

Newsletter di Psicologia Positiva

N. 10 – Giugno 2008 – ISSN 1828-1842

A cura della Società Italiana di Psicologia Positiva

I MERCOLEDÌ POSITIVI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA POSITIVA

Continua la serie dei “Mercoledì Positivi”, incontri di circa due ore in cui viene presentata una relazione su un tema pre-ordinato per poi aprire la discussione e il confronto con l'obiettivo di fare il punto delle conoscenze attuali in materia.

Gli incontri hanno una cadenza bimestrale, tranne nel periodo estivo in cui sono sospesi. Dopo gli incontri di gennaio, marzo e maggio, i prossimi incontri si terranno in settembre e novembre.

Il 17 settembre 2008, Federico Colombo presenterà la relazione “La psicoterapia positiva”.

Appuntamento alle ore 18.00 presso la sede di via Settembrini, 2 a Milano.

La partecipazione è gratuita ma è necessario prenotarsi via e-mail entro il 12 settembre. ☺

II GIORNATA NAZIONALE DI PSICOLOGIA POSITIVA

Dopo il grande successo della I Giornata Nazionale di Psicologia Positiva dello scorso dicembre “Costruire e condividere benessere” (è ancora possibile collegarsi al nostro sito e scaricare la maggior parte delle presentazioni), è in preparazione la II Giornata Nazionale di Psicologia Positiva!

In via preliminare possiamo anticipare che dovrebbe svolgersi in Abruzzo in novembre. Contemporaneamente si terrà l'Assemblea Generale dei Soci con le votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e la nomina del Presidente Eletto. ☺

Società Italiana di Psicologia Positiva
c/o Scuola Asipse - IMIPSI
Via Settembrini, 2 – 20124 Milano
Web: www.psicologiapositiva.it
E-mail: psicologiapositiva@tiscali.it

Consiglio Direttivo

Antonella Delle Fave - *Presidente*
Gian Franco Goldwurm - *Presidente Passato*
Federico Colombo - *Presidente Eletto*
Spiridione Masaraki - *Segretario-Tesoriere*
Marta Bassi - *Consigliere*
Donatella Bielli - *Consigliere*
Andrea Fianco - *Consigliere*
Stefano Gheno - *Consigliere*
Patrizia Steca - *Consigliere*

Benvenuti al decimo numero della NEWSLETTER DI PSICOLOGIA POSITIVA a cura della Società Italiana di Psicologia Positiva (S.I.P.P.), il primo a doppia cifra! Dal novembre 2005, ormai quasi tre anni, la Newsletter continua a presentarvi articoli di approfondimento, recensioni e notizie. ☺

POSSIBILITÀ IN OPERA. SELF EMPOWERMENT E PROMOZIONE DEL BENESSERE

Stefano Gheno

Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore; Well At Work & Associati

Empowerment sociale, organizzativo e psicologico

Il costrutto di empowerment affonda le sue radici nel movimento statunitense della community psychology degli anni '60. Nel contesto impegnato di quegli anni, la riflessione si portava da una concezione prevalentemente relazionale del potere, verso una concezione “personale”, il potere di fare, di realizzare, di agire (Rappaport, 1981).

Diverse sono le accezioni che gli autori danno al concetto di empowerment e del suo processo. Alcuni sottolineano il rapporto tra potere e accesso e disponibilità delle risorse ambientali (Katz, 1984; Hasenfeld, Chesler, 1989), altri invece si concentrano maggiormente sulle dinamiche interne di persone e gruppi, chi sottolineando la rilevanza dei processi di apprendimento e sviluppo (Kieffer, 1984), chi considerandolo un processo di prevenzione del malessere (Rappaport, 1981).

Nell'ambito degli studi manageriali e organizzativi il concetto di Empowerment arriva nella seconda metà degli anni '70, alcuni autori impegnati nello sviluppo delle popolazioni aziendali svantaggiate utilizzarono il costrutto per indicare un aumento della capacità di influenzare il proprio ambiente (Moss Kanter, 1977). Negli anni '80 in ambito organizzativo il termine cominciava ad assumere sottolineature specifiche proprie del contesto aziendale, in particolare legate al tema della responsabilità personale dei lavoratori (Scott, Jaffe, 1991).

L'empowerment, nel contesto delle organizzazioni di lavoro, si configura come una sorta di rivoluzione culturale caratterizzata dal passaggio da una cultura definita da dipendenza, approvazione degli altri, rispetto dell'autorità ad una più centrata sulla libertà, il coraggio, l'espressione di sé e l'autogoverno. In altri termini empowerment è un concetto che

implica nelle imprese mettere al centro la persona, con le sue competenze, le sue responsabilità ed il contributo che porta. Le organizzazioni orientate all'empowerment stimolano responsabilità e autorità decisionale diffusa e il lavoro è letto e interpretato al loro interno come sviluppo delle potenzialità individuali, occasione di condivisione e di convergenza tra interessi personali e organizzativi, nonché spazio e luogo di espressione di sé e di ricerca di senso (Piccardo, 1995).

Empowerment psicologico e Self Empowerment

Nel 1992 la Spreitzer elabora un modello che pone in relazione le caratteristiche organizzative con l'empowerment psicologico sul lavoro. La struttura fattoriale di ciò che viene chiamato *Intrapersonal Empowerment at Work*, è caratterizzata da convinzione nel significato, competenza, auto-determinazione e impatto.

Nel medesimo periodo, a partire dall'osservazione di numerosissimi contesti di formazione e sviluppo organizzativo, viene sviluppato nel nostro paese un modello teorico di empowerment psicologico – definito Modello Operativo del Self Empowerment (Bruscaglioni, 1994; Bruscaglioni, Gheno, 2000) – finalizzato a descrivere il processo di sviluppo del sentimento di potere personale. Il modello legge l'empowerment della persona come un processo di apertura di nuove possibilità, in altri termini è il sentirsi dotato di possibilità aggiuntive che rafforza il sentimento di potere dell'individuo.

Il processo attraverso cui l'individuo sviluppa il proprio empowerment attraverso alcune fasi logicamente in sequenza, che possono essere così sintetizzate:

- Una iniziale mobilitazione del desiderio, inteso come la dimensione del bisogno che sostiene e motiva l'azione del soggetto.
- Nella seconda fase del processo la

persona si trova a dover costruire una propria pensabilità positiva della nuova circostanza come possibile e, al tempo stesso, a dover depotenziare le proprie difficoltà soggettive in modo da impedire loro di distruggere prematuramente la possibilità in fieri.

- Nella terza fase il soggetto dovrà individuare, sviluppare o acquisire le risorse necessarie alla traduzione del proprio desiderio in una possibilità concreta.

Il processo si conclude grazie ad una sperimentazione che permette al soggetto di fare esperienza della possibilità e, quindi, portarla dentro di sé.

In questi anni l'empowerment si è dimostrato nella pratica innanzitutto uno strumento formidabile per il potenziamento delle competenze delle persone che lavorano. Altri aspetti però lo fanno ritenere un approccio utile non solo al rafforzamento della persona, ma alla promozione del suo benessere. In particolare l'empowerment personale risulta collegato alla percezione che un soggetto ha di esercitare un controllo sulla realtà, di auto-determinarsi, di disporre di più possibilità di scelta.

Il Self Empowerment per la promozione del benessere sul lavoro

Come abbiamo visto, il self empowerment si configura come il processo psicologico attraverso cui l'individuo si apre una nuova possibilità e, in questo modo, sviluppa il proprio sentimento di potere.

Il processo di apertura di una nuova possibilità è innanzitutto un processo cognitivo di costruzione di un nuovo significato per sé nel mondo, tale significato viene dapprima sostenuto da un'adeguata mobilitazione di risorse, quindi verificato nella realtà attraverso un'azione. In questo senso il processo da noi descritto porta a generare una nuova possibilità, in altri termini è un processo generativo. La generatività, peraltro, pare essere tra gli elementi di motivazione intrinseca dell'individuo e si può esprimere attraverso desideri profondi, comportamenti, scopi, credenze, domande sociali, preoccupazioni coscienti e tutti i modi in cui una persona adulta costruisce un senso narrativo della propria vita.

In questa prospettiva il lavoro può rappresentare un ambito estremamente rilevante di generatività oppure, al contrario, non contribuire a questo "senso narrativo" di cui parla Mc Adams (2001). In altri termini una delle questioni centrali nel definire il benessere sul lavoro è quanto quest'ultimo sia un ambito che permetta di soddisfare bisogni motivazionali profondi e primari quali il senso (Antonowsky, 1987), l'auto-determinazione (Deci, Ryan, 2000), la generatività (Mc Adams, 2006).

Il Modello Operativo del Self Empowerment ha trovato applicazione più che decennale in numerosi e diversi ambiti organizzativi attraverso una serie di strumenti utilizzati all'interno di differenti contesti di intervento: innanzitutto quello della formazione, che è stato il contesto elettivo in cui la nostra teoria del self empowerment si è sviluppata, quindi il counseling, più recentemente il coaching e la valutazione.

Relativamente a quest'ultimo campo è il contributo più recente del nostro gruppo di lavoro. Abbiamo infatti proceduto a costruire un questionario di valutazione del sentimento di potere personale (Gheno, 2006a; Gheno, 2006b). Le analisi esplorative condotte ne hanno evidenziato la

struttura fattoriale, trovando un primo fattore, definito "sentimento di potere" ($\alpha=.81$), ed un secondo, definito "pluripossibilità" ($\alpha=.57$).

Del primo fattore fanno parte items quali "nella vita sono più importanti i desideri dei bisogni", "se penso alla mia vita professionale, credo sia importante perseguire i propri desideri", "mi piace ciò che immagino del mio futuro", "più uno cresce e più aumentano i vincoli e diminuiscono le possibilità", "se penso alla mia vita professionale, penso di avere molte risorse a disposizione", "generalmente mi sembra di incidere in ciò che faccio sul lavoro", "generalmente mi pare di imparare e crescere sul lavoro".

Del secondo fattore fanno parte items quali "è meglio restare con i piedi per terra, evitando di avere troppi desideri", "se penso alla mia vita professionale, mi sembra che le mie possibilità siano aumentate", "generalmente ritengo di avere più possibilità tra cui scegliere".

Ulteriori analisi hanno evidenziato una elevata correlazione tra i due fattori della nostra scala e i quattro fattori della scala dell'empowerment intrapersonale sul lavoro della Spreitzer. Oltre alla correlazione significativa tra il self empowerment e l'intrapersonal empowerment at work, alcune indagini in corso ci permettono di confermare la relazione ipotizzata tra l'empowerment psicologico e il benessere eudaimonico. In una ricerca pilota condotta su di un campione di lavoratori abbiamo rilevato una correlazione significativa tra empowerment psicologico ed il benessere psicologico, inteso secondo il modello multidimensionale della Ryff (Ryff, 1989; Ryff, Keyes, 1995).

I risultati fin qui ottenuti ci incoraggiano a proseguire a lavorare sul self empowerment come strumento di promozione del benessere psicologico sul lavoro. In questa prospettiva, poter verificare anche empiricamente l'efficacia del self empowerment nel contribuire al benessere delle persone che lavorano ci conforta nel proporre alle organizzazioni investimenti formativi e consulenziali orientati al nostro modello.

Bibliografia

Antonowsky A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4: 47-55.

Bruscaglioni M. (1994). *La società liberata. Nuovi fenomeni, opportunità, categorie di pensiero*. Milano: Franco Angeli.

Bruscaglioni M., Gheno S. (2000). *Il gusto del potere. Empowerment di persone e azienda*. Milano: Franco Angeli.

Deci E.L., Ryan R.M. (2000). The 'what' and the 'why' of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11: 227-268.

Gheno S. (2006). Contribution to a tool for Self Empowerment evaluation. *3rd European Conference on Positive Psychology – Book of Abstracts*, 42-43.

Gheno S. (2006). Potere personale e benessere lavorativo. *VII Congresso Nazionale di Psicologia della Salute "Promuovere benessere con persone, gruppi, comunità" – Book of Abstracts*, 355-356.

Hasenfeld Y., Chesler M.A. (1989). Client Empowerment in the human services; personal and professional agenda. *Journal of Applied Behavioral Science*, 4: 499-521.

Katz R. (1984). Empowerment and synergy: expanding the community's healing resources. *Prevention in Human Services*, 3: 201-226.

Kieffer C.H. (1984). Citizen Empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 213: 9-36.

McAdams D.P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5: 100-122.

McAdams, D. P. (2006). *The person: A new introduction to personality psychology (4th Ed.)*. New York: Wiley.

Moss Kanter R. (1977). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.

Piccardo C. (1995). *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrato sulla persona*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Rappaport J. (1981). In praise of paradox: A social policy of Empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 1: 1-25.

Ryff C.D. (1989). Happiness is everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57:1069-81.

Ryff C.D., Keyes C.L.M. (1995). The structure of Psychological Well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 719-27.

Scott C.D., Jaffe D.T. (1991). *Empowerment. Come creare un ambiente di lavoro responsabilizzato*. Milano: Franco Angeli.

Spreitzer G.M. (1992). *When organisations dare: the dynamics of individual Empowerment in the workplace*. dissertazione di dottorato, Ann Arbor: The University of Michigan.

Spreitzer G.M. (1995). An empirical test of a comprehensive model of intrapersonal Empowerment in the workplace. *American Journal of Community Psychology*, 23: 601-629.

Spreitzer G.M. (1995). Psychological Empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38: 1442-1465. ©

3° Incontro Iberoamericano di Psicologia Positiva

I prossimi 1-2 agosto 2008 a Buenos Aires (Argentina) si terrà il "Tercer Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva". La lingua principale del convegno sarà lo spagnolo. Per maggiori informazioni: www.palermo.edu ©

L'HEALTH PROFESSIONS STRESS AND COPING SCALE (HPSCS): UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLO STRESS E DEL COPING DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

Patrizia Steca – Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Milano “Bicocca”

I professionisti della salute sono tra le categorie più sottoposte a situazioni di stress, principalmente a causa delle peculiarità del loro lavoro, che non solo li costringe a un contatto diretto e costante con la malattia e la sofferenza, ma che richiede anche un impegno continuo e un forte senso di responsabilità. Quando lo stress diventa cronico e il professionista non è in grado di affrontarlo con adeguate strategie di coping, può instaurarsi una situazione di vero e proprio burn-out, di cui soffre il 25-30% del personale ospedaliero, con picchi che toccano il 55% nei medici che lavorano in reparti particolarmente impegnativi sul piano emotivo, come quello oncologico o di chirurgia d'urgenza. Il burn-out ha effetti molto negativi non solo sulla qualità della vita di chi ne è affetto, ma anche sulla qualità del servizio offerto all'utenza (Ripamonti e Madeddu, 2006). E' pertanto di fondamentale importanza individuare le situazioni che maggiormente generano stress nei professionisti della salute, capire in che modo questi cercano di gestirle, e fornire indicazioni su come impiegare meccanismi di coping adattivi ed efficaci. A tale scopo è stato recentemente sviluppato un nuovo strumento per la valutazione dello stress e del coping dei medici e degli infermieri: l'Health Professions Stress and Coping Scale (HPSCS) (Ripamonti, Steca e Prunas, 2007).

L'HPSCS propone una serie di situazioni lavorative potenzialmente stressanti nel contesto sanitario, rispetto alle quali lo strumento misura sia il livello di stress percepito associato a ciascuna situazione, sia i meccanismi di coping utilizzati per fronteggiarla. Queste caratteristiche ne fanno uno strumento piuttosto innovativo, se confrontato con altri più tradizionali, che solitamente prevedono risposte a situazioni genericamente definite come stressanti o problematiche, e spesso non riferite ad alcuno specifico contesto di vita o ambito lavorativo. Le situazioni proposte dall'HPSCS derivano da un'estesa analisi della letteratura sui fattori di stress e sulle cause del burn-out in ambito sanitario; parallelamente, sono state svolte interviste e lavori di gruppo con medici e infermieri, finalizzati all'individuazione di ulteriori stressor e alla loro differenziazione per le due figure professionali. L'HPSCS prevede, quindi, due diverse forme: una per gli infermieri, costituita da 19 item e una per i medici, composta da 23 item, contenenti le situazioni individuate come più problematiche per ciascuna professione e raggruppate in cinque diverse aree.

Alcune delle aree proposte sono comuni ai medici e agli infermieri: a) Emergenza clinica, relativa a situazioni caratterizzate da elevata emergenza clinica o repentino peggioramento della condizione del paziente; b) Attacco personale, relativa a situazioni di attacco, diretto o indiretto, o di comportamento sleale da parte di colleghi, superiori o di familiari dei pazienti; c) Svalutazione personale, relativa a situazioni in cui l'infermiere o il medico ha la sensazione che le proprie richieste, suggerimenti e le proprie necessità di formazione non vengano ascoltati dal resto del personale o dai superiori; d) Imprevisti organizzativi, relativa a situazioni di improvvise difficoltà sul versante organizzativo che compromettono il normale espletamento delle proprie mansioni o interferiscono con la propria vita privata. Altre aree riguardano solo i medici, come d) Confronto con la morte, che si riferisce a situazioni di malattia grave o cronica del paziente, di comunicazione di diagnosi infauste o di effettiva morte del paziente; e e) Relazioni problematiche con i pazienti, che si riferisce a situazioni caratterizzate da problemi

nella relazione e nella prestazione delle attività di cura al paziente. Altre ancora riguardano solo gli infermieri, come f) Relazioni problematiche con pazienti e familiari, che si riferisce a situazioni caratterizzate da problemi nei rapporti con il paziente o con i suoi familiari, che rendono più difficoltoso o ostacolano lo svolgimento regolare dell'attività lavorativa

Per ciascuna delle situazioni proposte, il medico o l'infermiere devono riportare il livello di stress percepito e il grado di utilizzo di quattro strategie di coping: 1) il coping centrato sulla soluzione del problema, caratterizzato dal tentativo di affrontare la situazione problematica, cercando le soluzioni più adeguate e facendo ampio ricorso a risorse ed esperienze personali; 2) il coping centrato sulla richiesta di supporto sociale, che riflette la tendenza a ricercare il sostegno, il consiglio e l'aiuto di altre persone per risolvere la situazione problematica; 3) il coping centrato sul disagio emotivo, caratterizzato dalla tendenza a reagire fortemente a livello emotivo di fronte al problema e dall'incapacità a gestire e controllare adeguatamente le proprie emozioni; 4) il coping centrato sull'evitamento del problema, che riflette i tentativi di evitare situazioni problematiche a livello cognitivo o comportamentale.

L'impiego dell'HPSCS su un gruppo di oltre 1500 medici e infermieri italiani ha consentito non solo di valutarne le buone proprietà psicometriche e l'applicabilità nel contesto sanitario, ma anche di individuare alcuni profili professionali, particolarmente "tipici", caratterizzati da elevati vissuti di stress associati a specifiche aree lavorative e da combinazioni peculiari delle strategie di coping impiegate per affrontare situazioni più o meno stressanti.

Per le sue caratteristiche di elevata specificità, l'HPSCS è particolarmente adeguato per l'individuazione delle specifiche situazioni ed aree in cui l'efficienza lavorativa del medico e dell'infermiere è minacciata e si profila una vulnerabilità al rischio di burn-out. Esso, inoltre, può essere impiegato sia a livello individuale che collettivo, applicato a un intero reparto o struttura sanitaria, in qualsiasi area medica e/o chirurgica.

L'individuazione di aree particolarmente stressanti e la valutazione delle specifiche strategie di coping utilizzate per fronteggiarle è particolarmente preziosa al fine di pianificare programmi preventivi e d'intervento mirate, che possono coinvolgere sia il singolo professionista sanitario che l'intera struttura sanitaria, allo scopo di promuovere il benessere e il buon operare dei professionisti della salute.

Bibliografia

Ripamonti, C., Steca, P., e Prunas, A. (2008). *Health Professions Stress and Coping Scale*. Manuale. Organizzazioni Speciali, Firenze
Ripamonti, C., Madeddu, F. (2006). L'impatto psicologico della malattia sugli operatori sanitari, in *Psicologia generale neuroscienze cognitive-Manuale per le professioni medico-sanitarie* (a cura di C. Cacciari e C. Papagno), pp. 177-189. Il Mulino, Bologna. ☺



**WWW...
PSICOLOGIA POSITIVA**

La psicologia positiva si sta diffondendo anche nel vasto mondo di lingua spagnola. Segnaliamo in particolare il sito <http://www.psicologia-positiva.com/> tenuto da Beatriz Vera Posek, psicologa clinica, co-fondatrice e membro del gruppo di psicologia positiva del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COP-M).

Il sito rappresenta un utile strumento per conoscere i principali costrutti della psicologia positiva ed approfondirli attraverso la lettura di documenti online, in castigliano e in inglese. Vengono inoltre offerti corsi sui contenuti della psicologia positiva e seminari su tematiche specifiche. A breve sarà disponibile la prima rivista di psicologia positiva in lingua spagnola.

Indirizzo internet: <http://www.psicologia-positiva.com> ☺

WELL-BEING THERAPY: IL RUOLO DEL BENESSERE IN PSICOLOGIA CLINICA

Fava GA, Ruini C, Ottolini F, Tomba E, Belaise C.

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Il ruolo del benessere psicologico risulta essere essenziale in ambito clinico e in particolare in psichiatria e psicologia clinica. Già a partire dagli anni '50 alcuni autori (Parloff, Kelman & Frank 1954) avevano ipotizzato che lo scopo ultimo delle psicoterapie fosse quello di aumentare il benessere ed il senso di efficacia personale. Per lungo tempo si è creduto che questi aspetti derivassero semplicemente dalla riduzione dei sintomi indotta dal trattamento farmacologico o psicoterapico di un determinato disturbo. Tuttavia negli ultimi anni varie indagini hanno messo in discussione tale punto di vista, in quanto hanno documentato la persistenza di sintomatologia residua, caratterizzata da ansia, irritabilità, problemi interpersonali, nella maggioranza dei pazienti con disturbi affettivi giudicati in remissione secondo i criteri del DSM. Emerge sempre di più l'esigenza di incorporare il concetto di benessere psicologico all'interno della definizione di guarigione da un disturbo ansioso o dell'umore (Fava, 1996). Ryff e Singer (1996) hanno suggerito l'ipotesi che la mancanza di benessere possa creare condizioni di vulnerabilità agli eventi stressanti e che la strada verso una guarigione duratura possa trovarsi non solo nella risoluzione della sintomatologia, ma anche nella ricerca della positività dell'esperienza umana. Di conseguenza, gli interventi che sollevano i pazienti dal malessere e dalla sintomatologia sono una forma di successo terapeutico, ma facilitare il cammino verso un funzionamento ottimale dell'individuo è tutta un'altra questione (Ryff & Singer, 1996). All'interno di questa cornice concettuale, un gruppo di ricercatori dell'Università di Bologna, guidati dal Professor Giovanni A. Fava (Fava et al., 1998), ha messo a punto una specifica strategia psicoterapica – la Well-Being Therapy, WBT – per la promozione del benessere psicologico, secondo il modello eudamonico di Carol Ryff. Tale modello è composto da sei dimensioni: *autoaccettazione, relazioni positive con gli altri, autonomia, padronanza ambientale, scopo nella vita e crescita personale* che descrivono il funzionamento ottimale dell'individuo (Ryff & Singer, 1996). La Well-being Therapy (WBT) è una strategia psicoterapica a breve termine, con una matrice cognitivo-comportamentale, che si articola generalmente in 8 sedute della durata di 30-50 minuti, una volta ogni quindici giorni. La WBT implica l'auto-osservazione con l'utilizzo di un diario strutturato. Nelle prime sessioni infatti viene richiesto ai pazienti di riportare nel diario le

situazioni specifiche in cui si sono verificati episodi di benessere, per aiutare i pazienti a identificare tali episodi nel loro contesto situazionale. In seguito si insegna ai pazienti ad individuare i pensieri e le convinzioni disfunzionali che hanno portato ad una interruzione prematura del benessere (Fava et al., 1998). Queste tecniche sono naturalmente molto simili a quelle utilizzate nella terapia cognitiva (Beck et al., 1979), oppure in quella razionale emotiva (Ellis & Becker, 1982), in cui si insegna ai pazienti a ricercare i pensieri automatici o irrazionali. Nella WBT, tuttavia, il focus dell'attenzione rimane sempre il benessere e non la sintomatologia. Come nelle tecniche comportamentali (Beck, et al., 1979) si possono inoltre incoraggiare le attività piacevoli o che possano favorire l'emergere del benessere: per esempio si può assegnare il compito di svolgere una particolare attività piacevole per un certo periodo di tempo ogni giorno. Nelle sessioni finali viene completato il lavoro di ristrutturazione cognitiva, basato sulle sei dimensioni di benessere psicologico di Ryff e focalizzato in modo particolare su quelle aree che appaiono più deficitarie per un determinato paziente. Inoltre possono essere utilizzate strategie comuni all'interno delle tecniche cognitivo-comportamentali, come il problem solving, il training per l'assertività, etc.. Lo scopo del terapeuta è quello di guidare il paziente attraverso la transizione da livelli deficitari nelle sei dimensioni di benessere psicologico a livelli ottimali.

La Well-being therapy, è stata utilizzata e validata in numerose indagini cliniche, soprattutto nell'ambito dei disturbi ansiosi e dell'umore. Inizialmente è stata testata su un gruppo eterogeneo di pazienti con disturbi affettivi in fase residua, e confrontata con tecniche cognitivo-comportamentali standard (Fava et al., 1998). Entrambe le psicoterapie sono risultate associate ad una riduzione significativa della sintomatologia residua, tuttavia, è emersa un'efficacia significativamente superiore della WBT rispetto alla CBT, in quanto la WBT ha determinato anche un significativo aumento del benessere psicologico, in particolar modo nella scala della Crescita Personale (Fava et al., 1998).

La WBT è stata poi utilizzata, all'interno di un innovativo approccio sequenziale, per la prevenzione delle ricadute nella depressione ricorrente (Fava et al., 2004), nel contrastare le perdite di efficacia di un farmaco antidepressivo durante terapia di mantenimento (Fava et al., 2002) e nel trattamento del disturbo ansioso generalizzato (Fava et al., 2005). Questo approccio sequenziale prevede l'utilizzo di farmacoterapia per la fase acuta del disturbo affettivo, e di strategie psicoterapiche nella fase residua. In particolar modo, negli studi del gruppo di Bologna, le strategie psicoterapiche prevedevano alcune sessioni di CBT seguite da WBT. Tale approccio è risultato efficace sia nella diminuzione della

sintomatologia nel post-trattamento, sia nel migliorare l'outcome a lungo termine di pazienti con disturbi ansiosi e depressivi. Il particolare modo l'aggiunta della WBT ha comportato una ristrutturazione cognitiva più vasta ed efficace, che ha determinato sia un miglioramento dei livelli di benessere dei pazienti, sia un minor rischio di ricadute (Fava et al., 2004, 2005).

L'efficacia della WBT può essere letta alla luce del ruolo protettivo del benessere: così come eventi stressanti, difficoltà economiche, sociali e deficit interpersonali possono avere un impatto negativo sulla salute mentale delle persone, secondo Ryff e Singer (1996), le buone relazioni interpersonali, l'autonomia, gli scopi e obiettivi nella vita possono costituire validi elementi protettivi nei confronti delle avversità e possono innescare a livello fisiologico vari processi a feed-back positivo in grado di innalzare le prestazioni individuali, aumentare le difese immunitarie, e favorire la guarigione (Ryff & Singer, 2000).

Recentemente, infine, La Well-Being Therapy è stata utilizzata dal gruppo dell'Università di Bologna come strategia di prevenzione del disagio in ambito infantile/adolescenziale (Ruini et al., 2006). Potenziando i livelli di benessere di bambini e adolescenti, infatti, si potrebbe favorire lo sviluppo della personalità e contrastare l'insorgenza di comportamenti a rischio quali l'abuso di alcool, droghe, fumo ecc.. La WBT è stata quindi modificata per renderla adatta a un intervento di gruppo, composto da 6 sessioni, da effettuarsi all'interno di classi di scuole medie e superiori. È stato inizialmente effettuato uno studio pilota (Ruini et al., 2006) che ha coinvolto 111 studenti di scuole medie in cui è stata testata questa WBT scolastica e, più recentemente, altri due studi con studenti di scuole medie e superiori randomizzati in due gruppi: 1) nel primo sono stati svolti 6 incontri in classe focalizzati sulla gestione dell'ansia, con l'utilizzo di tecniche di rilassamento; 2) nel secondo gruppo i 6 incontri erano basati sulle dimensioni di benessere e sulle tecniche di WBT. Entrambi gli interventi hanno determinato una diminuzione dei livelli di disagio degli studenti (soprattutto per quanto riguarda la somatizzazione dei sintomi ansiosi), ma la WBT scolastica ha anche determinato un aumento del benessere (soprattutto in termini di crescita personale e autonomia). Questi studi hanno dunque documentato l'applicabilità e l'efficacia della WBT anche in ambito scolastico, per la prevenzione del disagio infantile ed adolescenziale (Ruini et al., 2008).

I risultati fino ad ora ottenuti dalla WBT appaiono promettenti, sia in contesti clinici che evolutivi. Sono necessarie ricerche future per ampliare gli ambiti applicativi di questo approccio e per valutare se esso sia in grado di promuovere lo sviluppo ottimale dell'individuo anche nel lungo termine.

Bibliografia:

Beck A.T., Rush, A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.

Ellis, A., Becker I. (1982). *A guide to personal happiness*. Hollywood, CA, Melvin Powers Wilshire Book Company.

Fava, G.A. (1996). The concept of recovery in affective disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 2-13.

Fava G.A., Ruini C., Rafanelli C., Grandi S. (2002). Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2094-2095.

Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., Grandi, S. (1998). Well-being therapy. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.

Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi S. (2004) Six year outcome for cognitive behavioral prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.

Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli L., Sirigatti S. (2005) Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 26-30.

Parloff, M.B., Kelman, H.C., Frank, J.D. (1954) Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 11, 343-351.

Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E., Fava G.A. (2006) Well-being Therapy in school setting: a pilot study.

Psychotherapy and Psychosomatics, 75, 331-336.

Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., Offidani, E., Caffo, E., Fava, G.A. (2008). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. In press.

Ryff, C.D., Singer B.H. (1996) Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.

Ryff, C.D., Singer B.H. (2000) Biopsychosocial challenges of the new millennium". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 170-177. ☺

MASTER IN PSICOLOGIA POSITIVA APPLICATA

Master interuniversitario di II livello organizzato dall'Università degli Studi di Milano in convenzione con l'Università degli Studi Milano-Bicocca e l'Università di Roma La Sapienza, e con la collaborazione della Società Italiana di Psicologia Positiva.

Il Master in Psicologia Positiva Applicata condivide i contenuti e gli obiettivi dei Master di Applied Positive Psychology della University of East London (UK) e della University of Pennsylvania (USA); esso si prefigge di preparare un professionista di livello universitario che, attraverso l'acquisizione di conoscenze ed abilità operative specifiche della psicologia positiva, sia in grado di pianificare e realizzare interventi finalizzati alla promozione del benessere individuale e collettivo in ambito sanitario, educativo, occupazionale e di comunità.

Obiettivi formativi

Il Master in Psicologia Positiva Applicata si propone, in particolare, il perseguimento dei seguenti obiettivi formativi:

- sviluppare conoscenze approfondite e una comprensione critica delle teorie, delle strategie di ricerca, dell'epistemologia e delle radici storiche della psicologia positiva;
- sviluppare abilità di selezione ed impiego efficace dei metodi e degli strumenti di valutazione messi a punto ed utilizzati dalla psicologia positiva;
- acquisire conoscenze e competenze approfondite sull'utilizzo delle strategie di ricerca e di analisi dei dati adottate nella psicologia positiva;
- acquisire conoscenze e competenze relative all'applicazione della psicologia positiva nella progettazione, realizzazione e valutazione di interventi nei settori della salute, dell'educazione, del lavoro e della psicoterapia, indirizzati ad individui, gruppi e comunità.

Al termine del percorso formativo, in virtù delle conoscenze e competenze acquisite attraverso lezioni frontali, laboratori, esercitazioni e attività di tirocinio, condotte sotto la supervisione di esperti del settore, gli studenti saranno in grado di:

- padroneggiare le conoscenze teoriche, i modelli e i costrutti sviluppati dalla psicologia positiva;
- costruire e realizzare disegni di ricerca metodologicamente corretti e adeguati a specifici ambiti di indagine, attraverso la selezione degli strumenti di valutazione e delle procedure di analisi più appropriate;
- progettare e realizzare interventi negli ambiti di applicazione della psicologia positiva, nonché monitorarne l'andamento e valutarne l'efficacia e gli esiti.

Insegnamenti

L'impegno didattico complessivo è di 904 ore, di cui 504 di lezioni frontali, esercitazioni e laboratori (44 CFU) e 375 di tirocinio (15 CFU). Sono riservate 25 ore per la preparazione della prova finale (1 CFU).

Le attività didattiche sono organizzate in 3 moduli fondamentali:

- 1) La Psicologia Positiva: modelli e costrutti teorici (16 CFU)
 - Aspetti storici, teorici, epistemologici e interdisciplinari
 - Benessere: teorie e modelli
 - Funzioni e costrutti fondamentali
- 2) Metodologia di ricerca e strumenti di valutazione (8 CFU)
 - Metodologia della ricerca
 - Strumenti di valutazione e di indagine in psicologia positiva
 - Metodi di ricerca transculturale
- 3) La psicologia positiva: applicazioni per l'intervento (20 CFU)
 - Contesto educativo e scolastico
 - Contesto occupazionale e lavorativo
 - Salute e contesto sanitario
 - Psicoterapia e counselling
 - Gruppi e Comunità

Docenti

L'attività didattica sarà svolta da docenti dell'Università degli Studi di Milano, dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza, nonché di esperti e professionisti operanti nel settore della Psicologia Positiva.

Ammissione

Per l'ammissione al Master in Psicologia Positiva Applicata sono necessari diploma di laurea magistrale o specialistica (nuovi ordinamenti) o di diploma di laurea quadriennale e oltre del vecchio ordinamento; superamento di una prova di selezione (scritta e orale) su argomenti di ambito psicologico. E' prevista una valutazione dei titoli (studi precedenti, esperienza lavorativa, pubblicazioni). Numero massimo di partecipanti: 25
Il bando del Master in Psicologia Positiva Applicata verrà pubblicato tra la fine di luglio e l'inizio di agosto 2008.

Sede delle lezioni

Nell'anno accademico 2008/09 le lezioni e i laboratori del Master in Psicologia Positiva Applicata si svolgeranno il venerdì e il sabato a MILANO presso l'Università degli Studi di Milano – Bicocca.

Tirocinio

Per lo svolgimento del tirocinio si sono stipulate convenzioni con undici diversi Enti. Le attività in questo ambito comprendono l'affiancamento a operatori e professionisti, la partecipazione alla progettazione e verifica delle attività di formazione, intervento, ricerca di base e applicata.

Informazioni

Internet: www.psicologiapositiva.it E-mail: raffaella.sartori@virgilio.it - a.greco9@campus.unimib.it ☺