



BURN OUT
&
strategie di *COPING*

19 Febbraio 2010

Dott. Vincenzo Aucone



Il **BURN-OUT** è quel lento processo di "logoramento" o "decadenza" psicofisica dovuta alla mancanza di energie e di capacità per sostenere una situazione lavorativa stressante ("burnout" in inglese significa proprio "bruciarsi"), che colpisce soprattutto coloro che lavorano nelle professioni d'aiuto (medici, infermieri, assistenti sociali, ecc).

In tali condizioni può anche succedere che queste persone si facciano un carico eccessivo delle problematiche delle persone a cui badano, non riuscendo così più a discernere tra la propria vita e la loro.

Il soggetto tende a sfuggire l'ambiente lavorativo assentandosi sempre più spesso e lavorando con entusiasmo ed interesse sempre minori, provando frustrazione e insoddisfazione, nonché una ridotta empatia nei confronti delle persone delle quali dovrebbe occuparsi.



La **Sindrome del Burn-out (Maslach 1975)** è un insieme di sintomi che testimoniano il manifestarsi di un disagio comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale.

Essa si distingue dallo stress, che può eventualmente essere una concausa del burn-out, così come si differenzia dalle diverse forme di *nevrosi*, in quanto problematica non della personalità ma del ruolo lavorativo.



Per questo il *burn-out* può essere definito come un **fenomeno psicosociale**, più complesso dello stress, perché determinato, oltre che da *fattori soggettivi*, anche da *variabili storico-sociali e culturali* che caratterizzano il mondo del lavoro moderno.

“Non è più possibile distinguere nettamente tra nevrosi dell’individuo e nevrosi del mondo ... a situare la nevrosi e la psicopatologia esclusivamente nella realtà personale, si compie una rimozione delirante ...” James Hillman



Evoluzione storico-antropologia del concetto di lavoro:

- **Homo faber**: L'artefice (artis-fex), che determinava la sua azione attraverso la qualità del prodotto finito, che assumeva su di sé la memoria dell'opera d'arte con il cosiddetto apprendistato di bottega, che ampliava l'esperienza ricevuta con la propria creatività artigianale (**Lavoro in funzione di esigenze e bisogni personali, comunitari e di scambio = personalizzazione del lavoro**)

- **Homo economicus**: l'operaio che strumentalmente applicava criteri e prassi di progetti forniti da altri, che svolgeva una funzione all'interno di un gruppo, finalizzata alla quantità produttiva, che s'impegnava a considerare come essenziali i parametri di tempo e d'efficacia in nome e per conto delle esigenze di mercato. (**Lavoro in funzione di esigenze di mercato e di vendita = individualizzazione del lavoro**).

- **Homo consumans (il tecnico)**: lo specialista che, nell'era dello sviluppo tecnologico, perde la sua soggettività per divenire parte funzionalistica di un apparato. Il tecnico che diviene *responsabile esclusivamente della sua competenza*, è estraneo al disegno complessivo, alle finalità e alle motivazioni del suo apparato di appartenenza. In tal senso l'uomo è ridotto a strumento di produzione e di consumo. (**Lavoro in funzione della tecnica, della produzione e del consumo = atomizzazione del lavoro**)

“Mentre un tempo collaborare significava lavorare con altri uomini nell’età della tecnica collaborare significa lavorare per e con l’apparato a cui gli altri lavoratori appartengono.

Qualcosa che anche negli uffici, anche nelle banche, anche nelle amministrazioni assomiglia alla “catena di montaggio” dove nessun lavoratore è più in grado di abbracciare la totalità del processo finale, la sua destinazione, la valenza etica del suo impiego, i beneficiari e le vittime.”

Umberto Galimberti



*“un uomo esiste **per** il proprio lavoro
e **non** viceversa“*

Max Weber



Caratteristiche dell'organizzazione moderna del lavoro

- Destutturazione dei rapporti interpersonali (sia da un punto di vista contrattuale che relazionale)
- Esasperazione del conflitto competitivo
- Parcellizzazione delle competenze con conseguente scomparsa della visione olistica del proprio lavoro
- La riduzione della *memoria professionale*
- L'impossibilità di influenzare le decisioni progettuali
- La carenza di spiegazioni e di confronti proficui sulle finalità e i disegni di insieme

Condizioni lavorative creatrici di destabilizzazione personale ed aziendale:

Gerarchie piatte: azzeramento dei gradi di responsabilità e omologazione delle qualifiche.

Flessibilità degli orari: tempo a disposizione legato al raggiungimento degli obiettivi firmati, con perdita del diritto al pagamento degli straordinari e al recupero delle ore

Outsourcing: esternalizzazione dei servizi attraverso appalti con prezzi inferiori

Precarietà: massima espressione attraverso il lavoro interinale

Nel comparto sanitario, le cause più frequenti di burnout sono:

- lavorare in strutture mal gestite (62.5%),
- non avere spazi e tempi istituzionalmente prefissati per la propria crescita personale (53.3%),
- essere scarsamente retribuiti (40.2%),
- essere sovraccarichi di lavoro (39.8%),
- non avere la possibilità di collaborare e di scambiare idee con i colleghi (32.2%),
- lo svolgimento di mansioni frustranti o inadeguate alle proprie aspettative (31.2%),
- avere rapporti insoddisfacenti con i colleghi (23.3%),
- avere una insufficiente autonomia decisionale (20%),
- non avere buoni rapporti con i superiori (18.3%),
- avere problemi personali di tipo familiare o relazionale (13.9%).

Professioni d'aiuto e rischio burn-out

La qualità della vita lavorativa degli operatori sanitari è particolarmente provata dalla evidente **asimmetria relazionale** che si instaura nelle **professioni d'aiuto**, nelle quali il contatto con la sofferenza dell'utente è continuo e richiede una capacità non comune di presa in carico del dolore altrui.

Tutte queste circostanze rendono a rischio le professioni sanitarie e questo rischio aumenta quanto più gli aspetti organizzativi e i sostegni formativi offerti dalla struttura all'operatore sono carenti e non lo aiutano ad affrontare i suoi gravosi compiti.



Categorie del burn-out negli operatori sanitari



La sindrome di burn-out si caratterizza per una condizione di nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo, ostilità degli operatori sociosanitari, sia fra loro sia verso terzi.

Queste manifestazioni psicologiche e comportamentali sono definite dalla **Maslach (1975)**, in tre categorie di disturbi (**scala di misurazione del burn-out**) :

L'esaurimento emotivo consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo nel rapporto con gli altri.

La depersonalizzazione si manifesta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto (risposte comportamentali negative e sgarbate) nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura.

La ridotta realizzazione personale riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, la caduta dell'autostima e la sensazione di insuccesso nel proprio lavoro.

I SINTOMI

sintomi specifici (irrequietezza, senso di stanchezza, esaurimento, apatia, nervosismo e insonnia).

sintomi somatici (ulcere, cefalee, aumento o calo ponderale, nausea, disturbi cardiovascolari, difficoltà sessuali).

sintomi psicologici (depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia, risentimento, irritabilità, aggressività, alta resistenza ad andare al lavoro, indifferenza, negativismo, isolamento, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con l'utenza, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti dell'utenza e dei colleghi di lavoro).

Tale situazione di disagio molto spesso induce il soggetto ad abuso di alcool, di psicofarmaci o fumo.

L'insorgenza della sindrome negli *operatori sanitari* segue generalmente quattro fasi:

La prima fase (entusiasmo idealistico) è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale:

motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggior prestigio)

motivazioni inconsce (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri); tali motivazioni sono spesso accompagnate da aspettative di “*onnipotenza*”, di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento, di miglioramento del proprio status e altre ancora.

C'è in tutto questo quasi una difficoltà a leggere in modo adeguato il dato di “realtà”: infatti, esiste una logica secondo la quale il venire a capo di una situazione difficile non dipende dalla natura della situazione, ma essenzialmente dalle proprie capacità e dai propri sforzi; se dunque il problema non viene risolto, ciò sta a significare che non si è stati all'altezza.

Nella seconda fase (stagnazione) l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. I risultati del forte impegno iniziale sono via via sempre più inconsistenti. Si passa così da un superinvestimento iniziale a un graduale disimpegno dove il sentimento di profonda delusione avanza determinando nell'operatore una chiusura verso l'ambiente di lavoro ed i colleghi.

La fase più critica del burn-out è la terza (frustrazione). Il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare nessuno, con profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza. Il vissuto dell'operatore è un vissuto di perdita, di svuotamento, di crisi di emozioni creative e di valori considerati fondamentali fino a quel momento.

Il soggetto frustrato può assumere atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri) e spesso mette in atto comportamenti di fuga (quali allontanamenti ingiustificati dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia).

Nella quarta fase si assiste al graduale passaggio da empatia ad apatia; durante questa fase si ha una vera e propria morte professionale.

L'ideologia che sottende il burn-out nella sanità

Questo progressivo susseguirsi di fasi da un livello molto alto di motivazione ed aspettative ad un livello di demotivazione e di vissuti di profonda infelicità e frustrazione, è inoltre riconducibile ad una “ideologia”, socialmente condivisa, di forti aspettative nei confronti di una medicina investita di onnipotenza (pluritrapianti, fecondazione e gestazione oltre la consueta età fertile della donna, ingegneria genetica, ecc.).

. **La medicina** (come parte dello sviluppo della scienza in generale) ha assunto il pesante fardello salvifico, che una volta era prerogativa delle religioni e successivamente dei sistemi filosofico-politici.

. **La medicina non semplicemente può, ma piuttosto "deve" abolire la sofferenza (cioè le malattie) ed in prospettiva la morte.**

. ***Oggi non si muore perché si è esseri umani, ma si è "uccisi dalle malattie".***



Le conseguenze del burn-out si possono schematizzare in tre livelli:

- 1) **il livello degli operatori** che pagano il burn-out in termini personali, anche attraverso gravi somatizzazioni, ma soprattutto attraverso dispersione di risorse, frustrazioni e sottoutilizzazioni di potenziali;
- 2) **il livello degli utenti**, per i quali un contatto con gli operatori sociali in burn-out risulta frustrante, inefficace e dannoso;
- 3) **il livello della comunità** in generale che vede svanire forti investimenti nei servizi sociali.

Come affrontare il problema?

E' però possibile contenere l'insorgere o le conseguenze del burn-out con:

L'informazione, che mira a far conoscere questo fenomeno e ad offrire utili consigli per prevenirlo;

La formazione, attraverso esperienze di gruppo o discussione di casi con l'obiettivo di creare strumenti per far fronte al fenomeno;

Interventi specifici, attraverso la strutturazione, in base alle esigenze organizzative, di programmi anti-stress studiati sulla mansione lavorativa e soprattutto attraverso l'equilibrio del carico lavorativo con una corretta pianificazione del lavoro.



PREVENZIONE E CAMBIAMENTO

. Contrariamente all'opinione comune, non è tanto l'individuo a dover cambiare quanto l'organizzazione, specialmente nell'attuale scenario socio-economico.

. Riteniamo che una risposta efficace al burnout debba anche comprendere la prevenzione e non soltanto il rimedio.

STRATEGIE PER LA PREVENZIONE DEL BURN OUT (Cherniss)

SVILUPPO DELLO STAFF

- Ridurre le richieste imposte agli operatori da loro stessi attraverso l'incoraggiamento ad adottare obiettivi più realistici;
- Incoraggiare gli operatori ad adottare nuovi obiettivi che possano fornire alternative di gratificazione;
- Aiutare gli operatori a sviluppare ed utilizzare meccanismi di controllo e di feed-back sensibili a vantaggi a breve termine;
- Fornire frequenti possibilità di training per incrementare l'efficienza del ruolo;
- Insegnare allo staff a difendersi mediante strategie quali lo studio del tempo e le tecniche di strutturazione del tempo;
- Orientare il nuovo staff fornendo un libretto che descriva realisticamente le frustrazioni e le difficoltà tipiche che insorgono sul posto di lavoro;
- Fornire periodici controlli del burn-out a tutto lo staff;
- Fornire consulenza centrata sul lavoro o incontri per lo staff che sta sperimentando elevati livelli di stress nel proprio lavoro;
- Incoraggiare lo sviluppo di gruppi di sostegno e/o sistemi di scambio di risorse.

CAMBIAMENTI DI LAVORO E DELLE STRUTTURE DI RUOLO

- Limitare il numero di pazienti di cui lo staff è responsabile in un determinato periodo;
- Distribuire tra i membri dello staff i compiti più difficili e meno gratificanti ed esigere dallo staff che lavori in più di un ruolo e programma;
- Pianificare ogni giorno in modo che le attività gratificanti e quelle non, siano alternate;
- Strutturare i ruoli in modo da permettere agli operatori di prendersi “periodi di riposo” quando è necessario;
- Utilizzare personale ausiliario (e volontari) per fornire allo staff ordinario possibilità di riposo;
- Incoraggiare gli operatori a prendersi frequenti vacanze, anche con un breve preavviso se necessario;
- Limitare il numero di ore di lavoro di ogni membro dello staff;
- Non incoraggiare il lavoro part-time;
- Dare ad ogni membro dello staff la possibilità di creare nuovi programmi;
- Costituire varie fasi di carriera per tutto lo staff;

SVILUPPO DELLA GESTIONE

- Creare programmi di training e di sviluppo per il personale attuale e futuro che si dedica alla supervisione, accentuando quegli aspetti del ruolo che gli amministratori hanno già difficoltà ad affrontare;
- Creare sistemi di controllo per i supervisori (indagini tra lo staff) e fornire al personale della supervisione un feed-back regolare sulle loro prestazioni;
- Controllare la tensione di ruolo nei supervisori e intervenire quando essa diventa eccessiva.
- Creare meccanismi formali di gruppo per la soluzione del problema organizzativo e la risoluzione del conflitto;
- Organizzare training per la risoluzione del conflitto e la soluzione dei problemi di gruppo per tutto lo staff;
- Accentuare l'autonomia dello staff e la partecipazione alle decisioni.
- Rendere gli obiettivi chiari e compatibili per quanto possibile;
- Sviluppare un forte ed originale modello di gestione;
- Rendere la formazione e la ricerca i maggiori obiettivi del programma;
- Condividere le responsabilità delle cure e della terapia con i pazienti, le loro famiglie e la comunità sociale.

Efficacia e limiti degli interventi

- . Qualora tali **tecniche** venissero realmente introdotte in forma corretta nelle strutture sanitarie, è evidente che costituirebbero un importante momento di recupero e di prevenzione rispetto al Burn-Out.
- . Il concetto di **condivisione** costituisce il requisito fondamentale per l'avvio di un circolo virtuoso che ponendo *l'utente al centro del processo organizzativo* pone però anche *il corpo degli operatori in correlazione con l'utente*, essendo il **benessere di chi opera funzione di una operatività positiva**
- . In questo contesto di ricerca della qualità si inserisce la formazione continua dell'operatore che deve essere **correttamente formato ed informato sul giusto coinvolgimento emotivo** che deve caratterizzare la prestazione sanitaria, *creando una corretta relazione tra idealità della professione e quotidianità della prestazione sanitaria*

. Tuttavia, gli interventi formativi e di prevenzione non possono ridursi esclusivamente all'aspetto tecnico. Essi devono essere accompagnati da una messa in discussione dell'intera organizzazione di lavoro

. La prevenzione o il superamento di una situazione di burn-out non può dunque prescindere da un reale cambiamento delle condizioni in cui lavora l'operatore.

Strategie di coping



Definizioni

- . Il concetto di **coping** è stato creato nell'ambito della psicologia negli anni sessanta, dallo scienziato americano **Lazarus**, professore emerito alla Berkeley University, che lo ha studiato come un processo strettamente collegato allo stress.
- . Il concetto di coping può essere tradotto con “**fronteggiamento**”, “**gestione attiva**”, “**risposta efficace**”, “**capacità di risolvere i problemi**”, ed indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali che sono messe in atto per fronteggiare una certa situazione.

Lazarus e Folkman definiscono il coping come uno sforzo cognitivo e comportamentale in evoluzione per far fronte a domande specifiche sia interne che esterne valutate dall'individuo.

Lo stress è quindi rappresentato dalle prove che offre la vita e l'adattamento consiste nelle risorse, e quindi le strategie di coping, che l'individuo possiede per affrontare gli ostacoli con successo.

Le strategie di coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante. Tuttavia esse non garantiscono il successo di tale adattamento.

Infatti il coping, se è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata stressogena dell'evento, ma, se è disfunzionale ad essa, può anche amplificarla.

Caratteristiche distintive del coping:

- *è un processo dinamico, in quanto è costituito da una serie di risposte reciproche, attraverso le quali ambiente e individuo si influenzano a vicenda;*
- *comprende una serie di azioni, sia cognitive che comportamentali, intenzionali, finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante.*

Tipologie di coping

Secondo **Lazarus e Folkman**, il coping svolge diverse funzioni fondamentali in base alle quali può essere suddiviso in diverse tipologie:

Emotion-focused coping, che consiste nella regolazione delle reazioni emotive negative conseguenti alla situazione stressante;

Problem-focused coping, che consiste nel tentativo di modificare o risolvere la situazione che sta minacciando o danneggiando l'individuo (Lazarus, 1991; Lazarus e Folkman, 1984).

Endler e Parker, partendo dal lavoro di Lazarus e Folkman, nel 1990 hanno individuato tre tipologie di coping predominanti:

coping centrato sul compito (task coping): è rappresentato dalla tendenza ad affrontare il problema in maniera diretta, ricercando soluzioni per fronteggiare la crisi;

coping centrato sulle emozioni (emotion coping): rappresentato da abilità specifiche di regolazione affettiva, che consentono di mantenere una prospettiva positiva di speranza e controllo delle proprie emozioni in una condizione di disagio, oppure di abbandono alle emozioni, come la tendenza a sfogarsi o, ancora, la rassegnazione;

coping centrato sull'evitamento (avoidance coping): rappresentato dal tentativo dell'individuo di ignorare la minaccia dell'evento stressante o attraverso la ricerca del supporto sociale o impegnandosi in attività che distolgono la sua attenzione dal problema.

Esempi di strategie di coping emozionali sono il negare o minimizzare il problema, l'esprimere rabbia verso qualcuno, il rifugiarsi nella fantasia.

Esempi di strategie di coping strategiche o centrate sul problema sono l'analizzare la situazione per trovare soluzioni, il ricercare informazioni, il chiedere aiuto a supporti sociali esterni, l'organizzare una risposta consapevole.

***Lo stile personale di coping** si sviluppa in base alle caratteristiche personali, all'esperienza di successi e insuccessi, ai feedback positivi e negativi ed al sostegno sociale.*

Lazarus e Folkman hanno distinto otto tipologie di risposta:

1. Accettare il confronto
2. Prendere le distanze
3. Auto-controllarsi
4. Cercare il sostegno sociale
5. Accettare la responsabilità
6. Fuggire ed evitare
7. Pianificare la soluzione
8. Rivalutarsi positivamente

Strategie attive e passive

Brown e Nicassio (1987) propongono una formulazione delle tipologie di *coping* alternativa rispetto a quella di Lazarus e Folkman.

I due autori, infatti, descrivono due principali strategie di *coping* nei pazienti con dolore cronico:

- . **strategie attive di *coping***: rappresentate dal tentativo del paziente di controllare in qualche modo il proprio dolore (per esempio, facendo gli esercizi consigliati dal terapeuta) oppure dal tentativo di mantenere un buon livello funzionale, nonostante il permanere del dolore stesso;

- . **strategie passive di *coping***: per cui il paziente lascia il controllo del proprio dolore ad altri o permette che altre aree significative di vita vengano influenzate negativamente dal dolore.

Riepilogando

Le diverse strategie di *coping*, siano esse attive o passive, interagiscono tra loro nel determinare risultati positivi.

In altre parole il successo dell'adattamento alla malattia dipenderà dalla interazione tra i diversi stili di *coping* e dalla situazione a cui essa viene applicata.

In realtà, non esistono stili di *coping* adattivi o disadattivi a priori, in quanto strategie che possono risultare efficaci in una situazione, potrebbero non esserlo in un'altra e modalità reattive che risultano positive, se usate moderatamente e temporaneamente, possono divenire negative se usate in modo esclusivo.

Coping e benessere

La capacità di *coping* si riferisce non soltanto alla capacità di risolvere delle situazioni di difficoltà, ma anche all'abilità di saper gestire le emozioni che da queste difficoltà derivano.

Ne consegue che il *coping* è una strategia fondamentale per il raggiungimento del benessere e presuppone un'attivazione comportamentale dell'individuo, che lo renda protagonista della situazione e non soggetto passivo.

Lo stato di benessere è dunque raggiungibile attraverso un equilibrio tra le volontà della persona e la possibilità di realizzarle in sintonia con il contesto in cui vive, potenziando, quindi, le sue risorse interne e quelle disponibili nell'ambiente.
(empowerment)

In conclusione, se non sempre è possibile eliminare le situazioni che procurano stress, possiamo però trovare il modo per evitare di sentirci impotenti, di fronte ad esse.

Il coping proattivo

Le studiose **Aspinwall e Taylor** sostengono che il *coping* proattivo (attuato prima che l'evento si verifichi) ha importanti benefici per la persona, in quanto:

- minimizza l'ammontare complessivo di stress che la persona potrebbe incontrare;
- aumenta il numero di opzioni possibili per affrontare una situazione;
- consente di preservare risorse personali quali tempo ed energia.

Aspinwall e Taylor propongono un modello articolato in quattro tappe:

1) individuazione - intesa come la capacità di prevedere gli effetti stressanti di un evento in arrivo

2) appraisal iniziale - che consiste nel definire in via preliminare il problema in modo da gestirne le emozioni iniziali che possono accompagnare la consapevolezza graduale che l'evento stressante è all'orizzonte.

Richiede la formulazione di domande quali: " mi devo preoccupare di ciò? e "è qualcosa su cui devo prendere provvedimenti?"

3) sforzi iniziali di coping - cioè la capacità di pianificare e di intraprendere attivando le risorse che sembrano utili

4) richiedere e usare il feedback - consente di avere informazioni aggiornate sullo sviluppo dell'evento - è aumentato lo stress? ha cambiato forma? - sul fatto che l'evento stressante possa cambiare in risposta agli sforzi di *coping* - posso fare qualcosa o devo aspettare per vedere se è un problema? E sugli effetti prodotti dai propri sforzi preliminari sull'evento stressante: sono riuscita/o ad allontanarlo?



Grazie per l'attenzione...