

## AFFRONTARE L'USURA: CURA E MECCANISMI PALLIATIVI PER LA COMPASSIONE FATICA

Jefferi Ilari

*Università di Milano-Bicocca*

E-mail: [ilari11@gmail.com](mailto:ilari11@gmail.com)

### Astratto

Il concetto di Compassion Fatigue è comune nella letteratura scientifica di International Social Work, sebbene sorprendentemente inesistente nella letteratura spagnola. La fatica può essere definita dalla compassione come uno stato di esaurimento e disfunzione biologica, psicologica e relazionale, risultato di un'esposizione immediata o prolungata allo stress compassionevole e come risultato finale del processo progressivo e cumulativo derivante da un contatto prolungato, continuo e intenso con clienti o clienti. pazienti, l'uso di sé e l'esposizione allo stress.

Il mantenimento dell'usura può portare a quadri severi tipici di traumi secondari o all'insorgere della Sindrome del Professionista Bruciato (Burnout). In ogni caso, se un professionista del servizio sociale sperimenta questo fenomeno, la sua capacità di entrare in empatia, connettersi e aiutare i propri clienti è gravemente ridotta. Paradossalmente, la fatica della compassione è, da un lato, necessaria e inevitabile se si sviluppa una buona pratica; dall'altro pericoloso e invalidante se non compensato da altri meccanismi. La fatica della compassione non può essere prevenuta ma può e deve essere alleviata consapevolmente. Aumentare la capacità di riconoscere e minimizzare l'impatto dell'attrito è una responsabilità del professionista e dell'organizzazione in cui lavora. Infine, il lavoro solleva cosa fare riguardo a questo fenomeno e come prendersi cura di se stessi, professionalmente e istituzionalmente.

**Parole chiave:** lavoro sociale; fatica compassionevole; abbigliamento professionale; relazione di aiuto; cura di sé.

### A. INTRODUZIONE

L'indagine sui processi e sui meccanismi del burnout professionale che sono stati sviluppati nell'ambito del Servizio Sociale in Spagna, ha ruotato quasi esclusivamente sul fenomeno della Sindrome del Burnout (Campos et al., 2017).

La bidirezionalità sollevata da Feundenberger (1974) nel descrivere e definire concettualmente la sindrome del burnout è stata una delle più significative fonti di confusione quando si trattava di apprendere il concetto, indagare sul fenomeno e definirne la portata. . L'autore descrive la sindrome come la risposta allo stress da lavoro cronico, che si evidenzia con l'atteggiamento ei sentimenti negativi rivolti alle persone con cui si lavora, al proprio ruolo professionale e alla percezione di esaurimento emotivo. Feundenberger (1974) indica che questo tipo di fenomeno è

osservabile nel gruppo di lavoratori che sono a diretto contatto con le persone e, successivamente, allarga questa prospettiva a qualsiasi tipo di professionista. L'eccessiva ampiezza e portata di questa idea di usura, l'inesattezza e la confusione esistenti nella letteratura scientifica al riguardo (Campos et al, 2015) e la profusione del concetto dalla divulgazione delle opere di Maslach (1986) ha facilitato la diffusione di una percezione unitaria del fenomeno del burnout professionale in tutte le professioni che, come l'Assistenza Sociale, si sono concentrate sul contesto delle relazioni di aiuto.

La pratica clinica e l'evidenza empirica hanno rivelato che questa visione ampia e generica del burnout non è né l'unica possibile né, in certi contesti di attività professionale, la più appropriata. Tuttavia, per decenni è stata l'idea egemonica che ha guidato la ricerca sull'impatto del burnout sulla pratica del lavoro sociale in Spagna. Sulla base dell'evidenza che il burnout si verifica nella pratica dei professionisti del Servizio Sociale (Adams et al., 2006), riteniamo che sia necessario dotarsi di prospettive teoriche e pratiche alternative alle tesi dominanti sull'attrito.

Lo sviluppo di relazioni di aiuto con le persone con cui lavoriamo in contesti diversi implica lo sviluppo di competenze e capacità legate alla gestione della nostra capacità empatica e lo sviluppo di un'alleanza di aiuto (Corbella & Botella, 2003). Per questo, lavorando con la nostra capacità di ascolto, collegandoci a persone che soffrono psicologicamente, fisicamente o emotivamente, per le quali si paga un prezzo noto: esaurimento fisico, esaurimento emotivo ed esaurimento delle capacità e delle competenze professionali. Capire cosa succede ai nostri clienti, comprendere i significati delle loro situazioni e legarci al loro disagio genera dolore nel professionista. In altre parole, il legame fa male (Borges et al., 2019).

## **B. METODO**

Questa ricerca è un tipo di ricerca descrittiva che utilizza la letteratura per ottenere dati e quindi analizzati in base alla base teorica utilizzata per inquadrare i dati analizzati. Il fondamento teorico utilizzato è *Dealing with Wear: Care and Palliative Mechanisms for Compassion Fatigue*.

## **C. RISULTATO E DISCUSSIONE**

### **Fonti di disagio professionale**

Ci interessa evidenziare il fenomeno del burnout professionale da un punto di vista relazionale. Pertanto, riteniamo che un rapporto di supporto efficace richieda lo sviluppo di un rapporto di fiducia tra il professionista e il cliente. Questa relazione si costruisce attraverso l'implementazione di due fattori: in primo luogo, la nostra capacità di entrare in empatia con il cliente. In condizioni normali, si tratta della nostra capacità psicofisiologica di comprendere dal punto di vista cognitivo ed emotivo ciò che accade al nostro cliente (Bermejo, 2012). In secondo luogo, lo sviluppo di un'alleanza per il cambiamento tra il professionista e il cliente. Ciò include quattro dimensioni: legami emotivi tra i due e fiducia reciproca, rispetto e interesse nel processo di

cambiamento, un impegno attivo nel processo e un senso di associazione per raggiungere un obiettivo comune (Corbella & Botella, 2003). Senza lo sviluppo e l'impegno dell'empatia, il lavoro sociale centrato sulla persona è impossibile (Adams et al., 2006).

Pertanto, l'empatia e l'alleanza saranno i generatori di tre fonti significative di usura. Innanzitutto, è necessario contrastare il nostro riflesso empatico spontaneo. Questo è sconsiderato e inconsapevole, si traduce in un ascolto squilibrato delle narrazioni che le persone ci raccontano e che sono inondate di problemi, disagi, disabilità o dolore. In queste narrazioni, la nostra capacità empatica si innesca come prima riflessione e si traduce nella tendenza ad ascoltare ed entrare in empatia, preferibilmente, con quella o quella storia in cui percepiamo risonanze ideologiche personali, culturali o di genere, in cui ci sono buoni e cattivi ragazzi, vittime e carnefici. È comprensibile che, come professionisti sensibili alle persone che soffrono, tendiamo a entrare in empatia con il perdente, o con colui che apparentemente prende la parte peggiore. Dal momento che un buon ascolto non è un giudizio, correggere questa tendenza involontaria richiede uno sforzo logorante.

In secondo luogo, l'ascolto attivo e l'empatia implicano lo sviluppo di un atteggiamento empatico consapevole. L'atteggiamento empatico implica una predisposizione consapevole e volontaria a comprendere la posizione dell'altro, il discorso dell'altro e il significato che l'altro dà al suo discorso, alle sue emozioni e ai suoi vissuti.

Per sviluppare una comprensione dei significati, i professionisti devono percepire e sperimentare parte del disagio che provano le persone. L'ascolto attivo attivato da una predisposizione e da un atteggiamento empatico implica il percepire in sé parte del disagio dell'altro. Vivere parte del dolore dell'altro genera usura. Fu Figley (1995) a coniare per primo il termine Compassion Fatigue riferendosi al "sentimento di profonda empatia e pietà per un altro che soffre, accompagnato da un forte desiderio di alleviare il dolore o risolverne le cause". Una terza fonte di burnout è legata alla necessaria distanza emotiva, dovuta alla paradossale tensione tra empatia ed ecpatia. Il concetto di ecpatia (González de Rivera, 2004) si riferisce alla nostra capacità di controllare la reazione empatica attraverso l'esclusione attiva dei sentimenti indotti dagli altri. La pratica dell'ecpatia ci protegge dal diluvio affettivo e dal lasciarci trasportare dalle emozioni delle parti attraverso una forma di controllo intenzionale della soggettività interpersonale.

Pertanto, una pratica professionale adeguata richiede il dispiegamento della nostra capacità empatica, l'alleanza di aiuto e la distanza emotiva necessaria per l'efficacia della relazione. È evidente che questa tensione paradossale tra vicinanza emotiva e distanza emotiva genera maggiore usura in un contesto di interazione con persone, coppie, famiglie o gruppi che vivono situazioni di sofferenza fisica, psicologica, relazionale o emotiva.

### **Diversi punti di vista sul burnout.**

Abbiamo effettuato una revisione delle fonti bibliografiche su base nazionale, concentrandoci sulle riviste spagnole il cui argomento è specifico per il lavoro sociale e i servizi sociali: *Alternative*, *Quaderni di lavoro sociale*, *Azarbe*, *Educacione sociale*, *Umanesimo e lavoro sociale*, *Comunitat*, *Atlántida*, *Ehquidad*, *Portularia*, *Social Work and Health*, *Social Work Magazine*, *Social Work Documents*, *Social Work today*, *Social Policy and Social Services Magazine*, *Global Social Work* e *TS Nova*. Data la limitatezza dell'universo delle riviste, non è stato necessario ricorrere alle banche dati disponibili. Abbiamo effettuato ricerche inserendo le seguenti parole chiave: <secondary trauma>, <compassion fatica>, <empatia burnout>, <professional burnout>, <burnout> e <self-care>, generando anche ricerche AND e OR nei casi dalla fatica della compassione e dal burnout dell'empatia. Sebbene fossimo consapevoli che il concetto di compassion fatigue, di nostro particolare interesse, probabilmente non sarebbe stato rispecchiato, i risultati ottenuti in relazione alla ricerca sono stati inferiori alle attese. Non ci sono opere relative ai concetti di trauma, traumatizzazione, trauma secondario, esaurimento dell'empatia, empatia, compassione o fatica della compassione. Abbiamo rilevato sei studi direttamente correlati al fenomeno del burnout, due che affrontano il burnout e due relativi alla cura di sé. Visti i risultati e rivista la bibliografia, non abbiamo selezionato nessuno dei documenti trovati. Questo ci ha costretti a rivolgerci a fonti indirette legate a riviste nazionali legate a medicina, psicologia e infermieristica. In essi abbiamo osservato che la gamma di documenti è ampia e diversificata. Tuttavia, non hanno fornito informazioni sugli autori più importanti che hanno indagato e descritto il fenomeno della fatica della compassione, né sono apparsi in riviste spagnole su riferimenti di ricerca nell'ambito della pratica del Servizio Sociale. Questo ci ha costretti a rintracciare inevitabilmente le banche dati che, nel campo delle scienze sociali e del Servizio Sociale, sono valutate di riconosciuto prestigio: Web of Science, SCOPUS, EBSCOhost, PsycARTICLES Sciencedirect. I risultati mostrano che il fenomeno della compassion fatica, nettamente differenziato dal concetto di burnout, è sufficientemente raccolto nelle principali riviste di lavoro sociale anglosassone. Sviluppiamo di seguito i risultati ottenuti

La psicotraumatologia è la disciplina che ha concentrato i suoi sforzi con la maggiore rilevanza nell'indagare e conoscere la portata e l'impatto che le relazioni di aiuto esercitano sull'equilibrio fisico, mentale ed emotivo dei professionisti che esercitano questi ruoli (de Madrid, 2002). Gli antecedenti dello studio dell'impatto della relazione d'aiuto sui professionisti si possono trovare nei lavori di C. Figley (1995), che ha studiato queste conseguenze per la prima volta con gli infermieri che hanno curato i veterani della guerra del Vietnam negli anni '60. Secondo l'autore, questi professionisti avevano sensi di colpa e rimorso per non essere riusciti a "salvare" i loro pazienti. Joison (Jiménez et al, 2004) ha usato il termine compassion fatigue per riferirsi all'effetto dannoso della continua esposizione degli infermieri alle storie di dolore e sofferenza dei loro pazienti. Ci si potrebbe chiedere cos'è la fatica da compassione e quali effetti dannosi ha su coloro che la sperimentano. La fatica della compassione è stata definita come "lo stato di esaurimento e disfunzione biologica, psicologica e sociale, il risultato di un'esposizione prolungata allo stress della compassione e a tutto ciò che esso evoca" (Sorensen et al., 2017). Per Figley (2002), "la fatica della compassione, come qualsiasi altra forma di fatica, riduce la nostra capacità o il nostro interesse a sopportare la sofferenza degli altri". Se un professionista sperimenta un tale fenomeno,

la sua capacità di entrare in empatia, connettersi e aiutare i propri clienti è seriamente ridotta. Figley (2014), considera la fatica della compassione come i comportamenti e le reazioni emotive naturali derivanti dalla conoscenza di un evento traumatico vissuto da una persona significativa, cioè una traumatizzazione indiretta di inizio rapido e improvviso come conseguenza dell'aiutare coloro che vivono il trauma in modo diretto e/o primario.

Gli ultimi lavori pubblicati abbandonano la visione ristretta fornita dalla psicotraumatologia e ampliano il concetto di *compassion fatigue*, intendendolo come il risultato progressivo e accumulato di un intenso contatto con persone che soffrono e dovuto all'esposizione allo stress, e che comprende tutti i pazienti. professionisti che sviluppano una relazione di aiuto (Dekel e Baum, 2010). Abbiamo rintracciato il concetto di *compassion fatigue* su riviste scientifiche nella categoria "Social Work" di Web of Science e Scopus. Il tracciamento delle pubblicazioni evidenzia la gestione del concetto di *compassion fatigue* nel mondo del Social Work anglosassone (*Compassion Fatigue*). Abbiamo tracciato la questione del burnout nei numeri delle riviste scientifiche di Social Work negli ultimi dieci anni, trovando solo riferimenti al tema del burnout e nessuno relativo alla fatica della compassione o, in mancanza, allo stress traumatico secondario. Ecco perché affermiamo che il concetto di fatica della compassione o esaurimento dell'empatia non esiste nella letteratura scientifica sul lavoro sociale in Spagna. Il comune denominatore di tutte le proposte relative alla sua definizione poggia sul concetto di empatia, non sul concetto di trauma.

È l'evidenza che in un sistema aperto e vivo come quello formato dall'assistente sociale e dal suo assistito, c'è uno scambio permanente di informazioni, relazioni e influenze reciproche. A seconda delle caratteristiche del contesto di intervento per il cambiamento (Cardona & Campos, 2009), la relazione di aiuto è condizionata da un insieme di relazioni ed emozioni intense che interessano tutti i partecipanti al processo e che si manifestano attraverso ansia, stress ed emozioni espressi e sentiti da tutti i partecipanti. La dimensione fisiologica (Labrador, 2009) legata allo stress e all'ansia dei disturbi che si vivono quando si è immersi in un contesto relazionale ed emotivo intenso e talvolta tossico, permette di avvicinarsi all'insieme di idee chiave: il lavoro che gli assistenti sociali sviluppare genera un inevitabile esaurimento fisico e mentale data la natura del contesto e le emozioni in cui si sviluppano: conflitto, tensione, stress e dolore emotivo. Di conseguenza, lo sviluppo del ruolo dell'assistente sociale comporta un costo legato all'erosione e all'usura delle capacità e delle competenze.

### **Segni di compassione Stanchezza**

A differenza del burnout, inteso come esito di un processo cumulativo e cronico legato alle condizioni lavorative, la *compassion fatigue* può manifestarsi come un processo acuto, improvviso e immediato dopo una relazione di aiuto con un cliente. Campos Méndez (2015), seguendo Figley (1995; 2002) e Sabo (2011), fanno riferimento a un esordio improvviso (acuto) in cui possiamo identificare tre momenti: 1. Disagio compassionevole, con la comparsa di cause che provocano il cambiamento verso il malessere; 2. Stress da compassione in progressivo aumento,

superamento delle soglie di tolleranza e, 3. Stanchezza da compassione. Insieme, i segni della fatica della compassione sono strutturati lungo tre assi che coincidono con quelli dello stress traumatico secondario: ipereccitazione, evitamento e ri-sperimentazione.

Questi sono strutturati in cinque dimensioni della vita personale e professionale dell'assistente sociale:

1. **Reazioni somatiche** focalizzate su stanchezza e perdita di forza, mancanza di energia, diminuzione dell'efficienza, prestazioni ridotte, perdita di resilienza, recupero fisico più lento e più costoso, aumento dei disturbi fisici, tendenza agli incidenti, insonnia, mal di testa, mal di stomaco, tensione muscolare, battito cardiaco accelerato, temperatura corporea fluttuante e mal di schiena.
2. **Reazioni relazionali** come insensibilità e indifferenza, incapacità di affrontare o alleviare la sofferenza e mancanza di divertimento con le attività del tempo libero.
3. **Reazioni emotive** come perdita di entusiasmo e apatia, desensibilizzazione, rabbia intensa o irritabilità, desiderio di andarsene, trabocco emotivo, sentimenti di mancanza di gioia nelle attività quotidiane, sensazione di vuoto o disperazione verso il futuro, stato di depressione o tristezza parte del tempo, paura e ansia per gli eventi, sentimenti di paralisi, mancanza di motivazione, compulsioni come bere, mangiare e spendere eccessivamente.
4. **Reazioni spirituali** come mancanza di consapevolezza spirituale, disinteresse per l'introspezione, giudizi impoveriti, discernimento ridotto e messa in discussione delle credenze spirituali.
5. **Reazioni cognitive** come noia e disinteresse nei confronti dei clienti, disorganizzazione, diminuzione dell'attenzione, ridotta capacità di concentrazione, sogni e incubi ricorrenti e problemi di concentrazione.

### **Fatica da compassione e altre forme di burnout**

Associati ai "costi delle cure" ad altre persone che soffrono e soffrono, numerosi termini utilizzati hanno reso possibile una certa confusione teorico-concettuale (Caro et al., 2017). Come Figley ha già sottolineato (Figley, 1995, 2002, Figley & Bride, 2007, Figley, 2014), vari termini sono stati usati per riferirsi all'usura, che descrive il significato attuale della fatica della compassione. Ci riferiamo ai concetti di stress traumatico secondario (stress traumatico derivato dal contatto con la vittima o dall'evento traumatico), stress post-traumatico, traumatizzazione vicaria, controtransfert e anche la nota sindrome del burnout (Sorensen et al., 2017), così come il contagio emotivo (Fernández-Pinto et al., 2008). Ad eccezione del burnout, tutti si manifestano in attività legate a persone vittime di un evento traumatico. Lo stress traumatico secondario si verifica nei parenti o nelle persone vicine della persona che subisce un evento traumatico come conseguenza della vicinanza della relazione e anche come impatto che genera sui professionisti della relazione d'aiuto quando osservano o ascoltano la storia di una persona primariamente persona traumatizzata (Hensley, 2008). La traumatizzazione vicaria si riferisce a una trasformazione degli schemi cognitivi e dei sistemi di credenze che risultano dall'impegno empatico con le esperienze traumatiche dei clienti (Newman & Gamble, 1995). E infine, la fatica della compassione , è

definita da Figley (1995), come sofferenza (non traumatizzata) prodotta nel professionista come risultato del suo lavoro in un servizio di supporto per persone con una sofferenza o una disfunzione, non necessariamente traumatizzata.

A volte, la fatica della compassione è stata considerata un sottotipo della sindrome del burnout. Vari autori (Najjar et al, 2009) considerano la fatica da compassione una forma unica di burnout, in cui la causa del disagio non è strettamente correlata ai fattori di stress sul lavoro quanto alla risposta empatica fornita dai professionisti che lavorano con empatia. Sabo (2006, 2011) descrive la sindrome del burnout come un processo graduale derivante dalle risposte che diamo nel nostro ambiente di lavoro, mentre la fatica della compassione ha un inizio acuto che deriva dalla cura per le persone che soffrono, un prodotto dell'esperienza di presa in carico, empaticamente, del disagio dell'altro, essendo presente solo nelle professioni legate alle relazioni di aiuto. La fatica della compassione è la conseguenza naturale, prevedibile, curabile e alleviabile del lavorare con persone sofferenti; È il residuo emotivo derivante dall'esposizione al lavoro con coloro che subiscono le conseguenze di eventi traumatici.

### **Valutazione della fatica della compassione**

Gli strumenti per misurare la fatica della compassione sono scarsi. Nel 1995 C. Figley e BH Stamp costruirono il *Compassion Fatigue and Satisfaction Test* (Self-administered Compassion and Satisfaction Fatigue Questionnaire; (Figley & Stamm, 1995). L'evoluzione di questo strumento si concretizza oggi nelle informazioni sulla revisione del precedente lavoro di Figley e Stamm (1995) sviluppato da Stamm, Larsen e Davis (2002). Di conseguenza, oggi abbiamo la *Professional Quality Life Scale, ProQOL*, versione V (Stamp, 1997) che è composta da 30 item che sono distribuita in tre sottoscale: stress traumatico secondario, burnout e soddisfazione per compassione. La dimensione di Satisfaction by Compassion raccoglie la misurazione della soddisfazione

generato in modo professionale facendo bene il lavoro. La dimensione dello stress traumatico secondario misura gli effetti dell'esposizione a traumi o situazioni stressanti da parte del professionista, mentre la dimensione del burnout misura l'esaurimento sperimentato attraverso l'espressione di idee negative e sentimenti di disperazione e spersonalizzazione.

Le stime di affidabilità della coerenza interna per le sottoscale sono riportate con un alfa di Cronbach di 0,87 per la scala della soddisfazione della compassione, 0,72 per la scala del burnout e 0,80 per la scala della fatica da trauma secondario della compassione (Bride et al., 2007).

Gli ultimi progressi nella mediazione della fatica della compassione si possono trovare nelle opere di Zamponi, Viñuela, Rondoni, Tauber e Main (2009). L'Inventario del logoramento per azienda (IDE) è composto da 27 voci con un alfa di Cronbach di 0,7 che sono organizzate in tre dimensioni. La prima dimensione fa riferimento al Professional Involvement, ovvero al grado di coinvolgimento del professionista nella relazione tra professionista e cliente, considerando che per buona pratica professionale si intende un ragionevole e sicuro grado di coinvolgimento. La

seconda dimensione fa riferimento alla Cura della Persona, cioè fino a che punto il professionista dispone di risorse personali e tecniche per far fronte ai rischi e al logorio psicofisico derivanti dalla relazione di aiuto. Il terzo fattore si riferisce al grado di Vulnerabilità, che riflette la misura in cui il professionista è percepito come influenzato dalla propria pratica professionale, manifestandosi e riconoscendosi a livello relazionale, psichico, fisico ed emotivo. Sulla base dei punteggi ottenuti e di una combinazione di punteggi per ogni dimensione, l'IDE individua quattro possibili profili: Profilo I, funzionamento empatico ottimale, senza il rischio di contrarre la Sindrome del Burnout dell'Empatia; Profilo II, Funzionamento empatico normale, senza rischio di contrarre la sindrome del burnout dell'empatia; Profilo III, Funzionamento empatico normale, a rischio di sviluppare la sindrome da burnout dell'empatia, e Profilo IV, Funzionamento empatico disfunzionale. A nostro avviso, e diversamente dalla scala ProQOL, il costrutto di attrito empatico è più definito nell'Empathy Attrition Inventory. Le dimensioni di cui sono composte facilitano non solo la conoscenza del livello di usura in uno qualsiasi dei suoi quattro profili, ma anche la conoscenza di quale sia la dimensione più significativa per valutare l'usura. In termini pragmatici, conoscere la manifestazione dell'usura in ciascuna delle dimensioni facilita l'applicazione di misure concrete che indicano le difficoltà identificate in ciascuna dimensione.

### **Modello Generale di Resilienza alla Compassione Fatica**

I lavori di Figley (2006; 2014), insistono sulla ricerca di un modello interpretativo della fatica della compassione che permetta di determinare da quali variabili dipende. In questo processo si è considerato che il fenomeno della fatica dipende dal comportamento di sei fattori. Il modello generale di resilienza alla fatica della compassione descritto da Figley (2014), è costituito dai seguenti fattori e dalla relazione unica tra loro:

1. Esposizione al cliente sofferente: maggiore è l'esposizione al cliente sofferente, maggiore è la risposta empatica, maggiore è lo stress residuo della compassione, minore è la resilienza alla fatica della compassione.
2. Capacità empatica: è il grado in cui il professionista può prevedere con precisione l'emozione mostrata dal cliente ed esporre al cliente emozioni che riflettono servizi efficaci e con risultati.
3. Preoccupazione per il cliente: è l'interesse per il benessere e il successo del cliente. Motiva il professionista a ricercare la migliore risposta terapeutica.
4. Risposta terapeutica: è quella che il professionista utilizza per consentire al cliente di a) avere più voglia di cambiare, b) avere meno paura, c) essere più ottimista sull'esito dell'intervento, d) sentirsi supportato. Tuttavia, fornendo la risposta terapeutica appropriata, l'operatore sperimenta un disagio vicario da parte del cliente che grava sul professionista, in modo misurabile, come Residual Compassion Stress.
5. Autoregolamentazione: è il grado in cui il professionista può gestire efficacemente la causa e l'impatto dello stress e del lavoro separato della vita personale; sentirsi freschi ogni giorno grazie alla capacità di autoregolazione del lavoratore.

6. Soddisfazione compassionevole e supporto: è il grado in cui un professionista prova un alto livello di soddisfazione personale nel lavorare con i propri clienti e percepisce un alto livello di supporto e rispetto da parte dei colleghi.
7. Stress residuo compassionevole: vissuto dai professionisti come reazioni di stress alla situazione difficile del cliente e la preoccupazione di fare tutto il possibile per aiutare il cliente sofferente. Oltre alla risposta terapeutica, anche l'autoregolazione e la soddisfazione derivanti dalla compassione e dal supporto influenzano il livello di stress compassionevole residuo.
8. Resilienza alla fatica della compassione: è la velocità e il grado di recupero totale da un'avversità del professionista dopo aver sperimentato un aumento significativo del volume dello stress. Il modello suggerisce che è una funzione in quattro diverse variabili: stress compassionevole residuo, esposizione prolungata ai clienti, gestione efficace dei ricordi traumatici (se presenti) e nuovi fattori di stress della vita.

L'esposizione prolungata ai clienti è il numero di clienti assegnati rispetto al tempo al giorno per fornire servizi moltiplicato per il numero di mesi che svolgono queste attività.

La gestione efficace dei ricordi traumatici è la soddisfazione, auto-riferita, gestendo il numero (se presente) e l'intensità dei ricordi del trauma passato. Maggiore è la soddisfazione nel gestire i ricordi, maggiore è la resilienza alla fatica della compassione. È importante non solo prevedere la resilienza alla fatica della compassione, ma anche prevedere quanto bene il professionista utilizza le lezioni del trauma passato per aiutare i clienti che stanno vivendo un trauma simile e per adattarsi al trauma.

New Life Stressors: Eventi tipici dello sviluppo del ciclo di vita o eventi imprevisti che causano crisi personali e familiari che colpiscono i professionisti come persone.

## C. CONCLUSIONE

In quanto fenomeno intrinseco del processo di aiuto, l'affaticamento della compassione non è prevenibile. La sua esistenza e manifestazione riflette lo sviluppo di un buon impegno relazionale e un uso adeguato della nostra capacità empatica. Tuttavia, ciò non significa che non possiamo intraprendere azioni consapevoli per minimizzarne gli effetti.

Bride, Radey e Figley (2007), sottolineano che la prevalenza della fatica della compassione è il risultato, sempre sbilanciato, dell'equilibrio tra la soddisfazione compassionevole e la fatica della compassione. La Soddisfazione Compassionevole è correlata alla percezione soggettiva di un lavoro ben fatto, al legame emotivamente significativo con i nostri clienti e alla soddisfazione dei propri bisogni psico-emotivi del professionista. Tuttavia, è noto che questo equilibrio, di inclinarsi pericolosamente verso un aumento significativo della fatica della compassione, aumenta il rischio di disconnessione emotiva, il pericolo di esprimere giudizi errati o di scarsa organizzazione e processo di cambiamento. Da questo punto di vista, il costo della cura deve essere compensato dalla cura di sé. Possiamo intendere per cura di sé "quelle attività svolte da

individui, famiglie o comunità, con lo scopo di promuovere la salute, prevenire la malattia, limitarla quando esiste o ristabilirla quando necessario". (Ginés & Carvalho, 2010), aventi una dimensione istituzionale, personale o comunitaria. Se questa compensazione non viene data, la fatica della compassione prevarrà sulla soddisfazione della compassione. Bride, Radey e Figley (2007), propongono che alleviare la fatica della compassione, cioè bilanciare lo squilibrio strutturale che esisterà sempre tra soddisfazione e fatica, significhi sviluppare quattro aree (Borges et al, 2019).

- a. **Sviluppo di relazioni positive** con i clienti, cioè attivando in modo permanente la risposta empatica e le dimensioni dell'alleanza di aiuto. Insomma, si tratta di lavorare bene, consapevolmente bene. Mirano inoltre a soddisfare le esigenze del professionista come la soddisfazione per il rapporto fornito o il riconoscimento da parte dei colleghi.
- b. **Cura di sé non specifica** correlata al mantenimento di standard riconosciuti di cura di sé che definiscono lo stile di vita (riposare, dormire e mangiare bene, mantenere relazioni e reti, hobby, ecc.). È necessario monitorare frequentemente il rispetto del piano (consapevole) di cura di sé e aggiornarlo periodicamente.
- c. **Cura di sé intenzionale** legata alla revisione permanente della pratica professionale e al suo impatto su se stessi, ricorso alla supervisione, revisione della pratica, partecipazione a forum professionali, studio, equilibrio biofisico (cibo, esercizio, riposo e piacere).
- d. **Strategie di gestione dello stress** attraverso la cura e lo sviluppo di hobby, rilassamento, yoga, meditazione consapevole (*mindfulness*), espressioni artistiche, scrittura terapeutica, ecc.

Per concludere, vogliamo sottolineare la dimensione positiva della fatica della compassione. Ciò riflette un chiaro impegno del professionista nei confronti del suo cliente e della sua pratica appropriata. È necessario e inevitabile se si sviluppa una buona pratica; è invalidante se non è compensata da altri meccanismi: relazioni positive, cura di sé e strategie di gestione dello stress. La fatica della compassione non può essere prevenuta, ma può e deve essere consapevolmente alleviata. Aumentare la capacità di riconoscere e minimizzare l'impatto del burnout è una responsabilità del professionista e dell'organizzazione in cui lavora.

## RIFERIMENTI

1. Adams, RE, Boscarino, JA, & Figley, CR (2006). Fatica della compassione e disagio psicologico tra gli assistenti sociali: uno studio di convalida. *Giornale americano di ortopsichiatria*, 76 (1), 103-108.
2. Borges, EMDN, Fonseca, CINDS, Baptista, PCP, Queirós, CML, Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, MP (2019). Fatiga por compasión en enfermeros de un servicio hospitalario de urgencias y emergencias de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.

3. Sposa, BE, Radey, M., e Figley, CR (2007). Misurare la fatica della compassione. *Giornale di lavoro sociale clinico*, 35, 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
4. Campos Méndez, R. (2015). *Studio sulla prevalenza della fatica della compassione e il suo rapporto con la sindrome del «Burnout» nei professionisti dei Centri di sindaco in Estremadura*. Tesi di dottorato. Cáceres: Universidad de Extremadura.
5. Campos, JF, Cardona, J., Cuartero, ME e Bolaños, I. (2015). La fatica della compassione nella pratica della mediazione familiare. En (a cura di) Danilo De Luise e Mara Morelli, *Voci dal X Congresso Mondiale di Mediazione: una via verso la cultura della pace e la coesione sociale*. Genova: Editrice ZONA.
6. Campos-Vidal, JF, Cardona-Cardona, J., & Cuartero-Castañer, ME (2017). Afrontar el desgaste: cura e mecanismos paliativos de la fatiga por compasión.
7. Cardona, J. e Campos JF (2009). Come determinare un contesto di intervento: Inventario per l'analisi della relazione ayuda tra il trabajador/a social e il cliente durante la fase di studio e valutazione della situazione problematica. *Portularia* 9(2), 17-35
8. Caro, MM, San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., & Vivanco, L. (2017). Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria de Chile. *Enfermería Clínica*, 27 (6), 379-386.
9. Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alleanza terapeutica: storia, investigazione e valutazione. *Anales de Psicología/Annali di psicologia*, 19 (2), 205-221.
10. di Madrid, CA (2002). Parole chiave: Psicotraumatologia, trauma, estrés postraumático, daño psíquico. *Psiquis*, 23 (5), 173-177.
11. Dekel, R. e Baum, N. (2010). Intervento in una realtà traumatica condivisa: una nuova sfida per gli assistenti sociali. *Giornale britannico del lavoro sociale*, 40(6), 1927-1944. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp137>
12. En Guinot, C e Ferran, A. (a cura di). *Trabajo Social: arte para generar vínculos*.
13. Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. e Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298.
14. Figley, C (2002). Fatica della compassione: mancanza cronica di cura di sé degli psicoterapeuti. *Rivista di psicologia clinica*, 58(11), 1433-41. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
15. Figley, C. (1995). *Affaticamento della compassione: far fronte al disturbo da stress traumatico secondario in coloro che curano i traumatizzati*. Regno Unito: T. & Francis, ed.
16. Figley, C. (2014). Un modello generico di resilienza alla fatica della compassione (c). Estratto il 20 novembre 2014 da <http://figley.blogspot.com/es/>
17. Figley, C. e Bride, B. (2007). La fatica degli assistenti sociali compassionevoli: un'introduzione al numero speciale sulla fatica della compassione. *Servizio sociale clinico Giornale*, 35(3), 151-153. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0093-5>
18. Figley, C., Adams, R. e Boscarino, J. (2008). La scala della fatica della compassione: il suo utilizzo con gli assistenti sociali a seguito di un disastro urbano. *Ricerca sulla pratica del lavoro sociale*, 18 (3), 238-250. <https://doi.org/10.1177/1049731507310190>
19. Gonzalez de Rivera, JL (2004). Empatía y Ecpatía. *Psico* 25(6), 243-245
20. Hensley, PL (2008). Aiuto per l'aiutante: la psicofisiologia della fatica della compassione e del trauma vicario. *Bollettino della Clinica Menninger*, 72 (1), 79.

21. Higuera, JCB (2015). *Counseling y cuidados paliativos* . Desclee De Brouwer.
22. Jiménez, B., Eugenia, M., Benadero, M., Novoa, L., Carvajal, R., Hernández, EG, e Moreno-Jiménez, B. (2004). Estrés Traumático Secundario. Valutazione, prevenzione e intervento. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76.
23. Labrador, FJ (2009). *Estrés: trastornos psicofisiológicos/Francisco Labrador; Maria Crespo* . Madrid: Eudema, 1993..
24. Maslach, C. & Jackson, S (1986). *Manuale dell'inventario del burnout di maslach*. Palo alto, CA: Consulente psicologo Press, Inc.
25. Najjar, N., Davis LW, Beck-Coon, K. & Carney-Doebbeling. (2009). Fatica: una revisione della ricerca fino ad oggi e rilevanza per i fornitori di cure per il cancro. *Giornale di psicologia della salute*, 14 (2), 267-27. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
26. Neumann, DA, & Gamble, SJ (1995). Problemi nello sviluppo professionale degli psicoterapeuti: controtransfert e traumatizzazione vicaria nel nuovo terapeuta del trauma. *Psicoterapia: teoria, ricerca, pratica, formazione* , 32 (2), 341.
27. Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. e Hamilton, R. (2017). Un'analisi del concetto evolutivo della fatica della compassione. *Borsa di studio del Journal of Nursing* , 49 (5), 557-563.
28. Stamm, H. (2009). Qualità della vita professionale: compassione, soddisfazione e fatica versione 5 (ProQOL). Su [www.proqol.org](http://www.proqol.org)
29. Zamponi, J., Rondón, Juan Manuel y Viñuela, M. Agustina (2009). Primer cuestionario validado para evaluar Síndrome de desgaste por Empatía. Comunicación presentada en el III Congreso Iberoamericano de Psicología del Trabajo. Buenos Aires, Argentina.