

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica
Unità Operativa di Psicosomatica e Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona



Il vissuto dell'operatore

8° lezione

Claudia Goss

E-mail: claudia.goss@univr.it

A.A. 2010-2011

DSPMC - PSY

Programma della lezione

- Il fenomeno del burn-out
- Riconoscere e gestire le proprie emozioni
- L'autoconsapevolezza
- Esercitazioni

DSPMC - PSY

Cosa accade nella testa del medico durante l'interazione con il paziente?



DSPMC - PSY

- **Attivazione cognitiva**
 - **Attenzione** (per raccogliere le informazioni)
 - **Memoria** (per recuperare le nozioni e le conoscenze di cui si dispone, ecc..)
 - **Pensiero** (per processare le informazioni raccolte e integrarle con le conoscenze/esperienze apprese)
 - **Linguaggio** (per comunicare con il paziente)
- **Attivazione prassica/manuale**
- **Attivazione emotiva**

Frutto di ciò che il medico è (es. storia ed esperienze di vita, personalità, motivazioni alla professione) e vive in quel momento (es. situazioni lavorative, personali, familiari)

DSPMC - PSY



DSPMC - PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

IL SISTEMA ANTAGONISTA

META DEL SISTEMA:
Definire il rango di dominanza e sottomissione, proteggere le proprie risorse

VALORE BIOLOGICO:
in un gruppo con ranghi sociali definiti e mantenuti nel tempo i litigi e le lotte sono meno frequenti l'efficienza generale del gruppo è superiore e quindi la sua sopravvivenza

È ATTIVATO DA:
1) percezione che una risorsa è limitata;
2) segnali mimici di sfida provenienti da un conspecifico (o interpretati come tali)

È DISATTIVATO DA:
1. segnali di resa e sottomissione da parte dell'antagonista;
2. attivazione di altro sistema motivazionale (ad es. trasformazione dell'agonismo in cooperazione o accudimento).

DSPMC - PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

IL SISTEMA COOPERATIVO



“ unisciti a qualcuno se questo può favorire la possibilità di raggiungere un obiettivo importante o non rischi di perdere le tue risorse primarie!”

DSPMC - PSY

I sistemi motivazionali - DEFINIZIONE

IL SISTEMA COOPERATIVO

META DEL SISTEMA:
Raggiungere un obiettivo comune e condiviso

VALORE BIOLOGICO:
Talvolta la collaborazione tra conspecifici permette una efficienza superiore rispetto all'impegno sordinato dei singoli

È ATTIVATO DA:
1) percezione di un obiettivo comune
2) segnali di non minaccia agonistica (sorriso)

È DISATTIVATO DA:
1) euforia o rilassamento per il conseguimento dell'obiettivo
2) attivazione di altri sistemi motivazionali (es. agonistico)

DSPMC - PSY

Se non gestite appropriatamente in che modo le emozioni del medico possono condizionare la sua pratica?



DSPMC - PSY

Potenziale compromissione:

- **della qualità delle informazioni raccolte e fornite** → esecuzione imprecisa del colloquio, e dell'esame obiettivo, diagnosi non corretta, ulteriori indagini o trattamenti poco efficaci
- **della relazione terapeutica** → riduzione della soddisfazione e della collaborazione del paziente
- **del benessere psicologico del medico** → BURNOUT

DSPMC - PSY

Alcuni esempi di gestione inappropriata delle proprie emozioni...

DSPMC - PSY

I MECCANISMI DI DIFESA

DSPMC - PSY

I meccanismi di difesa - DEFINIZIONE

DSPMC - PSY

- i meccanismi di difesa sono **fenomeni psicologici protettivi** per lo più inconsci deputati al **mantenimento di un equilibrio intrapsichico** attraverso la **riduzione di conflitti interni ed esterni**. Regolano l'autostima e modulano l'angoscia
- Sono **evolutive e necessari** e possono essere considerati come delle **strategie di coping**.
- Tutti abbiamo delle **difese preferenziali** che corrispondono al nostro **modo abituale di confrontarci con le situazioni problematiche**.

I meccanismi di difesa - DEFINIZIONE

DSPMC - PSY

- I meccanismi di difesa divengono **disfunzionali** quando applicati:
 - Pervasivamente
 - Rigidamente
 - Indistintamente

I meccanismi di difesa - ESEMPIO

AGGRESSIVITA' PASSIVA

MECCANISMO ATTRAVERSO IL QUALE UN SOGGETTO, ESERCITA UNA FORMA DI AGGRESSIVITA' CELATA, CHE NON SI ESPRIME CON UN ATTEGGIAMENTO DI APERTO CONTRASTO, BENSÌ CON COMPORTAMENTI CHE PRODUCONO UN DANNO INDIRECTO (NON COLLABORAZIONE, RILUTTANZA NELL'ESEGUIRE LE RICHIESTE ALTRUI, SCARSA DISPONIBILITA'CC...).



Un MURO DI GOMMA

ESEMPIO:

Un medico sottoposto ad uno stress eccessivo o ad aspettative irrealistiche da parte di pazienti o colleghi, che invece che verbalizzare o affrontare questo disagio in modo aperto e assertivo mette in atto (anche inconsapevolmente) degli atteggiamenti celatamente ostili o non collaborativi. Es. essere sistematicamente in ritardo, non fornire indicazioni chiare a pazienti o colleghi, utilizzare terminologie complesse o troppo tecniche, ecc...

DSPMC - PSY

I meccanismi di difesa - ESEMPIO

NEGAZIONE

MECCANISMO ATTRAVERSO IL QUALE UN SOGGETTO, NEGA L'ESISTENZA DI UNA EMOZIONE, EVENTO O STATO D'ANIMO NEGATIVO.



ESEMPIO:

Estreme minimizzazioni o banalizzazione della condizione psicopatologica/vissuto emotivo di un paziente (es. bhè, ma cosa si abbate per una mastectomia, pensi che in questo modo le salviamo la vital)

DSPMC - PSY

I meccanismi di difesa - ESEMPIO

ONNIPOTENZA

MECCANISMO ATTRAVERSO IL QUALE UN SOGGETTO, PER DIFENDERE LA PROPRIA AUTOSTIMA E' PORTATO A NEGARE I PROPRI LIMITI E A SENTIRSI POTENZIALMENTE IN GRADO DI RAGGIUNGERE QUALSIASI OBIETTIVO.



FATTI SOTTO.

ESEMPIO:

Un medico che:

- Non sia in grado di rivedere le sue scelte terapeutiche alla luce di fallimenti
- Assuma atteggiamenti superbi o usi termini volutamente tecnici e specializzati nel parlare col paziente al fine di sottolineare la propria superiorità.
- sia incapace di delegare ad altri le responsabilità confidando nella loro capacità
- sia incapace di condividere fallimenti e successi con i colleghi

DSPMC - PSY

I meccanismi di difesa - ESEMPIO

INTELLETTUALIZZAZIONE

MECCANISMO IN CUI IL SOGGETTO SI SOFFERMA NEL DESCRIVERE UN EVENTO TRAUMATICO SOLO SUL PIANO COGNITIVO, L'EMOZIONE NON E' RIMOSSA O NEGATA, MA VIENE IGNORATA IL PIU' POSSIBILE. IL SOGGETTO DISCUTE, ASTRATTAZZA, RIFLETTE SUL PROBLEMA MA NON SI PERMETTE DI VIVERLO EMOTIVAMENTE PERCHÉ CIO LO FAREBBE STARE TROPPO IN ANSIA.



ESEMPIO:

Un medico che raccontando del decesso di un proprio paziente non faccia trasparire il minimo trasporto emotivo per l'evento (es. rammarico, cordoglio, colpa, rabbia, impotenza, ecc...)

DSPMC - PSY

I meccanismi di difesa - ESEMPLI

RAZIONALIZZAZIONE

MECCANISMO ATTRAVERSO CUI IL SOGGETTO SOSTITUISCE ALLA REALE MOTIVAZIONE CHE LO HA SPINTO A TENERE UN CERTO COMPORTAMENTO UNA MOTIVAZIONE PIÙ ACCETTABILE.



ESEMPIO:

Un medico che nel giustificare la sua decisione di non informare mai i pazienti della loro diagnosi quando infausta o invalidante, appoggiano come giustificazione il fare questo per il bene del paziente (senza ammettere mai che invece a volte tale scelta è più rivolta a tutelare se stessi nell'affrontare una situazione emotivamente stressante).

DSPMC - PSY

I meccanismi di difesa - ESEMPLI

IDEALIZZAZIONE

MECCANISMO ATTRAVERSO CUI IL SOGGETTO RIPONE ASPETTATIVE IRREALISTICHE IN SE', NEI COLLEGHI E NELLA STRUTTURA DOVE OPERA AL FINE DI SOSTENERE LA PROPRIA AUTOSTIMA E SENSO DI EFFICACIA. SPESSO QUESTO MECCANISMO E' SEGUITO DAL PROCESSO OPPOSTO DI SVALUTAZIONE.



ESEMPIO:

Un medico che non accetti di non poter aiutare tutti i malati bisognosi di aiuto, o che non riesca a tollerare le disfunzioni che inevitabilmente troverà nell'ambiente di lavoro in cui è inserito ad operare.

DSPMC - PSY

I meccanismi di difesa - ESEMPLI

Il fenomeno del burn-out



DSPMC - PSY

BURN OUT - definizione

DEFINIZIONE

- "Progressiva perdita di idealismo, energia, motivazione ed interesse come risultato delle condizioni di lavoro" (Edelwich & Brodsky, 1980)
- "Disturbo caratterizzato da esaurimento fisico, sentimenti d'impotenza e disperazione, svuotamento emotivo, e dallo sviluppo di un concetto di sé negativo e di atteggiamenti negativi verso il lavoro, la vita e gli altri(...) un senso d'afflizione, scontentezza e fallimento nella ricerca di un ideale" (Pines, Aronson & Kafry, 1981)
- "Risposta ad uno stress emotivo cronico con tre componenti:
 - A. esaurimento fisico o emotivo
 - B. diminuita produttività sul lavoro
 - C. spersonalizzazione" (Perlman & Hartman, 1982)
- Maslach (1982) definisce il burn out come una **sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali, che può presentarsi nei soggetti che per professione si occupano delle persone (helping professions).**

DSPMC - PSY

BURN OUT - definizione

DEFINIZIONE

- Il termine anglosassone burn-out, traducibile in italiano con "bruciato, esaurito, scoppiato", esprime con un'efficace metafora il bruciarsi dell'operatore e il suo **cedimento psico-fisico rispetto alle difficoltà della sua attività professionale** (Pellegrino, 2000).
- La pratica clinica, sebbene procuri molte gratificazioni e soddisfazioni, presenta notevoli **aspetti stressanti con conseguenze potenzialmente negative** per la salute e il benessere dei medici (McCranie e Brandsma, 1988).
- Il medico affetto da disturbi psichici rimane spesso un paziente solitario, con scarsi riferimenti privati e nessuno nel settore istituzionale, **bloccato nelle sue richieste di aiuto** dalla paura del giudizio altrui (Di Sciascio e Calò 2000).

DSPMC - PSY

Come si arriva al burn-out



```

graph TD
    A[Fase dello stress lavorativo  
Squilibrio tra richieste ambientali e risorse personali] --> B[Fase dell'esaurimento  
Tensione emotiva, ansia, irritabilità, oppure noia, disinteresse, apatia]
    B --> C[Fase della conclusione difensiva  
Perdita di entusiasmo, interesse e senso di responsabilità Si lavora in maniera rigida]
  
```

DSPMC - PSY



Fattori coinvolti nella comparsa del fenomeno del burn-out

Fattori predisponenti Fattori di personalità Motivazioni e aspettative personali Approccio al lavoro Locus of control Strategie di adattamento Fattori organizzativi (mediati dalla valutazione cognitiva)	Fattori protettivi Supporto del gruppo Riflessioni sulla propria esperienza Riduzione degli aspetti routinari Formazione Vita esterna al lavoro
---	---

Sesso, età, anni di esperienza

FATTORI INDIVIDUALI

BURN OUT - fattori

caratteristiche demografiche
 soggetti di età superiore ai 30-40 anni, non sposati e con livello culturale più elevato

tratti psicosomatici
 soggetti che affrontano le difficoltà in maniera passiva e con atteggiamenti difensivi oppure soggetti nel cui tratto caratteriale predominano ansia, ostilità, depressione, vulnerabilità

attitudine verso il lavoro
 le persone che lavorano molto e duramente, perché hanno grosse aspettative nella loro professione, sia per la possibilità di successo e guadagno sia perché vogliono rendere il loro lavoro sempre entusiasmante e soddisfacente

Fattori di personalità

- **Ambizione e motivazione al successo**, con massiccio coinvolgimento nel lavoro e forte competitività sociale;
- **Tendenza a trascurare gli aspetti piacevoli della vita**, come quelli affettivi e familiari.
- **Tendenza a disperdere le proprie energie** (forte impulso ad impegnarsi, in assenza tuttavia di scopi chiari e definiti)
- Anche se sono raggiunti buoni risultati, la persona è spesso insoddisfatta, **poco gratificata dai giudizi positivi**, ma **ipersensibile anche alle più piccole critiche**.
- **Continuo senso di impazienza**, con urgenza di fare più cose in breve tempo.

FATTORI SOCIO ORGANIZZATIVI

BURN OUT - fattori

struttura RUOLI lavorativi • CONFLITTI (sovaccarico, incompatibilità, non consenso) AMBIGUITA'/INCERTEZZA SENTIMENTO DI INADEGUATEZZA NEL RAPPORTO PERSONA-RUOLO	R I D U Z I O N E S T A G N A Z I O N E F R U S T R A Z I O N E A P A T I A D E M O T I V A Z I O N E B U R N O U T
struttura COMPITI • COMPITI POCO INTERESSANTI, MONOTONI • NON E' PERMESSA UNA CRESCITA PROFESSIONALE • NON VIENE FORNITO FEED-BACK SULLA RIUSCITA	
struttura di POTERE • SCARSA AUTONOMIA • SCARSA POSSIBILITA' DI PARTECIPARE ALLE DECISIONI	

Fattori organizzativi

- Scarsa comunicazione e supporto del gruppo
 - Conflitti e ambiguità di ruolo
 - Monotonia dei compiti
- Sovraccarico lavorativo o poco lavoro
 - Leadership inefficace
- Mancanza di autonomia, scarsa possibilità di partecipare alle decisioni
 - Scarsa formazione
 - Mancanza di feedback positivi

BURN OUT - sintomi

Sintomi individuali

- Aumentata pressione arteriosa
- Umore depresso
- Abuso d'alcool
- Irritabilità
- Doleri toracici
- Insonnia
- Disturbi gastrointestinali
- Senso d'impotenza
- Negativismo
- Isolamento
- Senso di colpa
- Paranoia
- Rigidità di pensiero
- Scarsa fiducia in sé
- Scarsa empatia e disponibilità all'ascolto
- Cinismo
- Apatia

Malattie individuo

Maggiore vulnerabilità

Per malattie:

- Patologie coronarie
- Patologie gastrointestinali
- Malattie mentali
- Dolori

Sintomi dell'organizzazione

- Difficoltà a livello dell'organizzazione
- Assenteismus
- Alti turnover
- Scarso controllo di qualità
- Ritardi frequenti
- Chiusura al dialogo
- Tendenza ad evitare contatti telefonici
- Tendenza a rinviare gli appuntamenti
- Scarso creatività
- Uso di procedure stereotipate

Malattie organizzazione

- Scioperi
- Incidenti frequenti e gravi
- Perdita di clienti

DSPMC - PSY

BURN OUT - epidemiologia

CATEGORIE A RISCHIO DI BURN-OUT

PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE

- medici
- infermieri
- ass. sociali
- psicologi

PROFESSIONI EDUCATIVE DIDATTICHE

- insegnanti
- educatori/operatori

ALTRE PROFESSIONI

- poliziotti
- amministratori e dirigenti
- sacerdoti e parroci
- controllori di volo
- Operai catena di montaggio

DSPMC - PSY

Strategie di gestione dello stress da lavoro

Strategie individuali

- Stile di vita
- Accettazione dei propri limiti
- Chiarificazione degli obiettivi personali e professionali
- Identificazione dei fattori di stress
- Riconoscimento dei sintomi di esaurimento delle risorse
 - miglioramento della competenza comunicative
- Utilizzazione delle risorse personali
 - Rete di supporto
- Sviluppo della creatività

Strategie istituzionali

- Selezione del personale
- Formazione del personale
- Promozione della comunicazione interna
- Valorizzazione finanziaria
- Riconoscimento dei progetti e del contributo personale
- Organizzazione del lavoro

DSPMC - PSY

Come riconoscere e gestire appropriatamente le proprie emozioni?

DSPMC - PSY

Autoconsapevolezza

Well being

Autoconsapevolezza

- Eventuale supporto da parte di altri colleghi per "casi difficili"
- Uso di tecniche di gestione e riconoscimento delle emozioni proprie e del paziente → Studio e pratica

DSPMC - PSY

Well being

9 strategie per "stare bene" nella professione di medico

Society for Professional Well-Being, 1993

1. Essere in contatto con se stessi
2. Essere qualcosa d'altro oltre che medico
3. Prendersi cura del proprio corpo
4. Volersi bene
5. Essere flessibili
6. Creare e coltivare relazioni soddisfacenti con le altre persone
7. Ascoltare e comunicare
8. Non farsi spaventare dal cambiamento
9. Coltivare il senso dell'umorismo

DSPMC - PSY

DSPMC - PSY




- Autoconsapevolezza
- Well being



- Autoconsapevolezza
- Eventuale supporto da parte di altri colleghi per "casi difficili"
- Uso di tecniche di gestione e riconoscimento delle emozioni proprie e del paziente → Studio e pratica

DSPMC - PSY




Autoconsapevolezza

Poiché il medico utilizza anche sé stesso come strumento per formulare la diagnosi e il trattamento, è essenziale che sia consapevole del proprio funzionamento. (Novack, 1997)

↓

L'autoconsapevolezza può essere definita come la conoscenza del modo in cui la persona sta sperimentando la realtà e di come tale evento condizioni la sua relazione con il paziente. (Novack, 1997)

DSPMC - PSY




PRINCIPALI AREE SU CUI SVILUPPARE L'AUTOCONSAPEVOLEZZA

- punti di forza e debolezza a livello psicologico e relazionale e loro influenza nelle interazioni con i pazienti
- Riconoscimento dei propri vissuti emotivi di base e nel corso delle interazioni con i pazienti
- Tratti di personalità e loro effetto sulla relazione con gli altri (es. ricerca approvazione, tendenza al controllo, ecc...)
- Credenze e teorie personali sulla vita, malattia, medicina, salute, cura..
- Influenza delle variabili socio/demografiche (genere, cultura, livello economico, grado d'istruzione)
- Differenza tra simpatia ed empatia

DSPMC - PSY




PRINCIPALI AREE SU CUI SVILUPPARE L'AUTOCONSAPEVOLEZZA

- punti di forza e debolezza a livello psicologico e relazionale e loro influenza nelle interazioni con i pazienti
- Riconoscimento dei propri vissuti emotivi di base e nel corso delle interazioni con i pazienti
- Tratti di personalità e loro effetto sulla relazione con gli altri (es. ricerca approvazione, tendenza al controllo, ecc...)
- Credenze e teorie personali sulla vita, malattia, medicina, salute, cura..
- Influenza delle variabili socio/demografiche (genere, cultura, livello economico, grado d'istruzione)
- Differenza tra simpatia ed empatia

DSPMC - PSY




L'aumento della consapevolezza e il benessere personale attraverso la MINDFULNESS

definizione

Consapevolezza che emerge dal prestare attenzione allo svolgersi dell'esperienza momento per momento:

- a) con intenzione
- b) nel presente
- c) non giudicante

Segal, 2002

DSPMC - PSY



Il modello ABC Cognitivo (Ellis 1962)



Un possibile strumento per migliorare l'autoconsapevolezza

Il modello ABC Cognitivo

A Evento attivante	B Pensieri	C Conseguenze Emozioni (0-10) Comportamenti Aspetti biologici/neuroveg.
Che cosa è successo? Cosa stava facendo? Dov'era? Con chi?	Che cosa pensava in quel momento? Che cosa le passava per la mente? Che cosa si è immaginato?	Che cosa ha provato? Come si sentiva? Come ha reagito alla situazione? Che cosa ha osservato? Cosa ha fatto?

Il modello ABC Cognitivo Esempi

A Evento attivante	B Pensieri	C Conseguenze Emozioni (0-10) Comportamenti Aspetti biologici/neuroveg.
Parlare in pubblico	Farò una brutta figura Penseranno che sono stupido	Ansia (8) Mi sudano le mani balletto, me ne vado
Ho ricevuto un rimprovero dal mio superiore		Tristezza (6) Piango, mi faccio consolare da un collega
Ho ricevuto un rimprovero dal mio superiore		Rabbia (5) Cuore che batte forte, rossore, sbatto la porta e me ne vado

Il modello ABC Cognitivo Esempi

A Evento attivante	B Pensieri	C Conseguenze Emozioni (0-10) Comportamenti Aspetti biologici/neuroveg.
Ho ricevuto un rimprovero dal mio superiore	Non ne combino una giusta Ho sbagliato tutto Sono un fallito	Tristezza (6) Piango, mi faccio consolare da un collega
Ho ricevuto un rimprovero dal mio superiore	Ma come si permette Non è giusto Non è colpa mia	Rabbia (5) Cuore che batte forte, rossore, sbatto la porta e me ne vado



- Autoconsapevolezza
- Well being
- Autoconsapevolezza
- Eventuale supporto da parte di altri colleghi per "casi difficili"
- Uso di tecniche di gestione e riconoscimento delle emozioni proprie e del paziente → Studio e pratica



Uso di tecniche di gestione e riconoscimento delle emozioni del paziente

↓

CORSO PSICOLOGIA MEDICA

↓

Professionisti capaci di riconoscere e gestire appropriatamente le emozioni del paziente, per proteggere quest'ultimo e se stessi dal disagio emotivo