

Il ruolo dell'alesitimia nel burnout del personale socio-sanitario. Una rassegna dei risultati di ricerca

I CONTRIBUTI

Andrea Caputo

La Sapienza Università di Roma

ABSTRACT

The role of alexithymia in burnout of socio-health staff: A review of research results

This paper presents a review of research investigating the role of alexithymia in burnout of socio-health staff, made by consulting the electronic databases Medline/PubMed, PsychInfo and Scopus. We think that alexithymia, far from being an all-or-nothing phenomenon, might be an indicator of a cross-emotional competence that takes the value of a real competence of competences in the relationship between individual and context, as a positive dimension for organizational health. The research findings highlight the potential role of alexithymia as a risk factor for burnout onset, predisposing the individual to acquire a maladaptive pattern in dealing with work-related stress, although further studies are needed about this subject.

Keywords: burnout, alexithymia, risk factors, socio-health context

Il ruolo dell'alessitimia nel burnout del personale socio-sanitario. Una rassegna dei risultati di ricerca

1. Introduzione

La letteratura internazionale riporta un unanime consenso riguardo alla necessità di monitorare e prevenire, attraverso un precoce riconoscimento dei segnali di *allarme*, il rischio di burnout negli operatori sanitari, anche in considerazione dei risvolti economici legati agli alti tassi di assenteismo e turn-over che ne conseguono in termini organizzativi (Von Känel, 2008; Cashavelly *et al.*, 2008). Dal punto di vista epidemiologico, infatti, il burnout colpisce per lo più quanti operano nelle *helping professions* in ambito socio-sanitario (Zoccali *et al.*, 1999; Steinhilber, Coralli, Barale 2001; Bellani, Orrù, 2002; Barbier, 2004; Della Valle *et al.*, 2006) e in particolare in oncologia (Schraub, Marx, 2004; Bressi *et al.*, 2008), in terapia intensiva, in ambito geriatrico (Sanchez, Mahmoudi, Moronne, Camonin, Novella, 2015), nei reparti grandi ustionati, nelle unità coronariche, nei servizi psichiatrici (Freddi & Corradi, 2003), nei reparti di malattie infettive e nelle cure palliative (Sherman, Edwards, Simonton, Mehta, 2006; Dunwoodie & Auret, 2007). Si tratta di reparti ospedalieri in cui emergono con maggiore evidenza primitive fonti di ansia che hanno a che fare con i segreti della vita e della morte, l'infraffazione del tabù che interdice l'accesso al corpo dell'altro e l'incontro con la malattia e la morte (Guerra, 1992). In questi contesti si manifesta, quindi, una significativa richiesta di competenze relazionali e psicologiche per meglio sintonizzarsi con le richieste e i bisogni dell'utenza e, al contempo, la necessità per gli operatori di sviluppare una più elevata capacità nel *regolare* le proprie emozioni (D'Egidio, 2001).

A tale riguardo, alcuni studi sul rapporto tra intelligenza emotiva e burnout occupazionale nell'area dei servizi socio-assistenziali (Duran, Extremera, Rey, 2004; Gerits, Derksen, Verbruggen, Katzko, 2005; McKinley *et al.*, 2014) hanno ispirato alcune riflessioni sul ruolo che l'alessitimia può assumere nella sindrome da burnout, in quanto costruito che rimanda a una scarsa regolazione affettiva. In accordo con

una recente ricerca condotta su diverse categorie professionali (Mattiila, Poutanen, Koivisto, Salokangas, Joukamaa, 2007) si è, infatti, riscontrato che l'alessitimia – così come la depressione – risulta associata ad alti livelli di burnout e potrebbe essere considerata un fattore di rischio indipendente nella genesi di tale sindrome (alessitimia primaria), piuttosto che una risposta di coping inadeguata nel fronteggiare situazioni di stress lavoro-correlato (alessitimia secondaria) (Kokkonen *et al.*, 2001; Frawley, Smith, 2002). Come sottolinea Favretto (1995), l'alessitimia, sebbene ampiamente discussa in campo psichiatrico e psicologico-clinico, sembra essere per lo più sottostimata nell'ambito della psicologia del lavoro. Si rileva, pertanto, l'utilità di considerare tale costrutto nella programmazione di azioni di prevenzione, formazione e valutazione del personale socio-sanitario, volte a ridurre le conseguenze del burnout, quale sindrome invalidante a livello individuale e fonte di rischi iatrogeni per l'intero sistema organizzativo.

2. Obiettivi

Il presente contributo intende proporre una revisione sistematica della letteratura scientifica internazionale al fine di esplorare il ruolo dell'alessitimia nel burnout del personale socio-sanitario. Gli obiettivi specifici di tale rassegna sono:

- Verificare se l'alessitimia possa essere considerata un fattore di rischio per l'insorgenza della sindrome da burnout o sia piuttosto una conseguenza a situazioni di stress lavoro-correlato;
- Esplorare il rapporto tra le specifiche dimensioni costitutive dell'alessitimia (*DIF*=difficoltà a identificare i sentimenti, *DDF*=difficoltà a descrivere i sentimenti ad altri, *EOT*=pensiero orientato all'esterno) e del burnout (*EE*=esaurimento emotivo, *DEP*=depersonalizzazione e *PA*=realizzazione personale)¹;

1 Le dimensioni riportate sono relative ai fattori costitutivi dei due costrutti teorici, considerati nelle sottoscale dei principali strumenti di valutazione validati a livello internazionale per l'indagine dell'alessitimia e del burnout, rispettivamente

- Valutare l'eventuale presenza di ulteriori fattori in grado di modulare la relazione tra Alessitimia e burnout.

3. Uno sguardo ai costrutti teorici

3.1 *Burnout*

Il concetto di burnout (letteralmente “essere bruciati, esauriti”) è stato introdotto da Freudenberger (1974) per indicare una possibile manifestazione dello stress lavorativo connessa a fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività rilevati tra gli operatori delle cosiddette professioni di aiuto, con particolare riguardo all'area socio-sanitaria. Il burnout si differenzia dallo stress in quanto non presenta un preciso quadro psico-fisico né si manifesta in una reazione momentanea, ma è basato su dimensioni psicologiche ed emotive da considerare entro un processo a lungo termine; inoltre, non è associato ai diversi aspetti della vita lavorativa, quanto piuttosto alla specifica sfera interpersonale (Borgogni, Consiglio, 2005).

Come descritto da Maslach (1982), il burnout viene identificato attraverso tre fattori concomitanti che concernono rispettivamente: l'*esaurimento emotivo* quale sensazione di stanchezza, affaticamento e progressiva perdita di risorse emotive e personali, la *depersonalizzazione* ovvero la reazione di distacco, cinismo e/o ostilità nei confronti delle persone con cui e per cui si lavora e, infine, la scarsa *realizzazione professionale* connessa alla percezione della propria inadeguatezza che sembra comportare una riduzione dell'autostima e del desiderio di successo nel proprio ambiente di lavoro. Una evoluzione successiva di tale modello è rappresentata dall'approccio organizzativo al burnout (Leiter, Maslach, 2000), secondo cui la relazione che le persone instaurano con il proprio lavoro si muove lungo un continuum che va dal burnout (polo negativo) all'impegno lavorativo (polo positivo). Secon-

la Toronto Alexithymia Scale - TAS-20 (Taylor, Bagby, Ryan, Parker, 1990) e il Maslach Burnout Inventory - MBI (Maslach, Jackson, 1981). Per semplicità, nel corso dell'articolo si utilizzeranno direttamente tali sigle per indicare le differenti dimensioni di riferimento.

do tale prospettiva, il burnout è concettualizzato come una sindrome multidimensionale e dipende significativamente dalla percezione che la persona ha del proprio contesto lavorativo e, in particolare, dalla percezione dell'equilibrio, ovvero del grado di sintonia (match/mismatch) tra essa e l'ambiente in cui opera².

L'insorgenza della sindrome negli operatori sanitari segue generalmente quattro fasi (Bellani, Orrù, 2002): dall'*entusiasmo idealistico* (1) che motiva la scelta di un lavoro di tipo assistenziale, si passa a una fase di *stagnazione* (2) in cui l'operatore si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni e i risultati del forte impegno iniziale cominciano a divenire sempre più inconsistenti. Ne consegue un sentimento di *frustrazione* (3) associato a un graduale disimpegno professionale e alla profonda sensazione di inutilità e non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza, per arrivare a una condizione di sostanziale *apatia* (4), che costituisce l'ultima fase caratterizzata da una vera e propria morte professionale. Inoltre, gli effetti del burnout tendono a propagarsi da un membro dell'equipe all'altro e dall'equipe ai pazienti, coinvolgendo quindi l'intera organizzazione. Le conseguenze, dunque, sono molto gravi e possono riguardare non solo gli operatori,

- 2 Coerentemente con tale approccio è stato sviluppato uno strumento di valutazione del burnout chiamato *Organizational Checkup* (Leiter e Maslach, 2000), la cui versione italiana è l'*Organizational Checkup System* (OCS). L'OCS è formato da due parti: l'*MBI-General Survey* e l'*Areas of Worklife Survey*. La prima parte (*MBI-GS*) riguarda la relazione con il lavoro e indaga tre fattori: la resistenza individuale (in cui il polo negativo è rappresentato dall'esaurimento e quello positivo dall'energia), la reazione agli altri ed al lavoro (in cui il polo negativo è rappresentato dalla disaffezione e quello positivo dal coinvolgimento) e la reazione individuale verso il proprio lavoro (in cui il polo negativo è rappresentato dal sentimento di inefficacia e quello positivo dal senso di efficacia e di realizzazione). Per quanto riguarda la seconda parte (*Areas of Worklife Survey*) che concerne le aree della vita lavorativa, il contributo di Leiter è stato quello di aver esteso le ricerche all'ambiente organizzativo, ricercando in questo le concause della manifestazione del disagio dei lavoratori. Sono state pertanto individuate sei aree della vita lavorativa che consentono di definire il grado di sintonia: carico di lavoro, controllo sulla propria attività lavorativa, riconoscimento (economico e psicologico), integrazione sociale, equità, congruenza o conflitto di valori. Sono state inoltre aggiunte altre dimensioni organizzative come l'area relativa al cambiamento e quella relativa ai processi di gestione (leadership, sviluppo di competenze e coesione di gruppo).

attraverso somatizzazioni, dispersione di risorse, frustrazioni e sottoutilizzazioni di potenziali, ma anche i *pazienti*, per i quali un contatto con gli operatori in burnout risulta frustrante e inefficace, e la *comunità* in generale, che vede gradualmente svanire forti investimenti nei servizi (Maslach, Leiter, 2002).

3.2 Alessitimia

Il concetto di alessitimia (da *a-lexis-thimos*, non avere parole per le emozioni) è stato introdotto per la prima volta da Nemiah e Sifneos (1970) per indicare una particolare costellazione di aspetti di personalità, caratterizzata da difficoltà di riconoscimento e comunicazione delle emozioni³, rilevata in pazienti affetti da malattie psicosomatiche. Tale costrutto comprende diverse dimensioni tra cui una difficoltà nell'identificare, descrivere e comunicare le emozioni, una difficoltà nel distinguere le emozioni dalle sensazioni corporee, una diminuzione della capacità onirica e immaginativa e uno stile cognitivo concreto scarsamente introspettivo (pensiero orientato all'esterno). L'alessitimia, inoltre, sembra essere strettamente legata a una profonda *ipernormalità* che si manifesta mediante un adattamento adesivo e conformistico all'ambiente nel quale il soggetto si trova inserito e alle sue richieste sociali. La persistenza di un *pensiero operatorio* impedisce, infatti, l'accesso alla dimensione simbolica e astratta e l'utilizzo del pensiero creativo in tutte le sue forme (Lundh, Simonsson-Sarnecki, 2002). Allo stato attuale, tale costrutto sta conoscendo una diffusione sempre più vasta, in quanto una notevole evidenza empirica (Carretti, La Barbera, 2005; Solano, 2001) testimonia come l'alessitimia non riguardi solo pazienti affetti da patologie psichiatriche e mediche (Taylor, Bagby, Parker, 2000) ma interessi anche popolazioni non cliniche (Parker, Taylor, Bagby, 1989; Pasini, Chiaie, Seripa, Ciani, 1992; Joukamaa, Saarijarvi, Muuriaisniemi,

3 Sifneos e colleghi (1977) nel definire il concetto di alessitimia utilizzano in realtà il termine sentimento, distinguendo le emozioni (*emotions*), che costituiscono la componente biologica degli affetti, dai sentimenti (*feelings*) che rimandano, invece, alla componente psicologica. Tuttavia, per semplicità d'uso nella lingua italiana utilizzeremo il termine emozione come sinonimo di sentimento.

Salokangas, 1996). Secondo Taylor e collaboratori (2000) l'alessitimia può essere, infatti, considerata come un tratto di personalità distribuito normalmente nella popolazione generale, ed è in tal senso definibile come dimensione posta lungo un continuum più che come variabile categoriale (Salminen, Rui, Relu, Toikka, Kauhnen, 1999). Rispetto a questo, vi è un acceso e controverso dibattito scientifico, tutt'ora in corso, circa la distinzione tra *l'alessitimia come tratto*, nei termini di variabile stabile e continua di personalità assolutamente indipendente da specifiche cause eziologiche e *l'alessitimia come stato*, strettamente associata alla situazione stressante dalla quale origina.

4. Materiali e metodi

La rassegna è stata effettuata consultando la banche dati elettroniche *Medline/PubMed*, *PsychInfo* e *Scopus* senza definire uno specifico intervallo temporale. Le parole chiave utilizzate nei rispettivi motori di ricerca sono state “alexithy★” [and] “burnout” in modo da visionare tutti i record che contenessero nel titolo, nell'abstract o nel testo entrambi i riferimenti. Gli articoli individuati attraverso la ricerca bibliografica sono stati selezionati in base ai seguenti criteri di inclusione:

- La pertinenza di quanto trattato dagli articoli con il quesito di ricerca, vale a dire *il rapporto tra Alessitimia e burnout*;
- La tipologia del campione scelto, limitando la rassegna agli studi effettuati su *soggetti professionali che operano in campo socio-sanitario*;
- La coerenza tra costrutti esaminati e metodi di valutazione adottati, per garantire la comparabilità dei risultati prodotti dai diversi studi, ovvero l'utilizzo del Maslach Burnout Inventory (MBI) per la valutazione del burnout professionale e della Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) per la valutazione dell'alessitimia.

5. Risultati

Dei 66 record inizialmente individuati attraverso la ricerca bibliografica ne sono stati eliminati 22 che non erano di specifica pertinenza per il tema in esame, in quanto le parole chiave “alexithy★” [and] “bur-

nout” erano solo citate o riportate in elenco. Dei 44 record rimanenti, sono stati scelti per la revisione finale solo 11 articoli prodotti tra il 1996 e il 2014. I restanti 33 articoli riportano, infatti, studi che non rispettano i criteri di inclusione stabiliti in quanto:

- Sono condotti su campioni generali, non specificamente riguardanti il personale socio-sanitario (28 studi);
- Indagano l’alessitimia e il burnout separatamente, senza esplorarne la possibile relazione (2 studi);
- Adottano una scala di valutazione del burnout diversa dal MBI, ma più generalmente volta a indagare lo stress lavoro-correlato (2 studi);
- Adottano una scala di valutazione dell’alessitimia diversa della Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), non specifica del costrutto ma più ampiamente volta a rilevare diverse strategie di coping emozionale (1 studio).

Si presenta, di seguito, un rapido excursus delle principali conclusioni a cui pervengono gli studi considerati in questa sede.

Aslan e collaboratori (1996) esaminano il rapporto tra i livelli di burnout, alcune variabili socio-demografiche e l’alessitimia in un campione di 174 medici in formazione post-laurea presso la Scuola di Medicina dell’Università di Cukurova. I risultati indicano una associazione negativa tra i livelli di *EE*, *DEP*, alessitimia e *PA*. Inoltre i livelli di *DEP* correlano negativamente con l’età, le ore di sonno giornaliera e gli anni di esperienza, e positivamente con le ore di lavoro quotidiane e il numero di turni di notte svolti. Infine, si registrano livelli di *EE* e alessitimia più elevati nei single.

In uno studio condotto su 384 medici nella città turca di Malatya (Karlida, Ünal, Yolo Lu, 2001) si indaga la relazione tra alessitimia e livelli di burnout in rapporto ad alcune variabili socio-demografiche. Nel 20,7% dei medici risultati alessitimici si evidenziano alti valori nelle scale del burnout relative a *EE* e *DEP*, mentre i punteggi di *PA* risultano significativamente minori di quelli riportati dal gruppo dei non alessitimici. Coloro che hanno un’anzianità di servizio compresa tra i 6 e i 10 anni, inoltre, mostrano un basso *EE*, mentre i soggetti con un’esperienza lavorativa pari o inferiore a 5 anni riportano valori più alti nella *DEP*.

In una ricerca di Daly e Willcock (2002) effettuata nel Nuovo Galles del Sud su un campione di 482 medici neolaureati sono studiati i

fattori in grado di predire il distress psicologico durante il primo anno di tirocinio di medicina interna. Sono valutati i livelli di burnout, alessitimia e supporto sociale nella fase di inserimento e a distanza di 6 mesi. La presenza di caratteristiche alessitimiche risulta associata con più alti livelli di *EE* e minori livelli di *PA*. Inoltre, l'alessitimia primaria sembra predire in modo significativo alti livelli di burnout e una scarsa performance professionale, valutata attraverso relazioni periodiche dei supervisori effettuate nel corso del semestre. Tuttavia, anche nei soggetti con uno stato di alessitimia secondaria – in quanto risultati alessitimici solo al termine dei 6 mesi e non nella fase di inserimento – la valutazione della performance lavorativa risulta peggiore se confrontata con quella dei tirocinanti rimasti non alessitimici.

Uno studio italiano di Lazzari, Pisanti e Avallone (2006) valuta la prevalenza del fenomeno del burnout all'interno di un gruppo di professionisti della salute operanti in cure palliative, in seguito a uno screening esteso all'intera équipe di infermieri e personale ausiliario (N=83). Coloro che forniscono una valutazione ottimale della qualità del clima organizzativo e relazionale (qualità del servizio, delle relazioni e dell'organizzazione) presentano una minore esposizione sia al burnout che all'alessitimia. Si evidenzia, inoltre, una forte correlazione positiva tra i livelli di *EE* e i livelli di alessitimia, in particolare nelle sottoscale *DIF* e *DDF*. Al contrario, la *PA* è inversamente correlata con i livelli di alessitimia e con la *DDF*. Il livello di *EOT*, invece, non correla con nessuna sottoscala del burnout.

Un altro studio italiano del 2006 di Pini e collaboratori indaga la prevalenza di burnout e disagio psicologico tra operatori della salute mentale, esaminando il ruolo dell'alessitimia come fattore di vulnerabilità per l'eventuale insorgenza o peggioramento della sindrome da burnout. In un campione di 64 operatori tra cui psichiatri, psicologi, infermieri, educatori e personale ausiliario vengono rilevate misure di alessitimia, burnout e distress psico-fisico, quest'ultimo attraverso una scala per la valutazione rapida dello stress (*VRS*). Si riscontrano alcune significative correlazioni tra gli indici di burnout (in particolare l'*EE* e la *PA*), le sottoscale dell'ansia, della depressione e della somatizzazione della *VRS* e la presenza di caratteristiche alessitimiche, le quali risultano superiori negli infermieri e negli operatori di sesso femminile. Infine, l'età sembra correlare positivamente con l'*EE* e negativamente con la *PA*. L'associazione tra alessitimia e sintomi da burnout

suggerisce, a livello subclinico, la presenza di un pattern disadattivo nell'affrontare lo stress nel contesto lavorativo, che però tende a diminuire con l'età.

In un campione di 69 soggetti con stress lavoro-correlato (De Vente, Kamphuis, Emmelkamp, 2006) si indaga la presenza di Alessitimia, comparandone i risultati con un campione di soggetti sani (N=62). Tale studio controllato intende determinare la stabilità (relativa e assoluta⁴) nel tempo delle caratteristiche Alessitimiche, esplorare il carattere secondario dell'Alessitimia correggendo i punteggi per il livello di burnout e distress generale e valutare il rapporto tra la remissione dei sintomi (stress, ansia, stanchezza fisica) e il cambiamento nei punteggi dell'Alessitimia. Nei soggetti con stress lavoro-correlato si riscontrano livelli di Alessitimia più elevati rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia nel gruppo dei pazienti si evidenziano valori più bassi nella stabilità assoluta delle sottoscale *DIF* e *DDF* e nella stabilità relativa della *DIF*. Inoltre, le differenze tra i due gruppi divengono minime e non significative correggendo i punteggi per distress individuale, e il cambiamento nel livello di Alessitimia sembra in buona parte associato alla remissione dei sintomi. Gli autori concordano, quindi, nel ritenere che l'elevato livello di Alessitimia in soggetti con stress lavoro-correlato siano dipendenti dalla loro specifica condizione. Ciò indicherebbe la presenza di Alessitimia secondaria, quale reazione di *stato* a situazioni percepite come particolarmente stressanti.

Bratis e collaboratori (2009) esaminano il rapporto tra Alessitimia, dimensioni del burnout professionale, percezione del sostegno familiare e sintomi depressivi in uno studio condotto su 95 infermieri estratti casualmente dal personale infermieristico di uno dei più grandi ospedali della Grecia. L'Alessitimia risulta correlare positivamente con la depressione, l'*EE* e la *DEP*, e negativamente con il sostegno familiare percepito e il livello di *PA*. A tale riguardo, il supporto familiare percepito è associato positivamente con la *PA* e, in questo senso, sembra costituire un fattore protettivo contro lo sviluppo della sindrome da burnout.

4 La stabilità assoluta si riferisce al grado in cui i punteggi ottenuti nella caratteristica in esame non sono soggetti a cambiamenti nel corso del tempo, mentre la stabilità relativa alla misura in cui le differenze relative tra individui di uno stesso gruppo rimangono le stesse nel tempo.

Halpern e collaboratori (2012) indagano il ruolo che l'espressione emozionale gioca in alcune reazioni di stress acuto nel personale paramedico (N=190) operante in servizi di pronto soccorso in risposta alla gestione di incidenti critici. Complessivamente l'alessitimia non sembra collegata alla remissione dei sintomi nei casi di stress acuto, sebbene la difficoltà di indentificare le emozioni risulti associata a uno stato di arousal fisico più prolungato. Si riscontra comunque una relazione tra l'alessitimia (e tutte le sue componenti) e l'*EE*, suggerendo come la capacità di identificare le emozioni sia un fattore importante per la gestione dello stress occupazionale nella professione paramedica.

Uno studio di Katsifaraki e Tucker (2013) eamina la relazione tra alessitimia e burnout occupazionale in 183 studenti di infermieristica prossimi alla laurea, controllando per ulteriori variabili confondenti quali i fattori connessi alla percezione del contesto lavorativo, i livelli di depressione e le strategie di coping. I risultati mostrano che l'*EOT* è significativamente associato a un minore livello di *PA* e a una maggiore *DP* al netto delle altre variabili, indicando l'*EOT* come unico aspetto del costrutto dell'alessitimia che possa essere considerato quale fattore indipendente predisponente alla sindrome da burnout.

In uno studio su larga scala relativo alle condizioni di salute mentale del personale medico operante in aree semiurbane e rurali della Turchia (Taycan, Taycan, Çelik, 2014) si valuta la relazione tra burnout, caratteristiche individuali (tra cui l'alessitimia) e comportamenti di coping. I risultati provenienti da un campione di 139 medici rileva più alti livelli di burnout rispetto a quelli riscontrati nel personale medico operante in aree urbane. In particolare, il burnout è più elevato nei medici specialisti rispetto ai medici di base e in quelli che presentano più alto nevroticismo e minore estroversione tra le variabili psicologiche e strategie di coping meno focalizzate sul problema. L'alessitimia, invece, correla positivamente con l'*EE* e la *DP*, mentre non si riscontra alcuna relazione con la *PA*.

Tei e collaboratori (2014) esplorano il rapporto tra burnout e alcune dimensioni psicologiche quali la disposizione empatica, la dissonanza emotiva e l'alessitimia in un gruppo di 25 infermieri reclutati in alcuni ospedali di Kyoto. I soggetti vengono sottoposti a risonanza magnetica funzionale per la misurazione della risposta empatica a livello cerebrale. I risultati mostrano come vi sia una relazione tra una più ridotta attivazione cerebrale e più alti livelli di burnout, alessitimia, dis-

sonanza emotiva e disposizione empatica. La maggiore disposizione empatica nei soggetti con elevato burnout può essere legata alla maggiore difficoltà di identificare le proprie reazioni emotive. Rispetto alla correlazione tra le sottodimensioni del burnout e dell'alessitimia, l'unica relazione significativa è riscontrata tra *DIF* e *EE*.

6. Discussione dei risultati

Rispetto allo scopo generale della presente rassegna, possiamo affermare che in tutte le ricerche revisionate trova conferma una relazione significativa tra il costrutto dell'alessitimia e il burnout. Tuttavia si tratta, nella quasi totalità dei casi, di studi osservazionali (di coorte) e correlazionali nei quali non è stato possibile prevedere un processo di randomizzazione dei soggetti, dal momento che le variabili indipendenti considerate non sono manipolabili direttamente dallo sperimentatore ma sono caratteristiche dei soggetti stessi. In tal senso, allo stato attuale è molto complesso definire una relazione di causalità lineare tra alessitimia e burnout, sebbene dai principali risultati esaminati possiamo ragionevolmente ipotizzare che l'alessitimia costituisca un possibile fattore di rischio per l'insorgenza del burnout. Diversi studi, infatti, pur individuando la presenza di una alessitimia *secondaria*, reattiva a situazioni di stress lavoro-correlato, hanno evidenziato come in realtà la presenza di caratteristiche alessitimiche predisponga ad acquisire un pattern disadattivo nell'affrontare lo stress nel contesto lavorativo.

Per quanto concerne la relazione tra i fattori costitutivi dei due costrutti in esame, in sintesi emerge come tutte le dimensioni del burnout siano fortemente associate a caratteristiche alessitimiche, in particolare alla difficoltà nell'identificare le emozioni (*DIF*). Nello specifico, si registra un'associazione positiva tra alessitimia e esaurimento emotivo (*EE*) e depersonalizzazione (*DEP*). La realizzazione personale (*PA*), invece, correla negativamente con l'alessitimia, coerentemente con il costrutto di riferimento. Ad eccezione dello studio di Katsifarakis e Tucker (2013), notiamo come il fattore dell'alessitimia che sembra correlare in misura minore con il costrutto del burnout sia quello relativo al pensiero orientato all'esterno (*EOT*). Tuttavia, gli stessi autori (Bagby, Parker, Taylor, 1994; Parker, Taylor, Bagby, 1993) hanno evidenziato un potenziale aspetto di minore efficienza della TAS-20 nel

terzo fattore, probabilmente a causa dell'inversione dei punteggi conferiti alle risposte, nonostante siano confermate le buone caratteristiche psicometriche della scala.

Le ricerche più recenti sembrano contemplare sempre più l'influenza di potenziali fattori confondenti connessi al contesto lavorativo, alle strategie di coping e alle caratteristiche di personalità, dimostrando la tenuta dell'associazione tra alessitimia e burnout anche al netto di ulteriori variabili. Tuttavia, la presenza di eventuali fattori in grado di modulare il rapporto tra alessitimia e burnout non sembra ancora sufficientemente approfondita.

La relazione dei due costrutti con alcune variabili socio-demografiche – tra cui ad esempio il sesso e l'età – risulta, a tale riguardo, per lo più incerta. Si rileva un'associazione con dimensioni quali ansia, depressione, somatizzazione, distress psico-fisico, ma è difficile stabilire se queste siano per lo più concomitanti alla sindrome da burnout e, soprattutto, definire in quale misura regolino il rapporto tra alessitimia e burnout. Inoltre, alcune ricerche sembrano suggerire che una migliore percezione del supporto offerto in ambito familiare, sociale e/o lavorativo possa svolgere una funzione protettiva nella genesi e nella persistenza dei sintomi da burnout. Tuttavia, sembra plausibile che soggetti con caratteristiche alessitimiche potrebbero non essere in grado di beneficiare del sostegno ricevuto a causa di una scarsa sintonizzazione affettiva con il proprio contesto di riferimento e, dunque, l'eventuale funzione protettiva assunta da tale variabile andrebbe confermata con ulteriori studi.

Un limite che possiamo rilevare rispetto alla comparabilità dei risultati prodotti in letteratura, anche in relazione ai futuri sviluppi della ricerca sul tema, sembra riguardare la specifica modalità con cui viene categorizzata la variabile relativa all'alessitimia. In alcuni studi, le caratteristiche alessitimiche vengono identificate in riferimento a valori normativi. In altri termini, si considera il valore soglia (*cut-off*) nella costituzione di classi discrete in cui far rientrare i soggetti, piuttosto che il punteggio totale ottenuto alla scala e in base al quale l'alessitimia può essere, invece, ipotizzata come variabile continua. La ricerca più recente, infatti, sembra privilegiare una concezione dell'alessitimia come di una dimensione transnosografica, che si estende lungo un *continuum* che dal normale va al patologico a seconda del livello di difficoltà a comprendere e comunicare le esperienze emotive.

Conclusioni

Quanto prodotto in letteratura suggerisce di incrementare la ricerca con particolare riguardo a studi di tipo longitudinale al fine di individuare precise relazioni, ove possibile di natura predittiva, tra l'alessitimia e la sindrome da burnout. Assumere l'alessitimia quale specifico fattore di rischio amplierebbe il quadro concettuale dei programmi di valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato, non più limitati a rilevare quadri sintomatologici e a intervenire su condizioni cliniche conclamate, ma volti a restituire nuova centralità a variabili psicologiche, promuovendo così «una spirale “virtuosa” che possa condurre a un incremento di ciò che facilita la soddisfazione, costruttive relazioni professionali, la salute dei singoli e dell'intera organizzazione» (Avallo-*ne*, Paplomatas, 2005, p. 125).

Gli individui che non riescono a comprendere le proprie emozioni, infatti, non riescono ad utilizzarle per costituire un fondamento per i propri pensieri e non hanno un'adeguata spinta motivazionale per le loro azioni, mostrandosi come privi di intenzionalità e progettazione. Vengono meno, così, i presupposti per la costruzione di un'adeguata e produttiva collaborazione con i colleghi, a causa di un'evidente incapacità a riconoscere e dare un senso alle proprie sensazioni di disagio, di disappunto, di ansia, con conseguente compromissione dell'attività produttiva dell'intera azienda. Nel contesto sanitario, inoltre, poiché le prassi sono storicamente centrate su aspetti tecnico-procedurali, rischia di svilupparsi con maggiore probabilità una tendenza alla negazione dell'individualità e alla spinta al conformismo, l'accentuazione della mediocrità e la soppressione della creatività e delle idee che possono far perdere il controllo sui lavoratori (Quaglino, 1996). Le organizzazioni che amano la prevedibilità e la routine sembrano, infatti, incoraggiare il comportamento alessitimico e anaffettivo proprio perché, come sostiene Ket De Vries (1989), gli alessitimici tendono ad essere molto più disponibili alle richieste del contesto lavorativo a causa di una minore attenzione al proprio mondo interno.

A tale riguardo, il costruito dell'alessitimia, se ripensato nel rapporto tra individuo e contesto organizzativo, consentirebbe di pianificare interventi psicologici di supporto all'èquipe (Penson, Dignan, Canellos, Picard, Lynch, 2000; Bernardi, Catania, Marceca, 2005) rispetto all'acquisizione di capacità di comunicazione (Schraub, Marx, 2004) e

gestione delle emozioni in un ambito, come quello socio-sanitario, in cui la sinergia di tutte le forze operative e la capacità di instaurare buoni rapporti con i colleghi, con i pazienti/utenti e con l'intero contesto lavorativo, costituiscono aspetti basilari.

L'alesitimia, lungi dall'essere un fenomeno del tipo *tutto o nulla*, può rappresentare così un indicatore di una trasversale competenza emotiva, che, influenzando indistintamente tutte le attività personali e professionali, assume il valore di una vera e propria *competenza delle competenze* quale *dimensione positiva* per la salute organizzativa (Avallo- ne, Paplomatas, 2005).

Riferimenti bibliografici

- Aslan S.H., Bengi Gurkan S., Alparslan Z.N., Unal M. (1996). The Levels of Burnout Among The Physicians Pursuing Postgraduate Training. *Turkish Journal of Psychiatry*, 7, 9-45.
- Avallo F., Paplomatas A. (2003). *Salute organizzativa: Psicologia del benessere nei contesti lavorativi* [Organizational health: Psychology of wellbeing in work contexts]. Milano: Raffaello Cortina.
- Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Barbier D. (2004). The burn-out syndrome of the caregiver. *Presse Med*, 33 (6), 394-399.
- Bellani M.L., Orrù W. (2002). La sindrome del burn-out [Burn-out syndrome]. In M. L. Bellani, G. Morasso, D. Amadori (Eds.), *Psiconcologia* (pp.1043-1056). Milano: Masson.
- Bernardi M., Catania G., Marceca F. (2005). The world of nursing burn-out. A literature review. *Prof Inferm*, 58(2), 75-79.
- Borgogni L., Consiglio C. (2005). Job burnout: Evoluzione di un costrutto. *Giornale italiano di Psicologia*, 32, 23-58.
- Bratis D., Tselebis A., Sikaras C., Moulou A., Giotakis K., Zoumakis E., Ilias I. (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources Health*, 7, 72.
- Bressi C., Manetti S., Porcellana M., Cevalas D., Farina L., Felicioni I., Meloni G., Invernizzi G. (2008). Haemato-oncology and burn-out: An Italian survey. *British Journal of Cancer*, 98(6), 1046-1052.
- Caretti V., La Barbera D. (Eds.) (2005). *Alessitimia: Valutazione e Trattamento* [Alexythimia: Assessment and treatment]. Roma: Astrolabio.

- Cashavelly B.J., Donelan K., Binda K.D., Mailhot J.R., Clair-Hayes K.A., Maramaldi P. (2008). The forgotten team member: meeting the needs of oncology support staff. *Oncologist*, 13(5), 530-538.
- D'Egidio F. (2001). *Il bilancio dell'intangibile: Per determinare il valore futuro dell'impresa* [The balance of the intangible: Determining future value of companies]. Milano: Franco Angeli.
- Daly M.G., Willcock S.M. (2002). Examining stress and responses to stress in medical students and new medical graduates. *Medical Journal of Australia*, 177, 14-15.
- De Vente W., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M. (2006). Alexithymia, risk factor or consequence of work-related stress? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 304-311.
- Della Valle E., De Pascale G., Cuccaro A., Di Mare M., Padovano L., Carbone U., Farinaro E. (2006). Burn-out: rising interest phenomenon in stressful workplace. *Journal of Communicative Medicine*, 18(2), 171-177.
- Dunwoodie D.A., Auret K. (2007). Psychological morbidity and burn-out in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal*, 37(10), 693-698.
- Duran A., Extremera N., Rey L. (2004). Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychological Reports*, 95, 386-390.
- Favretto G. (1995). *Lo stress nelle organizzazioni* [Stress in organizations]. Bologna: Il Mulino.
- Frawley W., Smith R.N. (2002). A processing theory of alexithymia. *Journal of Cognitive Systems Research*, 1, 189-206.
- Freddi M., Corradi A. (2007). Stress, job satisfaction and quality of life in the health professions: the role of burn-out and personality features. *Recenti Progressi in Medicina*, 94(12), 545-548.
- Freudenberger H.J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gerits L., Derksen J.J.L., Verbruggen A.B., Katzko M. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences*, 38(1), 33-43.
- Guerra G. (1992). *Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento* [Hospital Psycho-Oncology: Organizational analysis and change processes]. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Halpern J., Maunder R.G., Schwartz B., Gurevich M. (2012). Identifying, describing, and expressing emotions after critical incidents in paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 111-114.
- Joukamaa M., Saarijarvi S., Muuriaisniemi M.L., Salokangas R.K. (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 144-147.

- Karlıda R., Ünal S., Yolo lu S. (2001). The relation between alexithymia and burnout levels of physicians. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 153-160.
- Katsifaraki M., Tucker P. (2013). Alexithymia and Burnout in Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 52, 627-633.
- Kets De Vries M.F.R. (1989). Alexithymia in organizational life: The organization man revisited. *Human Relations*, 42(12), 1079-1093.
- Kokkonen P., Karvonen J.T., Veijola J., Läksy K., Jokelainen J., Järvelin M.R., Joukamaa M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476.
- Lazzari D., Pisanti R., Avallone F. (2006). Perception of organizational climate and burnout amongst health care workers: the role of alexithymia as a moderator. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 28(1), 43-48.
- Leiter M.P., Maslach C. (2000). *Preventing burnout and building engagement*. San Francisco: Jossey-Bass (tr. it.: *OCS Organizational Checkup System. Come prevenire il burnout e costruire l'impegno*. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali, 2005).
- Lundh L.G., Simonsson-Sarnecki M. (2002). Alexithymia and cognitive bias for emotional information. *Personality and Individual Differences*, 32, 1063-1075.
- Maslach C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. New York: Prentice Hall Press.
- Maslach C., Jackson S.E. (1981) *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach C., Leiter M.P. (2002). *Burnout e organizzazione: Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro* [Burnout and organization: Changing structural factors of job demotivation] Trento: Erickson.
- Mattila A.K., Poutanen O., Koivisto A.M., Salokangas R., Joukamaa M. (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients. *Psychosomatics*, 48(6), 523-529.
- McKinley S.K., Petrusa E.R., Fiedeldej-Van Dijk C., Mullen J.T., Smink D.S., Scott-Vernaglia S.E., Phitayakorn R. (2014). Are there gender differences in the emotional intelligence of resident physicians? *Journal of Surgical Education*, 71(6), 33-40.
- Nemiah J.C., Sifneos P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol.2, pp. 26-34). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 434-441.
- Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. (1993). Alexithymia and the recogni-

- tion of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 197-202.
- Pasini A., Chiaie R.D., Seripa S., Ciani N. (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 42-46.
- Penson R.T., Dignan F.L., Canellos G.P., Picard C.L., Lynch T.J. (2000). Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*, 5(5), 425-434.
- Pini M., Martellucci P.M., Puleggio A., Calamari E. (2006). Burnout symptoms, psychological distrusts and alexithymia characteristics in workers of a Mental Health Unit. *Medicina Psicosomatica*, 51(2), 67-73.
- Quaglino G.P. (1996). *Psicodinamica della vita organizzativa* [Psychodynamics of organizational life]. Milano: Raffaello Cortina.
- Salminen J.K., Rui S.S., Relä E.A.A., Toikka T., Kauhnen J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75-82.
- Sanchez S., Mahmoudi R., Moronne I., Camonin D., Novella J.L. (2015). Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 175-183.
- Schraub S., Marx E. (2004). Burn-out syndrome in oncology. *Bull Cancer*, 91(9), 673-676.
- Sherman A.C., Edwards D., Simonton S., Mehta P. (2006). Caregiver stress and burn-out in an oncology unit. *Palliative and Supportive Care*, 4(1), 65-80.
- Sifneos P.E., Apfel-Savitz R., Frankel F.H. (1977). The phenomenon of 'alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 47-57.
- Solano L. (2001). *Tra mente e corpo* [Between mind and body]. Milano: Raffaello Cortina.
- Steinilber C.P.C., Coralli E., Barale F. (2001). Burn-out: una riflessione [Burnout: a reflection]. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 7(2), 112-119.
- Taycan O., Taycan S.E., Çelik C. (2014). Relationship of burnout with personality, alexithymia, and coping behaviors among physicians in a semiurban and rural area in Turkey. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 69(3), 159-166.
- Taylor G. J., Bagby R.M., Parker J.D. A. (2000). *I disturbi della regolazione affettiva: L'alestitimia nelle malattie mediche e psichiatriche* [Affective regulation disorders: Alexithymia among medical and psychiatric diseases] (G. Fioriti, Trans.). Roma: Fioriti. (Original work published 1997).
- Taylor G.J., Bagby R.M., Ryan D.P., Parker J.D.A. (1990). Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 290-297.

- Tei S., Becker C., Kawada R., Fujino J., Jankowski K.F., Sugihara G., Takahashi H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational psychiatry*, 4, e393.
- Von Känel R. (2008). The burnout syndrome: a medical perspective. *Praxis*, 97(9), 477-487.
- Zoccali R., Campolo D., Carroccio C., Cedro C., Muscatello M.R.A., Pandolfo G., Di Rosa A.E., Meduri M. (1999). Il burn-out e l'emozione rabbia [Burnout and anger emotion]. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 5(3), 183-188.

