematic literature review', *British Journal of Social Work*, Advance Access published 26 February 2014, 10.1093/bjsw/bct210.

McKnight, P.E., & Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-1.

McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95–104.

Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2009). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout and secondary traumatic stress. *Omega*, 60, 103–128.

Mehauden, F., & Piraux, V. (2018). Un trouble qui touche tous les profils sociodémographiques [A disorder that affects all sociodemographic profiles]. In I. Roskam & M. Mikolajczak (Eds.), *Le burnout parental: Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge* [Parental burnout: Understanding, diagnosing and treating] (pp. 141–158). Bruxelles, Belgium: De Boeck Supérieur.

Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: The balance between risks and resources. *Frontiers in Psychology*, 9, 886.

Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2020). Parental burnout: Moving the focus from children to parents. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2020, 7–13.

Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134–145.

Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019). Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter? *Clinical Psychological Science*, 7(6), 1319–1329.

Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2021). Beyond Job Burnout: Parental Burnout!. *Trends in cognitive sciences*, 25(5), 333–336.

Mikolajczak, M., Gross, J. J., Stinglhamber, F., Lindhal-Norberg, A., & Roskam, I. (2020). Is parental burnout different from job burnout and depressive symptomatology? *Clinical Psychological Science*, 8, 673–689.

Mikolajczak, M., Raes, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Exhausted parents: Sociodemographic, child-related, parent-related, parenting and family-functioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 602–614.

Mikulincer, M. and Shaver, P. R. (2007) *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*, New York, Guilford.

Mikulincer, M. and Shaver, P. R. (2012) ‘An attachment perspective on psychopathology’, *World Psychiatry*, 11(1), pp. 11–15.

Mikulincer, M., Shaver, P. R. and Pereg, D. (2003) ‘Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies’, *Motivation and Emotion*, 27, p. 2.

Miller, J. J., Donohue-Dioh, J., Niu, C., & Shalash, N. (2018). Exploring the self-care practices of child welfare workers: A research brief. *Children and Youth Services Review*, 84, 137–142.

Miller, J. J., Grise-Owens, E., Addison, D., Marshall, M., Trabue, D., & Escobar-Ratliff, L. (2016). Planning and organizational wellness initiative at a multi-state social service agency. *Evaluation and Program Planning*, 56, 1–10.

Minh, T. N., Quang, A. M. T., & Ha, T. A. (2022). The influence of children’s behavior problems on parents’ psychological well-being: A serial mediation model of parental psychological control and parental burnout. *Children and Youth Services Review*, 134.

Moons, W. G., Eisenberger, N. I., & Taylor, S. E. (2010). Anger and fear responses to stress have different biological profiles. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24, 215–219.

Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234–257). New York, NY, US: Free Press.

Munn, E., Berber, C., & Fritz, J. (1996). Factors affecting the professional wellbeing of child life specialists. *Children's Health Care*, 25, 71–91.

Munroe, J.F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rapperport, K., & Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A treatment team model. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A test for assessing whether two independent samples come from the same distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, vol.4(1), 13-20.

Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27, 997–1017.

National Association of Social Workers (NASW). (2008). *Code of ethics*. Washington, DC: Author.

National Scientific Council on the Developing Child. (2010). Early experiences can alter gene expression and affect long-term development: working paper. Center on the Developing Child at Harvard University, 1(10), 1–12.

Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82(1), 5–26.

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339–346.

Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57–68.

Newell, J., & Nelson-Gardell, D. (2014). A competency-based approach to teaching professional self-care: An ethical consideration for social work educators. *Journal of Social Work Education*, 50(3), 427–439.

Norberg, A. L. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 130–137.

Norberg, A. L. (2010). Parents of children surviving a brain tumor: Burnout and the perceived disease-related influence on everyday life. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 32, e285–e289.

Norberg, A. L. (2010). Parents of children surviving a brain tumor: Burnout and the perceived disease-related influence on everyday life. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 32, e285–e289.

O’Connor, M. and Elkit, A. (2008) ‘Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma’, *Attachment & Human Development*, 10(1), pp. 59–71.

O’Halloran, M. S., & O’Halloran, T. (2001). Secondary traumatic stress in the classroom: Ameliorating stress in graduate students. *Teaching in Psychology*, 28(2), 92–97.

Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L., & Äärimaa, M. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 81–86.

Ostberg M, Hagekull B. 2000. A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology* 29: 615–625

Palmer, C. A., & Alfano, C. A. (2017). Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 6–16.

Pearlman, L. A., & MacIain, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Journal of Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565.

Pearlman, L.A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed.) (pp. 51-64). Lutherville, MD: Sidran Press.

Pearlmann, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Company

Pelsma, D. M. (1989). Parent burnout: validation of the maslach burnout inventory with a sample of mothers. *Meas. Eval. Couns. Dev.* 22, 81–87.

Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 33, 283-305

Phipps, A. B., & Byrne, M. K. (2003). Brief Interventions for secondary trauma: review and recommendations. *Stress and Health*, 19, 139–147.

Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625–635.

Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61, 197–204.

Ray, E. B., & Miller K. I. (1994). Social support, home/stress, and burnout: Who can help? *Journal of Applied Behavioral Science*, 30(3), 357–393.

Reitman D, Currier R, Stickle T. 2002. A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a Head Start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31: 384–392.

Rienks, S. L. (2020). An exploration of child welfare caseworkers' experience of secondary trauma and strategies for coping. *Child Abuse & Neglect*, 110(Part 3).

Rodriguez, C. M., & Green, A. J. (1997). Parenting stress and anger expression as predictors of child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 21, 367–377.

Roskam, I. et al. (2021) Parental burnout around the globe: a 42-country study. *Affect. Sci.*

Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, Article 758.

Roskam, I., Raes, M.-E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the parental burnout inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 162.

Rothschild, B. (2000). *The Body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton.

Rothschild, B., & Rand, M. (2006). *Help for the helper, self-care strategies for managing burnout and stress: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: W. W. Norton.

Rudolph, J.M. Stamm, B.H. & Stamm, H.E. (November, 1997). *Compassion Fatigue: A Concern for Mental Health Policy, Providers and Administration*. Poster presented at the 13th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, ON, CA.

Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449–480.

Sage, C. A., Brooks, S. K., & Greenberg, N. (2018). Factors associated with Type II trauma in occupational groups working with traumatised children: A systematic review. *Journal of Mental Health*, 27(5), 457–467.

Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare

Sanso, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care and compassion satisfaction and fatigue, burn out, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207.

Sarrionandia-Pena, A. (2019). Effect size of parental burnout on somatic symptoms and sleep disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(Suppl. 1), 111–112.

Scarpa, A., Haden, S. C., & Hurley, J. (2006). Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 446-469.

Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects of female counselors working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49–64.

Schaufeli, W. B. (2017). Applying the job demands-resources model. *Organ. Dynam.* 2, 120–132.

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.

Schulz, R., and Tompkins, C. A. (2010). “Informal caregivers in the United States: prevalence, caregiver characteristics, and ability to provide care” in *The role of human factors in home health care: Workshop summary*. ed. S. Olson (Washington, DC: National Academies Press), 322.

Séjourné, N., Sanchez-Rodriguez, R., Leboullenger, A., & Callahan, S. (2018). Maternal burn-out: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36, 276–288.

Shackelford, K. (2006). Preparation of undergraduate social work students to cope with the effects of indirect trauma. Unpublished Doctoral Dissertation. Department of Social Work: University of Mississippi.

Shoieb, A. R. (2021). Examining the emotional impact of secondary traumatic stress on the teacher [ProQuest Information & Learning]. In *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* (Vol. 82, Issue 11–B).

Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale sviluppo e psicopatologia* (Manuali di psicologia Serie basic). Milano: Raffaello Cortina.

Simpson, J. A. and Rholes, W. S. (2012) 'Adult attachment orientations, stress and romantic relationships', in Devine, P. G., Plant, A., Olson, J. and Zanna, M. (eds), *Advances in Experimental and Social Psychology*, Vol. 45, New York, Elsevier.

Sirigatti, Saulo & Stefanile, Cristina & Menoni, Ezio. (1988). Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI) [Toward an Italian version of the Maslach Burnout Inventory (MBI)]. *Bollettino di Psicologia Applicata*. 187-188. 33-39.

Smith, B. (2005). Job retention in child welfare: Effects of perceived organizational support, supervisor support, and intrinsic job value. *Children and Youth Services Review*, 27(2), 153–169.

Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A., & Åkerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17,175.

Sprang, G., Clark, J. J. and Whitt-Woosley, A. (2007) 'Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life', *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), pp. 259–80.

Stalder, T., Steudte-Schmiedgen, S., Alexander, N., Klucken, T., Vater, A., Wichmann, S., ... & Miller, R. (2017). Stress-related and basic determinants of hair cortisol in humans: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 77, 261-274.

Stamm, B. H. (2010) *The Concise ProQOL Manual*, 2nd edn, available online at http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf (accessed 16 January 2017).

Stamm, H. B. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, MD: Sidran Press.

Stephanie E. Armes, Jacquelyn J. Lee, Brian E. Bride, Desiree M. Seponski. (2020) Secondary trauma and impairment in clinical social workers. *Child Abuse & Neglect* 110, pages 104540.Crosref

Storey, J. and Billingham, J. (2001) 'Occupational stress and social work', *Social Work Education*, 20(6), pp. 659–70.

Strauss, K., Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Fava, L. (2012). Parent inclusion in Early Intensive Behavioral Intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 688–703.

Suárez, N., Núñez, J. C., Cerezo, R., Rosário, P., & Rodríguez, C. (2022). Psychometric Properties of Parental Burnout Assessment and Prevalence of Parental Burnout: A Person-Centered Approach. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 22(1), 100280.

Sun, P., Sun, Y., Jiang, H., Jia, R., & Li, Z. (2019). Gratitude and problem behaviors in adolescents: The mediating roles of positive and negative coping styles. *Frontiers in psychology*, 10, 1547.

Szczygiel, D., Sekulowicz, M., Kwiatkowski, P., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2020). Validation of the Polish version of the parental burnout assessment (PBA). *Child & Adolescent Development*, 174, 137–158.

Terre des Hommes (2021). Indifesa, https://terredeshommes.it/indifesa/pdf/Dossier_indifesa_tdh_2021.pdf

Tham, P. (2007). Why are they leaving? Factors affecting intention to leave among social workers in child welfare. *The British Journal of Social Work*, 37, 125-1246.

Tham, Pia & Meagher, Gabrielle. (2009). Working in Human Services: How Do Experiences and Working Conditions in Child Welfare Social Work Compare?. *British Journal of Social Work*. 39. 10.1093/bjsw/bcm170.

Theodorou, C. M., Brown, E. G., Jackson, J. E., & Beres, A. L. (2022). Child abuse and the COVID-19 pandemic. *Journal of surgical research*, 276, 18-23.

Thomas, R., & Wilder, J. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder.

Thorton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisals, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology*, 126(3), 261–272.

Tremolada, M., Bonichini, S., Pillon, M., Schiavo, S., and Carli, M. (2011). Eliciting adaptive emotions in conversations with parents of leukemic children receiving therapy. *J. Psychos. Oncol.* 29, 327–346.

United States General Accounting Office (2003, March). HHS could play a greater role in helping child welfare agencies recruit and retain staff. Retrieved from: <http://www.gao.gov/new.items/d03357.pdf>.

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 13–17). New York, USA: Brunner/Routledge.

Van Bakel, H. J., Van Engen, M. L., & Peters, P. (2018). Validity of the Parental Burnout Inventory among Dutch employees. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 697.

Van der Heijden, F., Dillingh, G., Bakker, A., & Prins, J. (2008). Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Archives of Suicide Research*, 12, 344–346.

Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G., Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation

of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet. Psychiatry*, 7(8), 703–720.

Van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., LeMare, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Dobrova-Krol, N. A., & Juffer, F. (2011). *Children in Institutional Care: Delayed Development and Resilience*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 8–30.

Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., Van IJzendoorn, M.H., Steele, H., Kontopoulou, A., & Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1208-1220.

Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social work*, 60(3), 201–209.

Webster-Stratton C. 1990. Stress: A potential disruptor of parent perceptions and familyinteractions. *Journal of Clinical Child Psychology*19: 302–312

Whipple, E. E., & Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse & Neglect*, 15(3), 279–291.

Wilcoxon, F. (1943). Individual comparison by ranking methods. *Biometrics*, 1, 80-83.

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18–29.

Williams JR. Revising the Declaration of Helsinki. *World Med J* 2008; 54: 120–122.

Wooten, N. R., Kim, H. J. and Fakunmoju, S. B. (2011) 'Occupational stress in social work practice', in Langan-Fox, J. and Cooper, C. L. (ed.), *Handbook of Stress in the Occupations*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, Ltd, pp. 71–87.

Yaman, H., & Solar, K. J. (2002). The job-related burnout questionnaire, *Australian Family Physician*, 31, 1-4.

Yan, E. (2014). Abuse of older persons with dementia by family caregivers: results of a 6-month prospective study in Hong Kong. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 29, 1018–1027.

Zalaquett, C. P., & Wood, J. R. (1997). *Evaluating Stress: A book of resources*. London: Scarecrow Press Inc.

Zimering, R., Munroe, J., & Gulliver, S. B. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times*, 20(4), 20–28.