

SLIDES

STRESS E SINDROME DI BURN-OUT

Angelo MUSSO

Psicologo – Psicoterapeuta

Servizio di NeuroPsichiatria Adulti ASL1 Torino



Lo Stress



- Si parla molto di "stress". (**Hans Selye, Stress of life 1976**).
- Tutti conoscono, il significato di tale termine. Nel linguaggio comune assume il senso di **tensione, ansia, preoccupazione, senso di malessere diffuso** associato a conseguenze negative per l'organismo e per lo stato emotivo e mentale dell'individuo.
- In generale, lo stress viene definito come:
- **stimolo nocivo, fastidioso, comunque negativo** per il soggetto che lo avverte; **risposta fisiologica e/o psicologica specifica; specifico e particolare tipo di rapporto tra il soggetto e l'ambiente.**



La relazione causale tra lo stress e la salute.



- L'azione del cortisolo, un ormone rilasciato dalle ghiandole surrenali in fase di allarme, influenza il metabolismo degli zuccheri, delle proteine e dei grassi aumentando l'energia disponibile per l'organismo e l'elevato potenziale antinfiammatorio e antiallergico, aumentando le difese dell'organismo; tuttavia **l'azione a lungo termine è quella di un abbassamento delle difese immunitarie.**
- La risposta fisiologica allo stress è di primaria importanza. Infatti, lo stress cronico, l'esposizione continua ad una fonte di stress e l'attivazione ripetuta della risposta fisiologica sono direttamente correlati all'insorgenza di disturbi cardiovascolari come l'ipertensione, l'ischemia e l'infarto. Un possibile ruolo dello stress è stato anche sostenuto nello sviluppo del cancro così come nella riduzione delle difese immunitarie.

I COSTI DELLO STRESS

185-289 miliardi di euro annui

(spesa di ciascun stato UE per problemi di salute di origine professionale)

Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro

10% attribuibile a stress

(Levi e Lunde-Jensen, 1996)

20 MILIARDI DI EURO

(spesa annua in Europa per problemi connessi a stress sul lavoro)

STRESS E SANITA'

Chi è a diretta interazione con i pazienti può manifestare un impoverimento o addirittura una perdita delle capacità assistenziali

BURN-OUT

(23%, Fondazione Europea Dublino)

Le origini del Burn Out

- **Si comincia a parlare della «sindrome di burn-out» nella prima metà degli anni 70, negli Stati Uniti**, per identificare una patologia professionale che veniva osservata sempre più frequentemente tra gli operatori sociali, caratterizzata da un rapido decadimento delle risorse psicofisiche e un altrettanto rapido peggioramento delle prestazioni professionali. Gli operatori afflitti da tale patologia appaiono completamente "bruciati", "fusi", "cortocircuitati", ovvero oltremodo sfiniti, esauriti "a tutto campo".
- **Sembra che il termine «burn-out» venga dal gergo sportivo**: negli anni Trenta veniva utilizzato per indicare la condizione di quegli atleti che, dopo un periodo di successi, improvvisamente vanno in crisi e non riescono a dare più nulla dal punto di vista agonistico. Analogamente, gli operatori sociali in burn-out non riescono a dare più nulla dal punto di vista relazionale [Rossati - Magro 1999, 43-4].



COS'È IL BURN-OUT

- Il termine burn-out, traducibile in italiano con "bruciato, esaurito, scoppiato", esprime con una efficace metafora il bruciarsi dell'operatore, il suo cedimento psico-fisico e l'esaurimento delle sue risorse nel tentativo di adattarsi alle difficoltà del confronto quotidiano con la propria attività lavorativa.
- Il termine esprime "il malumore e l'irritazione quotidiana, la prostrazione e lo svuotamento, il senso di delusione e di impotenza" di molti lavoratori e in particolare di quelli che operano nei servizi socio-sanitari (helping professions).

La sindrome del Burn-Out è caratterizzata da:

- **esaurimento emotivo**, che si riferisce alla sensazione di essere in continua tensione, emotivamente inariditi nel rapporto con gli altri;
- **depersonalizzazione**, che identifica una risposta negativa e sgarbata nei confronti delle persone che richiedono o che ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura;
- **ridotta realizzazione personale**, che corrisponde alla sensazione che, nel lavoro a contatto con gli altri, la propria competenza -così come il proprio desiderio di successo- stia venendo meno.

COME SI MANIFESTA

- La sindrome del burn-out presenta un quadro sintomatologico piuttosto variegato nella sua espressione clinica; si può considerare "curabile e reversibile".
- L'individuo non scoppia tutto in una volta: incomincia con le prime sconfitte, continua con una lunga serie di aspettative frustrate, di progetti falliti, di mancati riconoscimenti
- a meno che non intervengano a correggerlo dei cambiamenti interni o esterni - procede verso gli stadi successivi.

Le fasi del Burn Out

- **Fase dello "stress lavorativo": equilibrio tra risorse disponibili e richieste.**
- lo stress lavorativo è definito come lo squilibrio che viene a crearsi tra le risorse disponibili e le richieste che provengono dal mondo interiore ed esterno.
- lo squilibrio si crea quando le risorse disponibili non sono sufficienti a rispondere in modo adeguato ai propri obiettivi, alle richieste che provengono dalla struttura organizzativa o dall'utente.
- Tale squilibrio può verificarsi in ogni professione, senza per questo condurre al Burn-Out, pertanto **non esiste una diretta correlazione tra stress e Burn-Out: l'EU-stress, lo stress piacevole non necessariamente conduce ad esso. Mentre il DI – stress modula la possibilità del Burn Out.**



2 fase del Burn Out

- **Fase dell' "esaurimento": risposta emotiva a questo squilibrio che si esprime sotto forma di tensione emotiva.**
- ansia, irritabilità, fatica, noia, disinteresse, apatia; l'ambiente lavorativo viene vissuto come logorante, l'attenzione viene deviata verso gli aspetti più tecnici e burocratici piuttosto che clinici:
- il soggetto si trova in una condizione di allarme e di continua tensione che, se non adeguatamente gestita, conduce alla disillusione e frammentazione dei propri ideali professionali con conseguente incapacità a riprogrammare l'attività in funzione delle risorse disponibili.

3° fase del Burn Out

- **Fase della "conclusione difensiva": cambiamenti nell'atteggiamento quali**
- disinvestimento emotivo, rigidità comportamentale, cinismo: questi cambiamenti negativi servono a limitare, per quanto possibile, i danni fisici e psichici che inevitabilmente ne derivano, nella speranza di riuscire a sopravvivere nella professione.

CAUSE DEL BURN-OUT



Lo stress ed il Burn-Out sono scatenati dall'interazione tra:

- la personalità del soggetto, delle sue motivazioni e dei suoi interessi
- la struttura organizzativa e della scala gerarchica
- il tipo di attività che viene svolta (stress addizionale)

Le cause di stress organizzativo individuate in diversi studi sono:

- lavorare in strutture amministrative mal gestite: sovraccarico di lavoro, scarsa retribuzione in assenza di concreti riscontri a progetti incentivanti;
- esercizio della professionalità in settori o branche non affini ai propri interessi e competenze a causa di una inadeguata distribuzione delle risorse;
- scarsa sensibilità ed attitudine delle aziende a favorire la formazione del personale;
- struttura gerarchica dell'organizzazione che non tiene conto delle mutate regole, con conseguente impossibilità a pianificare/organizzare il proprio lavoro confrontandosi in modo costruttivo con i membri della propria équipe.



I fattori sottostanti la sindrome del Burn-Out, comuni alle diverse professioni, sono sei:

- sovraccarico di lavoro;
- mancanza di controllo;
- compenso insufficiente;
- mancanza di equità;
- crollo del senso di appartenenza ad una comunità;
- conflitto di valori.

L'esperienza in ambulatorio psichiatrico:
Come aiutare gli altri senza ammalarsi?

- Le reazioni emotive dell'operatore derivano non soltanto dalla relazione con quel dato paziente psichiatrico, ma anche dalla propria storia personale e familiare e dagli avvenimenti accaduti a persone significative; inoltre cambiano in rapporto ai diversi momenti della sua vita.
- Ogni operatore ha un suo personale modo di reagire; tuttavia le reazioni emotive sono, su un piano generale, abbastanza simili rispetto al tipo di malattia da cui è afflitto il paziente.



**EMOZIONI DISTURBANTI NELLA RELAZIONE
CON IL PAZIENTE DEPRESSO A RISCHIO
SUICIDARIO.**

- Le emozioni che più comunemente l'operatore prova nella relazione con il paziente depresso sono:
- SENSO DI COLPA;
- SENSO D'IMPOTENZA;
- FALLIMENTO PERSONALE;
- FRUSTRAZIONE;
- SENSO DI TRISTEZZA;
- DESIDERIO DI FUGA;
- SENSO D'INUTILITA';
- RABBIA;
- ANGOSCIA.

**QUALI SONO LE POSSIBILI
STRATEGIE ED I POSSIBILI RIMEDI?**

- Ascoltare i contenuti emotivi del paziente.
- Ascoltare i vissuti personali.
- Differenziare i sentimenti del paziente dai propri.
- Tenere presente il proprio ruolo professionale: ricordarsi di essere appunto un operatore e non il salvatore del paziente, e che la responsabilità della depressione è della malattia e non del paziente.
- Ricordarsi che il rischio suicidario, nel paziente gravemente depresso, è talora inevitabile ma certamente nella maggior parte dei casi prevedibile, per cui va posta grande attenzione ai segnali che invia il paziente.