

Research Article

Affrontare l'usura: meccanismi di cura e palliativi per la fatica della compassione

Idrissa Ekon

Obafemi Awolowo University, Nigeria

Correspondence should be addressed to Idrissa Ekon; ekon8@gmail.com

Academic Editor: Nguyen Ngoc Anh

Copyright © 2022 Idrissa Ekon et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ASTRATTA. Il concetto di Compassione Fatica è comune nella letteratura scientifica del Servizio Sociale Internazionale, sebbene sorprendentemente inesistente nella letteratura spagnola. La stanchezza può essere definita dalla compassione come uno stato di esaurimento e disfunzione biologica, psicologica e relazionale, il risultato di un'esposizione immediata o prolungata a stress compassionevole e come il risultato finale del processo progressivo e cumulativo risultante da un contatto prolungato, continuo e intenso con clienti o clienti. pazienti, l'uso di se stessi e l'esposizione allo stress. Il mantenimento dell'usura può portare a quadri severi tipici della traumatizzazione secondaria o dell'insorgenza 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 sviluppano buone pratiche; 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 ridurre al minimo 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 sé, professionalmente e istituzionale.

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

A. INTRODUZIONE

L'indagine sui processi e sui meccanismi di burnout professionale che sono stati sviluppati nell'ambito del Servizio Sociale in Spagna, hanno ruotato quasi esclusivamente sul fenomeno della Sindrome di Burnout, (Campos et al., 2017). La bidirezionalità che Feundenberger (1974) sollevata nel descrivere e definire concettualmente la Sindrome di Burnout è stata una delle più significative fonti di confusione quando si tratta di apprendere il concetto, indagare il fenomeno e definirne la portata. L'autore descrive la sindrome come la risposta allo stress lavorativo cronico, che è evidenziato dall'atteggiamento e dai sentimenti negativi rivolti verso le persone con cui si lavora, verso il proprio ruolo professionale e dalla 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'imprecisione 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 il diffusione di un'unica percezione del fenomeno del burnout professionale in tutte le professioni che, come il Servizio Sociale, si sono concentrate sul contesto delle relazioni di aiuto.

La pratica clinica e l'evidenza empirica hanno messo in luce il fatto che questa visione ampia e generica del burnout non è né l'unica possibile né, in determinati 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 Servizio 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 delle relazioni di aiuto con le persone con cui lavoriamo in diversi contesti 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 le nostre capacità di ascolto, legandoci a persone che soffrono psichicamente, fisicamente o emotivamente, per le quali si paga un prezzo noto: esaurimento fisico, esaurimento emotivo ed esaurimento delle capacità e competenze professionali. Capire cosa succede ai nostri clienti, capire i significati delle loro situazioni e collegarci al loro disagio genera dolore nel professionista. In altre parole, il legame fa male (Borges et al., 2019).

B. METODO

This research is a type of descriptive research that uses literature to get data, and then analyzed based on the theoretical basis used to frame the analyzed data. The theoretical foundation used is Dealing with Wear: Care and Palliative Mechanisms for Compassion Fatigue.

C. RISULTATO E DISCUSSIONE

Ci interessa mettere in luce il fenomeno del burnout professionale da un punto di vista relazionale. Pertanto, riteniamo che un efficace rapporto di supporto richieda lo sviluppo di un rapporto di fiducia tra il professionista e il cliente. Questa relazione è costruita 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 cosa 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: i legami emotivi tra i due e la fiducia reciproca, il rispetto e l'interesse per il 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 significative fonti di usura. Innanzitutto, è necessario contrastare il nostro riflesso empatico spontaneo. Questo è sconsigliato e inconscio, si traduce in un ascolto sbilanciato delle narrazioni che le persone ci raccontano e che sono inondate di problemi, malesseri, 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, verso 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 giudizio, correggere questa tendenza involontaria richiede uno sforzo di usura.

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

Per sviluppare un'apprensione dei significati, i professionisti devono percepire e sperimentare parte del disagio che le persone provano. L'ascolto attivo attivato da una predisposizione e da un atteggiamento empatico implica percepire in se stessi parte del disagio dell'altro. L'esperienza di parte del dolore dell'altro genera usura. Fu Figley (1995) a coniare per primo il termine Compassion Fatigue riferendosi al "senso 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

tensione paradossale 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 dall'essere trascinati 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 all'efficacia della relazione. È evidente che questa paradossale tensione tra vicinanza emotiva e distanza emotiva genera maggiore logoramento in un contesto di interazione con persone, coppie, famiglie o gruppi che vivono situazioni di sofferenza fisica, psicologica, relazionale o emotiva. Abbiamo svolto una revisione delle fonti bibliografiche nazionali, concentrandoci su riviste spagnole il cui argomento è specifico di lavoro sociale e servizi sociali: alternative, quaderni di lavoro sociale, Azarbe, educazione sociale, umanesimo e lavoro sociale, comunità, 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 limitazione dell'universo delle riviste, non è stato necessario accedere alle banche dati disponibili. Abbiamo effettuato ricerche inserendo le seguenti parole chiave: <trauma secondario>, <compassione fatica>, <empatia burnout>, <burnout professionale>, <burnout> e <self-care>, generando nei casi anche ricerche AND e OR dalla compassione, dalla stanchezza e dall'esaurimento dell'empatia. Sebbene fossimo consapevoli che il concetto di fatica compassionevole, di nostro particolare interesse, probabilmente non avrebbe trovato riscontro, i risultati ottenuti in relazione alla ricerca sono stati inferiori alle attese. Non ci sono opere relative ai concetti di trauma, traumatizzazione, trauma secondario, empatia burnout, empatia, compassione o stanchezza da 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 esaminata la bibliografia, non abbiamo selezionato nessuno dei documenti trovati. Questo ci ha costretto a rivolgerci a fonti indirette relative a riviste nazionali relative a medicina, psicologia e infermieristica. In essi abbiamo osservato che la gamma dei documenti è ampia e diversificata. Tuttavia, non hanno fornito informazioni sugli autori più importanti che hanno indagato e descritto il fenomeno della stanchezza della compassione, né sono apparsi su riviste spagnole su riferimenti di ricerca nell'ambito della pratica del lavoro sociale. Questo ci ha obbligato inevitabilmente a rintracciare le banche dati che, nel campo delle scienze sociali e del lavoro sociale, sono apprezzate come di riconosciuto prestigio: Web of Science, SCOPUS, EBSCOhost, PsycARTICLES Sciencedirect. I risultati mostrano che il fenomeno della fatica da compassione, nettamente differenziato dal concetto di burnout, è sufficientemente raccolto nelle principali riviste anglosassoni di assistenza sociale. Sviluppiamo i risultati ottenuti di seguito

La psicotraumatologia è la disciplina che ha concentrato i suoi sforzi con maggiore rilevanza nell'investigare e conoscere la portata e l'impatto che aiutano le relazioni ad esercitare sull'equilibrio fisico, mentale ed emotivo dei professionisti che esercitano questi ruoli (de Madrid, 2002). Gli antecedenti dello studio dell'impatto della relazione di aiuto sui professionisti si possono ritrovare nei lavori di C. Figley (1995), che studiò per la prima volta queste conseguenze con infermieri che curarono i reduci della guerra del Vietnam negli anni '60. Secondo l'autore, questi professionisti provavano sensi di colpa e rimorso per non essere stati in grado di "salvare" i loro pazienti. Joison (Jiménez et al, 2004) ha usato il termine stanchezza della compassione per riferirsi all'effetto dannoso della continua esposizione degli infermieri alle storie di dolore e sofferenza dei loro pazienti. Ci si potrebbe chiedere che cosa sia la fatica della compassione e quali effetti dannosi abbia su coloro che la sperimentano. La fatica della compassione è stata definita come "lo stato di esaurimento e disfunzioni biologiche, psicologiche e sociali, il risultato di un'esposizione prolungata allo stress della compassione e a tutto ciò che evoca" (Sorensen et al., 2017). Per Figley (2002), "la stanchezza 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 stanchezza da compassione come i comportamenti emotivi naturali e le reazioni derivate dalla conoscenza di un evento traumatico vissuto da una persona significativa, cioè una

traumatizzazione indiretta di esordio rapido e improvviso come conseguenza dell'aiutare coloro che vivono il trauma in un modo diretto e/o primario.

Gli ultimi lavori pubblicati abbandonano la visione ristretta fornita dalla psicotraumatologia e ampliano il concetto di fatica compassionevole, intendendolo come il risultato progressivo e accumulato del contatto intenso con le persone che soffrono e per l'esposizione allo stress, e che include tutti i pazienti, professionisti che sviluppano una relazione di aiuto (Dekel e Baum, 2010). Abbiamo rintracciato il concetto di fatica da compassione nelle riviste scientifiche nella categoria "Lavoro sociale" del Web of Science e Scopus. Il tracciamento delle pubblicazioni mette in evidenza la gestione del concetto di compassione fatica nel mondo del lavoro sociale anglosassone (Compassion Fatigue). Abbiamo rintracciato la questione del burnout nei numeri delle riviste scientifiche del Servizio Sociale degli ultimi dieci anni, trovando solo riferimenti al tema del burnout e nessuno relativo alla fatica da compassione o, in mancanza, allo stress traumatico secondario. Che io Ecco perché affermiamo che il concetto di stanchezza della compassione o esaurimento dell'empatia è inesistente nella letteratura scientifica sul lavoro sociale in Spagna. Il denominatore comune di tutte le proposte relative alla sua definizione poggia sul concetto di empatia, non sul concetto di trauma.

È la prova che in un sistema aperto e vivo come il sistema di aiuto formato dall'assistente sociale e dal suo cliente, 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 influenzata da un insieme di relazioni ed emozioni intense che colpiscono tutti i partecipanti al processo e che si manifestano attraverso ansia, stress ed emozioni espresso e sentito da tutti i partecipanti. La dimensione fisiologica (Labrador, 2009) legata allo stress e all'ansia dei disturbi che si sperimentano quando si è immersi in un contesto relazionale ed emotivo intenso e talvolta tossico, permette di avvicinarsi all'insieme delle idee chiave: il lavoro che gli assistenti sociali sviluppare genera un inevitabile esaurimento fisico e mentale data la natura del contesto e delle emozioni in cui si sviluppa: conflitto, tensione, stress e dolore emotivo. Di conseguenza, lo sviluppo del ruolo di assistente sociale comporta un costo legato all'erosione e all'usura di abilità e competenze. A differenza del burnout, inteso come il risultato di un processo cumulativo e cronico legato alle condizioni di lavoro, la stanchezza della compassione può apparire come un processo acuto, improvviso e immediato dopo una relazione di aiuto con un cliente. Campos Méndez (2015), dopo Figley (1995; 2002), e Sabo (2011), si riferiscono 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. Compassione Stress in progressivo aumento, superamento delle soglie di tolleranza e, 3. Compassione Stanchezza. Insieme, i segni della fatica compassionevole sono strutturati lungo tre assi che coincidono con quelli dello stress traumatico secondario: ipereccitazione, evitamento e ri-sperimentazione.

Associati ai "costi di cura" ad altre persone che soffrono e soffrono, numerosi termini utilizzati hanno reso possibile una certa confusione teorico-concettuale (Caro et al., 2017). Come ha già sottolineato Figley (Figley, 1995, 2002, Figley & Bride, 2007, Figley, 2014), vari termini sono stati usati per riferirsi all'usura, che descrive l'attuale significato di fatica per 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 Vicario, Controtransfert ed 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 alla persona che subisce un evento traumatico come conseguenza della vicinanza della relazione e anche come impatto che genera sui professionisti della relazione di aiuto quando si osserva o si ascolta il racconto di un 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 la sofferenza (nessuna traumatizzazione) prodotta nel professionista a seguito del proprio lavoro in un servizio di supporto per persone con una sofferenza o una disfunzione, non necessariamente traumatizzate.

A volte, la stanchezza da compassione è stata considerata un sottotipo della sindrome da burnout. Vari autori (Najjar et al, 2009) considerano l'affaticamento da compassione una forma unica di burnout, in cui la causa del disagio non è così strettamente correlata ai fattori di stress lavorativo quanto alla risposta empatica fornita dai professionisti che lavorano con l'empatia. Sabo (2006, 2011) descrive la sindrome da burnout come un processo graduale risultante dalle risposte che diamo nel nostro ambiente di lavoro, mentre la stanchezza della compassione ha un esordio acuto che deriva dalla cura delle 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 lavoro con persone sofferenti; È il residuo emotivo derivante dall'esposizione al lavoro con coloro che subiscono le conseguenze di eventi traumatici.

Valutazione della Compassione Fatica

Gli strumenti per misurare la fatica della compassione sono scarsi. Nel 1995 C. Figley e BH Stamp hanno costruito 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 elementi che sono distribuiti in tre sottoscale: stress traumatico secondario, burnout e soddisfazione compassionevole. La dimensione di Soddisfazione per Compassione raccoglie la misura della soddisfazione generata nel professionista dal fare bene il lavoro. La dimensione di stress traumatico secondario misura gli effetti dell'esposizione a traumi o stress situazioni da parte del professionista, mentre la dimensione del burnout misura l'esaurimento vissuto attraverso l'espressione di idee negative e sentimenti di disperazione e profonda personalizzazioni.

Le stime di affidabilità della coerenza interna per le sottoscale sono riportate con un alfa di Cronbach di 0,87 per la scala di soddisfazione della compassione, 0,72 per la scala di burnout e 0,80 per la scala di fatica da trauma secondario della compassione (Bride et al., 2007). Gli ultimi progressi nella mediazione della fatica compassionevole si trovano nelle opere di Zamponi, Viñuela, Rondoni, Tauber e Main (2009). L'inventario dell'attrito da parte dell'azienda (IDE) è composto da 27 articoli con un alfa di Cronbach di 0,7 che sono organizzati in tre dimensioni. La prima dimensione fa riferimento al Professional Involvement, ovvero al grado di coinvolgimento del professionista nel rapporto tra professionista e cliente, considerando che buona pratica professionale significa un grado di coinvolgimento ragionevole e sicuro. La seconda dimensione si riferisce alla cura della persona, cioè fino a che punto il professionista dispone delle risorse personali e tecniche per affrontare i rischi e l'usura psicofisica 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 una combinazione.

Azionando i punteggi per ciascuna dimensione, l'IDE individua quattro possibili profili: Profilo I, funzionamento empatico ottimale, senza rischio di contrarre la Sindrome da Burnout empatico; Profilo II, Normale funzionamento empatico, senza rischio di contrarre la sindrome da burnout empatico; Profilo III, funzionamento empatico normale, a rischio di sviluppare la sindrome da burnout empatico, e Profilo IV, funzionamento empatico disfunzionale. A nostro avviso, la differenza della scala ProQOL, il costrutto di attrito dell'empatia è più definito nell'inventario dell'attrito dell'empatia. 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 indichino le difficoltà individuate in ciascuna dimensione. I lavori di Figley (2006; 2014), insistono sulla ricerca di un modello interpretativo della fatica della compassione che consenta di determinare da quali variabili essa 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).

L'esposizione prolungata ai clienti è il numero di clienti assegnati rispetto al tempo giornaliero per fornire servizi moltiplicato per il numero di mesi in cui 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 utilizzi 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.

D. CONCLUSIONE

In quanto fenomeno inerente al processo di aiuto, la fatica per compassione non è prevenibile. La sua esistenza e manifestazione riflette lo sviluppo di un buon impegno relazionale e un uso adeguato delle nostre capacità empatiche. Tuttavia, questo non significa che non possiamo intraprendere azioni consapevoli per minimizzarne gli effetti. Bride, Radey e Figley (2007), sottolineano che la prevalenza della fatica da compassione è il risultato, sempre sbilanciato, dell'equilibrio tra soddisfazione compassionevole e fatica da compassione. La soddisfazione compassionevole è correlata alla percezione soggettiva di un lavoro ben fatto, alla connessione emotivamente significativa con i nostri clienti e alla soddisfazione dei propri bisogni psico-emotivi del professionista. Tuttavia, è noto che questo equilibrio, di tendere pericolosamente verso un aumento significativo della stanchezza compassionevole, aumenta il rischio di disconnessione emotiva, il pericolo di dare giudizi errati o di organizzazione e processo di cambiamento male. Da questo punto di vista, il costo della cura deve essere compensato dalla cura di sé. Possiamo intendere per cura di sé come "quelle attività svolte da individui, famiglie o comunità, con lo scopo di promuovere la salute, prevenire le malattie, limitarle quando esistono o ristabilirle quando necessario". (Ginés & Carvalho, 2010), avente 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 stanchezza della compassione, cioè bilanciare lo squilibrio strutturale che esisterà sempre tra soddisfazione e fatica, significa sviluppare quattro aree (Borges et al, 2019). Per concludere, vogliamo sottolineare la dimensione positiva della fatica compassionevole. Ciò riflette un chiaro impegno del professionista nei confronti del suo cliente e della sua pratica appropriata. È necessario e inevitabile se si sviluppano buone pratiche; è invalidante se non è compensato 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 alleviata consapevolmente. Aumentare la capacità di riconoscere e ridurre al minimo l'impatto del burnout è una responsabilità del professionista e dell'organizzazione in cui lavora.

RIFERIMENTI

1. Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
2. Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. D. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Fatiga Por Compasión En Enfermeros De Un Servicio Hospitalario De Urgencias Y Emergencias De Adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.
3. Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
4. Campos Méndez, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de «Burnout» en profesionales de Centros de mayores en Extremadura*. Tesis Doctoral. Cáceres: Universidad de Extremadura.
5. Campos, J.F., Cardona, J., Cuartero, M.E. & Bolaños, I. (2015). La Fatiga por Compasión en la Práctica de la Mediación Familiar. 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, J. F., Cardona-Cardona, J., & Cuartero-Castañer, M. E. (2017). Afrontar El Desgaste: Cuidado Y Mecanismos Paliativos De La Fatiga Por Compasión.
 7. Cardona, J. & Campos J.F. (2009). Cómo Determinar Un Contexto De Intervención: Inventario Para El Análisis De La Relación De Ayuda Entre El Trabajador/A Social Y El Cliente Durante La Fase De Estudio Y Evaluación De La Situación Problema. *Portularia* 9(2), 17-35
 8. Caro, M. M., 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 Alianza Terapéutica: Historia, Investigación Y Evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.
 10. De Madrid, C. A. (2002). Palabras Clave: Psicotraumatología, Trauma, Estrés Postraumático, Daño Psíquico. *Psiquis*, 23(5), 173-177.
 11. Dekel, R. & Baum, N. (2010). Intervention in A Shared Traumatic Reality: A New Challenge for Social Workers. *British Journal of Social Work*, 40(6), 1927-1944.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp137>
 12. Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24(2), 284-298.
 13. Figley, C (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-41. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
 14. Figley, C. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. U.K.: T. & Francis, Ed.
 15. Figley, C. (2014). A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience (c).
 16. Figley, C. & Bride, B. (2007). The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3),151-153.
<https://doi.org/10.1007/s10615-007-0093-5>
 17. Figley, C., Adams, R. & Boscarino, J. (2008). The compassion fatigue scale: its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18 (3), 238-250.
<https://doi.org/10.1177/1049731507310190>
 18. González de Rivera, J.L. (2004). Empatía y Ecpatía. *Psiquis* 25(6), 243-245
 19. Hensley, P. L. (2008). Help for The Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72(1), 79.
 20. Higuera, J. C. B. (2015). *Counselling y cuidados paliativos*. Desclee De Brouwer.
 21. Jiménez, B., Eugenia, M., Benadero, M., Novoa, L., Carvajal, R., Hernández, E. G., & Moreno-Jiménez, B. (2004). Estrés Traumático Secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76.
 22. Labrador, F. J. (2009). *Estrés: trastornos psicofisiológicos/Francisco Labrador; María Crespo*. Madrid: Eudema, 1993..
 23. Maslach, C. & Jackson, S (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
 24. Najjar, N., Davis L.W., Beck-Coon, K. & Carney-Doebbeling. (2009). Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*, 14 (2),267-27. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
 25. 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.
 26. Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2017). An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 557-563.

27. Stamm, H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL).
28. Zamponi, J., Rondón, Juan Manuel & Viñuela, M. Agustina (2009). Primer Cues-Tionario Validado Para Evaluar Síndrome De Desgaste Por Empatía. Comunicación Presentada En El III Congreso Iberoamericano De Psicología Del Trabajo. Buenos Aires, Argentina.