



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

La qualità della vita professionale e il funzionamento esecutivo negli operatori che si occupano di minori in condizioni ad alto e a basso rischio

Professional quality of life and executive functioning in workers who care for minors in high- and low-risk conditions

Relatrice: *Prof.ssa Alessandra Simonelli*

Correlatore: *Dott. Alessio Porreca*

Laureanda: **Ilaria Colombino**

Matricola: **2087613**

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: La qualità di vita degli operatori	4
1.1. La qualità di vita professionale: costruito e componenti	4
1.2. Confronto tra Compassion Fatigue e Burnout	12
1.3. Lo Stress traumatico secondario	17
CAPITOLO 2: La funzione genitoriale negli operatori e implicazioni delle Funzioni esecutive	23
<i>nella cura dei minori</i>	23
2.1. la funzione genitoriale	23
2.2. Le funzioni esecutive e La funzione genitoriale	30
2.3. Le funzioni esecutive negli operatori	35
CAPITOLO 3 La ricerca: confronto e associazioni tra Compassion Satisfaction, Stress Traumatico Secondario, Burnout e funzioni esecutive in figure professionali ad alto rischio e a basso rischio.	38
3.1. La ricerca: obiettivi e ipotesi	38
3.2. Metodo di ricerca	41
3.2.1. Partecipanti:	41
3.2.2. Procedura:.....	41
3.3. Strumenti di misurazione:	42
3.3.1. Fattori sociodemografici	42
3.3.2. Professional Quality of Life Inventory (PROQOL).....	43
3.3.3. Behavior Rating Inventory of Executive Functions- Adult Version (BRIEF-A)	44
3.4. Analisi statistiche dei dati	46
CAPITOLO 4: I risultati della ricerca	48
4.1. Statistiche descrittive	48
4.1.1. Informazioni socio-anagrafiche	48
4.1.2. Descrittive e valori clinici ProQOL	51
4.1.3. Descrittive e valori clinici BRIEF-A	52
4.2. Confronti tra gruppi	53
4.3. Associazioni tra variabili	54
4.3.1. Correlazioni	54
4.3.2. Correlazioni parziali	55
CAPITOLO 5: Discussione dei risultati e Conclusioni	57
5.1. Discussione dei risultati	57
5.1.1. Confronto della qualità di vita professionale tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio.....	58
5.1.2. Confronto delle funzioni esecutive tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio	62
5.1.3. Associazione tra qualità di vita professionale e Funzioni esecutive	64
5.2. Conclusioni	65
5.3. Limiti della ricerca e Prospettive future	70
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	71

INTRODUZIONE

Prendersi cura di un minore, in quanto relazione tra individui, prevede l'interscambio di aspetti sia positivi che negativi inerenti alle parti in interazione.

In letteratura sono molte le ricerche che si sono occupate della qualità delle cure nei genitori, ma altri studi evidenziano come anche gli operatori possano ricoprire il ruolo di vere e proprie figure di attaccamento (Simonelli, 2014; Howes et al., 1998).

In tal senso, la qualità delle cure e i fattori di rischio per tali popolazioni vanno ulteriormente indagate, in modo particolare tra gli operatori che si occupano di popolazioni maggiormente a rischio, quali minori con problematiche comportamentali o storie di maltrattamento alle spalle.

Il ruolo di cura preso in esame può infatti essere considerato un fattore di rischio legato all'emergere di aspetti, tra cui burnout o stress traumatico secondario, caratteristiche ampiamente indagate in tali popolazioni e spesso collegate ad aspetti lavorativi e meno concettualizzate alla luce dell'impatto che possono avere rispetto alla qualità delle cure (Guy, 2013).

Per quanto riguarda le competenze di cura più nello specifico, numerose ricerche hanno inoltre indagato il ruolo delle funzioni esecutive all'interno delle modalità con cui i genitori si prendono cura dei propri figli (Papazoglou et al., 2019; Leiter et al., 1998); tuttavia nessuno di questi si è focalizzato sul ruolo della cura tra gli operatori che si occupano di minori.

L'obiettivo del seguente lavoro è quello di indagare, all'interno della popolazione, la qualità di vita professionale, declinata sia nelle sue aree di resilienza (compassion satisfaction) che rispetto ai fattori di rischio (burnout e stress traumatico secondario) e le funzioni esecutive, confrontando i costrutti sopradescritti in una popolazione che si occupa quotidianamente di minori con storie di vita traumatiche (per questo definiti "gruppo ad alto rischio"), e in una popolazione in cui differentemente gli operatori sono a contatto con minori all'interno di contesti educativi per l'infanzia ("gruppi a basso rischio"). Nel dettaglio, il primo capitolo si focalizza sulla definizione della qualità di vita di educatori in contesti di cura per minori; come il prendersi cura di tali minori possa far emergere vissuti di trauma secondario, e

burnout negli stessi. Vengono presentati possibili fattori di protezione dal trauma vicario e la presenza di un ulteriore aspetto riscontrato dalla letteratura negli operatori: il piacere derivante dal prendersi cura (compassion satisfaction).

Il secondo capitolo delinea il costrutto delle funzioni genitoriali che un caregiver è chiamato a svolgere con il minore di cui si occupa e di come eventuali eventi stressanti possano interferire con le attività del prendersi cura, oltre che avere un risvolto diretto sulle funzioni esecutive del caregiver. Nella misura in cui l'educatore in contesti di cura svolge una funzione primariamente genitoriale, viene ipotizzata una relazione tra la funzione di caregiver dei genitori e delle figure professionali.

Nel terzo capitolo è descritto il metodo della ricerca svolta, in particolare ne vengono specificate le ipotesi e gli obiettivi, i partecipanti, gli strumenti che sono stati scelti e utilizzati e le analisi statistiche condotte.

Nel quarto capitolo vengono esposti i risultati emersi dalle analisi statistiche.

Nel quinto ed ultimo capitolo, sono discussi i risultati del lavoro, limiti e prospettive future, così come possibili risvolti applicativi dei risultati ottenuti.

CAPITOLO 1: La qualità di vita degli operatori

1.1. La qualità di vita professionale: costrutto e componenti

Prestare aiuto e assistenza a individui comporta l'entrare in stretto contatto con i loro vissuti ed esperienze.

Nello specifico e delicato caso (di nostra trattazione) in cui l'aiuto è fornito a minori inseriti all'interno di strutture di cura a causa di storie di vita traumatiche o problematiche emotive e comportamentali, i vissuti contengono verosimilmente aspetti particolarmente dolorosi e di complessa gestione. Nella stessa

misura in cui all'interno di ogni interazione/relazione vi sia interscambio reciproco di elementi sia positivi che negativi, anche in una relazione terapeutica sono coinvolti entrambi questi fattori.

Studi di letteratura sugli operatori di soccorso e sul lavoro nell'emergenza hanno dedicato sempre maggiore attenzione agli effetti dell'esposizione prolungata degli operatori ad aspetti critici potenzialmente traumatici nel corso della propria professione (Cicognani et al.,2009).

Più nello specifico, si è iniziato a fare riferimento all'ambito della qualità di vita professionale, costruito di eterogenea composizione che pertanto ne rende complessa la definizione. Per poter comprendere appieno il concetto di qualità di vita associato all'ambito professionale, è opportuno concentrarsi dapprima su ciò che rappresenta la qualità di vita in sé.

Per Di Franco (1989) la Qualità di vita si delinea come la valutazione autonoma e personale che l'individuo fa della propria vita; a suo avviso questa emerge dal confronto tra la vita attesa e quella reale, ovvero dalla percezione di quanto queste due tipologie di vita appaiono distanti tra loro. La Qualità di vita viene pertanto ritenuta alta, e quindi soddisfacente, quando tale distanza è ridotta; bassa e insoddisfacente quando la distanza è ampia. La realtà attesa è la risultante degli stili di vita appresi e del grado di adattamento all'ambiente in cui si vive, o in altre parole della insoddisfazione o soddisfazione per la realtà esperita (Gasperini, 1985).

Possiamo similmente intendere la qualità di vita professionale come il livello di soddisfazione percepita relativamente all'attività professionale svolta e all'ambiente lavorativo (inteso come struttura, personale, utenza...).

Allardt (1976) sostiene che la qualità di vita è scomponibile in dimensioni analizzabili mediante indicatori soggettivi o percettivi, e oggettivi. I primi riguardano aspetti materiali come condizioni di salute, economiche e lavorative; mentre gli indicatori soggettivi concernono il grado di soddisfazione e il benessere percepito.

Larsen (2008) mostra che la qualità della vita professionale include variabili sia negative che positive a livello individuale, sociale e organizzativo, le quali sembrerebbero avere poi un'influenza sul benessere e sull'efficacia del professionista. L'interazione dinamica di tali fattori positivi e negativi compone il più ampio costrutto di qualità della vita professionale. Di conseguenza, sostengono gli autori, sia gli aspetti deleteri che quelli gratificanti rappresentano un aspetto fondamentale per poter comprendere l'impatto del lavoro per i professionisti occupati in contesti di cura per minori (intesi come terapeuti, educatori, professionisti dei servizi sociali).

La conferma teorica di tale compresenza di fattori positivi e di rischio si esplica all'interno del modello di Stamm (2005), il quale prevede tra i componenti della qualità di vita professionale sia aspetti favorevoli come la compassion satisfaction (CS), sia altri fattori che hanno un impatto negativo sull'operatore come il burnout lavorativo e lo stress traumatico secondario (STS).

Il primo concetto, la compassion satisfaction, riguarda la possibilità che il professionista possa trarre sensazioni di profonda soddisfazione dalla messa in atto del proprio lavoro di aiuto con persone sofferenti o traumatizzate (Larsen, 2008).

Non tutti coloro i quali lavorano in contesti di cura o sono a contatto con storie di vita dolorose presentano conseguenze unicamente negative infatti.

Al contrario, molti segnalano alti livelli di compassion satisfaction, di cui fanno esperienza nel momento in cui riescono a connettersi empaticamente con il minore e a provare un senso di realizzazione nel processo di erogazione dell'assistenza (Slatten et al., 2011).

Secondo la letteratura questa sensazione positiva è rinforzata quando gli operatori vedono i pazienti migliorare e riconoscono di aver avuto un impatto positivo su di loro; pertanto la CS può essere ritenuta un aspetto positivo virtuoso, ed è visto come un fondamentale principio morale nella relazione degli operatori sanitari con i loro pazienti (Slatten et al., 2011).

La motivazione che questi operatori possiedono nel fornire supporto sociale e cura agli altri, è guidata e alimentata dalla soddisfazione che deriva dai risultati del loro lavoro.

Si può concludere quindi che la compassion satisfaction è una parte vitale dell'essere emotivamente soddisfatti dal proprio lavoro in questo campo.

Stamm (2005) riporta nel manuale alcuni esempi di come tale soddisfazione possa manifestarsi concretamente, esempi come poter sentire che sia un vero e proprio piacere aiutare gli altri per mezzo del proprio lavoro; oppure percepire un buon rapporto tra i colleghi o sentire di avere le capacità di poter contribuire positivamente al setting lavorativo.

Il modello di Stamm (2005) identifica il burnout lavorativo e lo stress traumatico secondario tra gli aspetti sfavorevoli che caratterizzano la qualità di vita professionale.

Il Burnout lavorativo era stato precedentemente descritto da Maslach (1982) come una sindrome caratterizzata da uno stato di esaurimento emotivo in combinazione con cinismo, senso di ridotta efficienza e depersonalizzazione presente tra coloro che svolgono attività lavorative a contatto con persone.

Questo può riflettere il pensiero che i propri sforzi non facciano alcuna differenza nella totalità dell'operato finale (qualunque sia la professione svolta. In questo caso il miglioramento della condizione di vita dei minori che vivono situazioni traumatiche), oppure i professionisti potrebbero sentire che gli incarichi di lavoro sono eccessivamente elevati o percepire l'ambiente lavorativo come non favorevole in maniera più generale (Stamm, 2005).

La letteratura riporta che il costrutto in questione sia presente all'interno di ogni occupazione in cui esiste una relazione di cura ed è stato associato a sintomi affettivi, cognitivi, relazionali e comportamentali (Guy, 2013). Inoltre, Shanafelt (2002) ha rilevato la presenza delle conseguenze derivanti dal burnout non solo tra i professionisti ma anche fra pazienti stessi, quali ad esempio stress, alterazioni del sonno e percezione di un futuro incerto.

Con il termine “stress traumatico secondario” Figley (1995) intende l’insieme di reazioni emotive e comportamentali in risposta ad eventi traumatici sperimentati da altri o in seguito all’aver prestato aiuto a persone profondamente traumatizzate.

Dalla letteratura si è evidenziato che gli individui che sperimentano STS presentano sintomi simili a quelli che emergono in seguito all’esposizione ad un evento traumatico ma che tuttavia non sono legati all’aver sperimentato il trauma in prima persona, quanto più al fatto di averlo vissuto in seconda persona (Cocker et al., 2016).

Gli strumenti che permettono di valutare la qualità della vita sono molti e parzialmente diversificati tra di loro. Un esempio è la Professional Quality of Life Scale (ProQOL) a cura di Stamm (2005) che si propone di misurare la qualità della vita nel lavoro di soccorso mediante due dimensioni: Compassion Fatigue (suddivisa in Burnout e Stress traumatico secondario, e Compassion Satisfaction. I punteggi risultanti da ognuna delle seguenti scale non possono essere combinati, in quanto le variabili in esame appaiono indipendenti tra loro.

Secondo Hunsaker (2015) infatti un individuo può essere ad alto rischio di sviluppare Compassion Fatigue ma contemporaneamente percepire riconoscimento e soddisfazione dallo svolgimento del proprio lavoro.

La validazione dello strumento è stata attuata sulla base di oltre 1000 soggetti che hanno partecipato a diversi studi e si è concentrata sul mantenimento degli item più robusti dal punto di vista psicometrico e teorico: sono state utilizzate analisi di invariata multigruppo, fattoriali e di coerenza interna delle tre scale al fine di ottenere 30 item.

Pur essendo di recente pubblicazione, la Professional Quality of Life Scale ha raggiunto una grande diffusione ed è usata per indagare i tre domini all’interno di soggetti facenti parte di categorie professionali diverse: insegnanti (Robinson, 2005), volontari che si occupano di prestare supporto a

vittime di trauma (Moultrie, 2004), psicoterapeuti che lavorano con pazienti traumatizzati (Deighton, Gurriss e Traue, 2007), infermieri (Alexander, 2006; Amodeo et al., 2006) e operatori di salute mentale (Sprang et al., 2007).

Data l'eterogeneità degli ambienti lavorativi cui è stata applicata, risulta interessante considerare le differenze in termini di professione. Ad esempio, Stamm (2005) ha confrontato le differenze nei punteggi delle sottoscale fra operatori sanitari, insegnanti e assistenti sociali.

Da tale studio sono emerse notevoli differenze in quanto gli operatori sanitari presentano punteggi molto bassi nella Compassion Fatigue, gli insegnanti appaiono maggiormente soddisfatti mentre gli assistenti sociali sembrano ottenere maggiori punteggi di Burnout.

Due studi di letteratura in particolare (Avieli et al., 2016) mettono in evidenza che il personale che presta aiuto volontariamente tende a riportare migliori punteggi di qualità della vita (misurati mediante la Professional Quality of Life Scale), rispetto a soggetti che lo fanno nell'ambito di una professione.

Come verrà presentato successivamente, all'interno dei domini della ProQOL, la compassion fatigue rappresenta la risultante tra il burnout e lo stress traumatico secondario.

A conferma di tale relazione Jonathan Singer e collaboratori (2020) riproducono un precedente studio circa i tassi di Compassion Satisfaction e Compassion Fatigue all'interno degli operatori sanitari. I risultati del precedente studio avevano fatto emergere, come prevedibile, che livelli più alti di CS e livelli più bassi di CF esitavano in tassi più bassi di burnout. Lo studio attuale ha invece esteso lo studio replicando i risultati della ricerca passata, ma come campione prevede i difensori delle vittime.

Comparando i risultati con lo studio precedente emergono similitudini; tuttavia, la ricerca recente rileva che CF e CS rappresentano una varianza nettamente superiore. Pertanto, CF e CS potrebbero rivestire un ruolo di maggiori predittori di burnout tra il gruppo di difensori delle vittime rispetto agli operatori sanitari. Seguendo tali risultati gli autori propongono che gli studi futuri intervengano nell'aumento di CS e diminuzione di CF, al fine di ridurre il burnout.

Si pongono sulla medesima prospettiva di intervento gli studi di Craig (2010) e di Hunsaker (2015).

Il primo studio si propone anzitutto di testare i risultati precedenti emersi in letteratura (Kassam-Adams, 1999; Sprang et al., 2007; Ghahramanlou et al., 2000); ipotizzando che un'età giovane, il genere femminile, il contesto sociale e lavorativo, e il contatto con un elevato numero di casi di sofferenza clinica possano essere tutti predittori positivi di Burnout e Compassion Fatigue, e predittori negativi della Compassion Satisfaction. Gli autori pongono come ulteriore ipotesi che una valutazione attenta del trauma, la maggiore esperienza clinica, in aggiunta ad un'adeguata formazione sul trattamento possano essere predittori negativi di Burnout e Compassion Fatigue e predittori positivi di Compassion Satisfaction.

Il seguente studio conferma i dati presenti in letteratura con l'unica eccezione per il genere femminile e la licenza per l'assistenza sociale, i quali non risultano essere predittivi di nessuno dei tre criteri.

Il secondo obiettivo dello studio ha come focus quello di osservare quali sono gli effetti sul Burnout, CF e CS confrontando un intervento evidence based, con altre tecniche meno basate sull'evidenza.

I risultati di questo studio riportano che l'utilizzo di pratiche basate sull'evidenza predicono in misura significativamente positiva la CS, indicando come all'aumentare dell'intervento si ottenga un maggior incremento anche del costrutto di CS, e una riduzione del Burnout e della CF.

Lo studio di Hunsaker e collaboratori (2015) è volto ad esaminare invece quali siano le componenti legate al lavoro e demografiche che possono incidere sullo sviluppo di Burnout, Compassion Satisfaction e Compassion Fatigue in un campione di infermieri.

Le variabili legate al lavoro erano gli anni trascorsi come infermiere, le ore di lavoro settimanali, il livello di istruzione, la durata del turno, gli anni di professione, e il supporto del gestore.

Le variabili demografiche considerate nello studio erano anche in questo caso età e sesso.

I risultati della ricerca riportano che nel campione vi sono livelli complessivamente bassi o medi di burnout e CF e livelli medio-alti di CS. A fronte di ciò, un più basso livello di supporto manageriale

(aspetto legato al lavoro) è un fattore predittivo significativo di livelli più elevati di CF e burnout, mentre un elevato supporto del manager lavorativo contribuisce ad un livello più alto di CS.

Cercando di generalizzare i risultati emersi dal seguente studio sugli infermieri ad altri campi professionali di aiuto, gli autori propongono l'implementazione di un ambiente lavorativo che sia collaborativo e favorevole per i professionisti neoassunti.

In questo senso sarebbe utile, riporta l'articolo, affiancare il nuovo personale a figure con esperienza già affermata; ipotizzando che un programma di mentoring formale sarebbe utile in questi delicati casi.

Infatti, continuano gli autori, se il sesso e l'età dei professionisti (pur essendo elementi che impattano sull'esito di Burnout, CF e CS, come verificato nei precedenti dati di letteratura) non possono essere modificati, l'assistenza di un leader potrebbe invece essere modulabile (Hunsaker et al.,2015).

Come verrà meglio affrontato nel paragrafo successivo, la CF sembrerebbe essere relata ad alcuni specifici fattori di rischio individuale (come appartenere al sesso femminile) o contestuali (Mooney et al., 2017).

Le ricerche in questo ambito si sono focalizzate prevalentemente su professioni di cura indirizzate a pazienti adulti ed hanno preso meno in considerazione individui impegnati, dal punto di vista professionale, nella cura di minori (Papazoglou et al.,2019; Leiter et al.,1998). Tale aspetto sarà oggetto di approfondimento all'interno del seguente elaborato tesi.

1.2. Confronto tra Compassion Fatigue e Burnout

Spesso i professionisti che si occupano quotidianamente di soggetti con esperienze di vita traumatiche riescono comunque a trarre beneficio e soddisfazione dal proprio lavoro (compassion satisfaction), tuttavia se il grande investimento di energie per aiutare tali pazienti si prolunga eccessivamente nel tempo senza portare a miglioramenti, può insorgere una condizione definita Compassion Fatigue (McHolm, 2006).

Come citato precedentemente, all'interno del modello di Qualità di vita Professionale, Stamm (2005) presenta il concetto di Compassion Fatigue identificandolo come un costrutto risultante di Burnout e Stress Traumatico Secondario.

Il termine venne coniato nel 1992 da Joinson mentre indagava sul burnout tra gli infermieri del pronto soccorso, e la teorizzò come un fenomeno dalle molteplici sfaccettature che comporta conseguenze emotive, fisiche e di esaurimento spirituale (Mooney et al., 2017). Il ricercatore aveva identificato come comportamenti caratteristici della compassion fatigue, la stanchezza cronica, l'irritabilità, la paura di andare al lavoro, l'aggravamento di disturbi fisici e la mancanza di gioia nella vita.

Per Joinson la CF comporta una situazione in cui gli infermieri perdono la loro fiducia nelle capacità di accudimento ("to nurture"); tali sensazioni emergerebbero in seguito al prendersi cura di coloro i quali provano una sofferenza (Hunsaker et al., 2015).

In uno studio di Galiana e collaboratori (2017), la Compassion Fatigue viene identificata come una riduzione della capacità professionali o dell'interesse del professionista ad essere empatico con i pazienti; inoltre risulta essere caratterizzata da sintomi quali depressione, pensieri intrusivi, apatia, errori di giudizio clinico, ipertensione, disturbi del sonno, rabbia, senso di impotenza, soppressione dei sentimenti, pensieri intrusivi e ansia.

Figley, un noto ricercatore, conducendo uno studio sempre su infermieri, afferma che la CF è una conseguenza negativa derivante dal lavoro ripetuto con individui traumatizzati in combinazione con un forte orientamento personale ed empatico (Figley, 1995).

La Compassion Fatigue appare essere connotata da peculiari aspetti cognitivi, comportamentali ed emotivi (Papazoglou et al., 2019).

Nello specifico Jacobson (2012) e Salston (2003) includono nella componente cognitiva tratti di apatia, carenza di attenzione, depersonalizzazione, negatività, scarsa autostima e preoccupazione.

Per quanto concerne l'aspetto comportamentale gli stessi autori affermano che vi siano implicati problemi del sonno, ipervigilanza e irritabilità (Jacobson, 2012; Salston et al., 2003). Similmente, anche le emozioni della Compassion Fatigue includono sensazioni di colpa, assenza di potere, paura, anedonia, tristezza e rabbia (Conrad, 2006).

Figley (1995) commenta che coloro i quali sono impegnati in un'occupazione professionale di aiuto, possiedono un'enorme capacità di percepire ed esprimere empatia e tendono ad essere maggiormente esposti al rischio di sviluppare CF.

Inoltre, in tali operatori lo stress derivante dal prestare aiuto ad una persona sofferente o traumatizzata può comportare CF, che si sviluppa come un meccanismo di autoprotezione (Figley, 1995).

Figley (2002) più tardi ha definito la compassion fatigue come uno stato di preoccupazione e tensione per i traumi individuali o cumulativi dei clienti o ancora, come il costo a carico del caregiver derivante da esperienze in cui si è chiamati a prendersi cura degli altri.

Sebbene condividano alcuni aspetti, il Burnout e la Compassion Fatigue rappresentano due costrutti distinguibili.

Mentre la CF è fortemente associata alle capacità empatiche di una persona, il burnout è correlato a fattori ambientali come problemi amministrativi e sovraffollamento e meno frequentemente legato all'empatia

(Flarity et al., 2013). Un'ulteriore differenza tra i due concetti è che il burnout in genere si presenta come un processo ad esordio graduale mentre la CF può manifestarsi improvvisamente e senza preavviso.

Come precedentemente anticipato il burnout lavorativo è una condizione spesso associata a sentimenti di disperazione e apatia e comporta spesso incapacità di svolgere efficacemente le proprie mansioni lavorative (Stamm, 2010).

Secondo quanto affermato da Maslach (1996), il Burnout è identificabile come un progressivo peggioramento di sentimenti di frustrazione rispetto alle proprie responsabilità professionali.

A differenza della CF che rappresenta un problema per i dipendenti con troppa empatia, il burnout si manifesta nei dipendenti che hanno aspirazioni elevate e sono altamente motivati (Slatten et al., 2011).

Nonostante tali differenze siano riscontrate da molti autori (come negli studi presentati), i due termini vengono ancora utilizzati in modo interscambiabile in alcuni modelli di letteratura (Potter et al., 2010; Hunsaker et al., 2015).

Quando l'organizzazione non è di supporto ed è gravosa, questo ultimo cluster di soggetti diventano vulnerabili poiché i loro obiettivi possono essere contrastati.

Inoltre, essi possono ritenere di non ricevere un supporto sufficiente per svolgere il loro lavoro, e finiscono con il preservare le proprie risorse personali, cessando così di investire nel proprio lavoro (Slatten et al., 2011).

Gli autori dello studio sopracitato hanno condotto ricerche approfondite sul burnout all'interno di organizzazioni sanitarie e hanno valutato le tre dimensioni associate al burnout: l'esaurimento emotivo, i sentimenti di bassa realizzazione personale e depersonalizzazione. L'esaurimento emotivo si verifica quando il dipendente si sente sovraccaricato e psicologicamente affaticato dal proprio lavoro.

La mancanza di realizzazione personale è legata a sentimenti di scarsa autoefficacia. In questo caso gli individui sentono di avere poche capacità e non si sentono in grado di raggiungere con successo i propri obiettivi (Slatten et al., 2011).

Infine, sempre secondo gli stessi autori, la depersonalizzazione del paziente concerne un distacco, una preoccupazione che funge da autodifesa e può includere anche aspetti di negatività, insensibilità e alti livelli di cinismo (Slatten et al., 2011).

Burston (2010) e Potter (2010) riportano che la CF e il burnout, oltre a condizionare il benessere di vita personale dell'operatore, possono avere rilevanti conseguenze anche sui pazienti di cui si occupano.

Infatti, essi riscontrano effetti sia sulla salute che sulla soddisfazione dei pazienti (Burston et al., 2010).

Tale aspetto viene confermato in uno studio condotto da Leiter e colleghi (1998) in cui emerge una correlazione inversa tra il livello di burnout degli infermieri e le valutazioni dei pazienti circa la qualità delle cure ricevute. I pazienti che erano stati assistiti in unità in cui gli infermieri si sentivano esausti o che avevano frequentemente espresso il desiderio di licenziarsi erano meno soddisfatti delle loro cure.

Vahey e colleghi (2004) hanno trovato risultati simili conducendo uno studio erano coinvolti più di 800 infermieri e 600 pazienti.

Secondo lo studio di Potter e colleghi (2010) gli interventi rivolti a coloro che sperimentano la CF nel corso della loro professione sono pochi e solo evidenti nella letteratura più recente.

Uno tra questi è il Programma di Recupero Accelerato (ARP), sviluppato da Gentry, Baranowsky e Dunning (1997), un progettato per aiutare i professionisti nell'utilizzo strategie per affrontare e risolvere i sintomi e la causa della CF, aiutando allo stesso tempo a sviluppare una disciplina individuale di auto-cura che migliori la resilienza futura (Gentry et al., 2013).

Nello specifico si tratta di un programma interventistico che include una Programmazione Neuro-Linguistica (PNL), Terapia del Campo del Pensiero (TFT), un piano di autoanalisi e autogestione, i quali possono incrementare le competenze cliniche e arricchire il benessere personale degli operatori. (Rajeswari et al., 2020).

Nello studio sopracitato viene applicato l'ARP ad un gruppo di infermieri e successivamente se ne osservano le ricadute a livello di CF.

Il programma possiede una durata di cinque settimane ed è basato su un protocollo di trattamento standard individualizzato in 5 sessioni, ciascuna della durata complessiva di 90-120 minuti. Il programma prevede inoltre di una formazione espositiva e didattica corredata di audio.

Nel corso delle cinque sessioni il partecipante ha il compito di sviluppare una sequenza temporale professionale e personale che racconta una storia in cui i partecipanti raccontano gli ostacoli superati nella loro vita e i risultati ottenuti. Dopo una revisione della sequenza sopracitata il terapeuta aiuta il soggetto ad elaborare piani di autogestione individualizzati e percorsi di recupero.

I risultati di questo studio indicano come la CF ed il burnout possano avere un notevole impatto sia sugli operatori che sui pazienti, ma come sembra anche che interventi specifici possano ridurre i sintomi di CF e migliorare la CS (Rajeswari et al., 2020).

1.3. Lo Stress traumatico secondario

Come esposto finora risulta chiaro come la qualità della vita nelle professioni di aiuto risulti fortemente associata all'intensità e alla frequenza dell'esposizione a eventi critici oltre che all'aumento del rischio per la salute mentale degli operatori (Weiss et al., 1995).

In modo particolare è stato presentato il drammatico impatto che le ripetute esposizioni a persone con storie di vita difficili possono avere sulla psiche di coloro che se ne prendono cura.

Gli effetti sono risultati eclatanti a tal punto da far ipotizzare l'emergere di un vero Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) (Tirgari et al., 2019; Russo et al., 2023).

Alcuni autori riscontrano molta sovrapposizione tra i sintomi associati alla Compassion Fatigue e quelli del Disturbo Post Traumatico da Stress (Figley, 1995) e riportano come esempi di sintomi che possono essere inclusi l'ipereccitazione, l'ansia; la depressione, l'evitamento e il ritiro; immagini e pensieri intrusivi, insonnia e ridotta concentrazione (Meador et al., 2010).

Nonostante la presenza di queste similitudini a livello sintomatologico, la distinzione che viene spesso fatta tra il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e la Compassion Fatigue riguarda la genesi dei due costrutti. Il disturbo da stress post-traumatico può essere imputato ad un trauma di tipo primario mentre la Compassion Fatigue è dovuta ad un trauma secondario (Cocker et al., 2016).

Nel caso di operatori impegnati in contesti di cura per minori Figley (1993-1995) identifica come evento traumatico l'essere venuti a contatto e a conoscenza di un evento traumatico o stressante vissuto da un'altra persona, che questi hanno il compito di aiutare (in quanto scopo della loro professione).

Figley (2013) afferma che i professionisti che ascoltano storie dei clienti connotate di paura, dolore e sofferenza possono percepire a loro volta le stesse sensazioni e viverle in prima persona.

Secondo l'autore ciò sarebbe da imputare alla presenza di un aspetto già affrontato nei paragrafi precedenti, ovvero l'empatia che questi operatori possiedono. Nell'articolo Figley (2013) ritiene infatti che il vero trauma emerga a partire dal fatto che “a loro importa” dei propri pazienti.

L'autore continuerà a sostenere questo anche in pubblicazioni future (Figley 1995, 1996, 2002a, 2002b), ritenendo inoltre che il coinvolgimento empatico sia il canale primario per la trasmissione dello stress traumatico secondario dal cliente al terapeuta (Craig et al., 2010).

All'interno della letteratura, i termini “Compassion Fatigue” e “Stress traumatico secondario” (definito anche come “Trauma Vicario”) sono usati per riferirsi a condizioni simili, riflettendo così una mancanza di chiarezza concettuale riguardo questi fenomeni.

Una recente ricerca condotta da Jenkins e Baird (2002) si è concentrata sulla differenziazione delle componenti che distinguono il trauma vicario (che comporta cambiamenti negli schemi cognitivi) e lo Stress Traumatico Secondario/ Compassion Fatigue (che enfatizza invece i sintomi socioemotivi).

Il termine Trauma Vicario (VT) si riferisce a modifiche significative che si esplicano nella visione che i professionisti hanno di sé stessi, degli altri e del mondo e che sono il risultato dell'esposizione ad eventi traumatici (McCann & Pearlman, 1990).

Tali modifiche tendono a perdurare nel tempo, anche dopo il passare degli anni, senza essere più stati in contatto diretto con tali aspetti di sofferenza.

Il Trauma Vicario può essere visto (McCann & Pearlman, 1990; Paivio 1986) come una normale risposta alle continue sfide, alle convinzioni e ai valori di un professionista che si occupa di prestare aiuto a soggetti che soffrono, ma può comportare anche una diminuzione della motivazione, dell'efficacia personale e dell'empatia.

Lo Stress traumatico secondario (STS) (Figley, 1995; Stamm, 1999) a differenza, si riferisce ad una sindrome presente tra professionisti che imita il disturbo da stress post-traumatico e che si manifesta in seguito o attraverso l'esposizione a persone che soffrono gli effetti di un trauma.

Sebbene vi siano differenze tra i due termini, molti studi li utilizzino ancora in modo intercambiabile, e questo deriva dal fatto che ad oggi, non ci sono dati definitivi che suggeriscano che i costrutti siano concettualmente distinti. Ciò suggerisce che una decisione finale sul termine più appropriato da utilizzare in una determinata situazione sarebbe prematura.

Il Trauma Vicario è associato a interruzioni dello schema cognitivo in cinque aree differenti: fiducia, stima, intimità e controllo, e ciascuna di queste rappresenta un bisogno psicologico per la persona (Baird et al., 2006). Secondo gli autori ogni bisogno/schema è vissuto in relazione a sé e agli altri.

In altre parole, tutti noi abbiamo la necessità di credere che il mondo sia sicuro – che siamo relativamente al sicuro dai pericoli, da noi stessi e dagli altri (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Gli effetti dannosi del Trauma Vicario si verificano pertanto in seguito alle interruzioni di tali bisogni/schemi.

Janoff e Bulman (1985) affermano che sono tre i presupposti cognitivi di base (o credenze su sé stessi e sul mondo) che sono messi in discussione nel caso di Trauma Vicario: la credenza nell'invulnerabilità personale; la visione di sé stessi sotto una luce positiva; e la fiducia nel fatto che il mondo abbia un significato o un ordine.

Similmente anche Epstein (1989) presenta quattro assunti fondamentali che, secondo lui, vengono disgregati dal trauma. Questi includono la convinzione che il mondo sia benevolo, che il mondo abbia un significato, che il sé sia degno e che le persone siano degne di fiducia.

I terapeuti e più in generale tutti gli operatori che si occupano di individui con storie di vita traumatiche, possono pertanto sperimentare ambiguità o addirittura interruzioni nei loro schemi circa il proprio sé e il mondo nel momento in cui lavorano con persone, vittime di traumi.

I cambiamenti a livello cognitivo possono essere sottili o drammatici, a seconda del grado di discrepanza tra aspetti di vita del paziente e gli schemi esistenti nel terapeuta.

Lo studio di Lisa McCann e Laurie Anne Pearlman (1990) descrive il modo in cui le interruzioni degli schemi cognitivi possono essere associati a precise emozioni o pensieri nell'operatore.

I terapeuti che lavorano con le vittime vengono esposti ai molti modi crudeli in cui le persone ingannano, tradiscono o violano la fiducia degli altri esseri umani.

Ciò potrebbe disturbare gli schemi sulla fiducia dei terapeuti che potrebbero quindi divenire sospettosi nei confronti delle motivazioni degli altri, diventare più cinici o diffidenti.

Immagine che implicano una perdita di sicurezza, comprese minacce o danni a persone innocenti, possono mettere in discussione gli schemi del terapeuta nell'ambito della sicurezza e possono dare un esito particolarmente distruttivo se questo ultimo possiede di per sé forti esigenze di sicurezza.

Oltre al tema della fiducia e sicurezza, un aspetto importante che viene ad essere toccato dagli effetti del Trauma Vicario è quello del "potere".

Le persone che sono state vittime spesso si trovano in situazioni di estrema vulnerabilità e impotenza. L'esposizione vicaria a queste situazioni traumatiche (attraverso i ricordi del cliente) può evocare preoccupazioni sul proprio senso di efficacia e di potere nell'operatore.

Gli esiti emotivi (e anche gli agiti comportamentali) dei terapeuti possono essere diversi a seconda dei temperamenti e delle storie di vita di questi ultimi.

Nel caso in cui nell'operatore prevalga un forte bisogno di percepire un senso di potere, il VT può portare gli operatori a sollecitare in modo inappropriato i clienti ad agire piuttosto che aiutarli a comprendere il significato degli eventi. Inoltre, potrebbero ritrovarsi a diventare più dominanti nelle situazioni sociali o lavorative, per ovviare al senso di impotenza della vittima con cui sono a contatto.

Si conferma in questo modo il bisogno che possiedono di riaffermare le loro convinzioni a livello di potere ed efficacia personale.

In alternativa, l'operatore può mostrare un'accresciuta consapevolezza circa il proprio controllo sugli eventi di vita, consapevolezza tuttavia illusoria dal momento in cui gli stessi sono infatti imprevedibili.

In casi estremi, il terapeuta può ritrovarsi a provare sentimenti di impotenza, depressione o disperazione per le accezioni incontrollabili della vita o della violenza dell'uomo.

Lo studio (McCann & Pearlman, 1990) riporta un importante cambiamento nella memoria dei terapisti i quali, ascoltando i resoconti dei loro pazienti possono interiorizzare i loro ricordi nei propri sistemi di memoria ed alterarli temporaneamente o permanentemente.

I ricordi in questione si presentano sotto forma di flashback, sogni o pensieri intrusivi e secondo le autrici tali alterazioni possono divenire invasive o addirittura distruttive per il funzionamento psicologico e interpersonale dell'operatore.

Le memorie sono codificate dapprima in un sistema immaginativo non verbale e successivamente in una rappresentazione verbale (Paivio, 1990).

Allo stesso modo, i ricordi (sia immagini che componenti verbali) producono cambiamenti negli schemi man mano che questi ultimi si adattano a nuove esperienze di vita.

L'interruzione o un cambiamento nel sistema di memoria è spesso associato all'attivazione di potenti stati affettivi (Bower, 1981; Paivio, 1986).

Gli operatori possono pertanto riferire una serie di emozioni spiacevoli inclusa tristezza, ansia o rabbia. Questi stati emotivi possono essere attivati all'interno della consapevolezza cosciente oppure possono essere repressi fuori. Alcuni operatori, in particolare quelli che non sono in grado di rielaborare le loro reazioni emotive, possono sperimentare negazione o emozioni paralizzanti.

Gli operatori possono essere esposti a immagini traumatiche troppo travolgenti (emotivamente o cognitivamente) e difficili da integrare, tanto che le loro capacità di regolazione affettiva o di auto-consolazione risultano sovraccaricate.

Ciò che emerge da questa ricerca è che i professionisti di cui è esposto, possono sperimentare alterazioni nel proprio sistema di memoria in cui rivivono o evitano varie componenti del trauma del loro cliente.

Alla luce delle conseguenze che il Trauma Vicario può avere sull'operatore, si è ritenuto opportuno portare alcuni esempi di letteratura in cui sono presentate strategie di prevenzione del costrutto in questione.

Bell e colleghi (2007) suggeriscono che sia necessario attuare un'opportuna prevenzione oltre che strategie di intervento nell'area della cultura delle organizzazioni, del carico di lavoro, dell'ambiente di lavoro, dell'istruzione, del supporto di gruppo, supervisione e delle risorse per la cura di sé.

Inoltre, Bober e Regehr (2006) raccomandano una varietà di strategie per ridurre i livelli di sintomi sottolineando l'importanza di mantenere anzitutto un adeguato equilibrio tra lavoro e vita personale (Figley, 1995; Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Regehr & Cadell, 1999). Ritengono importante, inoltre, che l'operatore si faccia affiancare da un trattamento psicoterapeutico per riuscire a tollerare e affrontare i problemi di controtransfert legati a eventi irrisolti nella propria storia personale e traumi secondari (Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Sexton, 1999).

Nell'articolo suggeriscono anche una maggiore consultazione tra pari, la supervisione e la formazione professionale per ridurre il senso di isolamento e aumentare il senso di efficacia (Cerney, 1995; Dane, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995). Queste strategie hanno avuto risvolti positivi nei terapeuti che hanno partecipato a studi qualitativi (Astin, 1997; Iliffe & Steed, 2000).

CAPITOLO 2: La funzione genitoriale negli operatori e implicazioni delle Funzioni esecutive

nella cura dei minori

2.1. la funzione genitoriale

Nei prossimi paragrafi saranno affrontati una serie di aspetti che riguardano gli operatori delle comunità per minori in quanto caregiver e adulti a cui è affidato il compito di svolgere una funzione genitoriale sui minori, così come sarà dedicata attenzione ad alcune variabile del funzionamento individuale, le funzioni esecutive, che possono promuovere o ostacolare lo svolgersi di adeguate funzioni di cura.

Secondo quanto attestato da una prospettiva dinamico-evolutiva, la funzione genitoriale viene definita come un costrutto autonomo, preesistente e processuale che l'essere umano possiede; viene in parte riconosciuto come indipendente dalla mera generatività biologica che infatti risulta essere un aspetto fondamentale ma non necessario per l'esplicarsi della funzione stessa (Simonelli, 2014).

Fava Vizziello (2003) e Palacio Espasa (1996) affermano che la complessa funzione genitoriale coinvolge la capacità che una persona possiede di comprendere i bisogni dell'altro, di proteggerlo e accudirlo, riconoscendone una scissa individualità. Inoltre, ritengono che la funzione genitoriale implichi l'attivazione di competenze di cura fisica e affettivo-relazionale, e l'attivazione degli schemi rappresentazioni che il caregiver possiede.

La funzione genitoriale così come appena descritta si verifica solo in seguito ad un lungo processo evolutivo che si forma a partire dalle prime interazioni di scambio che il bambino ha fatto con i propri adulti di riferimento (Simonelli, 2014).

Nel corso dello sviluppo il bambino costruisce con i caregiver preferenziali un insieme di schemi e rappresentazioni che fanno riferimento alle interazioni con gli altri (Stern, 2018). A partire da questi schemi il bambino crea un modello tutto suo di interazione e relazione con le persone significative che

continua a mettere in atto nel corso della vita, all'interno delle relazioni successive (in particolare modo con i figli).

Il ripetersi nel tempo di tali scambi innesca il processo di sviluppo affettivo - emotivo - cognitivo che porterà all'emergere delle prime fantasie di genitorialità (Simonelli, 2014).

Lo sviluppo della genitorialità e lo sviluppo della persona esistono pertanto entro un rapporto di interdipendenza, in cui uno influenza e determina l'altro in modo reciproco.

Tre sono le caratteristiche fondamentali della funzione genitoriale: l'autonomia, la processualità e l'intersoggettività (Simonelli, 2014).

Autori come Cramer, Palacio Espasa (1994) ritengono che la funzione genitoriale sia autonoma rispetto ad altri domini di funzionamento della persona, nonostante non vi sia del tutto separata.

Ciò significa che un genitore potrebbe possedere una patologia anche grave ma non vedere intaccate le sue capacità genitoriali e di cura.

Verosimilmente è valido anche l'esempio opposto tale per cui una persona ben integrata socialmente e priva di patologie di alcun tipo, può in alcune fasi di vita non essere pronta ad essere genitore.

Un esempio ulteriore riguarda l'autonomia della funzione genitoriale circa il legame biologico.

Di questo ne sono una chiara manifestazione i casi di bambini adottati e genitori adottivi, i quali propongono un modello di genitorialità svincolato dal legame biologico esistente tra genitori e figli (Fava Vizziello, Simonelli 2004). Questo aspetto è estendibile anche ad altre configurazioni di cura al di fuori della famiglia tradizionale, ad esempio le comunità, in cui caregiver non biologici sono chiamati a prendersi cura dei minori che sviluppano un vero e proprio legame di attaccamento distinto nei loro confronti (Goossens et al., 1990).

La caratteristica di processualità della funzione genitoriale riguarda il fatto che questa non sia una competenza raggiunta una volta per tutte e valida in ogni circostanza, ma che si modifichi costantemente

in relazione e in risposta alle interazioni di molteplici fattori del bambino, del genitore e del contesto in cui sono inseriti (Manzano, Palacio Espasa & Zilkha, 1999).

Stern (2004) presenta la genitorialità come una funzione intersoggettiva, la quale si instaura e si co-costruisce all'interno di ripetute interazioni con l'altro, appunto intersoggettive.

Tambelli (2017) riporta le molteplici ed affermate funzioni che la genitorialità possiede.

La funzione protettiva viene definita come la funzione tipica del caregiver che concerne la capacità di fornire cura e protezione al bambino. È a partire da questa funzione che si forma il legame di attaccamento.

La definizione della funzione affettiva è da imputare prevalentemente a Daniel Stern, il quale ha introdotto il concetto utilizzando termini come “sintonizzazione affettiva” o “tono vitale” (Stern, 2004).

Oggi tale funzione ha assunto un significato più generalizzato che esprime la capacità di entrare in risonanza affettiva con l'altro senza esserne inglobato.

La funzione regolativa chiama in causa le capacità del genitore di regolare i processi sensoriali, attentivi, affettivi, fisiologici e il comportamento del proprio bambino. In condizioni di disequilibrio la funzione regolativa genitoriale può manifestarsi sottoforma di funzionamento iper regolante (genitore intrusivo che non concede sufficiente tempo al bambino per segnalare i suoi bisogni o stati emotivi), ipo regolante (quando vi è una mancanza di risposte), inappropriata (quando i tempi di risposta non sono in sincronia con i segnali o con i bisogni del bambino).

La funzione rappresentativa riguarda invece il cruciale passaggio nella mente dei genitori dal bambino immaginario (su cui avevano investito notevoli desideri e aspettative prima che nascesse) e il bambino reale con cui effettivamente il genitore inizia a formare gli schemi dell'“essere con” evidenziati da Stern (1985). Tale processo è alla base anche delle rappresentazioni che il bambino stesso costruirà su di sé, sull'altro e sul mondo (Tambelli, 2017).

La funzione fantasmatica rimanda alla possibilità che il genitore proietti sul proprio bambino (in misura più o meno consapevole) aspetti irrisolti del proprio passato.

Infine, con funzione metallizzante si intende la capacità che il genitore possiede di strutturare la mente del bambino in modo da renderlo in grado di riflettere i propri stati mentali e quelli altrui, dando senso ai suoi bisogni. Questo permetterà al bambino di cogliere ed interpretare gli stati mentali propri e degli altri; nello specifico i desideri, emozioni, credenze, obiettivi, intenzioni e motivazioni.

Negli ultimi decenni la ricerca che ha indagato la funzione genitoriale, ha dato origine ad un nuovo ambito di interesse circa la neurobiologia e neuropsicologia dei comportamenti genitoriali, sottolineando i substrati biologici che rendono i genitori sensibili ai segnali del bambino e che li predispongono a prendersi cura del bambino (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018).

Swain (2007) elabora il modello di “parental brain” secondo cui la funzione genitoriale può essere attivata dalla percezione sensoriale ed elaborazione di stimoli infantili, la cui salienza è valutata entro un sistema altamente integrato e dinamico di strutture corticolimbiche.

La presenza di precise caratteristiche del bambino, infatti, lo rendono uno stimolo intrinsecamente saliente per il genitore (Lorenz, 1943), e questo appare rilevante nella misura in cui la capacità di intercettare la salienza in uno stimolo viene considerata in tutti i contesti una competenza necessaria per favorire l’attenzione, l’apprendimento e la sopravvivenza (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018).

Nel genitore, come in qualsiasi persona, è possibile riscontrare l’esplicarsi di tale processo all’interno di un circuito cerebrale detto “circuito della salienza” (Menon & Uddin, 2010).

In letteratura si è osservato che nel cervello materno, in risposta alla vista del proprio bambino, si ha una notevole attivazione dell’amigdala, cui si aggiunge una sensazione di piacere mediata dal circuito motivazionale dopaminergico, e che crea un meccanismo di retrazione positivo capace di incrementare la salienza dello stimolo-bambino (Numan, 2012; Kim, 2016).

A partire dai risultati dei primi modelli neuroanatomici indagati tra il mondo animale, è stato possibile iniziare ad interpretare il ruolo che precisi circuiti neurali ricoprono nei mammiferi, e in misura simile anche nell'uomo, circa la regolazione della risposta materna (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018); inoltre con le importanti ricerche sui roditori, sono stati successivamente individuati due aspetti focali del comportamento genitoriale e i network cerebrali ad essi associati (Numan, 2006).

I due compiti in cui le aree cerebrali sembrerebbero essere implicate fanno riferimento alla promozione e regolazione dei comportamenti di accudimento del genitore verso il bambino, mentre ulteriori regioni cerebrali sarebbero necessarie per il mantenimento nel tempo del comportamento di cura.

Per quanto riguarda il primo aspetto la letteratura ha sottolineato il ruolo fondamentale dell'amigdala nella modulazione di reazioni emotive, meccanismi decisionali e di memoria, evidenziando una maggiore attivazione dell'amigdala in risposta a segnali connotati positivamente (rispetto a quelli negativi) in casi di attaccamento, mentre in contesti non inerenti l'attaccamento sono i segnali negativi ad elicitarne una maggiore risposta dell'amigdala in termini di ritiro come meccanismo di autodifesa oppure attivando una risposta altruistica. (Lenzi et al., 2009; Packard, Cahill & McGaugh, 1994).

Successivamente il comportamento di accudimento sarebbe mantenuto nel tempo grazie all'implicazione di aree legate al circuito dopaminergico, detto anche circuito della ricompensa (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018).

In sintesi, il bambino in quanto stimolo saliente, rappresenta un potente attivatore del comportamento del genitore (della madre in particolare), poiché in grado di attivare i circuiti dopaminergici e creando così una sensazione di piacere negli adulti che si prendono cura di lui. Questo meccanismo pertanto funge da rinforzo positivo per l'adulto e ne aumenta il comportamento di accudimento, mantenendolo nel tempo. Salvo particolari condizioni cliniche e di rischio, gli stimoli infantili rappresentano elementi salienti per tutti gli adulti, indipendentemente dallo status di genitore o meno (Senese et al., 2013).

Tuttavia, possono essere presenti alcuni fattori di rischio a carico sia del bambino che del genitore, fattori che potrebbero impattare negativamente sullo svolgersi tipico della funzione genitoriale così come sopra descritta (Simonelli, 2014). Il testo riporta come esempi di questi fattori, la presenza di patologie mediche croniche e acute del bambino ed eventuali disturbi dello sviluppo del bambino (ASD); mentre psicopatologie quali ansia e depressione, dipendenza da sostanze e stili inappropriati di parenting per quanto riguarda gli aspetti relativi al genitore.

È verosimile che tali aspetti di rischio si possano riscontrare anche rispetto agli operatori, laddove specifiche caratteristiche dell'adulto e problematiche comportamentali nel minore potrebbero rendere maggiormente difficile la qualità delle cure e della relazione (Martin et al., 2020; Kjelsberg et al., 2004).

I fattori di rischio e di protezione possono inoltre appartenere alla realtà esterna e al mondo sociale in cui genitori e figli sono inseriti; ne sono testimonianza aspetti di discordia coniugale o divorzi, credenze culturali, sicurezza del luogo di abitazione ma anche aspetti relativi all'ambiente lavorativo dei caregiver (Mikolajczak et al., 2020); pertanto viene ipotizzato che cambiamenti evolutivi, ambientali o relazionali possano subentrare nell'esperienza delle figure in questione e indurre modifiche sia in termini positivi che negativi sulla genitorialità (Cassibba et coll., 2020).

Numerose ricerche (Feeney, 2003; McFie et coll., 2005; Leckmann, 2004) affermano che la funzione genitoriale deve essere inquadrata entro un modello che tiene conto di fattori familiari, caratteristiche individuali e del contesto sociale come risorsa o come fattore di stress (oltre che degli aspetti cognitivi e temperamenti del bambino); inoltre tali aspetti sembrano in parte legati a diverse funzioni regolatorie degli adulti (Lunkenheimer et al., 2023).

Abidin (1992) ritiene che il "parenting stress" possa essere definito come lo scarto esistente tra le richieste associate alla funzione genitoriale e la percezione che il caregiver possiede circa la sua disponibilità di risorse utili a soddisfare i bisogni del bambino. Questa sensazione, continua l'autore, viene esperita

mediante emozioni negative verso il bambino e verso il sé, le quali sono da attribuire alle richieste che la genitorialità comporta.

Nel dettaglio Lebert-Charron (2018) descrivono il modo in cui lo stress agisce sulle abilità di cura del caregiver e sulle sue capacità di rispondere sensibilmente ai segnali del bambino, innescando un ciclo negativo all'interno della relazione tra le due parti.

Non necessariamente devono essere presenti eventi traumatici o particolarmente negativi (Abidin, 1992), ma è verosimile immaginare un effetto analogo in queste condizioni.

Ai fini dello scopo di ricerca della seguente tesi, ed in seguito ai dati/definizioni presenti letteratura, si ipotizza una riconducibilità della funzione genitoriale finora descritta, a quella degli operatori impegnati in contesti di cura per minori, nella misura in cui sono chiamati a svolgere una funzione di cura di “un altro diverso da sé” (Simonelli, 2014).

Come è stato presentato precedentemente, la funzione genitoriale non necessita in maniera assoluta del legame biologico con il bambino, poiché è sufficiente che il caregiver si ponga in termini di cura e protezione, prestando attenzione ai suoi bisogni e rispondendo in modo efficace (Simonelli, 2014).

Diversa letteratura evidenzia come i bambini possono sviluppare un vero e proprio legame di attaccamento con gli operatori che si prendono cura di loro e come la qualità di tale legame sia legata in parte alla qualità delle cure messe in atto (Howes et al., 1998).

In particolare, all'aumentare del grado di sensibilità delle cure parentali, i bambini tendono a sviluppare un tipo di attaccamento sempre più sicuro; tuttavia ciò non è sempre riscontrabile nel caso in cui i bambini partono già con una base di attaccamento insicuro.

2.2. Le funzioni esecutive e La funzione genitoriale

Come anticipato in precedenza, una serie crescente di studi ha progressivamente messo in luce come una adeguata funzione genitoriale osservata sul piano comportamentale sembri collegata al funzionamento di specifici circuiti neurobiologici e neuropsicologici (Numan, 2012; Kim, 2016).

Rispetto a questo secondo ordine di fattori, particolare interesse è stato investito negli ultimi anni sulle funzioni esecutive.

Le funzioni esecutive (EF) fungono da termine generico per comprendere l'insieme delle abilità cognitive di ordine superiore necessarie per potere esaminare e raggiungere un obiettivo; sono ciò che ci consente di comprendere concetti astratti o complessi, risolvere problemi che non abbiamo incontrato prima, pianificare attività e gestire le nostre relazioni (Cristofori et al., 2019).

Le funzioni esecutive sono descritte come un insieme complesso di abilità cognitive, in cui sono inclusi il controllo inibitorio, la memoria di lavoro, la pianificazione, la flessibilità cognitiva, la risoluzione di problemi e il ragionamento (Cicerone et al., 2000).

Negli stessi anni Van Der Linden (2000) afferma che il sistema esecutivo è in grado di controllare e gestire anche le altre capacità cognitive (ad esempio, attenzione e memoria) e consente agli individui di modificare i loro modelli comportamentali, qualora dovessero diventare insoddisfacenti. Questo consente quindi l'adattamento alle situazioni complesse della vita quotidiana (Collette et al., 2006); e, nel caso in cui vi siano deficit nelle funzioni esecutive, potrebbero comparire comportamenti inadeguati o non finalizzati e anche un funzionamento sociale compromesso (Hanks et al., 1999; Busch et al., 2005).

C'è un accordo generale sul fatto che ci siano tre EF fondamentali (Lehto et al., 2003; Miyake et al., 2000) ossia il controllo inibitorio (che comprende l'autocontrollo e il controllo delle interferenze, memoria di lavoro (WM) e flessibilità cognitiva.

A partire da queste principali funzioni “base”, si costruiscono le EF di ordine superiore come il ragionamento, la pianificazione e la risoluzione dei problemi (Collins & Koechlin, 2012; Lunt et al., 2012).

Nonostante i modelli di letteratura abbiano identificato e classificato le EF secondo queste modalità, è difficile prevederne una manifestazione specifica in un individuo, poiché non esiste un unico comportamento che possa essere direttamente collegato alle EF (Cristofori et al., 2019).

Alla luce di una tale definizione di EF, risulta verosimile presupporre l’implicazione in un costrutto quale la funzione genitoriale in cui il caregiver è chiamato a dover costantemente monitorare il bambino, tenere a mente i numerosi bisogni dello stesso e così via.

A tal proposito, la letteratura ha ampiamente documentato come un buon funzionamento esecutivo sia di fatto associato a migliori pratiche di parenting tra cui un’umentata sensibilità ai segnali del bambino, regolazione delle proprie emozioni di fronte a comportamenti difficili dei bambini e la capacità di regolare i processi decisionali (ad esempio limitare la negatività reattiva, promuovere lo scaffolding). Al contrario possedere EF più scarse risulta significativamente correlato all’impegno in pratiche genitoriali negative, esplicandosi ad esempio in invadenza o manifestazioni di negatività con il proprio bambino (Bridgett et al., 2017).

Da studi che hanno esaminato nel dettaglio la relazione tra il parenting e altri aspetti dell’auto-regolazione (come il controllo faticoso e la regolazione delle emozioni) emerge una correlazione negativa tra migliore controllo materno e minore genitorialità negativa materna (Bridgett et al., 2013) e la presenza di una correlazione positiva tra il controllo materno e genitorialità positiva (Davenport et al., 2011).

Tali risultati riflettono similmente le relazioni individuate tra EF e genitorialità; allo stesso modo, infatti, la regolazione delle emozioni del caregiver è stata correlata ai suoi comportamenti (Kim et al., 2009).

Le EF del genitore giocano un ruolo particolarmente rilevante all’interno dei contesti familiari in cui vi siano elementi stressanti o triggeranti come il dover gestire un bambino dalle caratteristiche complicate.

È stato dimostrato che possedere migliori EF consente al genitore di far fronte a condizioni in cui il bambino esibisce comportamenti devianti, mettendo in atto un parenting meno rigido (Deater-Deckard et al., 2012).

Questi risultati suggeriscono che l'aver un buon livello di EF sia componente centrale nella sensibilità genitoriale e nelle risposte di accudimento.

Affinché vi sia un corretto sviluppo delle funzioni esecutive e la persona possa usufruire delle abilità che tale costrutto include, è opportuno che non siano presenti eccessivi elementi stressanti nell'ambiente (Park et al., 2020).

Tra la letteratura sono presenti dati che descrivono, da una parte, come lo stress acuto possa incrementare parzialmente alcune funzioni esecutive come la working memory, flessibilità e l'inibizione (Shields et al., 2016; Plieger et al., 2020); e dall'altra quanto invece lo stress cronico possa avere un risvolto negativo sulle stesse, oltre ad essere in grado di esacerbare altre vulnerabilità di tipo psicologico (Marin et al., 2011; Peavy et al., 2009).

A fronte di tali risultati, si è ritenuto importante cercare di approfondire quali possano essere i fattori in grado di modulare l'impatto che lo stress può avere sulle EF e come quest'ultime abbiano un ruolo moderatore anche sulla funzione genitoriale.

Lo studio di Park e colleghi (2020) esamina fattori diversi di stress contestuale in genitori, e le interazioni di tali fattori con le funzioni esecutive, in quanto probabili determinanti di una genitorialità eccessivamente rigida. Il primo obiettivo della loro ricerca è quello di esaminare le interazioni tra EF genitoriale e le due tipologie di stress contestuale esaminate più di frequente in letteratura, uno più sistemico e distale (SES) e uno più vicino alla famiglia (caos domestico) in associazione con la genitorialità dura.

Lo stress, concettualizzato come “l'esperienza soggettiva che si verifica quando le madri non si sentono capaci di affrontare circostanze o situazioni difficili nella loro vita” (Folkman et al. 1979), se

ripetutamente esperito può contribuire ad incrementare l'attivazione emotiva nei genitori e le interazioni negative con i propri figli (Belsky, 1984; Conger et al., 1992).

A fronte di tali fattori di rischio derivanti da stress contestuale, le EF materne rappresentano un buon fattore di protezione, utile a favorire una buona genitorialità (Crandall et al., 2015).

Nella misura in cui lo stress mette a dura prova le risorse cognitive ed emotive di un caregiver, ne consegue che un caregiver che possiede EF più solide può godere di maggiori risorse cognitive ed emotive a cui attingere per limitare gli effetti dello stress in una situazione complicata con i figli, e questo tenderebbe a ridurre anche la messa in atto di una genitorialità rigida (Park, 2020).

I risultati di questo studio rivelano che l'EF è in grado di tamponare l'associazione esistente, e confermata più volte in letteratura (Coldwell et al., 2006; Holochwost et al., 2016; Pike et al., 2016) tra caos domestico e genitorialità rigida; allo stesso tempo, il ruolo moderatore dell'EF nella relazione tra caos familiare e genitorialità rigida lascia pensare che le EF siano un sostanziale aspetto protettivo da cui i caregiver possono trarre beneficio durante situazioni stressanti con i propri figli. Possedere superiori abilità di risoluzione dei problemi e di flessibilità cognitiva, pertanto può essere di grande aiuto ai genitori per limitare gli effetti che lo stress può avere sulla funzione genitoriale (Park, 2020).

Ancor prima di elementi stressanti di tipo contestuale, la prima e principale fonte di stress per un genitore (e per la funzione genitoriale stessa) è proprio lo stress genitoriale, definito da Deckard (2004) come la somma dei meccanismi che conducono a reazioni psicologiche e fisiologiche avverse, le quali derivano dai numerosi tentativi di adattamento alle richieste che la genitorialità comporta.

Data questa qualità distintiva, sembrerebbe ragionevole aspettarsi che lo stress genitoriale rappresenti un'importante sfida in grado di minare profondamente l'autoefficacia dei genitori, il loro senso di competenza e, di conseguenza, le modalità di parenting che mettono in atto; i genitori potrebbero per

esempio essere investiti di costanti dubbi circa le loro abilità, esitazioni o irritazione e mettere in atto comportamenti impulsivi (Crnic, 2017).

L'autoefficacia concerne la misura in cui i genitori credono di avere la capacità di influenzare lo sviluppo dei propri figli e i contesti in cui avviene il loro sviluppo e tende ad emergere dallo stesso contesto esperienziale dello stress genitoriale, dando origine alla probabilità che i due costrutti possano incontrarsi e in particolare quello dello stress genitoriale potrebbe modificare l'efficacia dei genitori (Glatz & Buchanan, 2015).

I genitori con un'elevata autoefficacia sentono di essere competenti nel loro ruolo genitoriale, e di poter eseguire con successo i compiti che la genitorialità implica; inoltre credono di poter esercitare un'influenza positiva sulle competenze evolutive e di sviluppo del bambino.

Atteggiamenti, credenze e comportamenti genitoriali sono tutti elementi rilevanti per il senso di autoefficacia e ciascuna di queste caratteristiche ha un certo grado di impatto sulla modalità di prendersi cura del bambino e quindi anche sul suo sviluppo. Anche le caratteristiche, il comportamento e le qualità relazionali del bambino sono necessari per l'autoefficacia dei genitori e alcuni dati di letteratura sostengono che potrebbero essere anche più importanti di quanto lo siano gli aspetti ecologici (Glatz & Buchanan, 2015).

Alla luce di questi dati, la competenza genitoriale e l'autoefficacia sono identificate come importanti attributi per una genitorialità efficace e come elementi strettamente correlati a una varietà di risultati positivi e negativi sia per i genitori che per i bambini (Jones & Prinz, 2005; Shumow, 2002; Teti, 1991).

Riuscire ad individuare potenziali fattori di rischio per un'adeguata messa in atto della competenza genitoriale è quindi importante in un'ottica di costruzione di modelli per lo sviluppo positivo del bambino, oltre che per il benessere del caregiver.

2.3. Le funzioni esecutive negli operatori

Ancora poco si sa sulle EF degli operatori che lavorano con minori, ad ogni modo è ragionevole aspettarsi che vi siano delle analogie con le esperienze riscontrate nei genitori.

Gli operatori svolgono funzioni di cura e il fatto di essere lavorativamente impegnati ogni giorno in situazioni in cui vi è un minore con una storia di vita difficile, rappresenta un vero e proprio fattore stressogeno che può, in quanto tale, inficiare l'azione svolta dalle EF.

Alcuni studi indicano come le EF siano legate alla qualità del caregiver in professionisti che si occupano di attività di cura e di come queste siano fortemente influenzate da fattori stressanti e burnout (Ramirez et al., 2018). I professionisti che sperimentano elevati livelli di burnout tendono ad avere un'alterazione di componenti esecutive quali l'inibizione, la memoria di lavoro e il decision making, condizioni che non sempre possono essere tamponate dalla presenza di qualità temperamentali come l'ottimismo (Lopez et al., 2023). Nonostante questo, alcuni aspetti temperamentali sono stati evidenziati in letteratura come possibili moderatori di tali fattori stressanti per gli operatori (Jaracz et al., 2017).

Nello specifico è emerso che coloro i quali sono occupati in professioni particolarmente stressanti mostrano elevati tassi di temperamento ipertimico, caratterizzato da alti livelli d'energia, particolare resistenza alla fatica fisica ed intellettuale e un ridotto bisogno di sonno (Akiskal et al., 2005).

Un profilo psicologico di questo tipo favorisce una maggior plasticità cognitiva e reazioni rapide a stimoli nuovi, consentendo di mantenere stabile l'emotività e alto il livello di efficienza cognitiva, pur lavorando entro condizioni altamente stressanti ed emotivamente faticose in cui sono richiesti controllo cognitivo (per situazioni che si modificano rapidamente) e decision making.

I tratti di personalità ipertimica tendono ad interagire con ulteriori fattori quali l'età cronologica e il sesso del professionista; in particolare dalla letteratura appare che il possedere un'età avanzata e l'essere femmina, correli con una minore espressione di ipertermia (Maremmani et al., 2011).

A partire dagli studi che citano l'ipertermia come un possibile elemento protettivo (dell'effetto che lo stress può avere sulle funzioni esecutive) è stato ipotizzato che il possedere ansia o una maggiore irritabilità correlasse con una maggiore vulnerabilità allo stress lavorativo (Sakai et al., 2005).

Dai risultati sono emerse povere capacità di funzionamento esecutivo, di set-shifting e di velocità psicomotoria, confermando l'assunto che solo specifiche predisposizioni temperamentali potrebbero essere correlate con importanti capacità di mantenere stabili livelli di efficienza cognitiva in condizioni stressanti; mentre altre avrebbero l'effetto opposto.

Il burnout infatti è stato proposto come esponente di una plasticità cerebrale inadeguata causata dalla diminuzione della neurogenesi indotta dallo stress (Eriksson, 2004) che colpisce aree come quelle prefrontali e l'ippocampo. Considerando che queste strutture sono siti principali nel circuito di feedback negativo dell'asse HPA, una diminuzione della neurogenesi può portare ad un controllo inibitorio meno efficiente di questo asse, con conseguente aumento dei glucocorticoidi (Sapolsky, 2000). Pertanto anche le funzioni esecutive sarebbero influenzate, in quanto subordinate alle stesse reti neurali, e gli studi rivelano che disfunzioni a carico del sistema esecutivo potrebbero influenzare la qualità dell'assistenza degli operatori sanitari, per i quali il ragionamento clinico e la risoluzione dei problemi rappresentano competenze fondamentali (Connor, 2020).

Negli anni è stata indagata l'esistenza di un possibile intervento che agisca indirettamente sulle funzioni esecutive, incrementandone le potenzialità e l'efficacia (Isquith, 2014); e, vista la stretta relazione tra lo stress e le funzioni esecutive, e tra la tecnica della meditazione e lo stress, la letteratura ha tentato di valutare l'esistenza di un possibile rapporto tra le funzioni esecutive, lo stress e le pratiche di mindfulness (Los, 2020; Riggs, 2014).

La pratica della mindfulness, che si basa sui principi di osservazione non giudicante della realtà e azione non reattiva agli eventi, tenderebbe ad incrementare aspetti quali la consapevolezza situazionale,

l'autoriflessione, l'accettazione dei propri limiti; ancora, promuoverebbe un senso di compassione per gli altri, la resilienza e maggiori abilità di saper stabilire limiti e priorità.

Inoltre, gli operatori cui gli studi erano rivolti, a seguito di ripetute sessioni di meditazione, tendevano a chiedere maggiori feedback e aiuto a colleghi o superiori qualora incorressero in dubbi nel corso della giornata lavorativa.

Uno studio di Kelm e colleghi (2018) con particolare focus sulla relazione tra mindfulness e stress, pone in evidenza una modifica significativa della capacità di percepire e valutare gli eventi stressanti dopo training di meditazione. Nello specifico, il concentrarsi sul momento presente in modo consapevole non rendeva nulli gli eventi stressanti ma ciò che cambiava era la modalità con cui questi venivano affrontati; ossia mediante un miglior controllo e gestione delle emozioni provate in situazioni difficili.

Per quello che riguarda l'effetto della mindfulness sulle funzioni esecutive, è stato trovato un impatto su specifici domini esecutivi. A beneficiare di tale pratica appaiono essere i costrutti dell'inibizione e della memoria di lavoro, mentre gli esiti sull'updating di informazioni e sul set-shifting tendono ad essere più variabili (Los, 2020).

Questo accade poiché la pratica della mindfulness consente di raggiungere una maggiore consapevolezza di ciò che inibisce o facilita i processi di razionalità, e questo si rifletterebbe poi in una migliore capacità di selezione delle strategie più utili in un preciso momento e con uno specifico paziente.

Infine, emerge un incremento delle abilità di discriminazione e gestione dei bias cognitivi e affettivi cui possono andare incontro nella professione, e un aumentato coinvolgimento di processi metacognitivi come la riflessione (Croskerry, 2018).

Alla luce dei risultati presenti in letteratura, è interesse della seguente ricerca confrontare la caratterizzazione del profilo esecutivo della popolazione a rischio (operatori occupati in professioni di aiuto) con quella di controllo (popolazione non a rischio).

CAPITOLO 3 La ricerca: confronto e associazioni tra Compassion Satisfaction, Stress Traumatico Secondario, Burnout e funzioni esecutive in figure professionali ad alto rischio e a basso rischio.

3.1. La ricerca: obiettivi e ipotesi

La seguente ricerca nasce dall'interesse di valutare gli effetti che comporta l'essere a contatto, seppur indiretto, con aspetti emotivamente faticosi sulla vita di figure professionali diverse. L'obiettivo globale è quello di esaminare la qualità di vita professionale (Compassion Fatigue scomposta nei domini di Burnout e Stress traumatico secondario e Compassion Satisfaction) e le funzioni esecutive in un gruppo di operatori che si occupano di minori con storie di vita difficili (gruppo ad alto rischio) e confrontare quanto emerso con un gruppo di educatori reclutati dalla popolazione generale (gruppo a basso rischio). Successivamente analizzare le associazioni presenti tra i costrutti.

Nel dettaglio, la presente ricerca si propone di:

- Esaminare i livelli di Burnout all'interno di un gruppo di operatori a contatto con minori a rischio (Gruppo a rischio) e in un gruppo di educatori che lavorano con minori a basso rischio (Gruppo di controllo) e confrontarne i valori.
- Esaminare i livelli di Stress Traumatico Secondario all'interno di un gruppo di operatori a contatto con minori a rischio (Gruppo a rischio) e in un gruppo di educatori che lavorano con minori a basso rischio (Gruppo di controllo) e confrontarne i valori.

- Esaminare i livelli di Compassion Satisfaction all'interno di un gruppo di operatori a contatto con minori a rischio (Gruppo a rischio) e in un gruppo di educatori che lavorano con minori a basso rischio (Gruppo di controllo) e confrontarne i valori.
- Esaminare i livelli di Funzioni esecutive all'interno di un gruppo di operatori a contatto con minori a rischio (Gruppo a rischio) e in un gruppo di educatori che lavorano con minori a basso rischio (Gruppo di controllo) e confrontarne i valori.
- Esaminare le associazioni tra i livelli di Burnout e i livelli di Funzioni esecutive tra i due gruppi.
- Esaminare le associazioni tra i livelli di Stress Traumatico Secondario e i livelli di Funzioni esecutive tra i due gruppi.
- Esaminare le associazioni tra i livelli di Compassion Satisfaction e i livelli di Funzioni esecutive tra i due gruppi.

Rispetto a tali obiettivi, e in linea con la letteratura identificata nei capitoli precedenti, sono state formulate le seguenti ipotesi:

- Circa il primo obiettivo, si ipotizza che il gruppo ad alto rischio manifesti un maggior livello della variabile Burnout rispetto al gruppo di controllo, in linea con quanto riscontrato nei precedenti studi di letteratura (Stevens & Higgins, 2002).
- Rispetto al secondo obiettivo, si ipotizza che nel gruppo ad alto rischio vi siano maggiori livelli di Stress Traumatico Secondario rispetto al gruppo di controllo, in linea con le precedenti ricerche (Armes et al., 2020).

- Rispetto al terzo obiettivo, si ipotizza che la Compassion Satisfaction sia presente in misura inferiore nel gruppo ad alto rischio rispetto al gruppo di controllo, in maniera concorde con quanto emerso dalla letteratura (Ray et al., 2013; Baugerud et al., 2018).
- Rispetto al quarto obiettivo, si ipotizza che le funzioni esecutive risultino maggiormente impattate nel gruppo ad alto rischio rispetto al gruppo di controllo, in misura concorde con ciò che riporta la letteratura (Park et al., 2020).
- Rispetto al quinto obiettivo, si ipotizza che vi siano associazioni significative tra il livello di Burnout e di Funzioni esecutive nel gruppo ad alto rischio e confrontarle con il gruppo di controllo, in linea con quanto emerso precedentemente nella letteratura (Diestel et al., 2013).
- Rispetto al sesto obiettivo si ipotizza che vi siano associazioni significative tra il livello di Stress Traumatico Secondario e di Funzioni esecutive nel gruppo ad alto rischio e confrontarle con il gruppo di controllo, in linea con quanto emerso precedentemente nella letteratura (Campbell, 2021).
- Rispetto al settimo ed ultimo obiettivo, si ipotizza che vi siano associazioni significative tra il livello di Compassion Satisfaction e di Funzioni esecutive nel gruppo ad alto rischio e confrontarle con il gruppo di controllo, in linea con quanto emerso precedentemente nella letteratura (Miley, 2006).

3.2. Metodo di ricerca

3.2.1. Partecipanti:

La ricerca ha coinvolto 64 educatori divisi in due gruppi, un gruppo ad alto rischio e un gruppo a basso rischio: il gruppo ad alto rischio è formato da 32 educatori (0.50%) che lavorano all'interno di comunità per minori a rischio per problematiche emotivo-comportamentali o storie di maltrattamento, di età compresa tra età scolare, preadolescenza e adolescenza.

Il gruppo a basso rischio è composto da 32 educatori raccolti a partire da strutture educative per l'infanzia e adolescenza (0.50%) di età compresa tra età scolare, preadolescenza e adolescenza. I partecipanti del gruppo ad alto rischio sono stati reclutati attraverso il contatto diretto con i responsabili della struttura e, una volta scelto di aderire alla ricerca, hanno svolto la somministrazione dei questionari. Analogamente i partecipanti del gruppo a basso rischio sono stati reclutati attraverso contatto diretto e, dopo aver acconsentito alla partecipazione del progetto di ricerca, tramite firma e compilazione degli appositi moduli di consenso informato, hanno compilato i questionari. Rispetto ad entrambi i gruppi, sono stati raccolti dati relativi al Professional Quality of Life Inventory (PROQOL) e al Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF-A).

3.2.2. Procedura:

Una volta scelto di aderire allo studio e dopo aver firmato il modulo di consenso informato, ai partecipanti del gruppo ad alto rischio e del gruppo a basso rischio sono stati somministrati questionari relativamente ad un più ampio progetto di ricerca, volto a valutare il benessere degli operatori all'interno

delle strutture per minori. La compilazione dei questionari è avvenuta in modo autonomo ed ha previsto una durata di circa venti minuti; successivamente i dati raccolti sono stati inseriti all'interno di appositi database utilizzati per il confronto. Gli strumenti utilizzati sono stati il Professional Quality of Life Inventory (ProQOL), per valutare gli esiti negativi e positivi del lavoro con minori che hanno vissuto eventi notevolmente stressanti (Stamm, 2005) e il Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF-A) che esamina il funzionamento esecutivo (Roth et al. 2017).

3.3. Strumenti di misurazione:

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

3.3.1. Fattori sociodemografici

Nella prima parte del test i partecipanti hanno dovuto fornire informazioni di tipo socio-anagrafico e relative alla situazione lavorativa attuale. La ricerca ha preso in esame nello specifico l'età, le ore di lavoro settimanali, il numero di minori di cui si occupano e il numero di ore che trascorrono a contatto con questi ultimi, il numero di collaboratori e dei mesi trascorsi presso l'azienda in cui lavorano. Successivamente il test richiedeva informazioni inerenti alla storia familiare e personale quali il genere, la nazionalità, il titolo di studio posseduto, il loro stato civile e il tipo di struttura in cui operano (scuola dell'infanzia, comunità per minori...).

3.3.2. Professional Quality of Life Inventory (PROQOL)

La Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2005), è uno strumento dalle buone proprietà psicometriche (buona validità di costrutto con oltre 200 articoli pubblicati e più di 100.000 articoli pubblicati), utilizzato per misurare gli effetti positivi e negativi del lavoro con persone che hanno vissuto eventi estremamente stressanti. Il test è formato da 30 item che indagano esperienze professionali negative (sottoscala Compassion Fatigue: Burnout; sottoscala Compassion Fatigue: Stress Traumatico Secondario) e positive (sottoscala Compassion Satisfaction) vissute 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). Alcune delle domande inerenti l'aspetto di Burnout si presentano nella forma "Mi sento logorato a causa del mio ruolo di educatore/educatrice", "Mi sento intrappolato nel mio lavoro di educatore/educatrice"; "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" per quanto concerne lo Stress Traumatico Secondario, mentre affermazioni come "Traggo soddisfazione dal saper aiutare le persone", "Ho più energia dopo aver lavorato con coloro che aiuto" riguardo la Compassion Satisfaction. Ogni subscale è composta da 10 item, tra cui 7 emergono dal Compassion Fatigue Self Test e 3 sono stati introdotti dalla letteratura per aumentare la robustezza teorica della scala (Palestini et al., 2009). Durante la fase iniziale di somministrazione è opportuno spiegare che la logica del test è quella di valutare i vissuti conseguenti la relazione di aiuto messa in atto durante il lavoro. Nel documento viene inoltre specificato che i termini "aiutare" e "professionista che offre aiuto" si riferiscono a tutte le categorie di persone che lavorano in ruoli di aiuto alla persona; pertanto, è possibile sostituire la parola con un'altra che meglio si adatta al proprio lavoro.

Un aspetto importante da sottolineare riguarda il fatto che il ProQOL non sia un test diagnostico, ma la sua utilità da un punto di vista diagnostico, è quella di far emergere vissuti che verranno approfonditi mediante procedure diagnostiche appropriate in un secondo momento.

3.3.3. Behavior Rating Inventory of Executive Functions- Adult Version (BRIEF-A)

Il BRIEF-A è una misura di auto ed eterovalutazione standardizzata che indaga le opinioni che gli adulti possiedono circa le proprie funzioni esecutive o di autoregolazione, all'interno del loro ambiente quotidiano. Tale strumento può essere compilato da adulti di età compresa tra i 18 e i 90 anni con un livello di lettura pari a quello della quinta elementare. Per mezzo del questionario, che viene compilato dal soggetto o da una persona informata, è possibile ricavare una descrizione dettagliata del profilo di funzionamento esecutivo del soggetto e una rappresentazione accurata del suo comportamento in contesti di vita quotidiana. (Gritti et al., 2017). Tali informazioni possono essere particolarmente utili per una diagnosi differenziale, in quanto quadri clinici diversi possono essere caratterizzati da diversi profili di compromissione a livello esecutivo. Proprio per questo motivo il BRIEF-A può essere utilizzato in diverse condizioni mediche, psichiatriche e neurologiche come disturbi dell'apprendimento, dello spettro autistico, sclerosi multipla, schizofrenia, depressione, lesioni traumatiche cerebrali e disturbo dell'attenzione. Il BRIEF-A è caratterizzato da 75 item non sovrapposti tra loro, inseriti all'interno di 9 scale cliniche che misurano diversi aspetti del funzionamento esecutivo: l'inibizione, l'automonitoraggio, lo shift, la regolazione delle emozioni; l'avvio, la pianificazione/organizzazione del materiale, la memoria di lavoro, l'organizzazione del materiale e il monitoraggio del compito. Le scale sopradescritte permettono inoltre di giungere a punteggi compositi delineando l'indice di regolazione comportamentale "BRI" (ottenuto dalle prime quattro scale) e l'indice di metacognizione "MI" (fornito dalle restanti scale). Il punteggio composito esecutivo globale (GEC) infine, rappresenta un punteggio di

sintesi che integra ogni scala clinica del questionario e che dovrebbe rappresentare un preciso corrispettivo del livello di compromissione esecutiva del soggetto (Roth, 2018). Il test include, infine, anche tre scale di validità:

- *Negatività* (10 item), riguarda il grado con cui chi compila il questionario risponde a determinati item in modo insolitamente negativo
- *Incoerenza* (10 item), indica la misura in cui chi compila il test risponde ad item simili in maniera incoerente.
- *Infrequenza* (5 item), misura la modalità infrequente e insolita di rispondere ad item aggiuntivi del questionario.

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, allo stress traumatico secondario, alla Compassion Satisfaction e alle funzioni esecutive. Le analisi statistiche sono state eseguite mediante il software statistico Jamovi Version 2.3.18.0.

Dapprima sono state calcolate le statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, frequenze percentuali), allo scopo di ottenere una panoramica generale delle voci riguardanti i due gruppi oggetto di studio: dati socio-anagrafici, compassion satisfaction, burnout totale, stress traumatico secondario e funzioni esecutive. In seguito, sono state condotte ulteriori analisi al fine di verificare le ipotesi enunciate in fase iniziale.

Poiché il campione di riferimento risulta piuttosto ampio, sono state utilizzate analisi statistiche di tipo parametrico; in particolare il t di Student per campioni indipendenti. Il test t di Student è un test statistico utilizzato per verificare se la differenza tra la risposta di due gruppi è statisticamente significativa o meno; per farlo considera il confronto tra le medie di due gruppi e rileva se la differenza osservata è reale o dovuta al caso. Il T-test è un qualsiasi test di ipotesi statistica in cui la statistica del test segue la distribuzione t di Student sotto l'ipotesi nulla (H_0), la quale postula che le medie dei due gruppi all'interno della popolazione sono uguali tra di loro, ossia che la differenza tra le medie sia pari a zero. Al contrario, l'ipotesi alternativa (H_1) è che le medie dei due gruppi nella popolazione sono diverse tra loro, vale a dire che la differenza tra le medie sia diversa da zero. L'ipotesi nulla non può mai essere rigettata con certezza, tuttavia ciò che questa tipologia di test consente di fare è una stima della probabilità di avere una differenza tra i valori delle medie che sia grande quantomeno come la media campionaria, considerando vera l'ipotesi nulla. Tale probabilità è rappresentata dal p-value. Qualora il valore del p-value fosse molto basso, diremmo che la differenza tra le medie dei due gruppi è statisticamente significativa; al contrario, se la probabilità è alta (alto valore del p-value) la differenza tra medie non

risulta essere statisticamente significativa. L'analisi dati della seguente ricerca è stata svolta mediante t-test per campioni indipendenti, il quale viene utilizzato quando si ottengono due campioni indipendenti separati e distribuiti in modo identico e da ciascuna delle due popolazioni viene confrontata una variabile.

In seguito, è stata svolta un'analisi di correlazione parziale mediante il coefficiente r di Pearson. La correlazione parziale (o "netta") viene definita come la stima della correlazione tra due variabili, dopo aver eliminato gli effetti relativi all'eventuale associazione con altre variabili. L'indice di correlazione r di Pearson viene utilizzato per descrivere la direzione e la forza della relazione esistente tra due variabili. È possibile ricavare la forza di una correlazione osservando il valore dell'indice r , che possiede un valore sempre compreso tra -1 e $+1$. Il primo valore indica una perfetta relazione lineare negativa tra le due variabili, mentre $r = +1$ individua una relazione lineare positiva tra le stesse. Un valore di r uguale a 0 indica che non vi è alcuna relazione lineare tra le due variabili. Per quanto riguarda la direzione invece, è necessario osservare il segno del coefficiente r , il quale indica se la relazione tra variabili è negativa (quando le unità statistiche che possiedono valori elevati di una variabile, possiedono valori bassi sull'altra variabile e viceversa) o positiva (ovvero quando a fronte di unità statistiche con valori elevati per una variabile osserviamo altrettanti valori elevati per l'altra variabile).

CAPITOLO 4: I risultati della ricerca

Nel capitolo seguente sono mostrati i risultati emersi delle analisi statistiche, le quali sono state condotte in linea con gli obiettivi dello studio. In una prima parte sono presentate le statistiche descrittive con i valori relativi alle informazioni socio-anagrafiche, la qualità di vita professionale e al funzionamento esecutivo. Successivamente le variabili di interesse sono confrontate tra i due gruppi (gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio), verificando così le prime quattro ipotesi. Infine, una terza sezione riporta i risultati inerenti le ultime tre ipotesi di ricerca, ovvero le eventuali associazioni tra i valori della qualità di vita e il funzionamento esecutivo.

4.1. Statistiche descrittive

4.1.1. Informazioni socio-anagrafiche

Il campione ad alto rischio è costituito da 32 operatori di età compresa tra i 23 e 83 anni ($M = 44.63$, $DS = 12.63$), di cui il 34% circa sono maschi e il restante 66% sono femmine. Essi lavorano presso una struttura residenziale per minori situata in territorio romano da circa 156 mesi ($M=156.53$, $DS=149.09$) per un numero compreso tra le 9 e le 60 ore settimanali lavorative ($M = 33.69$, $DS = 9.83$). Gli operatori del gruppo ad alto rischio si occupano di un numero di minori compreso tra 1 e 45 ($M=14.71$, $DS=12.27$) per circa 26 ore ($M=26.21$, $DS=14.19$). Tali operatori possiedono in media 8 collaboratori ciascuno ($M=8.55$, $DS=8.38$).

Il campione a basso rischio è costituito da 32 educatori di età compresa tra i 23 e i 63 anni ($M = 42.97$, $DS=11.00$), di cui solo il 12.5% è composto da maschi. Essi lavorano all'interno di scuole d'infanzia e medie del territorio Toscana e Trentino e lavorano tra le 7 e le 38 ore a settimana ($M = 21.69$, $DS= 5.73$). Gli educatori a basso rischio sono a contatto con un numero di minori che va da 9 a 260 ($M=44.45$, $DS= 46.96$), per un totale di ore quotidiane comprese tra 5 e 34 ($M=19.32$, $DS=5.36$). I collaboratori con cui possono lavorare vanno dai 2 ai 30 ($M=7.12$, $DS= 10.06$).

In entrambi i gruppi oltre il 70% dei partecipanti è di nazionalità italiana; per quanto riguarda lo stato civile il gruppo a basso rischio si dichiara sposato/a (56.25%), mentre all'interno del gruppo ad alto rischio vi sono in egual misura soggetti sposati o nubili/celibi (37.5%).

Rispetto al gruppo ad alto rischio, la totalità dei soggetti (32 su 32) lavora presso comunità educativo-residenziali per minori, invece il gruppo a basso rischio è composto da educatori che lavorano in una scuola elementare o media inferiore.

Infine, in entrambi i gruppi 28 soggetti su 32 (87.5%) affermano di non aver sofferto o di soffrire attualmente di un disagio psichico.

Nella tabella 1, sono riportate le seguenti caratteristiche socio-anagrafiche (variabili continue e categoriali) relative al campione globale, al campione a basso rischio e ad alto rischio.

Descrittive socio-anagrafiche campione globale, gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio

Variabili	Gruppo globale M(DS)	Gruppo Alto rischio M(DS)	Gruppo Basso rischio M(DS)
Età	43.81(11.79)	44.63(12.63)	42.97(11.00)
Ore di lavoro settimanali	27.60(9.99)	33.69(9.83)	21.69(5.73)
N. Minori	29.58(37.19)	14.71(12.27)	44.45(46.96)
H con minori	22.77(11.19)	26.21(14.19)	19.32(5.36)
N. Collaboratori	8.02(8.96)	8.55(8.38)	7.12(10.06)
Mesi in azienda	111.38(127.50)	156.53(149.09)	64.77(78.78)

Frequenze statistiche informazioni socio-anagrafiche nel gruppo ad alto rischio e a basso rischio

Variabile		% soggetti ad alto rischio	% soggetti a basso rischio
Genere	Maschio	34.3%	12.5%
	Femmina	65.6%	87.5%
Nazionalità	Italiana	92,3%	96.9%
	Straniera	7.7%	3.1%
Titolo di studio	Licenza media inferiore	3.2%	-
	Licenza media superiore	25.8%	21.8%
	Laurea di primo livello	25.8%	6.2%
	Laurea di secondo livello	35.4%	65.6%
	Dottorato di ricerca	9.6%	6.2%
Stato civile	Celibe/Nubile	37.5%	28.1%
	Sposato/a	37.5%	56.2%
	Convivente	3.1%	3.1%
	Separato/a	3.1%	-
	Divorziato/a	9.3%	-
	Vedovo/a	9.3%	12.5%
Struttura in cui opera	Comunità per minori	100%	-
	Asilo nido	-	6.2%
	Scuola elementare	-	53.1%
	Scuola media inferiore	-	40.6%
Disagi psichici	Si	87.5%	87.5%
	No	12.5%	12.5%

4.1.2. Descrittive e valori clinici ProQOL

In tabella sono riportati i valori relativi ai costrutti indagati dal ProQOL: la Compassion Satisfaction, Burnout e Stress Traumatico Secondario (Compassion Fatigue), all'interno del gruppo di soggetti ad alto rischio e in quello a basso rischio.

Valori ProQOL campione globale, gruppo ad alto rischio e a basso rischio

Variabili	Gruppo globale		Gruppo Alto rischio		Gruppo Basso rischio	
	M(DS)	% clinici	M(DS)	% clinici	M(DS)	% clinici
Compassion Satisfaction Tot	40.4(5.0)	42(65.5%)	40.5(4.16)	20(62.5%)	40.4(5.87)	22(68.7%)
Burnout Tot (CF)	19.5(4.31)	16(25.0%)	18.8(3.37)	6(18.7%)	20.2(4.79)	10(31.2%)
Stress Traumatico Secondario (CF)	15.4(4.20)	3(4.7%)	14.5(3.45)	-	16.3(4.73)	3(9.3%)

Dai risultati in tabella si osserva che apparentemente, dal punto di vista qualitativo, il gruppo a basso rischio sperimenta livelli di stress traumatico secondario e di burnout superiori rispetto al gruppo ad alto rischio; in contrasto con le ipotesi iniziali di ricerca. Tali aspetti saranno esaminati e indagati successivamente, mediante analisi di confronto tra gruppi.

4.1.3. Descrittive e valori clinici BRIEF-A

Le tabelle sottostanti presentano i valori relativi ai domini indagati dal BRIEF-A: l'inibizione, l'abilità di spostarsi cognitivamente da un argomento all'altro, la regolazione delle emozioni, l'automonitoraggio, l'avvio, la memoria di lavoro, la pianificazione, il monitoraggio, l'organizzazione del materiale e infine l'indice di regolazione comportamentale (BRI), l'indice di metacognizione (MI) e il punteggio composito esecutivo globale (CEG), all'interno del gruppo di soggetti ad alto rischio e in quello a basso rischio.

Valori BRIEF-A campione globale, gruppo ad alto rischio e a basso rischio

Variabili	Gruppo globale		Gruppo Alto rischio		Gruppo Basso rischio	
	M(DS)	% clinici	M(DS)	% clinici	M(DS)	% clinici
Inibizione	44.88(9.57)	3(4.7%)	46.2(9.09)	-	43.3(9.96)	1(3.22%)
Shifting	49.0(9.70)	1(1.6%)	49.4(10.61)	-	48.6(8.81)	2(6.45%)
Regolazione emozioni	46.9(8.11)	2(3.2%)	46.9(7.60)	-	46.9(8.74)	1(3.22%)
Automonitoraggio	44.4(8.07)	1(1.6%)	44.8(7.92)	-	44.0(8.33)	1(3.2%)
Avvio	47.6(9.74)	3(4.8%)	48.8(10.57)	1 (3.1%)	46.4(8.82)	2(6.45%)
Memoria di lavoro	47.3(10.48)	2(3.2%)	45.8(10.06)	-	48.9(10.84)	2(6.45%)
Pianificazione	48.1(9.96)	1(1.6%)	48.8(9.66)	-	47.4(10.38)	2(6.45%)
Monitoraggio	46.3(9.73)	1(1.6%)	47.4(9.70)	-	45.2(9.78)	1(3.22%)
Organizzazione materiale	48.6(10.22)	1(1.6%)	48.1(10.78)	-	49.2(9.76)	1(3.22%)
BRI	45.8(8.75)	1(1.6%)	42.2(8.32)	-	45.4(9.29)	1(3.22%)
MI	46.7(10.24)	2(3.2%)	46.5(10.04)	-	46.9(10.60)	2(6.45%)
CEG	45.8(10.09)	1(1.6%)	46.2(10.02)	-	45.5(10.33)	1(3.22%)

4.2. Confronti tra gruppi

Dai risultati emerge una differenza statisticamente significativa rispetto alla variabile Mesi trascorsi all'interno dell'azienda [$t(61.0)=-3.04$, $p=.003$], il Gruppo ad alto rischio riporta un numero di mesi trascorsi all'interno della struttura significativamente superiore.

I risultati riportano una differenza statisticamente significativa rispetto alla variabile “Ore di lavoro settimanali” [$t(61.0)=-5.9$, $p<.001$], il Gruppo ad alto rischio riporta un numero di ore di lavoro settimanali significativamente superiore.

Risulta infine una differenza statisticamente significativa rispetto alla variabile “Numero minori con cui sono a contatto” [$t(60.0)=3.41$, $p=.001$], il Gruppo a basso rischio riporta un numero di minori con cui entra quotidianamente a contatto significativamente superiore.

Nel complesso, dai risultati del t-test non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi, in merito a tutte le sottoscale del test relativo alla qualità di vita professionale “ProQOL” ($p>.05$) e rispetto alle sottoscale e agli indici globali per quanto riguarda il test sulle funzioni esecutive “BRIEF-A” ($p>.05$).

In questo senso i gruppi sono risultati omogenei alle variabili di interesse.

4.3. Associazioni tra variabili

4.3.1. Correlazioni

Lo studio sulle associazioni tra costrutti è stato condotto mediante l'utilizzo del coefficiente di correlazione Pearson r , il quale determina la forza della relazione lineare tra le variabili di interesse. Nello specifico, si è andati a valutare se le variabili inerenti la qualità della vita professionale e delle funzioni esecutive correlassero in base all'età degli operatori, ai mesi trascorsi in azienda e al numero di minori di cui questi si occupano.

È stata rilevata una correlazione statisticamente significativa diretta tra livelli di burnout e numero di minori con cui sono a contatto gli operatori ($r=.317$, $p=.012$). All'aumentare del numero dei minori di cui è richiesto di farsi carico, aumentano i livelli di burnout.

Vi è una correlazione statisticamente significativa diretta tra il numero di minori e la memoria di lavoro ($r=.306$, $p=.016$) e pianificazione-organizzazione ($r=.311$, $p=.015$). All'aumentare del numero di minori di cui un operatore si occupa, sono associate minori capacità di memoria di lavoro e di organizzare e pianificare nel contesto lavorativo.

Si riscontra una correlazione statisticamente significativa diretta tra i livelli di automonitoraggio e l'età degli operatori ($r=.260$, $p=.040$) e del numero di mesi trascorsi in azienda ($r=.276$, $p=.030$). Le correlazioni mostrano come operatori di età sempre più avanzata e che hanno trascorso molti mesi in azienda, riportino difficoltà maggiori nelle capacità di automonitoraggio.

Si è trovata una correlazione statisticamente significativa diretta tra il numero di mesi trascorsi in azienda e le capacità di regolazione delle emozioni ($r=.316$, $p=.012$); una correlazione statisticamente significativa diretta tra l'aumentare dell'età degli operatori e l'abilità di monitoraggio del compito ($r=.263$, $p=.037$) e di organizzazione del materiale ($r=.339$, $p=.007$).

Il numero di mesi trascorsi in azienda correla pertanto anche con la capacità di regolazione emotiva; mentre un'età crescente dell'operatore correla positivamente con il fallimento nelle abilità di monitoraggio del compito e di organizzazione del materiale.

Importante evidenziare la presenza di correlazione statisticamente significativa diretta tra il numero di mesi trascorsi in azienda e la capacità di regolazione comportamentale (BRI) ($r=.325$, $p=.013$); e una correlazione statisticamente significativa diretta tra il numero di minori di cui si fanno carico e le abilità di metacognizione ($r=.305$, $p=.017$).

I risultati riportano poi una correlazione statisticamente significativa diretta tra il dominio "inibizione" delle funzioni esecutive e il numero di mesi trascorsi in azienda ($r=.371$, $p=.003$). Pertanto, all'aumentare del numero dei mesi trascorsi in azienda, si associa una minore capacità per gli operatori, nell'inibizione di alcuni propri comportamenti.

4.3.2. Correlazioni parziali

Date le differenze riscontrate nel primo step tra le variabili sociodemografiche, sono state ripetute le analisi applicando correlazioni parziali tra i costrutti (ProQOL e FE) controllando per l'effetto dell'età, del numero di mesi trascorsi in azienda e del numero di minori.

Dalle analisi risulta una correlazione statisticamente significativa diretta tra i livelli di burnout e i costrutti di inibizione ($r=.361$, $p=.006$); di shifting ($r=.346$, $p=.008$); di avvio ($r=.375$, $p=.004$); di pianificazione e organizzazione ($r=.275$, $p=.038$); di regolazione emotiva ($r=.305$, $p=.021$); di memoria di lavoro ($r=.333$, $p=.011$); organizzazione del materiale ($r=.284$, $p=.032$); di inibizione comportamentale ($r=.373$, $p=.004$) e delle abilità di metacognizione ($r=.286$, $p=.031$). All'aumentare dei livelli di burnout negli operatori, anche molti dei domini esecutivi ne vengono intaccati negativamente.

Si riporta una correlazione statisticamente significativa diretta tra i livelli di stress traumatico secondario e i costrutti di inibizione ($r=.519$, $p<.001$); di shifting ($r=.390$, $p=.003$); di avvio ($r=.281$, $p=.034$); di

pianificazione-organizzazione ($r=.297$, $p=.025$); di regolazione emotiva ($r=.522$, $p<.001$); di memoria di lavoro ($r=.431$, $p<.001$); di organizzazione del materiale ($r=.438$, $p<.001$); di automonitoraggio ($r=.355$, $p=.007$); di monitoraggio del compito ($r=.282$, $p=.034$); di regolazione comportamentale ($r=.549$, $p<.001$) e di metacognizione ($r=.406$, $p=.002$).

Le correlazioni in esame appaiono particolarmente forti e indicano che all'aumentare dello stress traumatico secondario esperito, aumentano i fallimenti degli operatori nei seguenti domini esecutivi.

I risultati riportano infine la presenza di correlazione statisticamente significativa indiretta tra i livelli di compassion satisfaction e lo shifting ($r= -.321$, $p=.015$); l'avvio ($r= -.290$, $p=.029$) e la pianificazione-organizzazione ($r= -.304$, $p=.021$). All'aumentare della soddisfazione proveniente dallo svolgimento della propria professione, diminuiscono le difficoltà di shifting, di avvio e di pianificazione e organizzazione degli operatori.

CAPITOLO 5: Discussione dei risultati e Conclusioni

5.1. Discussione dei risultati

Come precedentemente esposto la vita di comunità può essere un aspetto di fatica in quanto gli operatori sono esposti a fattori di rischio quali Burnout e Stress traumatico secondario, i quali possono condurre gli stessi a sensazioni di incapacità nell'espletare un'ottimale funzione di cura (Hunsaker et al., 2015); la letteratura evidenzia però anche come sono tuttavia presenti fattori di protezione come la Compassion Satisfaction che li rende comunque in grado di trarre soddisfazione dal loro lavoro (Slatten et al., 2011). È importante valutare e prendere in carico la presenza di questi aspetti in quanto analoghi vissuti di esaurimento emotivo sono riscontrati dalla letteratura, anche tra i pazienti di cui gli operatori si occupano (Burtson et al., 2010; Leiter et al., 1998).

Al di là della qualità di vita professionale, alcune variabili individuali possono avere un ruolo rispetto al prendersi cura e rispetto a quanto sopradescritto.

La letteratura identifica come, ad esempio, le funzioni esecutive possano essere particolarmente salienti per le pratiche di cura con i minori (Kim et al., 2009). A migliori competenze nel funzionamento esecutivo corrispondono infatti abilità di parenting più funzionali, e allo stesso tempo possedere buone funzioni esecutive consente al caregiver di far fronte ad esperienze stressanti (relative al comportamento del minore) con più facilità (Bridgett et al., 2017; Deater-Deckard et al., 2012).

Nel presente studio si sono andate ad approfondire quelle che sono le associazioni tra qualità di vita professionale (intesa come compassion satisfaction e compassion fatigue, ovvero burnout lavorativo e stress traumatico secondario) e il funzionamento esecutivo in operatori che lavorano con minori sia in contesti ad alto rischio (comunità residenziali) che a basso rischio (strutture educative per l'infanzia).

I primi tre obiettivi di ricerca si proponevano di indagare e confrontare i costrutti che compongono la qualità di vita professionale ovvero il Burnout (primo obiettivo), lo Stress traumatico secondario (secondo obiettivo) e la Compassion satisfaction (terzo obiettivo) all'interno dei due gruppi ad alto e a basso rischio; ipotizzando che vi fosse un maggior impatto degli stessi tra i soggetti del gruppo ad alto rischio.

Il quarto obiettivo è volto ad indagare e confrontare la qualità delle funzioni esecutive tra i due gruppi. Rispetto a ciò, e in misura concorde alla letteratura (Park et al., 2020), era stata formulata l'ipotesi che le funzioni esecutive fossero maggiormente intaccate nel gruppo ad alto rischio.

Gli ultimi obiettivi della ricerca avevano come obiettivo quello di valutare le eventuali associazioni tra i costrutti sottostanti alla qualità di vita professionale e le funzioni esecutive (ciascuno declinato nelle sue componenti/domini).

Di seguito saranno descritti e discussi i risultati di ciascuno degli obiettivi.

5.1.1. Confronto della qualità di vita professionale tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio

Il primo obiettivo della ricerca ipotizzava di identificare la presenza di maggiori livelli di burnout all'interno del gruppo ad alto rischio.

Tali aspettative si basavano su quanto riportato finora in letteratura (Khammissa et al., 2022), la quale mette in luce come professionisti che lavorano direttamente con i pazienti minori e che sono spesso esposti a sovraccarico di lavoro e richieste cliniche eccessive sono a rischio di sviluppare burnout clinico.

Le analisi della ricerca riportano valori simili di burnout all'interno dei due gruppi, disconfermando l'ipotesi di partenza, e discostandosi così dai dati provenienti dalla letteratura (Ray et al., 2013).

I due gruppi ad alto e a basso rischio appaiono omogenei rispetto alle variabili di burnout, i cui valori non appaiono essere superiori nel gruppo di soggetti ad alto rischio.

Le possibili ipotesi circa tali risultati potrebbero riguardare aspetti individuali, come ad esempio la presenza di specifici tratti di personalità negli operatori, che potrebbero essere caratteristici della professione, o aspetti organizzativi relativi all'assetto istituzionale.

Rispetto alle caratteristiche individuali, la letteratura riporta, come già espresso nei capitoli precedenti, che tratti di personalità di tipo ipertimico siano frequentemente presenti in operatori che si occupano di minori con storie di trauma (Akiskal et al., 2005; Maremmani et al., 2011).

Questo potrebbe aver condotto, a lungo termine, ad un aumento delle capacità di far fronte alle difficoltà che l'interazione di cura con questi minori comporta, in aggiunta ad uno sempre più spiccato aspetto di resilienza personale.

Gli operatori delle strutture residenziali per minori, in quanto promotori di aspetti di cura, possono spesso ritenere scontato e inevitabile un intenso coinvolgimento emotivo e per questo non essere sempre in grado di riconoscere le criticità della propria professione.

Tuttavia, con riferimento invece agli aspetti organizzativi, la letteratura evidenzia la presenza di una relazione tra il burnout e l'assetto della struttura lavorativa (es. problemi amministrativi della struttura) piuttosto che con l'investimento della componente empatica dell'operatore (Flarity et al., 2013).

I risultati ottenuti potrebbero quindi emergere in riferimento all'ottimale organizzazione interna e amministrativa delle strutture prese in esame nel seguente studio (es. ore lavorative settimanali).

A tal proposito, infatti considerando le ore effettive che ciascun membro dei due gruppi trascorre sul luogo di lavoro, risulta che nessuno di essi vi trascorra un numero superiore alle 35 ore settimanali (il gruppo ad alto rischio lavora in media 34 ore alla settimana, mentre il gruppo a basso rischio 22).

I risultati della ricerca sono in linea con quanto espresso dai numerosi studi di letteratura (Hunsaker et al., 2015), i quali riportano una correlazione tra i vissuti di burnout e le ore di lavoro. In particolare, ad un numero minore di ore di lavoro, si associano valori più bassi di burnout.

Il secondo obiettivo della ricerca ipotizzava la presenza di maggiori livelli di stress traumatico secondario all'interno del gruppo ad alto rischio. Tuttavia, i risultati hanno riportato dati che non confermano tale ipotesi, poiché i valori di stress traumatico secondario si distribuiscono in maniera omogenea tra i due gruppi.

L'ipotesi che potrebbe spiegare tale assenza di maggiore Stress traumatico secondario nel gruppo ad alto rischio potrebbe riguardare le diverse tipologie di operatori che in ambito socio-sanitario si trovano a doversi interfacciare con minori in condizioni di rischio; a tal proposito, tipicamente in letteratura gli studi circa lo stress traumatico secondario hanno coinvolto soprattutto popolazioni di soggetti facenti parte del gruppo professionale "assistenti sociali", i quali possiedono un ruolo diverso rispetto a quello degli operatori che lavorano in strutture di cura per minori, in cui rientrano i soggetti del gruppo ad alto rischio della seguente ricerca (Anderson, 2006).

Gli assistenti sociali sono infatti le prime figure che vedono il minore nel momento in cui l'eventuale maltrattamento è da poco stato scoperto e che lavorano sul trauma o l'abuso del minore quando questi sono ancora fortemente attivi.

Gli operatori che lavorano nelle case-famiglia invece giungono in una fase successiva, dopo che il trauma è stato già parzialmente elaborato e trattato; inoltre, il loro focus di intervento si concentra primariamente sugli aspetti di cura e sul raggiungimento di migliori capacità adattive del minore.

Vi è infine una differenza nella tipologia di utenza per quanto riguarda gli assistenti sociali e i soggetti appartenenti ai due gruppi della ricerca.

I primi possiedono un'attivazione personale sicuramente più elevata in quanto si occupano di bambini anche molto piccoli, mentre i soggetti dei due gruppi di ricerca hanno a che fare con preadolescenti o adolescenti, che implicano un investimento cognitivo ed emotivo diverso.

Il terzo obiettivo della ricerca ipotizzava la presenza di maggiori livelli di compassion satisfaction all'interno del gruppo a basso rischio. Anche in questo caso i risultati consegnano valori sovrapponibili all'interno dei due gruppi, disconfermando l'ipotesi di partenza.

Una riflessione sull'assetto istituzionale analoga a quella espressa circa gli esiti di burnout negli operatori del gruppo ad alto rischio, potrebbe essere fatta per spiegare l'esito di simili vissuti di Compassion satisfaction nei due gruppi. Entrambi i gruppi fanno capo ad una buona organizzazione della struttura in cui operano, e questo permette loro di godere della soddisfazione per il proprio lavoro (Sprang et al., 2007; Baugerud et al., 2018).

Per riassumere, i due gruppi ad alto e a basso rischio risultano omogenei rispetto alle variabili di qualità di vita professionale (burnout, stress traumatico secondario e compassion satisfaction), i cui valori non appaiono essere superiori nel gruppo di soggetti ad alto rischio.

5.1.2. Confronto delle funzioni esecutive tra gruppo ad alto rischio e gruppo a basso rischio

Il quarto obiettivo dello studio era volto ad indagare la qualità delle funzioni esecutive tra i due gruppi. Rispetto a ciò, e in misura concorde alla letteratura (Park et al., 2020), si era ipotizzato che le funzioni esecutive presentassero maggiori aspetti di difficoltà nel gruppo ad alto rischio.

Tuttavia, anche in questo caso i risultati non mostrano differenze significative, evidenziando come il costrutto (in tutti i suoi domini) si presenti in maniera analoga tra i due gruppi, discostandosi così dai dati finora considerati.

Anche in questo caso è possibile rimandare al fatto che le strutture entro cui i professionisti lavorano, non eccedono le competenze dell'individuo.

Come viene esposto in letteratura, infatti, affinché emerga un corretto funzionamento esecutivo e la persona possa usufruire delle abilità che tale costrutto include, è necessario che non siano presenti aspetti eccessivamente stressanti nell'ambiente (Park et al., 2020).

In strutture come quelle prese in esame dallo studio, la scansione degli incarichi lavorativi è organizzata a tal punto che lo stress non risulta essere un ostacolo allo svolgimento delle mansioni, favorendo così la migliore espressione del funzionamento esecutivo in tutte le sue componenti.

Ciò, come esprime la letteratura, permette all'operatore di mettere in atto comportamenti finalizzati e coerenti con il ruolo di cura che la professione richiede.

È necessario per l'operatore poter affidarsi ad un ambiente che non mini la propria integrità di funzionamento esecutivo, in quanto aspetto imprescindibile nel delicato caso in cui l'utenza riguardi minori abusati o con storie di maltrattamento (Bridgett et al.,2013).

È ampiamente dichiarato in letteratura come il maltrattamento subito soprattutto in età infantile, abbia un forte impatto negativo sullo strutturarsi di una normale relazione di attaccamento con il caregiver di riferimento. Il mancato sviluppo dello stesso provoca esiti a lungo termine nel bambino quali problemi di regolazione delle emozioni e degli impulsi (Teicher, 2016; Dale, 2022).

È proprio il prendersi cura per molte ore al giorno (e da molto tempo) di bambini con tali temperamenti che potrebbe rendere gli operatori incapaci di gestire alcune competenze che richiamano le funzioni esecutive come l'autoregolazione o l'inibizione (di comportamenti come rimproveri).

Una buona organizzazione della struttura lavorativa consente, come nel campione preso in esame, che ciò non avvenga e che la funzione di cura sia espletata in modo corretto.

5.1.3. Associazione tra qualità di vita professionale e Funzioni esecutive

Le ultime ipotesi di ricerca erano volte ad indagare la presenza di eventuali associazioni tra il costrutto di qualità di vita professionale e le funzioni esecutive.

I risultati di tali analisi hanno riportato che a maggiori difficoltà nel funzionamento esecutivo si associano elevati valori di burnout e stress traumatico secondario; mentre valori minori delle stesse difficoltà sono associate ad elevati livelli di compassion satisfaction, in maniera particolare nei domini di “avvio”, “pianificazione” e “shifting”.

Questi risultati confermano quanto emerge anche dalla letteratura e quanto espresso finora, ovvero che in assenza di condizioni lavorative particolarmente stressanti, l’assetto di vissuto personale dell’operatore ne giova sotto tutti i punti di vista: si riduce il burnout, l’operatore risulta essere più lucido e in grado di prendersi cura del minore in modo efficace (Park et al., 2020).

Al contrario, nel momento in cui le richieste lavorative eccedono le competenze individuali il senso di stress e sopraffazione (burnout) impatta le capacità esecutive di organizzazione e pianificazione (Stamm, 2005).

Alcune variabili sociodemografiche sembrerebbero rivestire un ruolo importante nel moderare i vissuti di burnout esperiti.

I risultati fanno emergere come ad elevati valori di burnout si associa un numero maggiore di minori di cui gli operatori si occupano, indicando come il numero di minori potrebbe quindi aumentare eccessivamente le richieste percepite rispetto al carico di lavoro.

Come discusso all'interno della sezione teorica, gli studi di Craig (2010) e di Hunsaker (2015) avevano mostrato che la presenza di variabili quali il numero di ore di lavoro settimanali, numero di minori di cui si occupano potesse influenzare la qualità di vita professionale dei partecipanti ai loro studi. All'interno di questi studi un'attenzione ulteriore era stata posta sulla funzione "protettiva" che un'adeguata formazione sul trattamento e un generale supporto del gestore possono avere sugli effetti di burnout, aspetto su cui la struttura lavorativa potrebbe eventualmente investire e di cui verrà meglio discusso nelle conclusioni.

Dai risultati sono emerse inoltre associazioni statisticamente significative dirette tra le funzioni esecutive e il numero di minori, l'età sempre più avanzata degli operatori e dei mesi trascorsi in azienda ($r=.316$, $p=.012$).

5.2. Conclusioni

La qualità della vita professionale costituisce un aspetto importante relativamente alla salute degli operatori e va attenzionato, specie con riferimento ad altre variabili su cui la qualità di vita potrebbe avere un effetto, come la funzione di cura e le funzioni esecutive.

I dati del presente studio hanno evidenziato una distribuzione omogenea tra i due gruppi ad alto e a basso rischio per quanto riguarda il costrutto di burnout e stress traumatico secondario, discostandosi così dai risultati presenti in letteratura che riportano invece una maggiore compromissione dei costrutti in esame all'interno del gruppo ad alto rischio.

Analogamente, anche l'ipotesi che prevedeva maggiori aspetti di difficoltà nel funzionamento esecutivo per il gruppo ad alto rischio non risulta confermata.

Infatti, tutti i domini che vanno a definire le funzioni esecutive nel loro insieme, si presentano in maniera simile tra i due gruppi.

I risultati dello studio hanno infine riportato la presenza di associazione tra la qualità di vita professionale e le funzioni esecutive, aderendo a ciò che anche la letteratura riporta.

Sulla base dei risultati che sono emersi dalle analisi dati e che sono stati discussi, vengono presentati spunti di possibili applicazioni di tali risultati sulla gestione dell'assetto lavorativo.

Gli interventi potrebbero essere rivolti innanzitutto alla gestione del benessere dell'operatore.

Come hanno dimostrato i risultati dello studio, il burnout e le funzioni esecutive appaiono correlati; pertanto, un buon funzionamento esecutivo può aiutare a gestire meglio lo stress e i vissuti di burnout, agendo così da fattore protettivo verso lo stesso.

Tuttavia, alla lunga, sperimentare elevati livelli di stress può impattare sul corretto funzionamento esecutivo e ripercuotersi anche sull'adattamento e sul benessere dell'individuo.

Sarebbe quindi buona prassi quella di attuare tecniche di prevenzione del burnout.

Uno studio di Awa W.L. (2010) presenta i diversi programmi di intervento per prevenire il burnout: essi possono essere diretti alla persona (individui/gruppi) o diretti alle organizzazioni. Possono poi esserci anche tipologie di intervento che combinano le due tipologie sopracitate (aspetti diretti alla persona e all'organizzazione in contemporanea).

I programmi di intervento diretti alla persona sono generalmente misure di stampo cognitivo-comportamentale che sfruttano diversi esercizi di rilassamento e sono volti ad incrementare le competenze lavorative, il supporto sociale e le abilità di coping personali.

Ne sono un esempio la mindfulness, tecniche per la gestione dello stress e piccoli gruppi di discussione.

Dall'altra parte gli orientamenti diretti all'organizzazione lavorativa promuovono cambiamenti all'interno delle procedure di lavoro come attività di ristrutturazione, valutazione del lavoro e supervisione utili ad aumentare il controllo del lavoro e le capacità decisionali puntando invece a diminuire la domanda di lavoro.

Queste misure riconsegnano un senso di autoefficacia agli individui e riducono notevolmente i vissuti di stress.

In effetti gli studi dimostrano che vi sono effetti positivi nelle persone che di solito prendono parte a programmi di intervento sullo stress: essi sperimentano meno sintomi di stress rispetto a coloro che non partecipano a nessun intervento (Lamontagne, 2007).

Lo studio ipotizzava che per gli interventi diretti alla persona vi fossero soprattutto esiti a breve termine, mentre i benefici a lungo termine potevano essere apprezzati grazie agli interventi diretti all'organizzazione (in quanto focalizzati su principali fattori di rischio come il sovraccarico di lavoro e lo squilibrio nella ricompensa dello sforzo).

In terzo luogo, lo studio aveva ipotizzato che risultati ancora migliori potessero esservi nel caso in cui le due diverse tipologie di intervento si combinassero tra di loro.

I risultati dello studio hanno confermato l'ipotesi che gli interventi sulla persona avessero un effetto consistente sugli esiti a breve termine (6 mesi), e l'ipotesi secondo cui gli interventi "combinati" avessero tutti esiti positivi in una grande diminuzione del burnout.

Gli studi focalizzati sugli interventi di questo tipo, che uniscono l'azione diretta sull'individuo a quella più indiretta sulla struttura non sono stati ancora studiati nel dettaglio. Inoltre, sarebbe utile indagare quali classi di interventi potrebbero essere più efficaci per specifici gruppi di operatori (West C.P., 2016).

Una tipologia di intervento centrato sulla persona e di cui è stato approfondito nel capitolo iniziale riguarda il Programma di Recupero Accelerato (ARP), finalizzato ad aiutare i professionisti ad individuare le possibili cause di stress e ad adottare strategie di auto-disciplina capaci di incrementare anche la resilienza (Gentry et al., 2013).

Oltre che ad agire sul benessere dell'operatore, gli interventi in questo ambito dovrebbero considerare l'assetto lavorativo e prendere provvedimenti sullo stesso.

La letteratura pone in evidenza come una mancata informazione ed educazione sull'argomento inerente la qualità di vita professionale possa determinare bias cognitivi circa le proprie responsabilità e capacità (Courtois, C. A., 2002).

È dimostrato che spesso tra gli operatori vi sia una carenza di consapevolezza circa le dinamiche coinvolte nella cura di un minore abusato, che spesso vengono sottostimate (Parisien et al., 1994).

Pertanto, è necessario promuovere training specifici di psicoeducazione e supervisioni che monitorino le conoscenze e l'aggiornamento degli operatori sul tema (Campbell et al., 1995).

Inoltre, è auspicabile che gli operatori non percepiscano di essere soli all'interno della struttura entro cui operano, ma che possano godere del confronto di numerosi collaboratori con i quali possono condividere snodi complessi che la relazione di cura col minore fa emergere. (Courtois C.A.,2002).

Studi qualitativi hanno riportato effetti positivi in operatori che lavoravano in contesti in cui erano promossi fattori come la formazione professionale e la consultazione tra pari (Cerney, 1995; Dane, 2000; Pearlman & Saakvitne, 1995) per ridurre il senso di isolamento e aumentare il senso di efficacia.

Di grande importanza anche il mantenimento di un adeguato equilibrio tra lavoro e vita e vita personale (Figley, 1995; Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Regehr & Cadell, 1999) e il farsi affiancare da un trattamento psicoterapeutico per riuscire ad affrontare problemi di controtransfert legati all'interazione con aspetti del minore che potrebbero riattivare vissuti irrisolti (Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Sexton, 1999).

Le analisi dati della seguente ricerca hanno riportano una forte correlazione tra fattori sociodemografici (le ore di lavoro e il numero di minori in carico) e le componenti di burnout, stress traumatico secondario e funzioni esecutive.

Per ovviare al rischio di burnout e di calo delle competenze esecutive sarebbe buona prassi quella di organizzare l'assetto lavorativo in modo tale che le ore di lavoro e il numero di minori a cui gli operatori sono esposti non siano eccessivi.

Questo potrebbe permettere, da un lato di preservare il benessere dell'operatore, e dall'altro di garantire ai minori una buona qualità del servizio offerto dalla struttura.

5.3. Limiti della ricerca e Prospettive future

La seguente ricerca è caratterizzata da alcuni limiti che è importante tenere in considerazione sia per una corretta interpretazione dei risultati ottenuti, sia in relazione alle possibili ricerche future.

Un primo, importante limite su cui riflettere concerne la numerosità del campione; poiché si è scelto di esaminare un campione abbastanza ridotto, non rende possibile la totale generalizzazione dei risultati ottenuti. Sarebbe opportuno, pertanto che le ricerche future raccogliessero un numero più ampio di partecipanti, in modo da favorirne la generalizzazione, la attendibilità e validità dei risultati.

Il secondo limite riguarda la scelta dell'utenza di cui gli operatori presi in esame si occupano, caratterizzata prevalentemente da ragazzi adolescenti. Spesso, infatti l'aspetto di cura che si attiva nei confronti degli adolescenti comporta un minore investimento psicofisico e probabilmente anche gli agenti stressanti potrebbero avere un impatto diverso sulla qualità di vita professionale. In futuro sarebbe utile considerare operatori che si occupano di fasce di età diverse al fine di osservare eventuali discrepanze nei risultati.

Infine, un terzo e ultimo limite riguarda la scelta degli strumenti utilizzati per raccogliere le informazioni, ossia i questionari "Professional Quality of life Scale" e il "Behavior Rating Inventory of Executive Function". Tali strumenti di osservazione indiretta consentono di rilevare l'esperienza soggettiva dell'individuo in modo ecologico e sono abbastanza flessibili da poter consentire all'intervistato di esprimere il proprio vissuto; tuttavia, l'esperienza riportata dagli stessi potrebbe non sempre essere del tutto attendibile in quanto vincolata da limiti quali la memoria. In futuro sarebbe interessante utilizzare misure relativamente alla relazione come l'osservazione delle interazioni adulto-minore che consentono di descrivere il comportamento spontaneo. È opportuno ricordare che in questi casi l'osservazione diretta richiede la sospensione del giudizio e la pratica dell'osservatore, inoltre la validazione dei dati deve avvenire anche mediante un confronto interindividuale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology*, 21(4), 407-412.

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.

Amodeo, M., Griffin, M. L., Fassler, I. R., Clay, C. M., & Ellis, M. A. (2006). Childhood sexual abuse among Black women and White women from two-parent families. *Child maltreatment*, 11(3), 237-246.

Alexander, J. (2006). Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(5), 543-553.

Allardt, E. (1976). Dimensions of welfare in a comparative Scandinavian study. *Acta sociologica*, 19(3), 227-239.

Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of affective disorders*, 85(1-2), 45-52.

Armes, S. E., Lee, J. J., Bride, B. E., & Seponski, D. M. (2020). Secondary trauma and impairment in clinical social workers. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104540.

Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 97-106.

Avieli, H., Ben-David, S., & Levy, I. (2016). Predicting professional quality of life among professional and volunteer caregivers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 80.

Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184-190.

Baird, B. M., Le, K., & Lucas, R. E. (2006). On the nature of intraindividual personality variability: reliability, validity, and associations with well-being. *Journal of personality and social psychology*, 90(3), 512.

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, S. T. (2007). Deep-level composition variables as predictors of team performance: a meta-analysis. *Journal of applied psychology*, 92(3), 595.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.

Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?. *Brief treatment and crisis intervention*, 6(1), 1.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36(2), 129.

Bridgett, D. J., Oddi, K. B., Laake, L. M., Murdock, K. W., & Bachmann, M. N. (2013). Integrating and differentiating aspects of self-regulation: effortful control, executive functioning, and links to negative affectivity. *Emotion, 13*(1), 47.

Bridgett, D. J., Kanya, M. J., Rutherford, H. J., & Mayes, L. C. (2017). Maternal executive functioning as a mechanism in the intergenerational transmission of parenting: Preliminary evidence. *Journal of Family Psychology, 31*(1), 19.

Buchanan, M., Anderson, J. O., Uhlemann, M. R., & Horwitz, E. (2006). Secondary traumatic stress: An investigation of Canadian mental health workers. *Traumatology, 12*(4), 272-281.

Burtson, P. L., & Stichler, J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of advanced nursing, 66*(8), 1819-1831.

Busch, R. M., Booth, J. E., McBride, A., Vanderploeg, R. D., Curtiss, G., & Duchnick, J. J. (2005). Role of executive functioning in verbal and visual memory. *Neuropsychology, 19*(2), 171.

Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology, 31*(3), 349.

Campbell, S. (2021). *The effects of secondary trauma on executive functioning in law enforcement officers* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).

Cassibba, R., & Coppola, G. (2022). Promoting positive parenting to prevent mental health problems. *Prevention in mental health: from risk management to early intervention, 109-124*.

Cerney, M. S. (1995). Healing the past: An incest victim's journey back to health guided by psychological testing in her treatment process. *Rorschachiana*, 20(1), 112-133.

Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., ... & Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(12), 1596-1615.

Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L., & Prati, G. (2009). Emergency workers' quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Social Indicators Research*, 94(3), 449-463.

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618.

Coldwell, J., Pike, A., & Dunn, J. (2006). Household chaos—links with parenting and child behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1116-1122.

Collette, F., Hogge, M., Salmon, E., & Van der Linden, M. (2006). Exploration of the neural substrates of executive functioning by functional neuroimaging. *Neuroscience*, 139(1), 209-221.

Collins, A., & Koechlin, E. (2012). Reasoning, learning, and creativity: frontal lobe function and human decision-making. *PLoS biology*, 10(3), e1001293.

Conger, R. D., Conger, K. J., Elder Jr, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child development*, 63(3), 526-541.

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect, 30*(10), 1071-1080.

Courtois, C. A. (2002). Traumatic stress studies: The need for curricula inclusion. *Journal of Trauma Practice, 1*(1), 33-57.

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing, 36*(5), 420-427.

Cramer, B. Palacio Espasa, F. (1993), *Le psicoterapie madre-bambino*. Tr. It. Masson, Milano 1994.

Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental review, 36*, 105-126.

Cristofori, I., Cohen-Zimmerman, S., & Grafman, J. (2019). Executive functions. *Handbook of clinical neurology, 163*, 197-219.

Crnic, K., & Ross, E. (2017). Parenting stress and parental efficacy. *Parental stress and early child development: Adaptive and maladaptive outcomes, 263-284*.

Croskerry, P. (2018). Adaptive expertise in medical decision making. *Medical teacher, 40*(8), 803-808.

Dale, L. P., Kolacz, J., Mazmany, J., Leon, K. G., Johonnot, K., Bossemeyer Biernacki, N., & Porges, S. W. (2022). Childhood maltreatment influences autonomic regulation and mental health in college students. *Frontiers in psychiatry, 13*, 841749.

Dane, F. C., Russell-Lindgren, K. S., Parish, D. C., Durham, M. D., & Brown Jr, T. D. (2000). In-hospital resuscitation: association between ACLS training and survival to discharge. *Resuscitation, 47*(1), 83-87.

Davenport, E., Yap, M. B., Simmons, J. G., Sheeber, L. B., & Allen, N. B. (2011). Maternal and adolescent temperament as predictors of maternal affective behavior during mother–adolescent interactions. *Journal of adolescence, 34*(5), 829-839.

Deater-Deckard, K., Wang, Z., Chen, N., & Bell, M. A. (2012). Maternal executive function, harsh parenting, and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(10), 1084-1091.

Deater-Deckard, K., Atzaba-Poria, N., & Pike, A. (2004). Mother—and father—child mutuality in Anglo and Indian British families: A link with lower externalizing problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*, 609-620.

Deighton, R. M., Gurrus, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant?. *Journal of traumatic stress, 20*(1), 63-75.

de Vries, A. P., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P. R., & Winston, F. K. (1999). Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics, 104*(6), 1293-1299.

Diestel, S., Cosmar, M., & Schmidt, K. H. (2013). Burnout and impaired cognitive functioning: The role of executive control in the performance of cognitive tasks. *Work & Stress*, 27(2), 164-180.

Di Franco, G. (1989). Qualità della vita: dai modelli alle ricerche empiriche. S. Vergati (a cura di), *Dimensioni sociali e territoriali della qualità della vita*, 61-96.

Epstein, R. S. (1989). Posttraumatic stress disorder: A review of diagnostic and treatment issues. *Psychiatric Annals*, 19(10), 556-563.

Eriksson, P. S., & Wallin, L. (2004). Functional consequences of stress-related suppression of adult hippocampal neurogenesis—a novel hypothesis on the neurobiology of burnout. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110(5), 275-280.

Fava Vizziello, G. Colucci, M.R., Disnan, G., Simonelli, A. (2003), *Psicopatologia dello sviluppo*. il Mulino, Bologna 2003.

Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationship functioning. *Personality and social psychology bulletin*, 29(8), 950-968.

Figley, C. R. (1993). Coping with stressors on the home front. *Journal of Social Issues*, 49(4), 51-71.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.

Figley, C. R. (2002). Origins of traumatology and prospects for the future, Part I. *Journal of Trauma Practice*, 1(1), 17-32.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.

Figley, C., & Kiser, L. (2013). *Helping traumatized families*. Routledge.

Flarity, K., Nash, K., Jones, W., & Steinbruner, D. (2016). Intervening to improve compassion fatigue resiliency in forensic nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(2), 147-156.

Folkman, S. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. *Human stress and cognition: An information-processing approach/Wiley*.

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.

Gentry, J. E., & Baranowsky, A. B. (2013). Compassion fatigue resiliency-A new attitude. *Compassion fatigue-Programs with legs: The ARP, CFST, & CF resiliency training*.

Gentry, J. E., & Baranowsky, A. B. (2013). Compassion fatigue resiliency-A new attitude. *Compassion fatigue-Programs with legs: The ARP, CFST, & CF resiliency training*.

Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International journal of emergency mental health*, 2(4), 229-240.

Glatz, T., & Buchanan, C. M. (2015). Over-time associations among parental self-efficacy, promotive parenting practices, and adolescents' externalizing behaviors. *Journal of Family Psychology, 29*(3), 427.

Goossens, F. A., & Van IJzendoorn, M. H. (1990). Quality of infants' attachments to professional caregivers: Relation to infant-parent attachment and day-care characteristics. *Child development, 61*(3), 832-837.

Guy, M. E., & Newman, M. A. (2013). Emotional labor, job satisfaction and burnout: how each affects the other. In *Human resource management in the public sector* (pp. 132-150). Edward Elgar Publishing.

Hanks, R. A., Rapport, L. J., Millis, S. R., & Deshpande, S. A. (1999). Measures of executive functioning as predictors of functional ability and social integration in a rehabilitation sample. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 80*(9), 1030-1037.

Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical social work journal, 30*(3), 293-309.

Holochwost, S. J., Gariépy, J. L., Propper, C. B., Gardner-Neblett, N., Volpe, V., Neblett, E., & Mills-Koonce, W. R. (2016). Sociodemographic risk, parenting, and executive functions in early childhood: The role of ethnicity. *Early Childhood Research Quarterly, 36*, 537-549.

Howes, C., Hamilton, C. E., & Philipsen, L. C. (1998). Stability and continuity of child-caregiver and child-peer relationships. *Child development, 69*(2), 418-426.

- Huggard, P., Stamm, B. H., & Pearlman, L. A. (2013). Physician stress: Compassion satisfaction, compassion fatigue and vicarious traumatization. *First do no self-harm: Understanding and promoting physician stress resilience*, 127-145.
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship*, 47(2), 186-194.
- Jacobson, J. M. (2012). Risk of compassion fatigue and burnout and potential for compassion satisfaction among employee assistance professionals: Protecting the workforce. *Traumatology*, 18(3), 64-72.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition*, 7(2), 113-136.
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 423-432.
- Iliffe, G., & Steed, L. G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of interpersonal violence*, 15(4), 393-412.
- Isquith, P. K., Roth, R. M., & Gioia, G. A. (2014). Assessment of executive functioning using tasks of executive control. *Handbook of executive functioning*, 333-357.
- Jackson, S. E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of organizational behavior*, 3(1), 63-77.

- Jaracz, M., Rosiak, I., Bertrand-Bucińska, A., Jaskulski, M., Nieżurawska, J., & Borkowska, A. (2017). Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants. *PloS one*, *12*(6), e0176698.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical psychology review*, *25*(3), 341-363.
- Khammissa, R. A., Nemutandani, S., Shangase, S. L., Feller, G., Lemmer, J., & Feller, L. (2022). The burnout construct with reference to healthcare providers: A narrative review. *SAGE Open Medicine*, *10*, 20503121221083080.
- Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic journal of psychiatry*, *58*(4), 319-325.
- Kim, S. Y., Chen, Q., Li, J., Huang, X., & Moon, U. J. (2009). Parent–child acculturation, parenting, and adolescent depressive symptoms in Chinese immigrant families. *Journal of Family Psychology*, *23*(3), 426.
- Kim, P., Strathearn, L., Swan, J.E. (2016), “*The maternal brain and its plasticity in humans*”. In *Hormones and Behavior*, *77*, pp. 113-123.
- Kelm, D. J., Ridgeway, J. L., Gas, B. L., Mohan, M., Cook, D. A., Nelson, D. R., & Benzo, R. P. (2018). Mindfulness meditation and interprofessional cardiopulmonary resuscitation: a mixed-methods pilot study. *Teaching and learning in medicine*, *30*(4), 433-443.

Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A., & Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *International journal of occupational and environmental health*, *13*(3), 268-280.

Larsen, D., & Stamm, B. H. (2008). Professional quality of life and trauma therapists.

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

Leckman, J. F., Feldman, R., Swain, J. E., Eicher, V., Thompson, N., & Mayes, L. C. (2004). Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission*, *111*, 753-771.

Leiter, M. P., Harvie, P., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social science & medicine*, *47*(10), 1611-1617.

Lehto, J. E., Juujärvi, P., Kooistra, L., & Pulkkinen, L. (2003). Dimensions of executive functioning: Evidence from children. *British journal of developmental psychology*, *21*(1), 59-80.

Lenzi, D., Trentini, C., Pantano, P., Macaluso, E., Iacoboni, M., Lenzi, G. L., & Ammaniti, M. (2009). Neural basis of maternal communication and emotional expression processing during infant preverbal stage. *Cerebral cortex*, *19*(5), 1124-1133.

Lorenz, K. (1943) "Die angeborenen Formen möglicher Erfahrung". In *Zeitschrift Fur Tierpsychologie*, 5(2), pp. 235-409.

Łoś, K., Chmielewski, J., & Łuczyński, W. (2020). Relationship between executive functions, mindfulness, stress, and performance in pediatric emergency simulations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2040.

Lunkenheimer, E., Dunning, E. D., Diercks, C. M., & Kelm, M. R. (2023). Parental regulation of parent and child screen-based device use. *International journal of behavioral development*, 47(5), 410-422.

Lunt, L., Bramham, J., Morris, R. G., Bullock, P. R., Selway, R. P., Xenitidis, K., & David, A. S. (2012). Prefrontal cortex dysfunction and 'Jumping to Conclusions': Bias or deficit?. *Journal of neuropsychology*, 6(1), 65-78.

Manzano, J., Espasa, F. P., & Zilkha, N. (1999). The narcissistic scenarios of parenthood. *The International journal of psycho-analysis*, 80(3), 465.

Maremmani, I., Dell'Osso, L., Rovai, L., Arduino, G., Montagnari, A., Abbenante, D., ... & Akiskal, H. S. (2011). Discriminant and convergent validity of TEMPS-A [P] correlation with MMPI and the emotional-affective state following a stressful situation. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 27-33.

Marin, M. F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R. P., Sindi, S., Arseneault-Lapierre, G., ... & Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of learning and memory*, 96(4), 583-595.

Martin, A. M., Marin, D. G., McIntyre, L. L., & Neece, C. (2022). Familism and parenting stress in Latinx caregivers of young children with developmental delays. *The Family Journal, 30*(3), 411-418.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education.

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

Macfie, J., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2015). Parent-child role-confusion: A critical review of an emerging concept. *Developmental Review, 36*, 34-57.

McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian nursing, 23*(4), 12-19.

Meadors, P., Lamson, A., & Sira, N. (2010). Development of an educational module on provider self-care. *Journal for Nurses in Professional Development, 26*(4), 152-158.

Menon, V., & Uddin, L. Q. (2010). Saliency, switching, attention and control: a network model of insula function. *Brain structure and function, 214*, 655-667.

Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2020). Parental burnout: Moving the focus from children to parents. *New directions for child and adolescent development, 2020*(174), 7-13.

Miley, W. M., & Spinella, M. (2006). Correlations among measures of executive function and positive psychological attributes in college students. *The Journal of general psychology, 133*(2), 175-182.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology*, *41*(1), 49-100.

Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B. (2017). A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing| JTN*, *24*(3), 158-163.

Moultrie, T. A., & Dorrington, R. (2004). *Estimation of fertility from the 2001 South Africa Census data*. Cape Town: Centre for Actuarial Research, University of Cape Town.

Numan, M. (2006). Hypothalamic neural circuits regulating maternal responsiveness toward infants. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, *5*(4), 163-190.

Numan, M. (2012). Maternal behavior: neural circuits, stimulus valence, and motivational processes. *Parenting*, *12*(2-3), 105-114.

O'Connor, A. M., Dykstra, V. W., & Evans, A. D. (2020). Executive functions and young children's lie-telling and lie maintenance. *Developmental Psychology*, *56*(7), 1278.

Packard, M. G., Cahill, L., & McGaugh, J. L. (1994). Amygdala modulation of hippocampal-dependent and caudate nucleus-dependent memory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *91*(18), 8477-8481.

Paivio, A. (1990). *Mental representations: A dual coding approach*. Oxford university press.

Espasa, F. P. (1996). Thérapie parents-enfants. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 9(3), 155-159.

Papazoglou, K., Koskelainen, M., & Stuewe, N. (2019). Examining the relationship between personality traits, compassion satisfaction, and compassion fatigue among police officers. *Sage open*, 9(1), 2158244018825190.

Parisien, L. S., & Long, B. C. (1994). Counselor Trainees' Self-Statement Responses to Sexually and Physically Abused Clients, and Client Role Conflict. *Journal of Counseling & Development*, 72(3), 304-309.

Park, J. L., & Johnston, C. (2020). The relations among stress, executive functions, and harsh parenting in mothers. *Journal of abnormal child psychology*, 48(5), 619-632.

Pearlman, L. A. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors.

Peavy, G. M., Salmon, D. P., Jacobson, M. W., Hervey, A., Gamst, A. C., Wolfson, T., ... & Galasko, D. (2009). Effects of chronic stress on memory decline in cognitively normal and mildly impaired older adults. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1384-1391.

Mugge, J. R., Chase, S. L., & King, A. R. (2016). Child peer abuse and perceptions of executive-functioning competencies. *Applied Neuropsychology: Child*, 5(1), 67-75.

Plieger, T., & Reuter, M. (2020). Stress & executive functioning: A review considering moderating factors. *Neurobiology of Learning and Memory*, 173, 107254.

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(5).

Rajeswari, H., Sreelekha, B. K., Nappinai, S., Subrahmanyam, U., & Rajeswari, V. (2020). Effect of accelerated recovery program on recovery from secondary traumatic stress among nurses. *Nursing and Midwifery Studies*, 9(4), 194-200.

Ramírez, Y. Z. A., Restrepo, A. Y. G., Silva, J. B., & Carvajal-Castrillón, J. (2018). Attention, memory, and executive function in children with a history of abuse. *Cuadernos Hispanoamericanos*, 18(2), 1-14.

Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19(4), 255-267.

Regehr, C., Cadell, S., & Jansen, K. (1999). Perceptions of control and long-term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 110-115.

Riggs, N. R., Black, D. S., & Ritt-Olson, A. (2015). Associations between dispositional mindfulness and executive function in early adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 2745-2751.

Robinson, B. C. (2005). *Exploring career satisfaction, burnout, and compassion fatigue as indicators of the quality of career engagement of public school educators*. West Virginia University.

Sakai, Y., Akiyama, T., Miyake, Y., Kawamura, Y., Tsuda, H., Kurabayashi, L., ... & Akiskal, H. (2005). Temperament and job stress in Japanese company employees. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 101-112.

Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of traumatic stress, 16*, 167-174.

Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine reviews, 21*(1), 55-89.

Senese, V. P., De Falco, S., Bornstein, M. H., Caria, A., Buffolino, S., & Venuti, P. (2013). Human infant faces provoke implicit positive affective responses in parents and non-parents alike. *PloS one, 8*(11), e80379.

Sexton, L. (1999). Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance and Counselling, 27*(3), 393-403.

Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine, 136*(5), 358-367.

Shields, G. S., Sazma, M. A., & Yonelinas, A. P. (2016). The effects of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 68*, 651-668.

Shumow, L., & Lomax, R. (2002). Parental efficacy: predictor of parenting behavior and adolescent outcomes. *Parenting: Science and practice, 2*(2), 127-150.

Simonelli, A. (2014) (a cura di), *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano.

Singer, J., Cummings, C., Boekamp, D., Hisaka, R., & T. Benuto, L. (2020). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout: A replication study with victim advocates. *Journal of Social Service Research, 46*(3), 313-319.

Slåtten, T., Svensson, G., & Sværi, S. (2011). Empowering leadership and the influence of a humorous work climate on service employees' creativity and innovative behaviour in frontlines

Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine reviews, 21*(1), 55-89.

Sprang, G., Clark, J. J., & 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), 259-280.

Stamm, B. H. (2005). The proQOL manual. Retrieved July, 16, 2007.

Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale.

Stevens, M., & Higgins, D. J. (2002). The influence of risk and protective factors on burnout experienced by those who work with maltreated children. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, 11*(5), 313-331.

Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.

Stern, D. N. (2004). *The Motherhood Constellation: Therapeutic Approaches to Early Relational Problems*.

Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48, 262.

Tambelli, R. (2017). Manuale di psicopatologia dell'infanzia. In *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. (pp. 1-504). Il Mulino.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, 17(10), 652-666.

Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child development*, 62(5), 918-929.

Tirgari, B., Azizzadeh Forouzi, M., & Ebrahimpour, M. (2019). Relationship between posttraumatic stress disorder and compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Iranian psychiatric nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(3), 39-47.

Vahey, D. C., Swan, B. A., Lang, N. M., & Mitchell, P. H. (2004). Measuring and improving health care quality: nursing's contribution to the state of science. *Nursing Outlook*, 52(1), 6-10.

Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (2018). *Basi biologiche della funzione genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche*. Raffaello Cortina Editore.

West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The lancet*, 388(10057), 2272-2281.

Regehr, C., Cadell, S., & Jansen, K. (1999). Perceptions of control and long-term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 110-115.

Russo, J. E., Dhruve, D. M., & Oliveros, A. D. (2023). Childhood Trauma and PTSD Symptoms: Disentangling the Roles of Emotion Regulation and Distress Tolerance. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(9), 1273-1287.

Van der Linden, M., Meulemans, T., Marczewski, P., & Collette, F. (2000). The relationships between episodic memory, working memory, and executive functions: The contribution of the prefrontal cortex. *Psychologica Belgica*, 40(4).

Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(3), 361.

