



UNIVERSITÀ DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro

Tesi di Laurea Triennale

**Il Ruolo della Supervisione nella Prevenzione di Burnout,
Compassion Fatigue e Trauma Vicario nelle Professioni d'Aiuto**

***The Role of Supervision in Preventing Burnout, Compassion Fatigue and
Vicarious Trauma in Helping Professions***

Relatrice

Prof.ssa Marta Gaboardi

Dipartimento di Psicologia dello
Sviluppo e della Socializzazione

Laureanda: Anita Santimone

Matricola: 2054297

Anno Accademico 2025/2026

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
 CAPITOLO 1: BURNOUT, COMPASSION FATIGUE E TRAUMATIZZAZIONE VICARIA: LE CONSEGUENZE SULLE FIGURE PROFESSIONALI NELL'AMBITO DELL'AIUTO	 3
1.1 LE PROFESSIONI D'AIUTO.....	3
1.2 DEFINIRE IL BURNOUT: ALCUNI ESEMPI DI FATTORI DETERMINANTI	5
1.3 COMPASSION FATIGUE.....	11
1.4 TRAUMATIZZAZIONE VICARIA.....	14
 CAPITOLO 2: LA SUPERVISIONE	 18
2.1 DEFINIRE LA SUPERVISIONE: IL RUOLO DEL SUPERVISORE E LE DIVERSE TIPOLOGIE DI DOMANDE UTILIZZATE	 18
2.2 I DIVERSI MODELLI DI SUPERVISIONE ASSOCIATI A DIFFERENTI ORIENTAMENTI PSICOLOGICI	 24
2.2.1 I modelli teorici di supervisione	25
2.2.2 I modelli evolutivi di supervisione.....	28
2.3 SUPERVISIONE DI GRUPPO E ALTERVISIONE	30
2.4 GLI EFFETTI DELLA SUPERVISIONE SU BURNOUT, COMPASSION FATIGUE E TRAUMATIZZAZIONE VICARIA	 34
 CONCLUSIONI	 37
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	 39

INTRODUZIONE

Il presente elaborato nasce da una serie di domande maturate nel corso della mia esperienza di tirocinio, svolta presso la comunità per nuclei madre-bambino “la Nuova Casa di Federica” di Ferrara. Una di queste, probabilmente quella che più di tutte riguarda questo elaborato, è se sia possibile imparare a mettere in atto un’empatia adeguata ed efficace, priva di contagio emotivo, così da migliorare i propri interventi d’aiuto e tutelare sia il benessere dell’utente sia il proprio. Ho avuto l’opportunità di partecipare a sessioni di supervisione condotte da una psicologa esterna alla struttura, durante le quali il modello originale di Tomm (1988) veniva utilizzato come punto di riferimento per condurre gli incontri con le psicologhe e le educatrici/gli educatori che operavano all’interno della comunità. L’obiettivo di questa tesi è approfondire la pratica della supervisione come metodo di tutela del benessere sia dei professionisti d’aiuto sia degli utenti, in quanto occasione di riflessione critica sull’operato professionale e di miglioramento delle competenze, al fine di garantire agli utenti il miglior servizio possibile. Il presente elaborato si propone nello specifico di approfondire tre fenomeni strettamente connessi, ma allo stesso tempo diversi tra loro, che rappresentano alcune tra le principali conseguenze a cui i professionisti d’aiuto possono andare incontro nello svolgimento del proprio lavoro: il burnout, la compassion fatigue e la traumatizzazione vicaria. Il primo capitolo si apre con l’obiettivo di definire le professioni d’aiuto e di sottolineare come i professionisti siano costantemente in contatto con la sofferenza altrui, e come questo renda necessario instaurare relazioni professionali che richiedono non solo competenza tecnica, ma anche capacità empatiche e relazionali. Di seguito vengono approfonditi, seguendo questo ordine, il burnout, la compassion fatigue, e la traumatizzazione vicaria. Sebbene queste tre sindromi siano tutte legate all’esposizione prolungata allo stress lavorativo e al contatto con la sofferenza altrui, esse si differenziano per origine, sintomatologia e modalità di insorgenza; per questo motivo è fondamentale esaminarle singolarmente così da evitare sovrapposizioni concettuali. Per ciascuno di questi costrutti verranno proposte le principali definizioni presenti in letteratura, i fattori di rischio, i sintomi caratteristici e i fattori protettivi. Accanto alla traumatizzazione vicaria sarà inoltre approfondita la crescita post-traumatica vicaria, intesa come possibile esito positivo che può scaturire quando il professionista entra in contatto con il trauma altrui e riesce ad elaborarne l’impatto trasformativo. Il secondo capitolo è interamente dedicato alla supervisione. Dopo averne definito il concetto e il ruolo del supervisore, viene esposto in breve il modello delle

domande di Tomm (1988); approfondendo la letteratura sull'argomento si è tuttavia riscontrata l'esistenza del modello sviluppato da Hornstrup et al. (2008) a partire proprio dal lavoro di Tomm (1988), ma pensato specificamente per essere applicato al contesto della supervisione. Per questo motivo viene esposto anche questo secondo modello e vengono forniti alcuni esempi di domande che possono essere utilizzate durante un incontro di supervisione. Successivamente vengono presentati dei modelli teorici di riferimento, tra cui il modello evolutivo integrato (IDM), e le diverse modalità con cui la supervisione può essere condotta, con un focus sulla supervisione di gruppo e sull'altervisione. Il capitolo si conclude con un'analisi della letteratura relativa agli effetti della supervisione sul burnout, sulla compassion fatigue e sulla traumatizzazione vicaria, sottolineando sia le evidenze a sostegno del suo ruolo protettivo, sia i risultati contrastanti emersi in alcuni studi.

Capitolo 1: Burnout, compassion fatigue e traumatizzazione vicaria: le conseguenze sulle figure professionali nell'ambito dell'aiuto

1.1 Le professioni d'aiuto

Secondo la definizione di Graf et al. (2014) una professione d'aiuto si configura come un'interazione professionale tra un esperto che fornisce aiuto (professionista) e una persona bisognosa di supporto (utente). Essa è finalizzata a promuovere il benessere e la crescita o a intervenire su problemi che riguardano la sfera fisica, psicologica, intellettuale o emotiva di una persona. Rientrano in questa categoria la medicina, l'infermieristica, la psicoterapia, la consulenza psicologica, il servizio sociale, l'educazione e il coaching. Come sottolineano Miller e Considine (2009) il fulcro delle professioni d'aiuto risiede nella "fornitura di servizi umani e sociali" (p. 405) e che indipendentemente dall'ambito specifico tutte queste discipline hanno in comune un elemento fondamentale: il lavoro si svolge all'interno di una relazione interpersonale tra professionista e utente e di conseguenza tale relazione è per sua natura profondamente comunicativa. I professionisti si trovano spesso a fare ingresso nella vita degli utenti proprio nel momento in cui questi si trovano ad affrontare grandi difficoltà, tra cui per esempio la malattia o una condizione di grave marginalità. La rilevanza di queste problematiche rende indispensabile che i professionisti d'aiuto costruiscano una relazione autentica con chi si rivolge a loro. Tale relazione diventa spesso fondamentale per il conseguimento degli obiettivi prefissati. Una gestione efficace della relazione d'aiuto presuppone da parte di entrambi gli attori coinvolti, il professionista e l'utente, un'attenta considerazione dei processi di comunicazione.

Nardiello e Caviglia (2020) riflettono su un paradosso della modernità: quella contemporanea è una civiltà tecnologicamente avanzata che, mentre guadagna in tecnologia e individualismo, perde la capacità di stare con l'altro. Ovvero in una società della performance dominata dall'ossessione per i risultati e da relazioni sempre più mediate dalla tecnologia, l'altro nella sua dimensione autentica e concreta fatica a trovare posto e viene percepito come faticoso e superfluo e per questo viene progressivamente escluso da qualsiasi forma autentica di relazione e dialogo. In questa cornice l'ambito delle professioni d'aiuto è un'eccezione: il bisogno di aiuto costituisce un'esperienza che rende l'altro impossibile da ignorare; è una necessità che, più di altre, ne impone la visibilità nel contesto sociale e relazionale. L'incontro tra professionista, utente e i suoi familiari pone in maniera imprescindibile la questione del rapporto con l'altro in quanto il bisogno portato dall'utente è una necessità fondamentale e

primaria. Medici, infermieri o assistenti sociali sono chiamati a raccogliere e analizzare quel bisogno e devono quindi considerare l'altro. Gli autori Nardiello e Caviglia (2020) sostengono che chi opera oggi nelle professioni d'aiuto non può limitarsi alla sola competenza tecnica; accanto ad essa ogni professionista ha la necessità di implementare e rafforzare le proprie competenze psicosociali, in quanto solo integrando queste due dimensioni è possibile offrire una presa in carico realmente completa che tenga conto della persona nella sua totalità (si vedano per esempio Engel (1977) e Cunico et al. (2012). Gli atteggiamenti che i professionisti d'aiuto adottano di fronte all'utenza sono sempre il risultato di un incontro tra realtà diverse; relazionarsi con l'altro significa infatti confrontarsi con un universo diverso dal proprio. Per la gestione di questo incontro ogni professionista dispone di una serie di capacità professionali e umane consolidate nel tempo: tra queste l'empatia occupa un ruolo fondamentale (Nardiello e Caviglia, 2020). L'empatia rappresenta un fenomeno psicologico importante e complesso, ed è fondamentale per garantire un lavoro di alta qualità nelle professioni d'aiuto (Radulović et al., 2025). Essa è un termine ombrello che raggruppa due modalità per raccogliere informazioni sugli altri: l'empatia affettiva che consiste nel simulare o rispecchiare gli stati emotivi dell'altro, e l'empatia cognitiva che richiede di ragionare e fare inferenze logiche sui pensieri e i sentimenti dell'altro (Nitschke & Bartz, 2023). Definendo il concetto di empatia alcuni tendono ad accentuare soltanto una delle due componenti: Hoffman (1996) per esempio definisce l'empatia come una risposta affettiva, mentre Hogan (1969) sostiene che essa consiste nell'atto di costruire per sé stessi lo stato mentale di un'altra persona. Tuttavia c'è una stretta correlazione tra questi due aspetti e uno squilibrio in questa sinergia rischia di comprometterne l'efficacia. Se il professionista infatti sperimenta un'empatia caratterizzata da "contagio emotivo", quindi priva di differenziazione tra sé e l'altro a causa di una forte immedesimazione, sarà compromessa l'attuazione di un comportamento d'aiuto efficace e concreto (Sandrin, 2024). Sandrin (2024) afferma che questo fenomeno si verifica spesso tra i professionisti sanitari quando sperimentano una forte immedesimazione emotiva con il vissuto dell'utente. In queste circostanze spesso il professionista tende a mettere in atto un'estrema difesa attraverso la negazione della sofferenza dell'utente, sia per continuare a fornire un intervento d'aiuto efficiente, sia per proteggersi dallo stress. L'autore sostiene che "l'incapacità di riuscire a relazionarsi in modo davvero empatico, vale a dire differenziato e mediato, fa in realtà fallire il comportamento d'aiuto, perché la negazione conduce all'oggettivazione dell'altro. Se gli aspetti tecnici dell'intervento di soccorso sono forse salvi, viene a cadere la considerazione

dell'altro come persona dotata di emozioni, del cui benessere globale ci si dovrebbe fare carico" (p. 26-27). Questo significa che la disumanizzazione dell'utente all'interno della relazione d'aiuto, può derivare almeno in parte da un modo poco attento e consapevole di avvicinarsi e aderire alla sofferenza dell'altro (un coinvolgimento senza controllo con un conseguente distanziamento difensivo). Per questo motivo secondo l'autore chi opera nelle professioni d'aiuto deve saper mediare e regolare cognitivamente la propria partecipazione emotiva, senza però ignorarla o negarla. Sandrin (2024) definisce infine l'empatia come "un fenomeno che si colloca lungo un continuum che va dal contagio emotivo automatico, privo di mediazione cognitiva, fino alle forme più mediate e controllate del pensiero" (p. 27). Paparini (2020) afferma che l'esperienza empatica comporta dunque rischi e ostacoli, ma al contempo rappresenta uno degli strumenti fondamentali della relazione tra professionista e utente e che è stato dimostrato che il contributo della stessa è essenziale per il raggiungimento di migliori esiti di salute e benessere, offrendo così una serie di vantaggi che la ricerca, in ambiti disciplinari diversi, ha messo in luce. Un esempio è rappresentato dalla ricerca empirica condotta da Nembhard et al. (2023), una revisione sistematica di 455 studi empirici svolti in tutto il mondo nell'arco dei primi cinquant'anni di ricerca sull'empatia in ambito sanitario (1971–2021), con riferimento al personale sanitario. Da tale analisi è emerso che una maggiore empatia risulta associata a migliori esiti clinici e a migliori esperienze di cura da parte dei pazienti. Nonostante ciò, i professionisti d'aiuto sono prima di tutto esseri umani e, in quanto tali, non sono immuni alle conseguenze del loro lavoro (Nardiello e Caviglia, 2020). La letteratura evidenzia come l'esposizione ripetuta e costante alle sofferenze e alle fragilità altrui possa compromettere il benessere psicologico ed emotivo dei professionisti, influenzando negativamente anche la loro identità personale e professionale (Bobbo & Ius, 2022). Diversi autori hanno documentato l'insorgenza di sindromi differenti tra loro: dalla compassion fatigue concettualizzata da Figley (1995), al costrutto della traumatizzazione vicaria elaborato da McCann e Pearlman (1990), fino ad arrivare al burnout, introdotto e approfondito da Freudenberg (1974). Ciascuna di esse sarà esaminata nel dettaglio nei sottocapitoli che seguono.

1.2 Definire il burnout: alcuni esempi di fattori determinanti

È da diversi decenni che si ha consapevolezza dell'impatto negativo che lo stress e il burnout esercitano sulle professioni d'aiuto (Daley, 1979). Lo stress scaturisce nel momento in cui una situazione (ad esempio il carico di richieste lavorative e professionali) viene percepito dalle persone come superiore alle proprie risorse interne ed esterne, mettendo a repentaglio il

proprio benessere (Lazarus & Folkman, 1984). Maresca et al. (2022) afferma che la sindrome di burnout è stata definita come “una risposta cronica allo stress sul luogo di lavoro (Sasaki et al., 2009), caratterizzata da uno stato di esaurimento fisico, mentale ed emotivo (Afana et al., 2017) che riduce il senso di realizzazione personale e professionale (Ding et al., 2015)” (p. 1). Lo scrittore Greene (1961) utilizza per la prima volta il termine “burn out” scrivendo di un architetto immaginario e spiritualmente tormentato che, non riuscendo più a trovare significato nell’arte o piacere nella vita, si licenzia e si ritira nella giungla africana. Tuttavia questo concetto è stato introdotto nella letteratura scientifica negli anni ‘70 da Freudenberg (1974) che lo descrive per la prima volta partendo dalla definizione del dizionario del verbo “burn-out”: “cedere, logorarsi o esaurirsi a causa di eccessive richieste di energia, forza o risorse” (p. 159). L’anno successivo Freudenberg (1975) amplia il concetto di burnout analizzando categorie e dinamiche specifiche. Successivamente il concetto di burnout si è evoluto e, superata l’iniziale convinzione che esso fosse confinato ai soli settori dei servizi socio-sanitari e assistenziali, oggi è considerato una condizione applicabile a ogni ambito lavorativo (Leclercq & Hansez, 2024). Uno studio condotto da Schaufeli (2018) su un campione di 43.675 lavoratori ha rilevato che il 10% della forza lavoro di 35 paesi europei soffre di burnout. Tale percentuale tuttavia risente del rigoroso sistema di misurazione adottato nello studio: l’autore sceglie infatti di classificare come lavoratori “in burnout” esclusivamente coloro che dichiarano di sentirsi esausti “sempre” (punteggio massimo della scala), al fine di minimizzare il rischio di falsi positivi. Secondo Schaufeli (2018) l’adozione di criteri meno restrittivi porterebbe a stime di diffusione sensibilmente più elevate e questo sottolinea quanto il risultato finale sia condizionato dalle scelte operate sulla scala di valutazione. Nonostante queste variazioni nelle soglie di misurazione, lo studio evidenzia all’interno del contesto europeo forti discrepanze nella diffusione di questo fenomeno, in quanto è ampiamente condizionato dalla cultura del lavoro, dalle condizioni di impiego e dalle politiche nazionali in materia di salute sul lavoro. In questo studio viene appunto sottolineato che il burnout non dovrebbe essere visto solo come uno stato psicologico individuale, ma anche come un fenomeno strutturale e collettivo con profonde ripercussioni sul tessuto economico, sociale e culturale dell’intera nazione. Dubale et al. (2019) hanno evidenziato che il burnout mostra una diffusione altrettanto vasta su scala mondiale; gli autori sottolineano infatti che nel settore sanitario tale condizione non rappresenta una crisi solo nei paesi ad alto reddito, ma costituisce una problematica di rilievo anche nei paesi a basso e medio reddito.

Il burnout è stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è incluso nell'11^a revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD-11) come fenomeno occupazionale, non classificato come una condizione medica. La definizione proposta dall'ICD-11 è la seguente: “il burnout è una sindrome concettualizzata come derivante da stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo. Esso è caratterizzato da tre dimensioni:

- sensazioni di esaurimento o svuotamento energetico;
- aumento della distanza mentale dal proprio lavoro o sentimenti di negatività o cinismo relativi al proprio lavoro;
- ridotta efficacia professionale.

Il burnout si riferisce specificamente a fenomeni nel contesto lavorativo e non dovrebbe essere applicato per descrivere esperienze in altre aree della vita” (World Health Organization [WHO], 2019).

Tuttavia oggi la definizione più comune e accettata è quella formulata da Maslach et al. (2001): “il burnout è una risposta prolungata a fattori di stress cronici, emotivi e interpersonali sul lavoro, ed è definito dalle tre dimensioni dell'esaurimento, del cinismo e dell'inefficacia” (p. 397); sempre Maslach et al. (2001) definiscono la componente dell'esaurimento come “la dimensione di stress individuale di base del burnout. Si riferisce alla sensazione di essere andati oltre le proprie forze e di aver svuotato le proprie risorse emotive e fisiche” (p. 399); il cinismo (o depersonalizzazione) viene definito come “la dimensione del contesto interpersonale del burnout. Si riferisce a una risposta negativa, insensibile o eccessivamente distaccata nei confronti di vari aspetti del lavoro” (p. 399); infine la componente della ridotta efficacia o realizzazione viene descritta come “la dimensione di autovalutazione del burnout. Si riferisce a sentimenti di incompetenza e a una mancanza di successo e produttività sul lavoro” (p. 399). Con l'esaurirsi delle risorse emotive i professionisti avvertono di non poter offrire più nulla a livello psicologico; inoltre lo sviluppo di atteggiamenti cinici verso gli utenti può indurre i professionisti a percepirla in modo deumanizzato; infine essi tendono a valutare sé stessi negativamente e a sentirsi insoddisfatti dei propri traguardi professionali (Maslach & Jackson, 1981). Tali componenti del burnout possono essere valutate mediante il Maslach Burnout Inventory (MBI), strumento sviluppato da Maslach et al. (1996). Tra i diversi strumenti di misura sviluppati per la

valutazione del burnout (tra i quali per esempio il Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et al., 2005), l'Oldenburg Burnout Inventory (Demerouti et al., 2001) il MBI è riconosciuto come la misura maggiormente utilizzata per la valutazione del burnout occupazionale. Secondo Maslach (2003) i fattori che contribuiscono all'insorgenza del burnout sono stati oggetto di ampio dibattito nel corso degli anni, portando allo sviluppo di tre diversi modelli teorici volti a spiegare il processo di sviluppo della sindrome attraverso l'ipotesi di una relazione causale tra le sue tre dimensioni. Leiter e Maslach (1988) propongono un modello sequenziale in cui l'esaurimento emotivo conduce alla depersonalizzazione e infine alla ridotta realizzazione personale. Al contrario Golembiewski et al. (1983) e Lee e Ashforth (1993a, 1993b) mettono in discussione tale linearità suggerendo che le tre dimensioni si sviluppino in parallelo come reazioni indipendenti a diversi aspetti dell'ambiente lavorativo.

Nella sindrome del burnout interagiscono fattori socio-ambientali e lavorativi da un lato, e caratteristiche individuali e personologiche dall'altro; i fattori determinanti del burnout possono pertanto essere classificati in fattori contestuali e fattori individuali (Murdaca et al., 2014). I fattori di rischio contestuali possono essere definiti come l'insieme delle determinanti esterne all'individuo che concorrono all'insorgenza del burnout. Nell'ambito di tale categoria gli aspetti maggiormente indagati in letteratura risultano essere le condizioni di lavoro e il contesto organizzativo in cui l'attività lavorativa si svolge (Bährer-Köhler, 2013). Maslach e Leiter (1997) ribaltano la concezione tradizionale che vedeva il burnout come un problema puramente individuale (legato alla fragilità del singolo lavoratore) dimostrando empiricamente che il burnout è sintomo di fallimento organizzativo. Gli autori introducono il concetto di mismatch (disallineamento) tra individuo e ambiente di lavoro e sostengono che tale condizione incrementi la probabilità di sviluppo del burnout. Un elemento di novità in questo approccio consiste nell'individuazione di sei aree specifiche nelle quali tale disallineamento tra individuo e ambiente di lavoro può manifestarsi. In ciascuna di queste aree si verifica una mancata corrispondenza tra le caratteristiche dell'attività lavorativa e le esigenze della persona e tale incongruenza si traduce in un incremento dei tre elementi costitutivi del burnout, ovvero esaurimento, cinismo e inefficacia professionale. Le sei aree sono le seguenti:

- Carico di lavoro: un carico di lavoro crescente mostra un legame costante con il burnout, in particolare con la componente dell'esaurimento emotivo. I lavoratori che non hanno a disposizione tempo e supporto adeguati per riprendersi completamente da mansioni gravose

risultano più esposti a un esaurimento di tipo cronico (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach et al., 1996). All'aumentare delle richieste corrisponde un aumento dello stress e della stanchezza: la capacità di sostenere tali richieste non è illimitata. Quando questa soglia viene oltrepassata in maniera continuativa emergono difficoltà rilevanti connesse all'esaurimento.

- Controllo: il controllo rappresenta un'area critica nello sviluppo del burnout. In particolare il conflitto di ruolo, generato da richieste provenienti da autorità multiple con richieste contrastanti o da valori incongruenti, riduce la capacità dei lavoratori di stabilire priorità e di esercitare un controllo efficace sulla loro attività lavorativa risultando fortemente associato all'esaurimento emotivo cronico (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach et al., 1996). Lee e Ashforth (1993a) hanno inoltre riscontrato che una scarsa autonomia lavorativa limita la possibilità dei lavoratori di svolgere il proprio lavoro in linea con i propri valori, aumentando così lo stress di ruolo e di conseguenza il rischio di burnout.

- Ricompensa: anche la ricompensa costituisce un'area rilevante per il burnout. Diversi studi (Blix et al., 1994; Chappell & Novak, 1992; Siefert et al., 1991) hanno dimostrato che una ricompensa insufficiente, sia essa economica, istituzionale o sociale, aumenta la vulnerabilità dei lavoratori a questo fenomeno.

- Comunità: Maslach e Leiter (1997) affermano che la ricerca sul contesto sociale del burnout ha evidenziato come una comunità (nel senso più ampio) vivace, attenta e reattiva risulti incompatibile con questo fenomeno. Ciò che conta maggiormente è la percezione soggettiva dei lavoratori riguardo al proprio contesto sociale, ovvero quanto esso corrisponda alle loro aspettative. Inoltre, fonti di supporto diverse hanno effetti distinti: mentre per esempio il rapporto con i superiori incide maggiormente sull'esaurimento, il supporto dei colleghi è più associato al senso di realizzazione professionale, in quanto espressione di una valutazione tra pari (Leiter, 1991).

- Equità: Secondo Maslach et al. (1996) l'equità organizzativa è un pilastro della leadership che, attraverso relazioni rispettose e processi trasparenti, alimenta la fiducia e il senso di appartenenza dei lavoratori. Tale clima non solo funge da fondamentale fattore protettivo contro il burnout, ma facilita anche i processi di cambiamento, venendo percepito dai lavoratori come una forma di cura autentica. Al contrario decisioni irrispettose portano all'alienazione.

- Valori: come teorizzato da Maslach e Leiter (1997) l'area dei valori rappresenta il fulcro del legame tra professionista e lavoro, racchiudendo gli ideali che motivano l'impegno nell'attività lavorativa oltre il mero scambio economico. Secondo il modello delle sei aree la congruenza valoriale tra il lavoratore e l'organizzazione alimenta un contratto psicologico solido e il senso di efficacia. Al contrario, un mismatch valoriale costringe a compromessi logoranti tra dovere e aspirazioni. Questo conflitto continuo consuma le energie del lavoratore e toglie senso al lavoro, portando gradualmente al burnout.

Questi fattori risultano essere tutti esterni all'individuo affetto da burnout. Tuttavia a fronte delle medesime condizioni lavorative alcuni lavoratori sviluppano la sindrome, mentre altri no. Pick e Leiter (1991) affermano che, sebbene la letteratura attuale suggerisca che gli aspetti stressanti dell'ambiente di lavoro possano rappresentare predittori del burnout più rilevanti rispetto alla personalità, è comunque necessario tenere in considerazione anche la variabilità individuale. Alcuni tratti di personalità risultano associati a una maggiore vulnerabilità al burnout. Secondo diversi studi, tra cui quello svolto da Nowack (1986) e quello di Lavanco (1997), il comportamento di Tipo A rappresenterebbe, per esempio, una caratteristica associata a livelli più elevati di burnout. Il comportamento di Tipo A è un costrutto che descrive una serie di comportamenti e caratteristiche osservate in individui predisposti a malattie coronariche, le cui due dimensioni principali sono un accentuato senso di urgenza del tempo e una componente di ostilità-rabbia (Friedman & Rosenman, 1974). Tali individui si distinguono inoltre per un'eccessiva competitività, una forte attenzione alla performance e allo status e un marcato bisogno di riconoscimento (Budayová et al., 2023). Budayová et al. (2023) affermano che altri elementi di vulnerabilità al burnout sono la scarsa autostima, l'incapacità di rilassarsi e di adattarsi, l'elevato impegno, il perfezionismo e il workaholism.

Sono diversi i fattori protettivi che contribuiscono a ridurre il rischio di burnout tra i professionisti d'aiuto. A livello individuale strategie come la Mindfulness-Based Stress Reduction (un programma intensivo di otto settimane sviluppato da Kabat-Zinn (2005) basato sulla mindfulness, ovvero sulla consapevolezza del momento presente, per gestire stress, dolore e malattia) si sono dimostrate efficaci nel ridurre stress ed esaurimento emotivo (Gilmartin et al., 2017). La definizione di confini personali chiari invece riduce il sovraccarico di ruolo, soprattutto nei professionisti a inizio carriera. Ciò significa che imparare a gestire le richieste lavorative è fondamentale per preservare il proprio benessere e

la qualità del lavoro svolto (Rupert & Dorociak, 2019). Anche diversi fattori di self-care, come l'attività fisica e il sonno, così come fattori contestuali come il supporto sociale (che Awa et al. (2010) definiscono come un intervento mirato alla persona), risultano associati a livelli più bassi di burnout (Awa et al. 2010). A livello organizzativo invece la funzione di supporto della supervisione rappresenta un fattore protettivo fondamentale (Iosim et al., 2022); tale funzione verrà analizzata nel dettaglio nel secondo capitolo.

1.3 Compassion fatigue

Il concetto di compassion fatigue (CF) è stato introdotto per la prima volta nella letteratura infermieristica da Joinson (1992) la quale, riportando le parole di Doris Chase, counselor esperta in gestione delle crisi, la descrive come una forma specifica di affaticamento che, a differenza del burnout, colpirebbe in particolare le professioni di cura che comprendono infermieri, ministri di culto e counselor. Pehlivan e Güner (2018) sostengono che sebbene la compassion fatigue e il burnout siano costrutti correlati, entrambi caratterizzati da un significativo esaurimento mentale, fisico e psicologico, essi differiscono per manifestazione e sintomatologia. La CF si distingue per la sua insorgenza improvvisa e la sua sintomatologia che deriva dall'esposizione al trauma altrui (Sorenson et al., 2016). Il burnout invece evolve gradualmente da una bassa soddisfazione lavorativa e porta spesso al disinvestimento lavorativo (Sorenson et al., 2016; El-bar et al., 2013). La prima è quindi alimentata dal disagio empatico verso la sofferenza altrui, il secondo è principalmente legato al mancato raggiungimento degli obiettivi professionali (Back et al., 2014). Gustafsson e Hemberg (2022) sostengono che l'analisi della compassion fatigue debba essere preceduta da una comprensione del concetto di compassione. Ciò è necessario in quanto dal punto di vista della scienza dell'assistenza (definita da Eriksson (2002) come una disciplina accademica di natura umanistica focalizzata sul fenomeno del caring/prendersi cura piuttosto che sulla professione) né la comprensione né l'empatia sono sinonimi adeguati a definirla. Gustafsson e Hemberg (2022) affermano che provare compassione può essere paragonato al "vedere attraverso il sentire", configurandosi come la risorsa di maggior valore nell'aiutare, espressa sia attraverso le azioni concrete che attraverso la presenza. Gli stessi autori sottolineano che agire con compassione significa adottare una condotta etica che promuove impegno, accessibilità e solidarietà mantenendo sempre al centro l'essere umano e la sua dignità. Saunders (2015) sostiene che la compassione sia anche un tratto della personalità, quindi una qualità intrinseca della persona; pertanto essa si configura come una virtù, qualcosa di più di un comportamento corretto. Egli aggiunge inoltre che l'atto di aiutare con compassione richiede

il coraggio di affiancarsi alla sofferenza altrui confrontandosi con manifestazioni quali il dolore, rabbia, apatia, angoscia e confusione. Figley (2002) sintetizza la questione affermando che: “il significato della compassione è farsi carico della sofferenza. La compassion fatigue, come ogni altro tipo di stanchezza, riduce la nostra capacità o il nostro interesse nel farsi carico della sofferenza altrui” (p. 1434). Figley e Ludick (2017) definiscono lo stress da compassione come “la richiesta di essere compassionevoli ed efficaci nell’aiuto” (cap. 29, p. 2). Questo fenomeno si manifesta nel professionista ogni volta che percepisce il dovere di intervenire a prescindere dal fatto che l’aiuto sia davvero necessario o concretamente realizzabile. A questo concetto gli autori affiancano quello di fatica, intesa come la stanchezza mentale che scaturisce dallo sforzo prolungato di farsi carico delle sofferenze emotive e fisiche altrui.

Analizzati i concetti chiave necessari a comprendere questa sindrome, è ora possibile esaminare la seguente relazione: la definizione di CF proposta da Figley (1995) si fonda sulla sua correlazione con il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), ovvero “un disturbo che può insorgere quando un individuo vive in prima persona o assiste a un evento in cui ritiene vi sia una minaccia alla vita o all’integrità e sicurezza fisica, e sperimenta paura, terrore o senso di impotenza.” (American Psychological Association, n.d.). Figley (1995) definisce lo stress traumatico secondario (STS) come un insieme di reazioni emotive e comportamentali che si manifestano spontaneamente nel professionista come conseguenza della conoscenza del trauma vissuto da una persona significativa, e dello stress connesso al tentativo di aiutarla. L’STS può evolvere ed intensificarsi fino a configurarsi, sul piano clinico, come un disturbo post traumatico da stress (STSD), che Figley (1995) definisce come una sindrome caratterizzata da una sintomatologia analoga a quella del PTSD. Ciò che distingue le due condizioni quindi non è la sintomatologia, ma l’esposizione traumatica: nel PTSD lo stress deriva dall’esposizione diretta al trauma, vissuto in prima persona dalla vittima; nel STSD, invece, deriva dall’esposizione indiretta, ovvero dalla conoscenza di un evento traumatico vissuto da una persona significativa (ad esempio un utente assistito). L’autore sostiene che la compassion fatigue coincida con il STSD, definendola come l’equivalente “secondario” del PTSD. A supporto di questa equivalenza, Figley (2013) nomina alcuni sintomi appartenenti ad entrambe le condizioni: tra questi per esempio lo sforzo di evitare attività, luoghi o persone che risvegliano il trauma vissuto dall’utenza, e una riduzione delle prospettive future che non è un semplice pessimismo, ma un sintomo traumatico specifico che Figley (2013) definisce come “sense of foreshortened future”, ovvero una percezione di futuro abbreviato.

Questo sintomo specifico si manifesta con un'estrema difficoltà a proiettarsi nel domani, portando il professionista a perdere la convinzione di poter raggiungere traguardi personali o professionali a lungo termine (per esempio non aspettarsi più di poter costruire una famiglia o una carriera). Alcuni studi hanno esaminato la CF nei medici e negli operatori della salute mentale: tra questi vi è lo studio svolto da Zeidner et al. (2013) nel quale sono stati somministrati dei test psicometrici (della durata di 60-80 minuti) a un campione di 182 professionisti, suddivisi tra 89 professionisti della salute mentale (psicologi clinici, assistenti sanitari e psichiatri) e 93 medici di diverse specialità, tutti con esperienza nell'assistenza a pazienti traumatizzati. I ricercatori non hanno riscontrato differenze significative nei livelli di compassion fatigue tra le due categorie. Questo studio dimostra quindi che la disciplina professionale non è un predittore significativo della CF. È opportuno sottolineare che gli operatori sanitari sono una categoria particolarmente vulnerabile al burnout e alla compassion fatigue. Uno studio di Shanafelt et al. (2025) che ha come obiettivo quello di analizzare l'andamento del benessere dei medici statunitensi nell'arco di 12 anni, ha seguito l'andamento del fenomeno raccogliendo dati ogni tre anni (dal 2011 al 2023), utilizzando strumenti standardizzati (come il Maslach Burnout Inventory) somministrati a un campione di 7643 medici e a un gruppo di controllo di 3501 lavoratori della popolazione generale. Lo studio indica che i medici hanno una probabilità di soffrire di burnout quasi doppia rispetto a professionisti di altri settori. Lo studio di Kabunga et al. (2024) invece, ha analizzato la diffusione della compassion fatigue tra gli operatori sanitari dell'Africa subsahariana attraverso una revisione di 11 ricerche condotte tra il 2012 e il 2023. La ricerca ha coinvolto complessivamente 2341 partecipanti tra cui medici, infermieri e studenti di infermieristica. Gli infermieri sono risultati i professionisti più colpiti dalla compassion fatigue con una percentuale di stress che raggiunge l'80%. Viene specificato inoltre che la causa è ricollegabile all'elevato carico emotivo e alla costante vicinanza alla sofferenza dei pazienti.

Al contrario di questi due fenomeni, la compassion satisfaction rappresenta i sentimenti positivi che derivano dalla capacità di aiutare l'altro all'interno della relazione e la gratificazione che si prova nel fornire un'assistenza competente. Essa include anche la soddisfazione per i rapporti con i colleghi e la consapevolezza del valore sociale del proprio operato (Stamm, 2010). In diversi casi, per esempio Kase et al. (2019) e Weintraub et al. (2016), è stato osservato che la compassion fatigue e la compassion satisfaction possono manifestarsi contemporaneamente e, in questo delicato equilibrio, la gratificazione professionale potrebbe attenuare gli effetti negativi della fatica, agendo come un vero e

proprio fattore protettivo. Svariati fattori sono stati studiati in relazione alla CF e, tra questi, l'esperienza traumatica personale del professionista d'aiuto risulta uno dei più fortemente associati a tale fenomeno. Lo studio svolto da Nelson-Gardell e Harris (2003), condotto su un campione di operatori dei servizi per il benessere dei minori, ad esempio ha dimostrato l'esistenza di una correlazione significativa tra una storia personale di maltrattamento infantile e un rischio più elevato di sviluppare compassion fatigue. Gli studiosi hanno utilizzato il Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ovvero uno strumento di autovalutazione sviluppato per fornire una misura affidabile e valida di un'ampia gamma di esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia (Bernstein et al., 1994). Tale strumento si compone di cinque sottoscale relative al trauma infantile, e tutte sono risultate significativamente associate a livelli più elevati di compassion fatigue. Thomas e Otis (2010) pongono invece l'accento sul ruolo cruciale della separazione emotiva, intesa come la capacità del professionista di differenziare il proprio stato emotivo da quello dell'utente. Secondo gli autori, i professionisti in grado di stabilire un confine chiaro tra la propria sfera emotiva e la sofferenza altrui sperimentano livelli significativamente inferiori di compassion fatigue. Viene inoltre evidenziato come coloro che presentano traumi irrisolti incontrino maggiori difficoltà nello stabilire tale confine, con il conseguente rischio di una "fusione" con la sofferenza dell'altro. Anche Smith (2017), fondatrice del Compassion Fatigue Awareness Project, sottolinea l'importanza per il professionista di stabilire confini adeguati al fine di tutelare il proprio benessere. Anche l'autrice riconduce tale necessità all'esperienza infantile, sostenendo che, qualora il professionista non tuteli il proprio benessere attraverso la definizione di confini appropriati, egli rischia di andare incontro ad un'esplosione emotiva. Tale esplosione deriverebbe dal fatto che, durante l'infanzia, il professionista non ha appreso strategie di coping efficaci e funzionali, ma piuttosto ha imparato a reprimere traumi, sofferenze e dolore pur di proseguire con la propria vita.

1.4 Traumatizzazione vicaria

La traumatizzazione vicaria (TV) è un fenomeno concettualmente collegato allo STS e alla CF (Jenkins & Baird, 2002). Come sottolineato da Nimmo e Huggard (2013), tali termini sono spesso utilizzati come sinonimi in modo interscambiabile, oppure ricondotti alla categoria più ampia di "stress basato sull'empatia", la quale descrive l'insieme dei sintomi legati al trauma riscontrabili nei professionisti d'aiuto (Rauvola et al., 2019). Molnar et al. (2017), nell'ambito della loro ricerca sulla traumatizzazione vicaria, evidenziano come la mancanza di chiarezza concettuale tra questi tre costrutti costituisca un ostacolo significativo

sia per quanto riguarda la misurazione del fenomeno, sia per lo sviluppo di strumenti diagnostici mirati. Gli autori suggeriscono quindi di lavorare a una distinzione più precisa di tali concetti, in modo da poter costruire strumenti di valutazione capaci di cogliere meglio le differenze tra i vari quadri sintomatologici.

Il termine “trauma vicario” è stato utilizzato per la prima volta da McCann e Pearlman (1990) per descrivere le ripercussioni psicologiche subite dai terapeuti nel momento in cui ascoltano le descrizioni degli eventi traumatici subiti dai loro pazienti. Successivamente Pearlman e Saakvitne (1995) definiscono la traumatizzazione vicaria come un cambiamento degli schemi cognitivi dovuto a un costante impegno empatico con persone traumatizzate. L'esposizione indiretta al trauma quindi modifica gli schemi cognitivi e le credenze dei professionisti d'aiuto riguardo a sé stessi, agli altri e al mondo (Pearlman & Saakvitne, 1995; Cohen & Collens, 2013; Moulden & Firestone, 2007). Un esempio di traumatizzazione vicaria potrebbe essere un'operatrice di un centro antiviolenza che, aiutando regolarmente donne vittime di violenza da parte dei loro partner, arriverebbe a credere che tutti gli uomini diventino violenti. Tale convinzione non rappresenterebbe un'opinione personale e soggettiva, ma l'esito di un cambiamento radicale nel modo di vedere il mondo che porterebbe all'alterazione della capacità dell'operatrice di dare fiducia, in questo caso, agli uomini (Molnar et al., 2017). In poche parole, mentre la traumatizzazione vicaria si riferisce a un processo di cambiamento cognitivo, i costrutti dello STS e della CF pongono maggiore enfasi sui sintomi manifesti, i quali, come già accennato in precedenza, sono simili all'intera gamma dei sintomi del PTSD (Figley, 1995).

Sono diversi i fattori personali e professionali che possono predisporre un professionista allo sviluppo della traumatizzazione vicaria. Secondo Ravi et al. (2021) alcuni esempi di fattori personali che aumentano il rischio di TV sono i seguenti: una storia personale di trauma (Lerias & Byrne, 2003), comportamenti di coping disfunzionali (Rauvola et al., 2019) e la mancanza di supporto sociale. A questo proposito è opportuno sottolineare che Brugman et al. (2022) nel loro studio hanno modellato la mancanza di supporto sociale come una possibile conseguenza della traumatizzazione vicaria, piuttosto che come un suo antecedente. Gli stessi autori tuttavia sottolineano che, data la natura correlazionale dei dati raccolti, non è possibile escludere la direzione causale opposta, secondo la quale sarebbe proprio la mancanza di supporto sociale a favorire l'insorgenza della traumatizzazione vicaria. Sempre secondo Ravi et al. (2021), alcune criticità legate al contesto lavorativo e professionale possono contribuire

ad amplificare gli effetti dannosi del trauma vicario. Tra queste rientrano episodi di bullismo e molestie sul posto di lavoro, ritmi di lavoro troppo intensi (Nickum & Desrumaux, 2023), una percentuale più alta di utenti con PTSD e livelli più alti di lavoro diretto con il trauma (Pellegrini et al., 2022). La ricerca identifica una vasta gamma di sintomi post-traumatici che possono determinare la presenza di traumatizzazione vicaria. I principali sono i seguenti: depressione, tristezza, ansia, manifestazioni somatiche (mal di testa, nausea e alterazioni del sonno), pensieri intrusivi, evitamento, intorpidimento emotivo, inondazione emotiva (essere sopraffatti dalle emozioni), maggiore sensazione di vulnerabilità personale e diffidenza (Pearlman & Mac Ian, 1995; Neumann & Gamble, 1995; Steed & Downing, 1998).

Al contrario la crescita post-traumatica consiste nell'insieme di conseguenze positive di natura cognitiva, emotiva, interpersonale e spirituale che una persona può sperimentare in seguito a un evento traumatico (Tedeschi & Calhoun, 2004). In letteratura la relazione tra trauma e crescita post traumatica è stata interpretata secondo diverse prospettive: Aldwin e Levenson (2004) sostengono che la direzione del cambiamento dipenda dalla natura dell'evento e dalle risorse dell'individuo al momento del trauma; pertanto le conseguenze negative e positive dovrebbero essere considerate come fenomeni distinti. Al contrario Tedeschi e Calhoun (1995) ritengono che sofferenza e crescita possano essere vissute simultaneamente, o che la seconda possa essere vissuta come conseguenza della prima. Alcuni studi, tra i quali quelli di Zięba et al. (2019) e Kjellenberg et al. (2014), confermano tale coesistenza, mostrando come la crescita post-traumatica si sviluppi spesso come risposta adattiva a una sofferenza prolungata. Ramos e Leal (2013) individuano inoltre diversi fattori predittivi della crescita post-traumatica, tra cui i tratti di personalità, caratteristiche ambientali, strategie di coping, il supporto sociale e la spiritualità. Nello specifico la crescita si manifesta in cinque ambiti principali: forza personale, nuove possibilità, relazioni umane, apprezzamento per la vita e spiritualità (Tedeschi & Calhoun, 1995). Con l'espandersi della ricerca sulla crescita post-traumatica, l'attenzione si è progressivamente rivolta a chi esperisce il trauma in modo vicario, come appunto i professionisti d'aiuto. La ricerca sulla crescita post-traumatica vicaria (VPTG), sebbene ancora limitata, evidenzia che anche l'ascolto di narrazioni traumatiche altrui può indurre una crescita significativa, analoga a quella di chi vive un trauma direttamente. Arnold et al. (2005) in una ricerca su 21 psicoterapeuti hanno riscontrato cambiamenti positivi nei medesimi ambiti sopra descritti. I professionisti che lavorano con sopravvissuti al trauma possono quindi sperimentare evoluzioni nella percezione di sé, nelle relazioni e nella visione della vita (Tedeschi &

Calhoun, 1995), oltre a una maggiore sensibilità e compassione (Arnold et al., 2005). Infine, la crescita può riguardare specificamente l'identità professionale, traducendosi in una maggiore soddisfazione lavorativa e in un accresciuto senso di autoefficacia (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011).

In sintesi la traumatizzazione vicaria si configura come un fenomeno che, nonostante l'inevitabile impatto trasformativo sulle credenze e sulla visione del mondo del professionista, può sfociare in una crescita post-traumatica vicaria qualora il professionista sia supportato nel trasformare tale impatto in una nuova consapevolezza e maturità personale e professionale.

Da quanto emerso in questo capitolo, i contesti organizzativi propri delle professioni d'aiuto generano facilmente tensioni, vissuti di frustrazione e forme di logoramento che, se non accolti e rielaborati in adeguati spazi di pensiero, possono sfociare in burnout, compassion fatigue e traumatizzazione vicaria. Di fronte ad un'esposizione prolungata a situazioni stressanti, qualsiasi professionista può incontrare difficoltà e ricorrere a modalità difensive poco riflessive, con un impatto negativo sulla relazione con l'utenza e sulla pratica professionale. È quindi necessario che nelle organizzazioni si diffondano professionisti capaci di riflettere sulle proprie pratiche, obiettivo che tuttavia non è sempre semplice da raggiungere. Per questo motivo risulta importante promuovere e incrementare le pratiche di supervisione, in quanto strumento utile a tutelare il benessere dei professionisti e a favorire una maggiore qualità dei servizi offerti all'utenza (Henderson et al., 2024).

Il secondo capitolo sarà dedicato proprio alla supervisione, di cui verranno approfondite le caratteristiche principali, le funzioni e i modelli teorici di riferimento.

Capitolo 2: la supervisione

2.1 Definire la supervisione: il ruolo del supervisore e le diverse tipologie di domande utilizzate

Se il termine “vision” rimanda al concetto del vedere, la parola “supervision” può essere interpretata secondo una duplice accezione: da un lato, richiamando l’idea di “vedere dall’alto”, essa può essere intesa come un’attività di controllo, ovvero il tenere sotto osservazione l’operato di una persona; dall’altro, valorizzando il prefisso “super” nel suo significato di eccellente o straordinario, essa può essere intesa come un processo volto ad accompagnare l’individuo nello sviluppo delle proprie competenze e conoscenze professionali (Halpern & McKimm, 2009). Il termine supervisione è complesso e assume significati differenti in base al contesto di riferimento. Nell’ambito delle professioni d’aiuto, che rappresentano l’oggetto di interesse del presente elaborato, esso indica la relazione tra il professionista e il proprio supervisore, figura che può eventualmente coincidere anche con il suo responsabile diretto. La supervisione ha lo scopo di garantire che l’utente sia “presente” all’incontro affinché le problematiche emerse nel lavoro con quest’ultimo possano essere discusse, approfondite, elaborate e adeguatamente gestite (Westergaard, 2013).

Hawkins e Shohet (2012) definiscono la supervisione come segue: “la supervisione è un’impresa condivisa in cui un professionista, con l’aiuto di un supervisore, presta attenzione ai propri clienti, a sé stesso/a in quanto parte della relazione cliente-professionista e al più ampio contesto sistemico, e così facendo migliora la qualità del proprio lavoro, trasforma le relazioni con i clienti, sviluppa continuamente sé stesso/a, la propria pratica e la professione nel suo complesso” (p. 60). Un’ulteriore definizione di supervisione è quella di Inskipp e Proctor (1994) che definiscono la supervisione come un’alleanza professionale tra un supervisore e un professionista, all’interno della quale quest’ultimo ha la possibilità di presentare un resoconto o una registrazione del proprio lavoro, di riflettere criticamente su di esso, di ricevere feedback e, ove opportuno, guida. Tale alleanza è finalizzata a consentire al professionista di sviluppare la propria competenza etica, creatività e fiducia, al fine di garantire ai propri utenti il miglior servizio possibile. Kadushin e Harkness (2002) definiscono la supervisione come uno “sgabello a tre gambe” che poggia su tre funzioni essenziali, ciascuna caratterizzata da un problema e un obiettivo specifici:

- Funzione gestionale (amministrativa): rappresenta l’aspetto organizzativo-gestionale del ruolo del supervisore. Il suo scopo principale è garantire che il lavoro del professionista

d'aiuto si svolga in modo coerente con le politiche, le procedure e gli obiettivi dell'organizzazione in cui opera. In quest'ottica il supervisore agisce come un anello della catena amministrativa dell'organizzazione: è la figura che ha un contatto diretto con il professionista, pur rispondendo a sua volta a livelli gerarchici superiori. Il suo compito non è quindi solo quello di seguire il singolo caso, ma anche di assicurare che il lavoro complessivo dell'équipe sia coordinato ed efficace. Alcuni esempi di attività che rientrano in questa funzione sono: la selezione e l'inserimento di nuovi professionisti, il coordinamento tra i membri dell'équipe e la comunicazione tra i vari livelli dell'organizzazione. Questa funzione affronta principalmente la questione di come implementare in modo corretto ed efficace le politiche e le procedure dell'organizzazione, ponendosi come obiettivo quello di assicurarne il rispetto.

- Funzione formativa (educativa): il suo obiettivo è insegnare al professionista ciò che è necessario sapere per svolgere il proprio lavoro e aiutarlo ad apprenderlo concretamente. In altre parole si tratta di un accompagnamento all'apprendimento che parte dall'analisi dell'interazione tra il professionista e l'utente, con lo scopo di sviluppare conoscenze, competenze e atteggiamenti utili alla pratica professionale. È utile distinguere questa funzione da altre forme di formazione presenti nelle organizzazioni. Gli autori distinguono infatti tre concetti: lo staff development, ovvero l'insieme di tutte le attività che un'organizzazione mette in atto per accrescere le competenze del personale (corsi, seminari, workshop); la formazione in servizio (in-service training), che consiste in percorsi formativi pianificati e rivolti in modo generico a un gruppo di professionisti con lo stesso ruolo; infine la supervisione educativa, che si differenzia dalle prime due perché è individualizzata e riferita al lavoro specifico del singolo professionista. Il problema principale che questa funzione affronta è la mancanza di conoscenze, competenze o atteggiamenti adeguati; l'obiettivo è colmare queste lacune e migliorare le competenze del professionista.

- Funzione di supporto: mentre nella funzione amministrativa il supervisore agisce come un gestore e in quella educativa come un formatore, nella funzione di supporto egli assume piuttosto il ruolo di una figura che aiuta il professionista ad affrontare lo stress legato al proprio lavoro. Come visto nel capitolo precedente, i professionisti d'aiuto si confrontano costantemente con diverse forme di stress lavorativo. Se non vi è un sostegno adeguato a gestire queste difficoltà il lavoro rischia di risentirne con conseguenze negative anche sull'efficacia del servizio offerto all'utente. Il compito del supervisore è quindi quello di

aiutare il professionista ad affrontare e gestire queste tensioni emotive. La funzione di supporto si confronta con il calo di morale e di soddisfazione lavorativa che il professionista può sperimentare nello svolgimento del proprio lavoro; l'obiettivo che persegue è di conseguenza quello di sostenerli e rafforzarli.

Il ruolo del supervisore consiste nell'aiutare i professionisti supervisionati a rispettare le regole professionali, legali ed etiche della propria pratica, nel sostenerli nello sviluppo di competenze, conoscenze e strategie utili al lavoro con l'utenza e nel supportarli di fronte all'impatto emotivo e psicologico che questo lavoro comporta (Westergaard, 2013).

Winnicott (2018), pediatra e psicanalista, introduce il concetto di "good enough mother" che, secondo gli autori Hawkins e Shohet (2012), offre un'analogia molto utile per quanto riguarda la supervisione: con questa espressione si fa riferimento a una madre che non interpreta come attacco personale se il bambino le lancia indietro il cibo, e non sprofonda nei sensi di colpa, ma comprende che il piccolo sta sperimentando l'incapacità temporanea di affrontare il mondo esterno. Da questa osservazione si deduce che è complesso per la madre sentirsi "buona abbastanza" se lei stessa non è sostenuta a sua volta da un altro adulto. Da ciò si evidenzia la triade di accudimento (bambino, madre, adulto di supporto) e che il bambino può essere sostenuto anche nel momento in cui ha bisogno di esprimere negatività. Tale dinamica è particolarmente pertinente al contesto delle professioni d'aiuto, dove il professionista si trova quotidianamente esposto al disagio dell'utente, in una posizione analoga a quella della madre che riceve indietro il cibo lanciato dal bambino. Come una madre, il professionista d'aiuto "sufficientemente buono" ha la possibilità di sopravvivere agli attacchi negativi dell'utente grazie al sostegno all'interno di una relazione di supervisione. Come illustrato nel capitolo precedente, capita spesso che professionisti competenti vengano assaliti da dubbi sulle proprie capacità a causa del disagio che assorbono dagli utenti. Il ruolo del supervisore quindi non si limita alla rassicurazione, ma permette che il turbamento emotivo sia vissuto all'interno del contesto sicuro della supervisione, dove può divenire oggetto di comprensione e di apprendimento. La supervisione fornisce così un contenitore che sostiene il lavoro all'interno della triade dell'aiuto (utente, professionista, supervisore) (Hawkins & Shohet, 2012).

La supervisione si configura come una pratica distinta rispetto all'intervento diretto con gli utenti, in quanto richiede strutture di pensiero differenti e l'acquisizione di competenze specifiche. È una pratica esplorativa, consultiva e soprattutto non giudicante. È una relazione

definita e finalizzata con compiti e responsabilità precise, ma nonostante la sua meticolosa struttura, risulta essere più efficace quando entrambe le parti sono rilassate, provano piacere nello stare insieme e si sentono libere di essere pienamente sé stesse anche quando si tratta di esprimere questioni imbarazzanti o complicate. Per fare un esempio, lo studio di Mehr et al. (2010) condotto su 204 tirocinanti supervisionati, ha dimostrato che un livello più elevato di ansia nei supervisionati era associato a una minore disponibilità complessiva a rivelare informazioni al supervisore; una percezione più positiva dell'alleanza supervisiva da parte dei tirocinanti invece era associata a una maggiore disponibilità a condividere informazioni con il supervisore. La supervisione è quindi una metodologia progettata per favorire e sostenere la pratica riflessiva e, in circostanze ideali, è un luogo in cui sciogliere nodi di pensiero ed emozioni aggrovigliate (Henderson et al., 2014; 2024).

Il modello dell'intervista interventiva, elaborato originariamente da Tomm (1988) in ambito terapeutico e successivamente ampliato da Hornstrup et al. (2008), offre una cornice concettuale utile per analizzare le domande poste dal supervisore nel corso di una sessione di supervisione. Gli stessi autori indicano infatti esplicitamente che il modello ampliato è pensato per essere applicabile alla supervisione, riconoscendole così un ruolo tra le pratiche orientate allo sviluppo e all'apprendimento a cui il modello si rivolge. Il punto di partenza teorico condiviso da entrambi i lavori è che ogni domanda posta dal conduttore della conversazione (sia esso terapeuta o supervisore) costituisce già di per sé un intervento: non esiste un modo "neutro" di interagire che non produca effetti sul sistema con cui si interagisce. Questo principio è centrale per pensare la supervisione non come semplice raccolta di informazioni sul caso portato dal professionista, ma come un processo in cui le domande stesse orientano ciò che il professionista può vedere, dire e pensare. Come sottolineato nel modello originale, ogni domanda "illumina" alcuni aspetti della situazione e lascia altri nell'ombra: la scelta delle domande da parte del supervisore determina quindi, in buona parte, la direzione che la riflessione del professionista potrà prendere.

Il modello originale di Tomm (1988) incrocia due dimensioni: la prima riguarda l'intenzione del conduttore, che può essere orientativa (finalizzata a capire meglio la situazione di chi si ha di fronte) oppure influenzante (finalizzata a provocare un cambiamento in chi risponde); la seconda dimensione riguarda le assunzioni sottostanti sulla natura dei fenomeni in gioco, che possono essere lineari (focalizzate su causa-effetto, colpa, diagnosi) oppure circolari (focalizzate su relazioni, connessioni, reciprocità e possibilità).

Dall'incrocio di queste due dimensioni derivano quattro tipologie di domande: le domande lineari, di natura investigativa, servono ad orientare il conduttore sulla situazione del proprio interlocutore; le domande strategiche hanno un intento correttivo e mirano a influenzare direttamente il comportamento dell'interlocutore; le domande circolari che esplorano le connessioni relazionali; le domande riflessive, infine, mirano a facilitare l'autonomia stimolando l'interlocutore a riflettere sulle proprie premesse. Secondo il modello dell'intervista interventiva non è la struttura sintattica della domanda a determinarne il tipo, ma l'intenzione e le assunzioni con cui viene posta: le stesse identiche parole possono costituire una domanda lineare, circolare, strategica o riflessiva secondo il motivo per cui il conduttore le formula in quel momento. Questo invita chi conduce l'incontro a un lavoro di consapevolezza sulle proprie intenzioni, più che sulla sola formulazione verbale delle domande. Sebbene quello di Tomm (1988) sia un modello prevalentemente teorico, la sua ipotesi centrale, ovvero che le domande circolari e riflessive costruiscano un'alleanza più forte rispetto alle domande lineari e strategiche, è stata verificata empiricamente in ambito terapeutico. Lo studio di Dozier et al. (1998), che ha coinvolto 40 triadi familiari (madre, padre, figlio) reclutate in ambito scolastico, è un esempio: le famiglie sono state esposte in modo casuale a uno dei quattro stili di domande attraverso la visione di scenari videoregistrati in cui degli attori interpretavano i ruoli di terapeuta e famiglia. Questo studio ha dimostrato che domande riflessive e circolari generano livelli di alleanza terapeutica significativamente più alti, mentre se le domande strategiche vengono usate eccessivamente possono spingere il terapeuta in una posizione di contrapposizione rispetto alla famiglia. È necessario però ribadire che questo studio riguarda l'alleanza terapeutica e non quella supervisiva.

Il modello di Tomm (1988) è stato ampliato per due motivi principali: da un lato Hornstrup et al. (2008) hanno voluto rendere le etichette delle domande più coerenti con la pratica della supervisione, per facilitarne l'insegnamento. Dall'altro, gli autori hanno voluto collocare l'intero modello dentro una cornice pienamente costruzionista: se ogni comunicazione umana è per natura relazionale e circolare, non ha più senso distinguere alcune domande come lineari e altre come circolari sulla base delle assunzioni sottostanti, poiché tutte fanno comunque parte di un flusso circolare di domanda-risposta tra il supervisore e il professionista supervisionato. Inoltre, come accennato in precedenza, viene sottolineato che qualsiasi cosa il supervisore dica costituisce un potenziale intervento, e che quindi nessuna domanda può essere esclusa a priori come "meno valida": sono tutte potenzialmente utili.

Per questo motivo il modello è stato modificato in due punti precisi: l'asse delle assunzioni (lineare/circolare) viene eliminato del tutto. Al suo posto, l'asse orizzontale diventa una linea temporale che unisce il passato (l'esplorazione delle esperienze già vissute) al futuro (l'esplorazione delle possibilità ancora da realizzare). L'asse verticale definisce invece l'intento con cui una domanda viene posta: un intento di chiarificazione (orientato a raccogliere e coordinare gli elementi della situazione portata dal professionista) oppure un intervento di costruzione (orientato a generare attivamente nuovi significati). Questo cambiamento è particolarmente rilevante nel contesto della supervisione. Non ha più senso chiedersi se una domanda sia "giusta" in generale, ma diventa centrale valutare se essa risulti utile all'interno di quella specifica sessione con quello specifico professionista. Ciò che conta davvero è l'uso consapevole e riflessivo che il supervisore fa di ogni singolo momento dell'incontro con il professionista. Si tratta di un principio di riflessività che il supervisore applica in primo luogo a sé stesso, osservando in tempo reale l'impatto delle proprie domande nel corso dell'incontro. La nuova dimensione temporale in particolare si rivela molto pertinente: il lavoro di supervisione alterna infatti momenti di ricostruzione di quanto già accaduto (il caso portato dal professionista) a momenti di apertura verso possibili linee di azioni future.

Nel modello di Hornstrup et al. (2008) le quattro domande che derivano dall'intersezione dei nuovi assi sono le seguenti. Le domande di chiarificazione della situazione (ex domande lineari) aiutano supervisore e professionista a costruire una comprensione comune del focus dell'incontro: in poche parole servono a mappare i fatti passati e presenti e a creare un terreno comune di comprensione (esempi: "qual è il focus del nostro incontro di oggi?", "quali sono le sue preoccupazioni?", "cos'è successo fino ad ora?"). Le domande su prospettive aggiuntive (ex domande circolari) invitano invece il professionista a considerare punti di vista diversi dal proprio: in questo modo voci non ancora ascoltate vengono invitate ad arricchire il passato (esempi: "in che modo altre persone hanno visto questa situazione?", "quali potrebbero essere le differenze e le somiglianze tra i diversi punti di vista?"). Le domande generative di possibilità (ex domande di riflessione) sono orientate al futuro e mirano a generare nuove idee e opportunità: servono infatti a far emergere sogni, obiettivi e nuove direzioni. (esempi: "qual è il suo sogno rispetto a questo tema?", "se lo chiedessi alle persone attorno a lei, cosa spererebbero che lei facesse in futuro?"). Infine le domande di chiarificazione delle iniziative (ex domande strategiche) servono a far emergere e definire possibili iniziative nate dalla riflessione condotta durante l'incontro, avendo cura di lasciare

aperte diverse strade possibili invece di spingere prematuramente verso un'unica linea d'azione (esempi: “quali iniziative sta pianificando nel breve termine?”; “quali altre iniziative ha considerato?”, “cosa sembra frenarla dal prendere alcune iniziative?”).

Il nuovo modello proposto da Hornstrup et al. (2008) non si concentra solo sul problema concreto, ma opera su tre livelli circolari che permettono al supervisore di cambiare la “messa a fuoco” durante l'incontro. I tre livelli sono i seguenti:

- Livello della situazione (caso concreto): è il punto di partenza dove si analizzano i fatti. Qui le domande servono a costruire una base comune di comprensione tra supervisore e professionista, esplorando cosa è accaduto e invitando a considerare come altre persone coinvolte potrebbero aver visto lo stesso evento.

- Livello del contesto (l'organizzazione): in questo livello l'attenzione si allarga all'ambiente in cui il professionista lavora. Le domande aiutano a capire come le regole del servizio, la cultura aziendale o i valori etici influenzino il problema, permettendo di vedere la situazione come parte di un sistema più grande.

- Meta-livello (la conversazione di supervisione): è il livello più profondo e riguarda la riflessione su ciò che sta accadendo proprio in quel momento tra supervisore e professionista. Queste domande (come: “le mie domande la stanno aiutando?”) servono al supervisore per verificare l'andamento dell'incontro e per mantenere un atteggiamento di curiosità. Questo evita che il supervisore scivoli nel ruolo di chi dà consigli affrettati favorendo invece l'autonomia di chi viene supervisionato.

Muovendosi tra questi livelli il supervisore abbandona il ruolo di “esperto” che dispensa soluzioni dall'alto e diviene un facilitatore che aiuta il professionista supervisionato ad ampliare il proprio sguardo e a co-costruire nuove possibilità d'azione.

2.2 I diversi modelli di supervisione associati a differenti orientamenti psicologici

La supervisione ha una propria teoria e una propria pratica. I modelli di supervisione servono a dare un punto di riferimento e una struttura al lavoro del supervisore, aiutando a capire meglio le difficoltà che si incontrano più spesso. Un modello può indicare per esempio quali comportamenti sono più adatti in un certo momento con un determinato professionista supervisionato, oppure può stabilire quali compiti o funzioni il supervisore deve svolgere per fornire una supervisione adeguata ed efficace. Esistono diversi modelli e ne emergono nuovi in continuazione. I supervisori potrebbero essere formati in un modello specifico, oppure

potrebbero essere incoraggiati ad esaminare quelli esistenti e a svilupparne uno proprio. Qualunque sia il percorso scelto, l'importante è che il supervisore comprenda il modello che sta utilizzando e perché (Fleming & Steen, 2004). Fleming e Steen (2004) affermano che è possibile suddividere i modelli di supervisione in due macrocategorie: quelli fondati sulle teorie della psicoterapia e quelli sviluppati specificamente per la supervisione (modelli evolutivi). Per quanto riguarda i modelli differenziati in base alle teorie, ci sono prove (per esempio: Putney et al., 1992; Kennard et al., 1987) che la congruenza dell'orientamento teorico tra supervisore e professionista supervisionato migliora l'alleanza di supervisione. Tuttavia su questo tema sussiste una divergenza di opinioni tra gli esperti in quanto alcuni di loro sostengono che la congruenza teorica è essenziale (come appunto Putney et al., 1992) altri invece credono nel valore della diversità (per esempio Bernard, 1979). Alcuni autori (Haley, 1976; Leddick e Bernard, 1980; Liddle e Saba, 1982) hanno sostenuto che la terapia e la supervisione sono isomorfe in quanto somiglianti in numerosi aspetti. Queste sostanziali somiglianze forniscono il fondamento per l'adattamento delle teorie terapeutiche come modelli di supervisione. Storm e Heath (1985) per esempio sostengono che il rapporto tra supervisore e professionista supervisionato è molto simile alla relazione che si instaura fra terapeuta e paziente, in quanto in entrambe le situazioni una persona cerca aiuto da qualcuno che riconosce come esperto. Sia il paziente che il professionista supervisionato si aspettano di ricavare qualcosa dalla relazione: il primo spera di trovare modi per risolvere i problemi e migliorare la propria vita, il secondo ha il desiderio di scovare modalità per intervenire in casi difficili e migliorare la propria capacità di aiuto. Dato questo isomorfismo, secondo gli autori stessi, i costrutti teorici della terapia possono appunto essere utilizzati come modelli di supervisione. È importante però specificare che essi non devono corrispondere esattamente ai fenomeni che rappresentano ed è sufficiente che la loro corrispondenza sia approssimativa (Ashby, 1970).

2.2.1 I modelli teorici di supervisione

Di seguito saranno elencati una serie di modelli teorici di base della supervisione che trovano un riscontro generalmente unanime nella letteratura scientifica.

Modelli psicodinamici: la supervisione occupa un ruolo di primo piano nella formazione psicanalitica e psicodinamica fin dalle origini di queste discipline (Norberg et al., 2016). A formalizzarla è Max Eitingon nei primi anni '20 presso l'Istituto Psicanalitico di Berlino. Secondo Watkins (2013), Eitingon non ha mai scritto formalmente sulla supervisione, ma il

suo lavoro pionieristico in questo ambito continua a farsi sentire nella pratica supervisiva contemporanea. Piuttosto che attraverso un testo teorico, Eitingon ha formalizzato la supervisione istituzionalmente; sotto la sua guida la formazione degli psicoanalisti viene strutturata per la prima volta attorno a tre componenti fondamentali, ovvero seminari/didattica, l'analisi personale di formazione e il lavoro pratico supervisionato (definito allora "analisi di controllo"). L'autore afferma che questo modello tripartito, noto in letteratura come modello di Berlino, modello Eitingon o modello Eitingon-Freud, è considerato la base di tutti i modelli successivi di formazione psicoanalitica. È tramite questa istituzionalizzazione, piuttosto che tramite una trattazione scritta, che la supervisione entra a far parte integrante e permanente della formazione dello psicanalista. Secondo Norberg et al. (2016), nel panorama psicanalitico la supervisione è stata storicamente attraversata da un dibattito di lunga data che contrappone due orientamenti fondamentali: la supervisione "centrata sull'utente", focalizzata sulla comprensione dell'utente da parte del professionista supervisionato e sulle problematiche tecniche dell'incontro, e la supervisione "centrata sul professionista", che si concentra invece sulle reazioni emotive del professionista e sul controtransfert. La prima richiede che il supervisore utilizzi le proprie competenze pedagogiche, mentre la seconda esige che egli impieghi le competenze cliniche e che tratti il professionista supervisionato come un paziente. Questi approcci sono stati definiti da Cabaniss et al. (2001) con la distinzione "insegnare o trattare". Oggi alcuni autori, tra i quali Cabaniss et al. (2001), tendono a sconsigliare la supervisione centrata sul professionista. Secondo Watkins (2015) oggi la relazione di supervisione è più paritaria e i supervisori non patologizzano più i propri supervisionati come accadeva in passato. Il concetto di "alleanza" nella supervisione è emerso a metà degli anni '60 (Fleming & Benedek, 1966) e, nella supervisione psicodinamica contemporanea, i termini alleanza di apprendimento, alleanza supervisiva e alleanza di lavoro sono considerati costrutti fondamentali, capaci di determinare il successo o il fallimento della pratica di supervisione (Watkins, 2013). Le autrici Frawley-O'Dea e Sarnat (2001) pongono esplicitamente la qualità della relazione tra supervisore e professionista supervisionato al centro della supervisione stessa. In questa prospettiva l'obiettivo del supervisore è creare un ambiente in cui il professionista supervisionato si senta al sicuro per poter parlare delle proprie esperienze (Sarnat, 2016). Frawley-O'Dea (2003) critica i supervisori che si focalizzano solo sul contenuto e non sul processo (ovvero la relazione supervisorica stessa, vissuta insieme e co-costruita). L'autrice sottolinea quindi l'importanza di privilegiare il secondo rispetto al primo e che in un modello di supervisione

relazionale l'autorità del supervisore non è mai fissa o data per scontata, ma si costruisce e si rinegozia continuamente insieme al professionista supervisionato. L'autrice specifica che anche se la relazione è più democratica rispetto al passato, questo non significa che essa sia caratterizzata da simmetria: la differenza di ruolo tra la figura del supervisore e del supervisionato è un'asimmetria utile e necessaria, non un difetto da eliminare, ed è un qualcosa di inevitabile. Nonostante questa asimmetria di ruolo il supervisore assume il ruolo di partecipante-osservatore, piuttosto che quello di esperto oggettivo ed imparziale, per diventare partecipante attivo del processo e ciò crea un nuovo contesto relazionale per la supervisione, mantenendo la distinzione insegnare-trattare meno problematica e conflittuale (Sarnat, 1992).

Modelli cognitivo-comportamentali: Knoff (1986) propone alcune assunzioni di fondo che sottendono un orientamento comportamentale alla supervisione, come ad esempio l'idea che le modalità di erogazione del servizio possano essere chiaramente identificate e osservate, e che sia possibile stralciare un legame causa-effetto tra esse e la loro utilità ed efficacia nei confronti del professionista preso in carico. Altre di queste assunzioni riguardano il fatto che le competenze professionali possano essere valutate empiricamente e che gli interventi comportamentali possano aumentare, diminuire e contribuire allo sviluppo di nuovi comportamenti. Secondo l'autore tutti questi principi si caratterizzano per la loro replicabilità, ovvero possono essere applicati in contesti e ambienti differenti. Nell'ambito di questo modello il supervisore deve essere in grado di assistere il supervisionato nell'analizzare funzionalmente i problemi dell'utente assistito, nell'applicare i principi comportamentali a tali problematiche e nel fornire una giustificazione teoricamente fondata su come si affronterà la situazione (Follette & Callaghan, 1995). Secondo questo approccio, la struttura della sessione di supervisione è fissa, segue uno schema preciso e definito. Non a caso uno dei tratti distintivi della supervisione comportamentale è la specificazione degli interventi in termini operativi al fine di renderli replicabili (Kratowill et al., 1981).

Modello Sistemico: il modello dell'approccio sistemico alla supervisione (Systems Approach to Supervision o SAS) è stato progettato per fornire ai supervisori una mappa visiva che li guidi nel considerare in modo intenzionale e strategico i numerosi fattori che possono influenzare l'insegnamento e l'apprendimento. Rappresenta inoltre un contributo volto a facilitare la comprensione della supervisione attraverso la proposta di un linguaggio comune applicabile trasversalmente a supervisori di diversi orientamenti teorici e una

rappresentazione visiva dei concetti che ne esplicita i legami e le interconnessioni. A testimonianza dell'accessibilità del modello, il SAS è stato tradotto in quattro lingue (cinese, tedesco, ebraico e portoghese) ed è stato insegnato a supervisori e formatori in quattro continenti (Holloway, 2016). Al centro del modello sistemico si colloca la relazione di supervisione, il nucleo dinamico da cui si sviluppa l'intero processo. Attorno ad essa si articolano sei ulteriori dimensioni organizzate in tre coppie: al centro dello schema e più prossimi alla relazione si trovano il supervisore e il professionista supervisionato; nella parte inferiore si trovano i compiti di apprendimento del supervisionato e le strategie d'insegnamento del supervisore; nella parte superiore si trovano infine i due fattori contestuali, ovvero l'utente e l'istituzione, che influenzano sia la relazione sia il processo attraverso cui strategie e compiti vengono messi in atto. Tutte queste dimensioni non agiscono in modo isolato, ma fanno parte di un processo dinamico e circolare in cui si influenzano reciprocamente. Un aspetto fondamentale del modello sistemico è l'alleanza di apprendimento tra supervisore e supervisionato: l'obiettivo della supervisione non è la trasmissione passiva di conoscenze, ma il potenziamento del professionista supervisionato (ovvero empowerment, definito da Rappaport (1986) come un senso di autonomia che deriva dal sentirsi capaci di fare la differenza nel proprio mondo e in quello altrui) che deve acquisire nuove competenze e conoscenze necessarie a una pratica professionale adeguata, efficiente e indipendente. La supervisione quindi ha successo solo quando il supervisionato non rimane dipendente dal supervisore, ma sviluppa autonomia. Il raggiungimento dell'autonomia richiede al supervisore di bilanciare due esigenze: da un lato deve valorizzare le risorse professionali uniche del professionista consentendogli anche un margine di improvvisazione e di adattamento personale, dall'altro deve rispondere adeguatamente alle richieste della professione in termini di valutazione della competenza acquisita. Il SAS offre quindi un linguaggio comune, non un insieme di regole definite, e per questo è condivisibile da supervisori di differenti orientamenti teorici. Esso inoltre, permettendo di identificare i fattori più rilevanti in un determinato momento della supervisione, favorisce una riflessione continua sulla pratica stessa (Holloway, 1995; Holloway, 2016).

2.2.2 I modelli evolutivi di supervisione

A seguito dell'analisi dei modelli di supervisione fondati sull'orientamento teorico è possibile approfondire i modelli evolutivi (developmental models). I modelli evolutivi, diversamente da quelli teorici, offrono un supporto mirato ai professionisti supervisionati nelle diverse fasi dell'acquisizione di nuove competenze; si concentrano quindi sul processo di sviluppo

professionale del supervisionato (Barrett & Barber, 2005; Westefeld, 2009). Se una supervisione considera in modo olistico le necessità evolutive e cognitive del professionista supervisionato, il supervisore riesce a modulare il proprio intervento con maggiore consapevolezza. In questo caso il supervisore è più preparato nel capire quando introdurre determinate abilità, come rispondere all'ansia dei supervisionati e variare gli interventi per favorirne lo sviluppo. In poche parole è capace di adattare le proprie strategie in funzione della crescita e dello sviluppo di ciascuno di loro (Barrett & Barber, 2005). I modelli evolutivi favoriscono una relazione supervisiva caratterizzata da minore frustrazione e inoltre limitano l'insorgere di malintesi o aspettative distorte sull'operato del professionista (Stoltenberg & Delworth, 1987).

Il modello di sviluppo integrato (IDM) è uno specifico modello evolutivo ideato da Stoltenberg et al. (1998). Esso è ampiamente utilizzato e offre ai supervisori una struttura di riferimento per valutare e concettualizzare il livello di crescita e le competenze professionali dei professionisti supervisionati. Serve quindi a delineare il loro livello di sviluppo e i corrispondenti interventi di supervisione (Salvador, 2016). Per questi motivi risulta ideale per integrare strategie creative nella pratica della supervisione, che possono essere scelte dai supervisori in base alla corrispondenza con il livello del supervisionato e con i relativi interventi proposti dal modello. La ricerca (Anekstein et al., 2014; Edwards, 2010; Hundley & Casado-Kehoe, 2007; Neswald-McCalip et al., 2003) mostra un interesse crescente verso l'utilizzo della creatività nella supervisione in quanto si è rivelata efficace nello sviluppare intuizione e immaginazione nei supervisionati, promuovendo così la loro capacità di comprensione e concettualizzazione delle problematiche degli utenti (Lahad, 2000). Secondo Boie e Lopez (2011) l'IDM include quattro stadi attraversati dai professionisti supervisionati nel loro percorso di sviluppo e crescita: nel primo livello essi si affacciano alla supervisione privi di una solida formazione ed esperienza e per questo motivo è necessario un feedback più diretto da parte dei supervisori. Con il passaggio al secondo livello il supervisionato acquisisce una maggiore autonomia, riducendo la propria dipendenza dalla supervisione istruttiva e assumendo un ruolo più attivo nel proprio percorso di crescita. I supervisionati del terzo livello si concentrano maggiormente sulla qualità della relazione con l'utente, superando insicurezze personali e permettendo così un'esperienza di supervisione più ricca e significativa (Stoltenberg & McNeill, 2010). Il livello 3i (integrato) infine descrive i supervisionati come sicuri di loro stessi e come professionisti che operano con sicurezza e padronanza (Boie & Lopez, 2011). Nel contesto dell'IDM la crescita del professionista viene

valutata dai supervisori attraverso tre indicatori, ovvero la consapevolezza di sé e dell'altro, la motivazione e l'autonomia del professionista (Boie & Lopez, 2011). I professionisti supervisionati inoltre devono dimostrare competenza in otto domini professionali: abilità d'intervento, tecniche di assessment, valutazione delle dinamiche interpersonali, concettualizzazione dell'utente, differenze individuali, pianificazione del trattamento e definizione degli obiettivi, orientamento teorico di riferimento e deontologia professionale (Stoltenberg & McNeill, 2010). Sebbene l'IDM sia stato progettato pensando ai counselor la struttura dei domini di crescita può essere vantaggiosa per qualsiasi nuovo professionista d'aiuto, offrendo una chiara visione dei criteri secondo cui avverrà la valutazione. I supervisori hanno inoltre la possibilità di adattare questo modello in base alle esigenze specifiche della propria organizzazione o del proprio professionista supervisionato, e la sua flessibilità negli interventi ne consente l'applicazione in un'ampia gamma di contesti professionali (Shelton & Zazzarino, 2020).

2.3 Supervisione di gruppo e altervisione

Bernard e Goodyear (2019) definiscono la supervisione di gruppo come un incontro tra un gruppo di professionisti supervisionati e uno o più supervisori designati, finalizzato a monitorare la qualità del lavoro da loro svolto e a una comprensione più approfondita di sé stessi come professionisti, degli utenti seguiti e dell'erogazione dei servizi. Questi obiettivi vengono raggiunti grazie all'aiuto e al supporto del supervisore o dei supervisori e grazie al confronto e al feedback reciproco tra i membri del gruppo. La supervisione di gruppo riguarda un processo che coinvolge l'incontro di due o più di tre professionisti, distinguendosi in modo significativo dalla supervisione individuale. Se condotta adeguatamente può offrire diversi vantaggi e opportunità di crescita personale e professionale. Nonostante ciò essa presenta potenziali rischi e criticità che possono essere compresi e gestiti solo a partire da una solida conoscenza delle dinamiche di gruppo e da competenze specifiche nella facilitazione dei gruppi (Henderson et al., 2024). Henderson et al. (2024) sottolineano la necessità di una valutazione ampia e ponderata dei vantaggi e degli svantaggi che la supervisione di gruppo comporta. Essi individuano le seguenti motivazioni positive: in primo luogo i membri del gruppo hanno la possibilità di beneficiare di diversi punti di vista e feedback e ciò permette di approfondire la propria riflessione professionale; ci sono maggiori opportunità di confronto con la diversità e le differenze presenti all'interno del gruppo; si ha la possibilità di sperimentare un contesto di supporto reciproco che è capace di rafforzare il senso di appartenenza e la coesione tra i membri del gruppo; infine è

un'occasione di condivisione di reazioni intuitive e vissuti emotivi che permette una comprensione più profonda delle dinamiche tra professionisti e utenti. Gli autori individuano invece i seguenti potenziali rischi: rispetto ad una supervisione individuale, il tempo da dedicare ad ogni singolo supervisionato è per forza limitato; può essere difficile inoltre mantenere dei confini netti quando i membri del gruppo condividono la conoscenza del contesto lavorativo o degli utenti seguiti dai colleghi che partecipano alla stessa supervisione; un'ulteriore criticità riguarda la possibilità che dinamiche negative rimaste inesprese possano manifestarsi all'interno del gruppo generando un clima sgradevole e di disagio con possibili ripercussioni anche sulla pratica professionale. Nonostante la supervisione di gruppo sia una pratica ampiamente diffusa, la ricerca e la letteratura scientifica su questo tema sono ancora relativamente scarse. A volte si dà per scontato che un supervisore attento ai principi e alle pratiche di supervisione individuale sia sufficientemente preparato a condurre quella di gruppo. In realtà questo assunto implicito non permette di sfruttare le caratteristiche specifiche di questa modalità e talvolta comporta dei rischi per i professionisti supervisionati e di conseguenza per gli utenti con cui essi lavorano. Il fatto che nella supervisione di gruppo siano presenti più professionisti contemporaneamente fa sì che ogni aspetto del processo supervisivo (dalle dinamiche relazionali alla riservatezza, fino alle considerazioni multiculturali) risulti molto più complesso rispetto alla supervisione individuale (Riva & Smith, 2024). È però da sottolineare che negli ultimi anni c'è stata una crescente attenzione e interesse alle dinamiche interpersonali e di gruppo che si manifestano durante la supervisione di gruppo (per esempio Eubanks et al., 2021; Urmanche et al., 2021). Sansbury (1982) critica il modello di Loganbill et al. (1981) in quanto esclude la supervisione di gruppo e propone un proprio modello che prevede quattro attività caratteristiche della supervisione di gruppo: gli interventi didattici, le informazioni specifiche orientate al caso, l'attenzione alle risposte emotive dei supervisionati e l'elaborazione delle interazioni che si sviluppano all'interno del gruppo. Le prime tre attività in realtà possono riguardare qualsiasi modalità di supervisione, l'ultima invece è specifica della supervisione di gruppo.

I modelli di supervisione di gruppo possono essere divisi in due macrocategorie: i modelli strutturati e i modelli non strutturati. Di seguito verranno analizzati due esempi significativi, uno per ciascun approccio.

Wilbur et al. (1991) hanno elaborato il modello di supervisione di gruppo strutturata (SGS) con l'obiettivo di colmare la scarsità di ricerche e di indicazioni operative e pratiche sulla

supervisione di gruppo. In quanto modello strutturato l'SGS non si limita a fornire uno spazio di discussione, ma definisce con precisione le modalità di presentazione dei casi e le regole di interazione tra supervisionati e supervisore, incluse le modalità con cui il feedback deve essere restituito. Il modello prevede un processo che si articola in cinque fasi ed è pensato per aiutare i professionisti supervisionati a focalizzare i propri casi presentati durante la supervisione di gruppo. Ogni incontro di solito dura circa un'ora e si concentra su un unico caso.

- Prima fase: uno dei professionisti supervisionati formula una richiesta di aiuto e la presenta agli altri membri del gruppo.
- Seconda fase: è una fase di interrogazione e di identificazione del focus, durante la quale i membri del gruppo chiariscono la natura della richiesta e raccolgono informazioni necessarie per comprendere il problema presentato.
- Terza fase: i membri del gruppo restituiscono un feedback al professionista che ha presentato il proprio caso. Tale feedback viene formulato attraverso affermazioni in prima persona (per esempio: “se questo fosse l'utente con cui lavoro, io farei...”).
- Quarta fase: il membro protagonista dell'incontro risponde indicando se il feedback ricevuto gli è stato utile.
- Quinta fase: è opzionale e si tratta di un'elaborazione delle fasi precedenti.

Secondo Wilbur et al. (1991) questa struttura è pensata per favorire il coinvolgimento attivo e la partecipazione di tutti i membri del gruppo, evitando che la discussione si focalizzi solo su alcuni membri. Uno studio di Wilbur et al. (1994), della durata di 7 anni (1983-1990) condotto su 194 studenti di master in counseling, ha evidenziato che i professionisti supervisionati coinvolti in gruppi SGS hanno ottenuto miglioramenti significativi in termini di competenze e sviluppo personale rispetto ai supervisionati coinvolti in gruppi di supervisione non SGS. Gli autori hanno osservato che se i feedback vengono espressi in prima persona, invece che come valutazioni o giudizi diretti sull'operato del collega, chi li riceve appare meno esposto al giudizio e meno messo sulla difensiva. Ciò favorisce una maggiore apertura all'ascolto e al confronto con il supervisore e gli altri membri del gruppo (Wilbur et al., 1991; Wilbur et al., 1994).

Altfed (1999) ha sviluppato il modello di gruppo esperienziale (EGM), un modello non strutturato di supervisione di gruppo. Esso è di natura analitica e l'autore afferma che "il modello è fortemente esperienziale e prevede l'utilizzo delle interazioni tra i membri del gruppo di supervisione come matrice da cui la supervisione stessa ha origine" (p. 237). Altfed (1999) inoltre critica i modelli basati sulla presentazione di casi, sostenendo che possono far emergere diversi problemi, tra cui possibili reazioni di vergogna e senso di colpa nei professionisti che presentano il caso a causa dell'esposizione a eventuali risposte critiche. Egli afferma che la supervisione basata sulla presentazione dei casi spesso si focalizza esclusivamente sulla comprensione cognitiva e tecnica del caso, e che alcune problematiche potrebbero essere legate a blocchi emotivi di controtransfert, ovvero delle criticità che non sono dovute a una conoscenza insufficiente, ma sono di natura puramente emotiva. Secondo l'autore tali blocchi sono spesso problemi interni collegati alle esperienze di vita del professionista che possono interrompere la sua capacità di comprendere emotivamente l'utente e i colleghi del gruppo. Egli sostiene che per superare questi blocchi sia necessaria un'esperienza contro-emotiva: quando una difficoltà ha radici nel controtransfert l'apprendimento di tipo cognitivo (tipico della supervisione con la presentazione dei casi) non è sufficiente a trasformare in modo significativo lo stato soggettivo del professionista. Per produrre un reale "spostamento emotivo interno" il professionista deve vivere un'esperienza che operi sul piano emotivo. La supervisione di gruppo esperienziale è stata sviluppata proprio per ottenere questo tipo di trasformazione emotiva. Il presupposto fondamentale su cui si basa l'EGM è che, nel momento in cui un caso viene presentato all'interno della supervisione di gruppo, esso attiva nei partecipanti delle reazioni sia cosce che inconsce, ed è proprio a partire dalla condivisione e dalla discussione di queste reazioni che diventa possibile portare alla luce e approfondire gli aspetti emotivi legati al caso stesso. Il processo avviene nel seguente modo: un membro del gruppo per prima cosa presenta e descrive un proprio caso e, durante questa descrizione, viene chiesto agli altri partecipanti di annotarsi qualsiasi fantasia, sentimento, immagine, ricordo, associazione o sensazione corporea sperimentino durante l'ascolto. Successivamente i partecipanti condividono con il resto del gruppo ciò che hanno annotato; non è rilevante quanto queste sensazioni siano in relazione con il caso specifico. Prima che la condivisione abbia inizio il supervisore ha il compito di ribadire ai membri che ogni sensazione, per quanto singolare o distante dal caso specifico, è fondamentale e va considerata in quanto probabilmente connessa ad esso. Il supervisore afferma che ogni cosa annotata dai membri è "un pezzo del puzzle" che può contribuire a

chiarire e a risolvere le questioni del controtransfert. In questo modello è fondamentale il ruolo del supervisore che deve riuscire ad aiutare il gruppo a seguire le istruzioni. Può capitare che un partecipante abbia la tentazione di fornire opinioni oppure intuizioni; in quel caso è compito del supervisore riportare la discussione sui giusti binari e porre domande del tipo: “Potrebbe essere vero quello che dice, ma ha avuto sentimenti o associazioni legate a ciò che il suo collega ha descritto?”. Secondo Altfed (1999) questo tipo di domanda è fondamentale per condurre i partecipanti all'interno del processo del modello di gruppo esperienziale.

Un'ulteriore pratica degna di nota è l'altervisione, sviluppata da Luigi Gui (2018), assistente sociale e docente di sociologia all'università di Trieste, che dal 2008 ha avviato le prime esperienze di questa metodologia pensata per accrescere la competenza professionale dei lavoratori sociali nella presa di decisioni in condizioni di incertezza. Nello specifico l'altervisione si propone di allestire uno spazio di confronto e di riflessività intra-personale tra professionisti, non necessariamente condotto da un “super” visore esterno (un esperto quindi con maggiore esperienza e conoscenze professionali), viene anzi valorizzata la potenzialità del gruppo di professionisti “pari”. L'obiettivo di questa metodologia è proprio quello di far emergere un sapere esperto e versatile già presente nei professionisti, un sapere che, secondo l'autore, può essere ulteriormente acquisito e moltiplicato attraverso il confronto. Gui (2018) individua un paradosso: tante proposte formative, anche se nascono con l'intento di promuovere la crescita professionale, finiscono spesso per disconfermare inconsapevolmente lo sviluppo dell'empowerment, rafforzando l'idea di un sapere superiore, forse addirittura inaccessibile, prodotto altrove e trasmesso da altri. L'autore definisce invece l'esperienza professionale passata e presente propria del professionista come una risorsa preziosa e ricca di potenzialità. L'autore afferma che l'altervisione “si mostra efficace nel fare emergere, rendere riconoscibile e fruibile la competenza professionale di ciascun assistente sociale, spesso implicita e raramente condivisa, rendendola patrimonio incrementabile nell'organizzazione, trasmissibile anche ai meno esperti, confrontabile tra professionisti omogenei o di altre identità professionali” (p. 24).

2.4 Gli effetti della supervisione su burnout, compassion fatigue e traumatizzazione vicaria

Diversi studi (Hiebler-Ragger et al., 2021; Iosim et al., 2022; Lloyd et al., 2002; Skar et al., 2023) dimostrano che la supervisione è un fattore protettivo del burnout nelle professioni

d'aiuto. Tali studi indicano infatti che quanto più positiva e forte è la relazione supervisiva tanto meno risultano i sintomi di burnout riportati (Hiebler-Ragger et al., 2021). Più nello specifico i professionisti d'aiuto che sperimentano una supervisione di alta qualità hanno una doppia probabilità di non sviluppare la sindrome rispetto a chi non ne usufruisce o riceve un supporto non adeguato (Iosim et al., 2022). Lo studio di Iosim et al. (2022) inoltre mette in luce come le diverse funzioni della supervisione siano collegate a dimensioni specifiche del burnout. In particolare quando la funzione amministrativa della supervisione è assente o di scarsa qualità il rischio di esaurimento emotivo tende ad aumentare. Una relazione simile si sviluppa tra funzione educativa e rischio di depersonalizzazione: quando è la funzione educativa a mancare o ad essere scarsa, cresce il rischio che il professionista sviluppi atteggiamenti di distacco nei confronti degli utenti. Infine anche la funzione di supporto svolge un ruolo protettivo specifico, la sua assenza o scarsità infatti è associata a un maggiore rischio di riduzione del senso di realizzazione personale. Nonostante queste considerazioni c'è da sottolineare che una parte della letteratura scientifica presenta risultati contrastanti riguardo al legame tra supervisione e burnout. Alcuni studi infatti non hanno rilevato alcuna correlazione significativa. Lo studio di Johnson et al. (2020), condotto su 298 psicoterapeuti qualificati, ha rilevato che una supervisione di qualità più elevata è associata a un minor disimpegno professionale, ma non a una riduzione dell'esaurimento emotivo. Inoltre secondo gli autori né la frequenza della supervisione né il carico di lavoro risultano associati a nessuna delle due dimensioni. Questo è un risultato che suggerisce come la qualità della relazione supervisiva possa incidere su alcuni aspetti del burnout e non su altri, piuttosto che agire in maniera uniforme sul fenomeno nel suo complesso. Un ulteriore studio, condotto da Evans Zalewski (2022) su counselor di scuola media, non ha rilevato alcuna relazione significativa tra supervisione e fenomeno complessivo del burnout. Tuttavia l'autrice stessa riconosce che questo risultato potrebbe derivare dalla scarsa numerosità dei partecipanti. Un contributo rilevante in questo dibattito è lo studio cross-nazionale di Lenzi et al. (2021) condotto su un campione di 497 professionisti dei servizi per persone senza dimora in otto paesi europei. Gli autori hanno riscontrato che la semplice disponibilità di supervisione non risulta associata a un maggior benessere lavorativo. Al contrario essi hanno evidenziato come la percezione di una supervisione "non utile" o qualitativamente inadeguata risulti associata a un incremento significativo dei sintomi di burnout. Questo studio suggerisce come un intervento di supervisione che non risponde alle necessità dei professionisti possa trasformarsi da fattore protettivo a potenziale fattore di rischio per il benessere dei professionisti.

Il ruolo protettivo della supervisione non riguarda soltanto il burnout, in quanto anche rispetto alla compassion fatigue diversi studi (Noor et al., 2025; Maillet & Read, 2021; Stanley & Sebastine, 2024; Wu & Lu, 2025) hanno rilevato correlazioni significative. Lo studio di Dehlin e Lundh (2018), svolto su 374 psicologi svedesi (inizialmente erano 383, 320 donne e 63 uomini), ha mostrato che la supervisione è associata a una maggiore compassion satisfaction e che risulta significativamente associata a una minore compassion fatigue. La ricerca (Carmel & Friedlander, 2009; Craig & Sprang, 2010; Figley, 1995; Voss Horrell et al., 2011) ha dimostrato che i nuovi professionisti sono particolarmente suscettibili a sviluppare la compassion fatigue. Per questo motivo secondo Merriman (2015) è necessario che i supervisori istruiscano i nuovi professionisti sui rischi della compassion fatigue. L'autrice sostiene che una formazione specifica e un supporto adeguato durante la supervisione non solo proteggano il benessere del professionista, ma siano fondamentali per garantire la qualità del servizio e la sicurezza degli utenti. È necessario sottolineare però che, come nel burnout, alcuni studi (Can & Watson, 2019; Linley & Joseph, 2007) dimostrano l'opposto, cioè che non ci sia una correlazione significativa tra supervisione e compassion fatigue. Per quanto riguarda la traumatizzazione vicaria, la supervisione è una strategia frequentemente raccomandata sia per la prevenzione sia per la gestione di questo fenomeno (Canfield, 2005; Hesse, 2002; Trippany et al., 2004). A tal proposito la letteratura che riguarda la supervisione di professionisti che lavorano con utenti traumatizzati, si vedano ad esempio Etherington (2000) e Sommer e Cox (2005), sottolinea l'importanza del ruolo del supervisore nel riconoscere il disagio del professionista supervisionato, nel normalizzare le sue reazioni e nell'aiutarlo a comprenderle all'interno di una relazione supervisiva sicura. Nello studio di Peled-Avram (2017), condotto su degli assistenti sociali, è emerso che quanto più i professionisti valutavano la supervisione a cui avevano partecipato come efficace, tanto più basso risultava essere il livello di traumatizzazione vicaria, confermando così il ruolo protettivo della supervisione.

In conclusione, quanto esposto in questo capitolo mette in luce come la pratica della supervisione non rappresenti soltanto un momento di crescita metodologica e formativa, ma si configuri come una risorsa e come un fattore protettivo imprescindibile per i professionisti d'aiuto. Promuovendo la riflessione e la rielaborazione del carico emotivo connesso alla professione d'aiuto, la supervisione consente di contenere i rischi di burnout, compassion fatigue e traumatizzazione vicaria, ponendosi così come una pratica fondamentale per il benessere dei professionisti e degli utenti.

CONCLUSIONI

A seguito della presente ricerca è possibile affermare che il professionista può imparare a gestire la relazione d'aiuto attraverso un'empatia capace di accogliere l'esperienza emotiva dell'altro senza trasformare il contagio emotivo in un fattore invalidante per il proprio benessere nel lavoro con l'utenza. Per raggiungere questo obiettivo è necessario che il professionista apprenda a mediare e a regolare cognitivamente la propria partecipazione emotiva, senza però celarla o ignorarla. In questo processo di apprendimento la supervisione si rivela uno strumento fondamentale: essa non rappresenta soltanto un'occasione di arricchimento dal punto di vista tecnico e delle competenze, ma costituisce anche un "contenitore sicuro" all'interno del quale viene sostenuto il lavoro del professionista con l'utente. Nonostante la letteratura presenti talvolta risultati contrastanti sull'efficacia della supervisione nella prevenzione di burnout, compassion fatigue e traumatizzazione vicaria, la maggior parte delle evidenze scientifiche ne conferma il ruolo protettivo. Una supervisione di qualità, infatti, caratterizzata da un supporto adeguato, è fondamentale per tutelare il benessere del professionista e per garantire la qualità del servizio offerto all'utenza. Un aspetto importante che è emerso dalla presente ricerca è la frequente confusione concettuale relativa alle denominazioni delle sindromi prese in esame, che vengono spesso utilizzate in modo interscambiabile. Questa confusione rappresenta un ostacolo importante nello studio di questi fenomeni in quanto, come specificato nel primo capitolo, rende complessa la misurazione accurata dei singoli fenomeni e lo sviluppo di strumenti di misura e diagnostici specifici e mirati. In merito a questa questione appare necessaria una ricerca scientifica più approfondita e precisa, che analizzi ogni singolo fenomeno con particolare attenzione alla sua origine e ai sintomi specifici che lo caratterizzano. Gli studi nei quali si riscontra maggiore confusione e ambiguità terminologica sono quelli riguardanti la traumatizzazione vicaria; si ritiene quindi necessaria una ricerca specifica e un approfondimento mirato soprattutto su questo fenomeno. La supervisione è un fenomeno ampiamente studiato in letteratura, ma lo stesso non si può dire delle diverse tipologie di domande proposte da Hornstrup et al. (2008) utilizzabili in questa pratica, le quali sono ancora scarsamente indagate. Nonostante nella pratica di supervisione l'intenzione del supervisore sia più importante della formulazione verbale delle domande, si ritiene che andrebbe a beneficio della triade d'aiuto una ricerca più approfondita sugli effetti prodotti dai diversi tipi di domande. Sebbene la supervisione sia una pratica creativa e personale, un approfondimento sulla metodologia tecnica e pratica del processo potrebbe fornire ai supervisori meno esperti una struttura di riferimento da

modellare e adattare successivamente in base alla propria e singolare professionalità. Un'ultima riflessione riguarda la responsabilità della gestione di questi fenomeni. Questo elaborato ha anche l'obiettivo di invitare a non ricondurre il burnout, la compassion fatigue e la traumatizzazione vicaria esclusivamente a un'incapacità individuale del professionista di regolare il proprio stato emotivo. Tali fenomeni vanno contestualizzati e analizzati alla luce del contesto organizzativo in cui il professionista d'aiuto opera: un'organizzazione che non promuove supervisioni efficaci e adeguate, né momenti di supporto e di confronto, espone i professionisti a un maggiore rischio di logoramento psicologico. La tutela del benessere dei professionisti d'aiuto non può essere delegata unicamente alla loro capacità di "reggere" il carico emotivo del lavoro. È doveroso infatti che le organizzazioni riconoscano la supervisione come una componente essenziale della qualità del servizio offerto. In conclusione, la supervisione conferma il proprio ruolo centrale nel salvaguardare il benessere e la qualità professionale di chi opera nelle professioni d'aiuto. Diventa quindi essenziale che le organizzazioni si impegnino nel promuovere attivamente e concretamente spazi di supporto e di riflessione critica privi di giudizio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Afana, A., Ghannam, J., Ho, E. Y., Al-Khal, A., Al-Arab, B., & Bylund, C. L. (2017). Burnout and sources of stress among medical residents at Hamad Medical Corporation, Qatar. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(1).
- Aldwin, C. M., & Levenson, M. R. (2004). Posttraumatic growth: A developmental perspective. *Psychological Inquiry*, 15(1), 19–22.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_02
- Altfeld, D. A. (1999). An experiential group model for psychotherapy supervision. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(2), 237–254.
<https://doi.org/10.1080/00207284.1999.11491583>
- American Psychological Association. (n.d.). *Posttraumatic stress disorder (PTSD)*. In *APA dictionary of psychology*. Retrieved July 8, 2026, from
<https://dictionary.apa.org/posttraumatic-stress-disorder>
- Anekstein, A. M., Hoskins, W. J., Astramovich, R. L., Garner, D., & Terry, J. (2014). “Sandtray Supervision”: Integrating supervision models and sandtray therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(1), 122–134.
<https://doi.org/10.1080/15401383.2014.876885>
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239–263.
<https://doi.org/10.1177/0022167805274729>

- Ashby, W. R. (1970). Analysis of the system to be modeled. In R. M. Stogdill (Ed.), *The process of model-building in the behavioral sciences* (pp. 94–114). Ohio State University Press.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184–190.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Back, A. L., Deignan, P. F., & Potter, P. A. (2014). Compassion, compassion fatigue, and burnout: key insights for oncology professionals. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 34(1), e454–e459.
https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2014.34.e454
- Bährer-Kohler, S. (Ed.). (2013). *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (Vol. 3). Springer.
- Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2005). A developmental approach to the supervision of therapists in training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(2), 169–183.
<https://doi.org/10.1007/s10879-005-2699-0>
- Bernard, J. M. (1979). Supervisor training: A discrimination model. *Counselor Education and Supervision*, 19(1), 60–68. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1979.tb00906.x>
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6th ed.). Pearson.

- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>

- Blix, A. G., Cruise, R. J., Mitchell, B. M., & Blix, G. G. (1994). Occupational stress among university teachers. *Educational Research*, 36(2), 157–169.

- Bobbo, N., & Ius, M. (2022). *Lavoro di cura, educazione e benessere professionale*. Padova University Press. <https://padovauniversitypress.it/it/publications/9788869382833>

- Boie, I., & Lopez, A. (2011). Supervision of counselors working with eating disorders: Utilizing the Integrated Developmental Model. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 215–234. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.607744>

- Brugman, D. A., Van Dam, A., Van Loon, L. M., & Van Den Broek, A. H. (2022). Secondary traumatisation and emotional exhaustion in mental healthcare providers: The mediating role of social support. *Psychology*, 13(13), 1865–1883. <https://doi.org/10.4236/psych.2022.1313116>

- Budayová, Z., Ludvigh Cintulová, L., & Mrosková, L. (2023). Analysis of risk of burn out at workers in the field of social services and health care. *Journal of Education Culture and Society*, 14(1), 365–380.

- Cabaniss, D. L., Glick, R. A., & Roose, S. P. (2001). The Columbia Supervision Project: Data from the dyad. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49(1), 235–267.

- Can, N., & Watson, J. C. (2019). Individual and relational predictors of compassion fatigue among counselors-in-training. *The Professional Counselor*, 9(4), 285–297.
<https://doi.org/10.15241/nc.9.4.285>

- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81–101.
https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06

- Carmel, M. J. S., & Friedlander, M. L. (2009). The relation of secondary traumatization to therapists' perceptions of the working alliance with clients who commit sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 461–467.
<https://doi.org/10.1037/a0015422>

- Chappell, N. L., & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32(3), 351–359.

- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570–580.
<https://doi.org/10.1037/a0030388>

- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656.
<https://doi.org/10.2307/258593>

- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>

- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2016-2025. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x>

- Daley, M. R. (1979). 'Burnout': Smoldering problem in protective services. *Social Work*, 24(5), 375–379.

- Dehlin, M., & Lundh, L. G. (2018). Compassion fatigue and compassion satisfaction among psychologists: Can supervision and a reflective stance be of help? *Journal for Person-Oriented Research*, 4(2), 95.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

- Ding, Y., Yang, Y., Yang, X., Zhang, T., Qiu, X., He, X., Wang, W., Wang, L., & Sui, H. (2015). The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and burnout among Chinese nurses. *PLoS ONE*, 10(4), e0122128. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122128>

- Dozier, R. M., Hicks, M. W., Cornille, T. A., & Peterson, G. W. (1998). The effect of Tomm's therapeutic questioning styles on therapeutic alliance: A clinical analog study. *Family Process*, 37(2), 189–200. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00189.x>

- Dubale, B. W., Friedman, L. E., Chemali, Z., Denninger, J. W., Mehta, D. H., Alem, A., Fricchione, G. L., & Gelaye, B. (2019). Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 19(1), Articolo 1247. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7566-7>

- Edwards, D. (2010). Play and metaphor in clinical supervision: Keeping creativity alive. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 248–254.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.04.011>

- El-bar, N., Levy, A., Wald, H. S., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(1), Articolo 31.
<https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-31>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61–65. <https://doi.org/10.1177/08943180222108740>

- Etherington, K. (2000). Supervising counsellors who work with survivors of childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 13(4), 377–389.

- Eubanks, C. F., Warren, J. T., & Muran, J. C. (2021). Identifying ruptures and repairs in alliance-focused training group supervision. *International Journal of Group Psychotherapy*, 71(2), 275–309. <https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1805618>

- Evans Zalewski, S. L. (2022). Burnout, self-care, and supervision in middle school counselors. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 15(1), 4.

- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.
<https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (Ed.). (2013). *Treating compassion fatigue*. Routledge.
- Figley, C. R., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (Vol. 1, pp. 573–593). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000019-027>
- Fleming, I., & Steen, L. (Eds.). (2004). *Supervision and clinical psychology*. Brunner-Routledge.
- Fleming, J., & Benedek, T. (1966). *Psychoanalytic supervision: A method of clinical teaching*. Grune & Stratton.
- Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior-analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(4), 413–421.
- Frawley-O'Dea, M. G. (2003). Supervision is a relationship too: A contemporary approach to psychoanalytic supervision. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(3), 355–366.
<https://doi.org/10.1080/10481881309348739>
- Frawley-O'Dea, M. G., & Sarnat, J. E. (2001). *The supervisory relationship: A contemporary psychodynamic approach*. Guilford Press.

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.

- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73–83.
<https://doi.org/10.1037/h0086411>

- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. Wildwood House.

- Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C., Mann, J., Saint, S., & Chopra, V. (2017). Brief mindfulness practices for healthcare providers—a systematic literature review. *The American Journal of Medicine*, 130(10), 1219.e1-1219.e17.

- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work-site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461–481.

- Graf, E.-M., Sator, M., & Spranz-Fogasy, T. (2014). Discourses of helping professions: Concepts and contextualization. In E.-M. Graf, M. Sator, & T. Spranz-Fogasy (Eds.), *Discourses of helping professions* (pp. 1–12). John Benjamins Publishing Company.

- Greene, G. (1961). *A burnt-out case*. The Viking Press.

- Guhan, R., & Liebling-Kalifani, H. (2011). The experiences of staff working with refugees and asylum seekers in the United Kingdom: A grounded theory exploration. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 9(3), 205–228.
<https://doi.org/10.1080/15562948.2011.592808>

- Gui, L. (2018). *Altervisione. Un metodo di costruzione condivisa del sapere professionale nel servizio sociale*. GREX, 17, 5–211.

- Gustafsson, T., & Hemberg, J. (2022). Compassion fatigue as bruises in the soul: A qualitative study on nurses. *Nursing Ethics*, 29(1), 157–170.
<https://doi.org/10.1177/09697330211015283>

- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. Jossey-Bass.

- Halpern, H., & McKimm, J. (2009). Supervision. *British Journal of Hospital Medicine*, 70(4), 226–229. <https://doi.org/10.12968/hmed.2009.70.4.41628>

- Hawkins, P., & Shohet, R. (2012). *Supervision in the helping professions* (4th ed.). Open University Press.

- Henderson, P., Holloway, J., & Millar, A. (2024). *Guida pratica alla supervisione: Metodi e strumenti per le professioni d'aiuto* (G. Avancini & D. Malvestiti, Cur.). Erickson. (Opera originale pubblicata 2014)

- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 293–309.

- Hiebler-Ragger, M., Nausner, L., Blaha, A., Grimmer, K., Korlath, S., Mernyi, M., & Unterrainer, H. F. (2021). The supervisory relationship from an attachment perspective: Connections to burnout and sense of coherence in health professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 124–136.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2496>

- Hoffman, M. L. (1996). Empathy and moral development. *The Annual Report of Educational Psychology in Japan*, 35, 157–162.

- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307–316. <https://doi.org/10.1037/h0027580>

- Holloway, E. (1995). *Clinical supervision: A systems approach*. SAGE Publications.

- Holloway, E. L. (2016). Essential dimensions of systems approach to supervision. *In Supervision essentials for a systems approach to supervision* (pp. 13–31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14942-002>

- Hornstrup, C., Tomm, K., & Johansen, T. (2008). *Interventive interviewing revisited and expanded* [Unpublished manuscript].

- Hundley, G., & Casado-Kehoe, M. (2007). The Wisdom Jar: A creative metaphor for terminating counseling supervision. *Journal of Creativity in Mental Health*, 2(2), 33–38. https://doi.org/10.1300/j456v02n02_04

- Inskipp, F., & Proctor, B. (1994). *The art, craft and tasks of supervision, Part 1: Making the most of supervision*. Cascade.

- Iosim, I., Runcan, P., Dan, V., Nadolu, B., Runcan, R., & Petrescu, M. (2022). The role of supervision in preventing burnout among professionals working with people in difficulty. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 160. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010160>

- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432.
- Johnson, J., Corker, C., & O'Connor, D. B. (2020). Burnout in psychological therapists: A cross-sectional study investigating the role of supervisory relationship quality. *Clinical Psychologist*, 24(3), 223–235. <https://doi.org/10.1111/cp.12206>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–122.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (15th anniversary ed.). Delta.
- Kabunga, A., Kigongo, E., Tumwesigye, R., Udho, S., Musinguzi, M., Acup, W., Auma, A. G., Akello, A. R., Okalo, P., Nabaziwa, J., & Shikanga, E. M. (2024). A systematic review and meta-analysis of compassion fatigue among healthcare professionals before and during COVID-19 in Sub-Saharan Africa. *PLOS Global Public Health*, 4(6), e0003388. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003388>
- Kadushin, A., & Harkness, D. (2002). *Supervision in social work* (4th ed.). Columbia University Press.
- Kase, S. M., Waldman, E. D., & Weintraub, A. S. (2019). A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliative and Supportive Care*, 17(3), 269–275. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001237>

- Kennard, B. D., Stewart, S. M., & Gluck, M. R. (1987). The supervision relationship: Variables contributing to positive versus negative experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(2), 172–175.

- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D., & Cardena, E. (2014). Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 120–128.
<https://doi.org/10.1037/a0031825>

- Knoff, H. M. (1986). Supervision in school psychology: The forgotten or future path to effective services? *School Psychology Review*, 15(4), 529–545.
<https://doi.org/10.1080/02796015.1986.12085255>

- Kratochwill, T. R., Bergan, J. R., & Mace, F. C. (1981). Practitioner competencies needed for implementation of behavioral psychology in the schools: Issues in supervision. *School Psychology Review*, 10(4), 434–444.

- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

- Lahad, M. (2000). *Creative supervision: The use of expressive arts methods in supervision and self-supervision*. Jessica Kingsley Publishers.

- Lavanco, G. (1997). Burnout syndrome and Type A behavior in nurses and teachers in Sicily. *Psychological Reports*, 81(2), 523–528.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1997.81.2.523>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

- Leclercq, C., & Hansez, I. (2024). Temporal stages of burnout: How to design prevention? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), articolo 1617. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121617>

- Leddick, G. R., & Bernard, J. M. (1980). The history of supervision: A critical review. *Counselor Education and Supervision*, 19(3), 186–196.
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1980.tb00913.x>

- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993a). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 14(1), 3–20.

- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1993b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369–398.

- Leiter, M. P. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 32(4), 547–558.

- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308.

- Lenzi, M., Santinello, M., Gaboardi, M., Disperati, F., Vieno, A., Calcagni, A., Greenwood, R. M., Rogowska, A. M., Wolf, J. R., Loubière, S., Beijer, U., Bernard,

R., Vargas-Moniz, M. J., Ornelas, J., Spinnewijn, F., Shinn, M., & HOME_EU Consortium Study Group (2021). Factors associated with providers' work engagement and burnout in homeless services: A cross-national study. *American Journal of Community Psychology*, 67 (1-2), 220-236. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12470>

- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19(3), 129–138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>
- Liddle, H. A., & Saba, G. W. (1982). Teaching family therapy at the introductory level: A conceptual model emphasizing a pattern which connects training and therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8(1), 63–72.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385–403. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.385>
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255–265. <https://doi.org/10.1080/09638230020023642>
- Loganbill, C., Hardy, E., & Delworth, U. (1981). Supervision: A conceptual model. *The Counseling Psychologist*, 10(1).
- Maillet, S., & Read, E. (2021). Work environment characteristics and emotional intelligence as correlates of nurses' compassion satisfaction and compassion fatigue: A cross-sectional survey study. *Nursing Reports*, 11(4), 847–858.

- Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: A systematic review. *Medicina*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Malor Books.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- 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(1), 131–149. <https://doi.org/10.1002/jts.2490030110>
- Mehr, K. E., Ladany, N., & Caskie, G. I. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 103–113.

- Merriman, J. (2015). Enhancing counselor supervision through compassion fatigue education. *Journal of Counseling & Development*, 93(3), 370–378.

- Miller, K. I., & Considine, J. R. (2009). Communication in the helping professions. In L. Frey & K. Cissna (Eds.), *The Routledge handbook of applied communication research* (pp. 405–428). Routledge.

- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129–142.
<https://doi.org/10.1037/trm0000122>

- Moulden, H. M., & Firestone, P. (2007). Vicarious traumatization: The impact on therapists who work with sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(1), 67–83.
<https://doi.org/10.1177/1524838006297729>

- Murdaca, A. M., Oliva, P., & Nuzzaci, A. (2014). Fattori individuali e contestuali del burnout: Una ricerca descrittiva sugli insegnanti curricolari e di sostegno. *Italian Journal of Educational Research*, (12), 99–120.

- Nardiello, D., & Caviglia, G. (Eds.). (2020). *Competenze psicosociali per la sanità e le professioni d'aiuto: dotazioni, strumenti e strategie*. Franco Angeli.

- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82(1), 5–26.
<https://www.jstor.org/stable/45390105>

- Nemhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health Services Research*, 58(2), 250–263.

- Neswald-McCalip, R., Sather, J., Strati, J. V., & Dineen, J. (2003). Exploring the process of creative supervision: Initial findings regarding the Regenerative model. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 42(2), 223–237. <https://doi.org/10.1002/j.2164-490X.2003.tb00008.x>

- Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 341–347. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.341>

- Nickum, M., & Desrumaux, P. (2023). Burnout among lawyers: Effects of workload, latitude and mediation via engagement and overengagement. *Psychiatry, Psychology, and Law*, 30(3), 349–361. <https://doi.org/10.1080/13218719.2022.2035840>

- Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013(1), 37–44.

- Nitschke, J. P., & Bartz, J. A. (2023). The association between acute stress & empathy: A systematic literature review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 144, 105003.

- Noor, A. M., Suryana, D., Kamarudin, E. M. E., Naidu, N. B. M., Kamsani, S. R., & Govindasamy, P. (2025). Compassion fatigue in helping professions: a scoping

literature review. *BMC Psychology*, 13(1), Articolo 349.

<https://doi.org/10.1186/s40359-024-01869-5>

- Norberg, J., Axelsson, H., Barkman, N., Hamrin, M., & Carlsson, J. (2016). What psychodynamic supervisors say about supervision: Freedom within limits. *The Clinical Supervisor*, 35(2), 268–286.
- Nowack, K. M. (1986). Type A, hardiness, and psychological distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(6), 537–548. <https://doi.org/10.1007/BF00845283>
- Paparini, S. (2020). *Empatia, dal cervello al cuore dell'esperienza didattica*. Youcanprint.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton & Company.
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 129–134. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.24285>
- Peled-Avram, M. (2017). The role of relational-oriented supervision and personal and work-related factors in the development of vicarious traumatization. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 22–32.

- Pellegrini, S., Moore, P., & Murphy, M. (2022). Secondary trauma and related concepts in psychologists: A systematic review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(3), 370–391. <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.2019154>

- Pick, D., & Leiter, M. P. (1991). Nurses' perceptions of burnout: A comparison of self-reports and standardized measures. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 23(3), 33–48.

- Putney, M. W., Worthington, E. L., & McCullough, M. E. (1992). Effects of supervisor and supervisee theoretical orientation and supervisor-supervisee matching on interns' perceptions of supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 258–265.

- Radulović, A. Z., Lalatović, S. V., & Mirjanić, T. M. (2025). The relationship between empathy and stress in the context of helping professions. *Zbornik radova Filozofskog fakulteta u Prištini*, 55(3).

- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 43–54. <https://doi.org/10.5964/pch.v2i1.39>

- Rappaport, J. (1986). Collaboration for empowerment: Creating the language of mutual help. In H. Boyte & F. Riessman (Eds.), *The new populism: The politics of empowerment* (pp. 321–340). Temple University Press.

- Rauvola, R. S., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3(3), 297–336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>

- Ravi, A., Gorelick, J., & Pal, H. (2021). Identifying and addressing vicarious trauma. *American Family Physician*, 103(9), 570–572.

- Riva, M. T., & Smith, R. D. (2024). Beyond the dyad: Broadening the APA supervision guidelines to include group supervision. *Psychotherapy*, 61(2), 161. <https://doi.org/10.1037/pst0000531>

- Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2019). Self-care, stress, and well-being among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/pro0000251>

- Salvador, J. T. (2016). Integrated Development Model (IMD): A systematic review and reflection. *European Scientific Journal*, 12(19), 244–254. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n19p244>

- Sandrin, L. (2024). *Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto* (10a ed., Vol. 34). Paoline.

- Sansbury, D. L. (1982). Developmental supervision from a skills perspective. *The Counseling Psychologist*, 10(1), 53–57. <https://doi.org/10.1177/0011000082101006>

- Sarnat, J. E. (1992). Supervision in relationship: Resolving the teach-treat controversy in psychoanalytic supervision. *Psychoanalytic Psychology*, 9(3), 387–403. <https://doi.org/10.1037/h0079388>

- Sarnat, J. E. (2016). *Supervision essentials for psychodynamic psychotherapies*. American Psychological Association.

- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 359-365.

- Saunders, J. (2015). *Compassion*. *Clinical Medicine*, 15(2), 121–124.

- Schaufeli, W. B. (2018). *Burnout in Europe: Relations with national economy, governance, and culture* (Internal report). Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning, KU Leuven.

- Shanafelt, T., West, C., & Sinsky, C. (2025). Changes in burnout and satisfaction with work–life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2023. *Mayo Clinic Proceedings*, 100(7), 1142–1158.

- Shelton, D., & Zazzarino, A. (2020). Infusing counseling theories with the integrated developmental model: Strengthening supervision practices. *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice*, 6(1), 4.

- Siefert, K., Jayaratne, S., & Chess, W. A. (1991). Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers. *Health & Social Work*, 16(3), 193–202.

- Skar, A. M. S., Shevlin, M., & Vang, M. L. (2023). Does personal therapy and supervision protect against burnout and secondary traumatization? A cross-sectional study among Danish child protection workers. *Traumatology*, 29(2), 93–101.
<https://doi.org/10.1037/trm0000372>

- Smith, P. (2017, 7 febbraio). *How to manage compassion fatigue in caregiving* [Video]. YouTube. <https://youtu.be/7keppA8XRas>

- Sommer, C. A., & Cox, J. A. (2005). Elements of supervision in sexual violence counselors' narratives: A qualitative analysis. *Counselor Education and Supervision*, 45(2), 119–134.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456–465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd ed.). ProQOL.org.
- Stanley, S., & Sebastine, A. J. (2024). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in social workers (A quantitative study from India). *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 48(5), 540–554. <https://doi.org/10.1080/23303131.2024.2319210>
- Steed, L. G., & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1998(2). <https://trauma.massey.ac.nz/issues/1998-2/steed.htm>
- Stoltenberg, C. D., & Delworth, U. (1987). *Supervising counselors and therapists: A developmental perspective*. Jossey-Bass.
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B., & Delworth, U. (1998). *IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. Jossey-Bass.
- Stoltenberg, C. D., & McNeill, B. W. (2010). *IDM supervision: An integrative developmental model for supervising counselors and therapists* (3rd ed.). Routledge

- Storm, C. L., & Heath, A. W. (1985). Models of supervision. *The Clinical Supervisor*, 3(1), 87–96. https://doi.org/10.1300/J001v03n01_07

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

- Thomas, J. T., & Otis, M. D. (2010). Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 83-98.

- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00001.x>

- Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31–37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>

- Urmanche, A. A., Minges, M., Eubanks, C. F., Gorman, B. S., & Muran, J. C. (2021). Deepening the group training experience: Group cohesion and supervision impact in alliance-focused training. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 25(1), 59–73. <https://doi.org/10.1037/gdn0000134>

- Voss Horrell, S. C., Holohan, D. R., Didion, L. M., & Vance, G. T. (2011). Treating traumatized OEF/OIF veterans: How does trauma treatment affect the clinician? *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(1), 79–86.
<https://doi.org/10.1037/a0022297>

- Watkins, C. E., Jr. (2013). The beginnings of psychoanalytic supervision: The crucial role of Max Eitingon. *The American Journal of Psychoanalysis*, 73(3), 254–270.
<https://doi.org/10.1057/ajp.2013.15>

- Watkins, C. E., Jr. (2015). The learning alliance in psychoanalytic supervision: A fifty-year retrospective and prospective. *Psychoanalytic Psychology*, 32(3), 451–481.
<https://doi.org/10.1037/a0034039>

- Weintraub, A. S., Geithner, E. M., Stroustrup, A., & Waldman, E. D. (2016). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in neonatologists in the US. *Journal of Perinatology*, 36(11), 1021–1026. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.121>

- Westefeld, J. S. (2009). Supervision of psychotherapy: Models, issues, and recommendations. *The Counseling Psychologist*, 37(2), 296–316.
<https://doi.org/10.1177/0013164408323602>

- Westergaard, J. (2013). Supervision in the helping professions: Making the case for support and supervision for career counsellors. *Australian Journal of Career Development*, 22(1), 21–28. <https://doi.org/10.1177/1038416213478805>

- Wilbur, M. P., Roberts-Wilbur, J., Hart, G. M., Morris, J. R., & Betz, R. L. (1994). Structured group supervision (SGS): A pilot study. *Counselor Education and Supervision*, 33(4), 262–279. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1994.tb00293.x>

- Wilbur, M. P., Roberts-Wilbur, J., Morris, J. R., Betz, R. L., & Hart, G. M. (1991). Structured group supervision: Theory into practice. *The Journal for Specialists in Group Work*, 16(2), 91–100. <https://doi.org/10.1080/01933929108415593>

- Winnicott, D. W. (2018). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Routledge.

- World Health Organization. (2019, May 28). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*.
<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

- Wu, T., & Lu, C.-R. (2025). Understanding compassion fatigue among social workers: a scoping review. *Frontiers in Psychology*, 16, Articolo 1500305.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1500305>

- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26(6), 595–609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.777045>

- Zięba, M., Wiecheć, K., Biegańska-Banaś, J., & Mieleszczenko-Kowszewicz, W. (2019). Coexistence of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation in the aftermath of trauma: Qualitative and quantitative narrative analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00687>