

LA VALUTAZIONE DEL DISAGIO PSICHICO NEL CONTESTO LAVORATIVO

Di Cristina Caparesi

Introduzione

La nuova concezione del lavoro si basa sul concetto di benessere, individuale e collettivo. La psicologia del lavoro studia la persona e la formazione dei gruppi all'interno delle organizzazioni, il funzionamento dei team, la natura delle organizzazioni e delle relazioni tra persone e gruppi.

Ha un doppio vantaggio: psicosociale legato alla persona e ai gruppi ed economico-organizzativo legato all'azienda, in un dialogo tra istanze personali e organizzative.

Dal punto di vista psicosociale gli obiettivi sono:

- migliorare la vita lavorativa e la qualità di vita dei lavoratori;
- migliorare l'autostima;
- innalzare le competenze professionali;
- adottare stili di vita sani.

Dal punto di vista economico gli obiettivi si concentrano su:

- aumento della produttività;
- riduzione delle assenze per malattie e infortuni (ROI, results of investment);
- aumento della competitività dell'organizzazione;
- miglioramento dell'immagine istituzionale.

Lo psicologo del lavoro svolge una serie di funzioni connesse all'acquisizione, alla gestione e allo sviluppo delle risorse umane: aumenta la consapevolezza delle persone sul ruolo, sulle proprie capacità, sugli stili relazionali e svolge un ruolo determinante nell'elaborazione dei profili necessari alla selezione del personale. Lo psicologo utilizza tecniche utili alla valutazione del potenziale del personale nuovo e quello già occupato, allo sviluppo di competenze e di formazione della leadership.

Il disagio psicologico nel contesto lavorativo

Lo stress lavorativo

Hans Selye (1936), nel suo studio sulle risposte fisiologiche all'introduzione di sostanze nocive negli organismi animali, aveva posto le premesse per la "Sindrome Generale di Adattamento" (SGA), una condizione in cui l'organismo attiva le difese per fronteggiare gli *stressor*. La risposta

a-specifica tesa a ripristinare l'omeostasi, si compone di tre elementi interagenti tra di loro: lo *stressor*, l'individuo e l'ambiente (Seyle, 1974). L'intensità, la frequenza e la durata dello *stressor* hanno grande importanza nel condizionare l'entità della risposta. L'accumularsi di fattori e avvenimenti critici, improvvisi e inaspettati, può far crollare le capacità adattive di un soggetto.

Un altro elemento da considerare è la specificità soggettiva determinata dal tratto individuale del soggetto e dalla valutazione e processing dello *stressor* a livello cognitivo. Le persone reagiscono in modo diverso allo stimolo: personalità dotate di vigoria psicologica reagiscono più positivamente di altri (Kobasa, 1979).

L'ambiente è anche una variabile importante. I massimi gradi di stress si troverebbero ai due poli opposti in cui si osserva eccesso/assenza di stimoli, rappresentati da una sorta di *U* (Levi, 1972).

Il *work stress* identifica il concetto di stress nell'ambiente lavorativo. Alcune patologie del lavoro sono riconducibili alla presenza/assenza di determinanti ambientali che le producono (es. inquinanti ambientali), ma altre hanno un'origine multifattoriale (es. malattie psicosomatiche) e si manifestano anche senza apparenti fonti oggettive. Le conseguenze dello stress lavorativo hanno un impatto sull'individuo, l'organizzazione e la società. Secondo il rapporto dell'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (Cox, Griffiths e Rial-González, 2000) il 57% dei lavoratori dichiara che la propria salute è influenzata dal lavoro e che lo stress rappresenta il 28% delle cause.

I più importanti modelli concettuali sullo stress lavorativo sono:

1. *Il modello di Cooper e Marshall* (1976), che analizza in modo particolare le "pressioni" dell'ambiente sul soggetto, quali: fonti intrinseche al lavoro, ruolo nell'organizzazione, sviluppo di carriera, relazioni di lavoro, struttura e clima organizzativo.
2. *La person-environment-fit-theory* di Cobb, French e Caplan (1979) in cui *stress e strain* (nel senso di sforzo e tensione) del posto di lavoro sono attribuiti all'interazione tra soggetto e ambiente: da una parte sono analizzati i bisogni della persona e le possibilità dell'organizzazione di soddisfarli, dall'altro si mettono a fuoco le capacità del lavoratore di far fronte alle richieste del lavoro.
3. *Il demand-control model* di Karasek (1989) che evidenzia l'interazione tra richieste oggettive e pressioni dell'ambito lavorativo con la libertà di decisione del lavoratore. Lo studioso cerca di analizzare e ipotizzare le conseguenze comportamentali e psicofisiche che accompagnano l'uomo nella moderna società. La risposta allo stress è data dalla domanda, intesa come impegno fisico o psicologico legato al carico di lavoro per eseguire una

mansione e dal controllo inteso come capacità e discrezionalità di svolgere un compito, per cui Karasek definisce lo stress come il risultato di uno squilibrio tra richieste mentali e libertà di decisione.

4. *Il transactional process* di Cox e Mac Kay (1976) in cui lo stress è visto come un processo che comporta una “transazione” tra il soggetto e il suo ambiente. Lo stress viene considerato soprattutto un fenomeno individuale e per determinarlo si deve esaminare la condizione del soggetto in relazione al suo ambiente. Secondo questo modello lo stress è un fenomeno percettivo individuale radicato nei processi psicologici, ma considera anche le componenti di feedback del sistema.

Stress e vessazioni sul lavoro

Secondo l'Agencia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro, i fattori predisponenti all'insorgere del disagio lavorativo sono legati soprattutto alle particolari condizioni della situazione professionale (precariato, ambiguità di ruolo, retribuzione insoddisfacente, richieste eccessive). In questo paragrafo si analizzeranno alcune forme di malessere lavorativo e le loro conseguenze sul lavoratore che le subisce.

Il mobbing

Il primo studioso ad affrontare scientificamente l'argomento delle molestie morali e psicofisiche sul luogo di lavoro fu Heinz Leymann (1990) che definì “mobbing”, un termine ombrello che racchiude molti comportamenti diversificati volti alla distruzione psicologica, sociale e professionale della vittima, la quale viene ridotta ad una condizione di isolamento ed emarginazione, tale da causare l'estromissione reale o virtuale dalla scena lavorativa. Il fenomeno interessa la maggior parte delle organizzazioni post-industriali e produce conseguenze negative per le vittime ma anche per le aziende. La parte emersa del fenomeno viene fotografata *dall'European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (2004) secondo cui il 9% dei lavoratori (13 milioni di persone) dichiara di essere stato sottoposto a intimidazioni o a forme di violenza psicologica nei luoghi di lavoro.

Per *mobbing* si intendono delle azioni e comportamenti vessatori che, reiterati nel tempo in modo sistematico, portano ad un logoramento psicologico, socio-relazionale e organico del lavoratore fino alla sua distruzione. Per Maier (2003), alcune precise caratteristiche distinguono il mobbing da altre

conflittualità organizzative: l'intenzionalità del *mobber* (l'autore delle vessazioni) di ledere, la percezione dell'azione mobbizzante, il carattere asimmetrico della posizione di potere nella relazione tra aggressore e vittima e la temporalità intesa come frequenza, intensità e durata delle azioni moleste. Il mobbing mira generalmente ad estromettere il lavoratore dal luogo di lavoro. In letteratura compaiono altri termini, quali: *bullying*, inteso come prevaricazione del superiore, *bossing*, come politica aziendale per estromettere lavoratori scomodi, *harrasment* per indicare molestie sessuali e discriminazioni. A causa dell'elevata frequenza e della durata delle azioni vessatorie, il maltrattamento comporta danni psicologici e psicosomatici notevoli.

I sintomi ricorrenti sono: depressione, insonnia, apatia, insicurezza, paura del fallimento, agitazione, sonno interrotto, risveglio anticipato, problemi di concentrazione e memoria, dolori lombari, cervicali e muscolari (Ege, 1998).

Le cause possono essere soggettive (es. stress, conflitti interpersonali e caratteristiche di personalità) e oggettive (es. contesto culturale delle organizzazioni e loro tolleranza di aggressività e competizione) (Della Porta, 2001). Esistono correlazioni tra mobbing e altri fenomeni quali in particolare: ambiguità e conflitto di ruolo, sovraccarico di ruolo e rottura del contratto psicologico (Favretto, 2005).

Il burn-out

Il *burn-out* si manifesta in particolari contesti, prevalentemente sociali e sanitari, in cui l'obiettivo dell'attività è la cura, l'aiuto e l'assistenza all'utenza. Riguarda le cosiddette *helping professions* ma anche quelle professioni in cui, pur non lavorando nell'assistenza, il lavoratore ha continuo contatto con persone che vivono uno stato di disagio o sofferenza: medici, psicologi, assistenti sociali, esperti di orientamento al lavoro, operatori dell'assistenza sociale e sanitaria, infermieri, missionari e operatori del volontariato, forze dell'ordine e perfino avvocati ed insegnanti.

Il *burn-out* è causato dalle continue richieste dell'utenza che provocano, nel lavoratore, un logorio emotivo che si manifesta con atteggiamenti di apatia, distacco emotivo e frustrazione. Si tratta di meccanismi di difesa per proteggersi da continue richieste di aiuto alle quali non si riesce più a rispondere.

Diversamente dallo *work stress*, che è una momentanea reazione di adattamento che può rientrare, il *burn-out* si sviluppa a lungo termine, si cronicizza e solo raramente rientra spontaneamente.

MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 5- n°3 | dicembre 2016

I sintomi del *burn-out* comprendono: alta resistenza ad andare al lavoro, sensazione di fallimento, rabbia e risentimento, senso di colpa, scoraggiamento e indifferenza, negativismo, isolamento e disinvestimento, affaticamento dopo il lavoro, perdita di sentimenti positivi verso l'utenza, respingere telefonate, incapacità a concentrarsi ad ascoltare ciò che l'utente dice, cinismo, atteggiamento di colpevolizzazione nei loro confronti, insonnia, uso di tranquillanti, frequenti raffreddori, influenze, mal di testa, disturbi gastrointestinali, uso di farmaci, conflitti coniugali e familiari ed assenteismo (Cherniss, 1980).

Le cause possono essere rinvenute nella struttura organizzativa, in fattori individuali e negli aspetti culturali. I soggetti più a rischio per Maslach (1982) hanno una personalità ansiosa e fragile, sono remissivi nelle relazioni, tendono a cedere alle richieste dell'utente, non riescono a porre i confini tra sé e gli altri ed hanno difficoltà a controllare gli impulsi di rabbia e frustrazione.

Il *burn-out* è un processo reversibile che si può curare ma soprattutto prevenire ed il datore di lavoro si deve attivare per mettere in atto degli interventi tali da evitare il cortocircuito.

Tra gli strumenti di misurazione per il *burn-out* si segnala il questionario Maslach Burnout Inventory (BMI) (Maslach e Jackson, 1986), un self-report che coglie l'aspetto multifasico e multidimensionale del fenomeno.

Le costrittività organizzative.

Nella varietà di azioni vessatorie, l'INAIL (2003), individua due ambiti ben distinti:

- a) le azioni intimidatorie, vessatorie, discriminatorie puramente interpersonali
- b) le azioni identificabili come "costrittività organizzativa".

Nel primo gruppo sono incluse le azioni che riguardano comportamenti personali e relazioni interpersonali come diffamare, trattare in modo sprezzante, assumere toni e comportamenti minacciosi o ricattatori, negare aspetti ordinari della relazione interpersonale (come non salutare, o negare il colloquio, negare o rendere difficile l'ordinaria collaborazione all'interno di un gruppo di lavoro ecc.). Pur se non accompagnate da atti formali o sostanziali che influiscono direttamente sulla posizione lavorativa, questo tipo di azioni possono determinare sofferenza emotiva e tensione e creare un clima di sospetto e di pericolo, facendo sentire l'incombenza e la concreta possibilità di atti concreti.

Nel secondo gruppo sono compresi tutti gli atti e le azioni definite *costrittività organizzative*, che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di

MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 5- n°3 | dicembre 2016

svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto. L'INAIL, con la circolare n. 71/2003 "*Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche*", ha inserito i danni da stress e disagio lavorativo come malattie professionali risarcibili solo se causati, o concausati in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni dell'attività e della organizzazione del lavoro. Le *costrittività organizzative* devono avere caratteristiche strutturali, durature ed oggettive e, come tali, verificabili e documentabili tramite riscontri altrettanto oggettivi e non suscettibili di discrezionalità interpretativa. Esse comprendono:

- Marginalizzazione dalla attività lavorativa
- Svuotamento delle mansioni
- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata
- Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

L'inquadramento nosografico del disagio psichico per il contesto lavorativo

Mobbing, *harassment*, molestia morale, *bossing*, vengono assimilati ad un evento traumatico per il tipo di sofferenza che inducono e, soprattutto, per il protrarsi nel tempo degli eventi traumatizzanti che le assimilano ad una forma particolare di stress cronico.

Per l'inquadramento nosografico si individuano due sindromi correlate allo stress:

- sindrome (disturbo) da disadattamento cronico
- sindrome (disturbo) post-traumatica/o da stress cronico.

MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 5- n°3 | dicembre 2016

La sindrome da disadattamento (disturbo dell'adattamento) è il manifestarsi di sintomi emotivi e comportamentali clinicamente significativi in risposta ad uno o più fattori stressanti, identificabili, non estremi (ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta, disturbi emozionali e disturbi somatoformi).. La valutazione di queste manifestazioni consentirà la classificazione in lieve, moderato, severo.

La diagnosi di sindrome (o disturbo) post traumatico da stress è la risposta ritardata ad un evento fortemente stressante o a una situazione di natura altamente minacciosa o catastrofica in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone. È un quadro clinico più difficilmente correlabile ai rischi lavorativi ma può riguardare quei casi più estremi, ad es. in seguito ad un evento acuto come un infortunio lavorativo.

Devono essere esclusi, ai fini della diagnosi differenziale, la presenza di:

- o sindromi e disturbi psichici riconducibili a patologie d'organo e/o sistemiche, all'abuso di farmaci e all'uso di sostanze stupefacenti
- o sindromi psicotiche di natura schizofrenica, sindrome affettiva bipolare, maniacale, gravi disturbi della personalità.

L'iter diagnostico per il riconoscimento della malattia professionale da *costrittività organizzativa*

Trattandosi di malattie professionali non tabellate le condizioni denunciate devono essere approfondite ed analizzate anche con dichiarazioni del datore di lavoro e la raccolta di elementi di conoscenza direttamente acquisiti presso i dirigenti e i colleghi di lavoro. L'anamnesi lavorativa mirerà all'individuazione di quei fattori di rischio legati alle *costrittività organizzative*. Dovrà essere acquisita tutta la documentazione sanitaria. In campo psichiatrico assume rilevanza la ricostruzione dello stato anteriore del soggetto anche in riferimento ai fattori eziologici concausali extra-lavorativi in quanto solo i casi in cui l'esposizione al rischio lavorativo è causa preminente o unica può essere indennizzabile.

Per l'accertamento della patologia denunciata, è necessario che venga supportata e confermata da accertamenti specialistici.

Un'accurata indagine clinica completa che consenta l'analisi della personalità premorbosa e dell'evoluzione del quadro clinico comprende una valutazione psicodiagnostica che integrano, ma

MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 5- n°3 | dicembre 2016

non sostituiscono, l'esame obiettivo psichico. I test assumono importanza per la loro riproducibilità e confrontabilità nel tempo e dunque per finalità medico-legali.

I test comunemente utilizzati a tale scopo sono:

Test proiettivi di personalità:

- Somatic Inkblot Series SIS
- Rorschach
- Reattivo di Wartegg
- Test di Appercezione Tematica- TAT

Questionari di personalità

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI-2
- Inventario del Mondo Esperienziale- EWI
- Mandsley Personality Inventory- MPI
- Cognitive Behavioural Assessment- CBA

Test di efficienza intellettuale

- Matrici progressive di Raven
- Scala d'Intelligenza Wechsler per Adulti -WAIS
- Wisconsin card sorting test -WSCT

Test di autovalutazione di ansia e depressione

- Hospital Anxiety and Depression Scale –HADS
- Hamilton Anxiety Rating Scale -HAM-A
- Hamilton Depression Rating Scale- HAM
- Mood Scale

Per la valutazione del danno biologico nell'ambito della tutela assicurativa degli infortuni sul lavoro, le uniche due voci previste sono:

- disturbo post-traumatico da stress cronico, di grado moderato (6%)
- disturbo post-traumatico da stress cronico severo (15%).

Per la valutazione del Disturbo dell'adattamento cronico si procederà con riferimento analogico a tali voci e relative valutazioni. La quantificazione del danno, considerando la transitorietà dei disturbi, sarà graduata con la gravità della sintomatologia predominante con una percentuale che si collocherà nelle forme di grado lieve/moderato e nelle forme di grado severo.

L'attività psicologica nei Punti di Ascolto Antimobbing della Regione Friuli Venezia Giulia

I Punti di Ascolto Antimobbing (da ora PdA), istituiti dalla Regione Friuli Venezia Giulia sono dei luoghi che offrono alle lavoratrici ed ai lavoratori una consulenza qualificata, per orientarli al conseguimento di una condizione di benessere nel proprio ambiente di lavoro attraverso percorsi personalizzati di uscita da eventuali situazioni di disagio lavorativo. Obiettivi della L.R. 7/2005 sono: l'accrescimento della conoscenza del fenomeno sulle molestie morali e psico-fisiche nell'ambiente di lavoro; la riduzione dell'incidenza e della frequenza delle stesse; la promozione di iniziative di prevenzione e sostegno a favore delle lavoratrici e dei lavoratori. La L.R. 6/2016, che sostituisce ponendosi in continuità con la L.R. 7/2005, aumenta la tipologia di vessazioni per le quali si può richiedere un aiuto professionale, focalizzandosi particolarmente sulle discriminazioni. Lo psicologo nei Punti di Ascolto Antimobbing svolge compiti che possono essere rivolti al gruppo interno (gli altri professionisti) o al lavoratore stesso.

- Effettua colloqui per verificare lo stato di malessere del lavoratore;
- Effettua una descrizione delle caratteristiche del lavoratore per gli altri componenti del gruppo di lavoro;
- In caso di comportamenti a rischio (es. minacce di suicidio o manifestazioni evidenti di aggressività) si confronta con il medico di base del soggetto e/o con gli altri operatori;
- Verifica l'appoggio della famiglia per assicurarsi che non sia in atto una condizione di "doppio mobbing";
- Convoca i famigliari del lavoratore e spiega loro le caratteristiche del malessere e come fronteggiarlo in famiglia;
- Svolge un'attività psico-educativa per spiegare la Sindrome di Disadattamento e i suoi sintomi;
- Fornisce strategie di *coping* individuali e di gruppo;
- Effettua un invio all'esterno per la psicoterapia o per la presa in carico presso centri pubblici come il centro di salute mentale, i consultori famigliari.

Il coping

Con il termine *coping* si fa riferimento ai meccanismi di difesa che consentono all'individuo di gestire situazioni percepite come avverse o pericolose. Si tratta in definitiva di un fronteggiamento. Meneghan (1983) distingue tra risorse di *coping*, stili di *coping* e tendenze comportamentali. Le

MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 5- n°3 | dicembre 2016

risorse personali sono l'immagine che la persona ha di sé e la fiducia nelle proprie capacità; gli stili di *coping* si riferiscono alle strategie messe in atto per affrontare i problemi, mentre le tendenze comportamentali sono i comportamenti adottati per contenere i potenziali effetti negativi di *distress*, es. la propensione di alcuni di negare le proprie emozioni.

Dopo essersi focalizzati sull'identificazione delle risorse di *coping*, gli stili di *coping* e le tendenze comportamentali, lo psicologo potrà lavorare sull'*empowerment*, un processo con cui si porta il soggetto a rovesciare la percezione dei propri limiti in vista del raggiungimento di risultati superiori alle proprie aspettative. L'*empowerment* richiama un atteggiamento mentale che la persona può avere di fronte ad un evento negativo o stressante e risulta essere composto prevalentemente da alcune componenti psicologiche. In particolare:

- l'essere fiduciosi che di fronte ad eventi stressanti si sarà capaci di usare bene le proprie risorse (*self efficacy*);
- l'orientamento dell'attenzione rivolto a fattori interni alla persona piuttosto che esterni nello spiegare ciò che accade (*internal locus of control*);
- la presenza del pensiero positivo (*positive thinking*) che permette di concentrarsi su ciò che si può fare per risolvere un problema piuttosto che concentrarsi sulle cause del problema, analizzando le risorse disponibili piuttosto che quelle mancanti;
- la fiducia nel futuro (*hopefulness*), ovvero la tendenza a pensare che interverranno dei fattori utili o importanti che aggiungeranno risorse o possibilità di azioni nuove;
- l'orientamento al processo piuttosto che al contenuto (*process thinking*), che porta l'individuo a riflettere sul come fare piuttosto che fermarsi sul cosa è successo.

La presenza di queste componenti rappresenta la differenza tra la risposta più o meno efficace nell'affrontare le situazioni stressanti.

I lavoratori, a volte in gruppo ed altre in forma individuale, vengono coadiuvati dallo psicologo in un confronto che permette loro di recuperare nuove strategie di fronteggiamento.

La metodologia usata nel Punto di Ascolto prevede simulazioni di ruolo, esercitazioni individuali e di gruppo, visione di *slides*, come stimolo all'apprendimento ed alla discussione.

La valutazione psicologica

Il clinico, nel processo di valutazione psicologica, assume diversi ruoli a seconda dell'attività del momento. È un consulente quando deve definire la natura del quesito posto, scegliendo gli

strumenti più adeguati per tale scopo. Quando il quesito è stato definito, il ruolo del clinico è quello di esperto di misurazioni che applica gli strumenti testistici, segue delle linee guida di performance e regole, chiarisce gli aspetti dissonanti, integra le osservazioni grazie alla sua conoscenza delle qualità psicometriche delle procedure di misurazione ed infine interpreta le risposte. Infine lo psicologo assume nuovamente un ruolo di consulente quando comunica le conclusioni al clinico o al soggetto inviante.

Importanza rilevante alla base della valutazione psicologica è il test che deve tendere a fornire le risposte alle questioni di interesse poste dal quesito. La valutazione psicologica consiste nel costruire ambienti rappresentativi ma analoghi chiamati “test” e nel misurare sistematicamente il comportamento che ne risulta. Nella misura in cui le caratteristiche degli ambienti artificiali assomigliano a quelle degli ambienti in cui pazienti stanno vivendo, possiamo presumere che anche le risposte ai “test” siano simili ad alcuni aspetti del comportamento dei pazienti nei loro ambienti reali, ma poiché nessun test può rappresentare i vari aspetti di qualsiasi ambiente del mondo reale in cui il paziente vive, bisogna selezionare procedure differenti per rappresentare qualità distinte. Il clinico dovrà usare strumenti che siano anche efficaci in termini di tempo ed economia (Shauger, Osberg, 1981).

A conclusione sarà necessaria un'interpretazione e comunicazione integrativa delle variazioni nelle risposte che il paziente fornisce ai diversi ambienti analoghi.

Le caratteristiche di richieste del test (cioè le consegne) regolano quello che deve fare chi risponde e sono assimilabili concettualmente alla manipolazione di una variabile indipendente in un esperimento. Queste sono costruite in modo tale da fornire classi di risposta diverse. Alcune chiedono al soggetto di pensare e forniscono informazioni sui processi di pensiero, altre evocano comportamenti emozionali e interpersonali.

Le caratteristiche della risposta indicano il campo dell'esperienza scelto per l'osservazione delle variazioni di risposta del cliente e sono assimilabili alle variabili dipendenti di un esperimento.

Le ipotesi alla base delle generalizzazioni dall'ambiente analogo all'ambiente reale sono: 1) le variazioni che esistono nelle caratteristiche di richiesta degli ambienti prese in esame sono simili all'ambiente quotidiano del paziente; 2) le caratteristiche della risposta sono rappresentazioni di comportamenti probabili nell'ambiente reale.

La generalizzazione dello stimolo è la base per predire la probabilità o frequenza che una risposta osservata in un ambiente d'esame si manifesterà nell'ambiente reale e si basa sulla somiglianza tra

le caratteristiche della richiesta dell'ambiente analogo e quello reale. La generalizzazione della risposta permette di predire la natura e forma che un comportamento prenderà nel mondo reale ed è funzione della somiglianza delle risposte che incorrono nei due ambienti.

Il clinico dovrà:

- Identificare le somiglianze tra mondo reale e ambienti analoghi;
- Costruire un ambiente d'esame che evochi comportamenti generalizzabili e rilevanti.

Il Report psicologico

La modalità con cui viene scritto un Report dipende dallo scopo per cui è stato richiesto e dall'orientamento del clinico. Di fatto rappresenta lo sforzo del clinico di integrare i dati della valutazione in modo da fornire informazioni che possano aiutare il cliente a risolvere i suoi problemi (Groth-Marnat, 2003). Per questo motivo i risultati dei test dovrebbero essere rappresentati in modo tale che siano delle conclusioni utili a rispondere alla domanda iniziale, prendere decisioni ed aiutare a risolvere dei problemi. Sebbene non esista un solo formato sul quale converge il consenso, ogni Report dovrebbe integrare le seguenti informazioni:

- I. Informazioni identificative (nome, sesso, età, gruppo etnico, data della valutazione, clinico di riferimento);
- II. Quesito d'invio
- III. Procedure di valutazione;
- IV. Background (comprende le informazioni rilevanti per chiarire il quesito d'invio e una dichiarazione della probabile affidabilità/validità delle conclusioni);
- V. Sintesi di impressioni e conclusioni
 - A. Livello cognitivo
 - Funzionamento corrente intellettuale e cognitivo (es. ideazione, intelligenza, memoria, ecc.)
 - Grado di disturbo comparato al livello pre-morboso
 - Probabile causa del disturbo
 - (entro la fine di questa sottosezione lo specialista dovrebbe sapere se il paziente ha un disturbo del pensiero, ritardo mentale, organicità).
 - B. Livelli affettivi e umore

MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 5- n°3 | dicembre 2016

- Umore, affetti al presente, confrontati con i livelli pre-morbosi
- Grado del disturbo (lieve, moderato, grave)
- Natura acuta del disturbo contro natura cronica
- Labilità (entro la fine della sottosezione lo specialista dovrebbe sapere se c'è un disturbo dell'umore, quali sono gli affetti e quanto controllate siano le sue emozioni).

C. Livello interpersonale- intrapersonale

- Conflitti primari, interpersonali e intrapersonali
- Strategie di adattamento interpersonale e intrapersonale
- Formulazione di personalità

VI. Impressioni diagnostiche

A. Serie di impressioni sul funzionamento cognitivo e affettivo

B. Diagnosi più probabili

VII. Raccomandazioni

A. Valutazione del rischio, del bisogno di ricovero, di trattamento farmacologico

B. Durata, modalità e frequenza del trattamento

Le prime quattro sezioni del Report costituiscono una raccolta d'informazioni legate al contesto. La sezione V, *impressioni diagnostiche*, può essere raccolta in un sommario integrato delle osservazioni da fonti di dati multiple, che costituisce la base per l'interpretazione integrativa delle procedure di valutazione psicologiche, originariamente sviluppato da Klopfer (1960), e successivamente modificato ed usato anche da altri. Ogni strumento dovrebbe generare una serie di ipotesi riassuntive che si focalizzano su ogni dominio del funzionamento del paziente, invece che sugli strumenti individuali. Le ipotesi coerenti dei vari strumenti possono rappresentare una *cross-validation*, quelle contraddittorie portano il clinico ad interrogarsi per capirne il senso e producono nuove ipotesi. Il risultato è un Report coerente, centrato sulla persona.

Le sezioni VI e VII, occupandosi di diagnosi e pianificazioni del trattamento, sono le più lette perché in esse vi troviamo le risposte alle domande dell'inviante. La diagnosi è frequentemente una descrizione sintetica di molti aspetti del funzionamento cognitivo, emozionale ed intrapersonale-interpersonale. La pianificazione del trattamento è l'obiettivo finale.

Naturalmente il report deve rispondere alle domande dell'inviante in un linguaggio che gli sia conveniente. Nei Punti di Ascolto Antimobbing (PDA) l'inviante è quasi sempre il soggetto stesso che accede per richiedere un aiuto pratico nell'affrontare meglio le conflittualità ambientali del lavoro. Nel caso venga deciso di effettuare una valutazione psicodiagnostica, questa dovrà chiarire i diversi aspetti legati allo *work stress*, eventuali sindromi cliniche, mettendo in luce le eventuali aree da sviluppare anche in relazione alla possibilità di rafforzare le capacità di *coping* del lavoratore.

Bibliografia

Abbate, L. & Roma, P. (2014). *MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Abbate, L. (2016). *Il Rorschach secondo il Comprehensive System. Appunti per una corretta siglatura*. Consorzio Humanitas, Master in Psicodiagnostica e Valutazione Psicologica, Roma.

Beutler, L.E.&Rosner R. (1995) Introduction to integrated assessment of Adult Personality in Beutler, L.E.&Berren, M.R. (Eds) *Integrative assessment of Adult Personality* (pp. 65–93). New York: Guilford Press.

Beutler, L.E. (1995). *Integrating and Communicating Findings* in Beutler, E.L., Berren, M. (eds) (1995). *Integrative Assessment of Adult Personality*. The Guilford Press, New York (trad. it. Abate, L. *Integrare e comunicare i risultati*. Laboratorio Romano Psicodiagnostica.

Butcher J.N.& Williams C.L. (2007). *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI-2 e del MMPI-A*. Firenze: Giunti OS.

Caplan, R.D., Cobb, S. & French, J.R.P. (1979). White collar work load. Cortisol disruption of a circadian rhythm by job stress in *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 181-192.

Cherniss, C. (1980). *Staff burn-out: job stress in the human service*. Sage: Beverly Hills, trad. It. *La sindrome del burnout. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*. Centro ScientificoTorinese: Torino (1984).

Cooper, C.L. & Marshall, J. (1976). Occupational source of stress in *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-28.

Cox, T. & Mackay, C.J. (1976). A psychological model of occupational stress in *Relazione al Medical Council*, Londra.

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work: Lussemburgo.

Della Porta, M. (2001). Le cause in Menelao, a., Della Porta, M. & Rindonone, G. (a cura di) *Mobbing: la faccia impresentabile del mondo del lavoro*. FrancoAngeli: Milano.

Ege, H. (1998). *I numeri del mobbing*. Pitagora: Bologna.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004). *Violence, bullying and harassment in the workplace*. Irlanda.

Exner, J.E. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system*. Volume I: Basic Foundations (4th ed). Wiley: New York, trad. it. Compendio per il sistema comprensivo Editore Franco Angeli 2003.

Favretto, G. (a cura di) (2005). *Le forme del mobbing*. Raffaello Cortina: Milano.

Gabassi, P.G. (2006). *Psicologia del lavoro nelle organizzazioni*. Milano: Franco Angeli.

Gobbato, F. (2001). *Prevenzione dei rischi professionali negli ambienti e nelle attività dell'amministrazione, della ricerca e della scuola*. Padova: Piccin.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of Psychological Assessment, IV ed.* New Jersey: John Wiley and Sons.

INAIL - Direzione generale (2003). *Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche*. CIRCOLARE 17, n. 71.

Karasek, R.A. (1989). The political implication of psychological work redesign: a model of the psychological class structure in *International Journal of Health Service*, 19,3, 481-508.

Kasaba, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness in *Journal of Personality and Social Psychology*, 37,1-11.

Klopfers, W.G. (1960). *The psychological report*. New York: Grune&Stratton.

La Peccerella, L.&Romeo, E. (2006). *Il mobbing. Responsabilità e danni*. Milano: INAIL, AvvocaturaGenerale: Roma.

Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at work place in *Violence and Victims*, 5,2, 119-126.

Levi, L. (1972). *Stress and distress in response to psychosocial stimuli*. Pergamon Press: Oxford.

Lis A., Zennaro A., Salcuni S., Parolin L.&Mazzeschi C. (2007). *Il Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di Exner*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Maier, E. (2003). Il mobbing come fenomeno psicosociale in M.Depolo (a cura di) *Mobbing: quando la prevenzione è intervento* (13-60). FrancoAngeli: Milano.

Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. Prentice Hall Press, trad.it. *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella Editrice: Assisi, (1992).

Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Mbi: MaslachBurnout Inventory. Manuale*, Organizzazioni Speciali: Firenze (1993).

Meneghan, E.G. (1983). Individual coping efforts in H.B.Kaplan *Psychosocial stress*. Academic Press: New York.

Seyle, H. (1974). Stress without distress. Lippscott, New York, trad. it. Stress senza paura. Rizzoli, Milano, 1976.

Shauger, J.S. &Osberg,T.M. (1981). The relative accuracy of self-predictions and judgements of others in psychological assessment. *PsychologicalBulletin*, 90, 322.351.

Sullivan, H.S. (1954). *Il colloquio psichiatrico*. Milano: Feltrinelli Ed.

Wolber, G.J.& Carne, W.F. (1993). *Writing Psychological Report. A Guide for Clinicians*. Professional Resource Press, Sarasota- FL, pp. 2-7 e 10-12.