



Area Funzionale Omogenea di Psichiatria



Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
a.a 2015/2016
Psicologia della relazione

Empatia, ottimismo, stress, resilienza e burnout

Massimiliano Piselli

MD, PhD

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Ospedale San Giovanni Battista di Foligno

0742 3397360

massimiliano.piselli@uslumbria2.it

Empatia

- L'empatia è definita come un attributo cognitivo che permette di capire la sofferenza e le preoccupazioni dell'altro in combinazione con la capacità di comunicare questa comprensione e l'intenzione di aiutarlo.
- È stata anche descritta come la strada maestra per un ottimo rapporto medico-paziente e una componente essenziale della competenza complessiva del medico

Ottimismo

- L'ottimismo è definito come un potente filtro cognitivo che può influenzare il punto di vista, l'adattamento e le reazioni delle persone agli eventi



Burnout

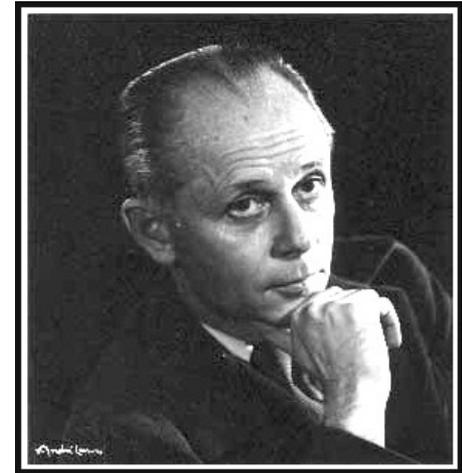
- È noto che gli operatori che lavorano nell'ambito delle “professioni d' aiuto” (helping professions), sono a rischio per una particolare forma di **stress lavorativo**, nota col termine di burn-out (BO) e traducibile in maniera generica come esaurimento.



Freudenberger 1980; Maslach 1982; Cherniss 1983; Pellegrino 1983

Lo stress

- Hans Selye nel 1936 definì, come stress, la reazione biologica aspecifica dell'organismo alla presenza di un agente stressante (stressor) tesa a ristabilire la condizione precedente (omeostasi).
- La reazione di adattamento si distingue in tre fasi:
 - Allarme (modificazioni biochimiche e ormonali)
 - Adattamento (organizzazione dell'organismo in senso difensivo alla nuova situazione)
 - Esaurimento (crollo delle difese e incapacità ad adattarsi ulteriormente)



Altre definizioni di stress

- Un fattore di stress può essere fisico (ad es. il calore, la fame) o psicologico (ad es. sovraccarico di lavoro, la violenza di quartiere). In aggiunta, può essere acuto o cronico. **La valutazione soggettiva del fattore di stress e delle capacità di coping determina il suo impatto sull'individuo** (Mason 1968; Lazarus 1993)
- Una definizione comune dice che lo stress si verifica quando una persona percepisce una sfida al suo equilibrio interno o esterno (omeostasi) (McEwen, 1998; De Kloet et al. 2005).
- Si tratta di una discrepanza tra ciò che “dovrebbe essere” e “ciò che è” (Ursin & Eriksen 2004).
- Quella che è una minaccia per una persona può essere una bella sfida per un'altra. Pertanto, vi è una notevole variabilità interindividuale nella **vulnerabilità** allo stress. Una predisposizione genetica, in combinazione con avversità precoci, può rendere un individuo **più vulnerabile** in età adulta (De Kloet et al. 2007).

Vulnerabilità (Diatesi)

Se gettiamo a terra un cristallo, questo si frantuma ma non in modo arbitrario: si spacca in pezzi secondo le sue linee di sfaldatura, i cui contorni benché invisibili erano tuttavia determinati in precedenza dalla struttura del cristallo (Freud 1932)

- Insieme di fattori che predispongono la persona a sviluppare una particolare sindrome in un qualunque momento della vita

I fattori di vulnerabilità:

- Predisposizione genetica
- Anomalie biochimiche
- Anomalie strutturali



Zuckerman 1999

Modello stress-vulnerabilità



**Vulnerabilità
intrinseca**

Predisposizione
genetica,
anomalie
biochimiche,
anomalie
strutturali del
cervello



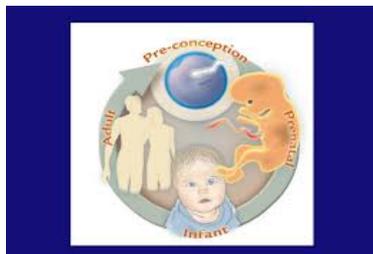
**Fattori di stress
psicosociali**

Crisi esistenziali,
abuso di
sostanze,
stressors
interpersonali e
lavorativi



**Malattia
mentale**

Psicosi,
depressione,
mania bipolare,
PTSD, disturbi
d'ansia



Zubin e Spring 1977; Neuchterlein e Dawson 1984

Stress, allostasi e carico allostatico

- Le risposte allostatiche sono quei cambiamenti fisiologici che si verificano in risposta a perturbazioni ambientali.
- Queste risposte non sono negative “in o di per sé stesse”, ma giocano, invece, un importante ruolo positivo nell’aiutare l’organismo ad adattarsi ai cambiamenti ambientali.
- Il termine allostasi non dovrebbe essere considerato un sostituto del termine stress, ma piuttosto un termine che meglio riflette il fatto che le risposte allo stressor sono essenziali per la sopravvivenza.
- È molto importante che il concetto di allostasi si focalizza sui mediatori dell’adattamento come il cortisolo, il sistema nervoso autonomo, ormoni metabolici, mediatori del sistema immunitario che promuovono l’adattamento agli stressors, ma anche che partecipano alla fisiopatologia quando questi sono sovrautilizzati o disregolati rispetto al loro equilibrio nella rete non lineare.

Sterling & Eyer 1988; McEwen 1998; McEwen & Wingfield 2003;
McEwen & Stellar 1993; McEwen 2006

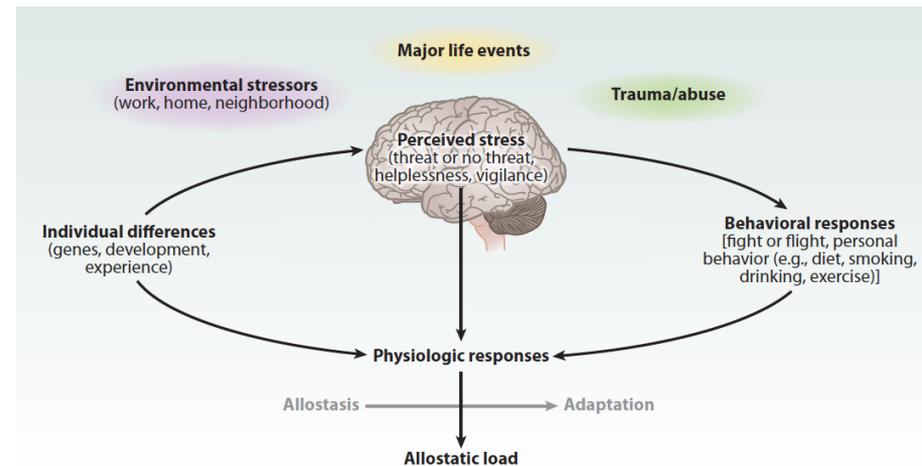
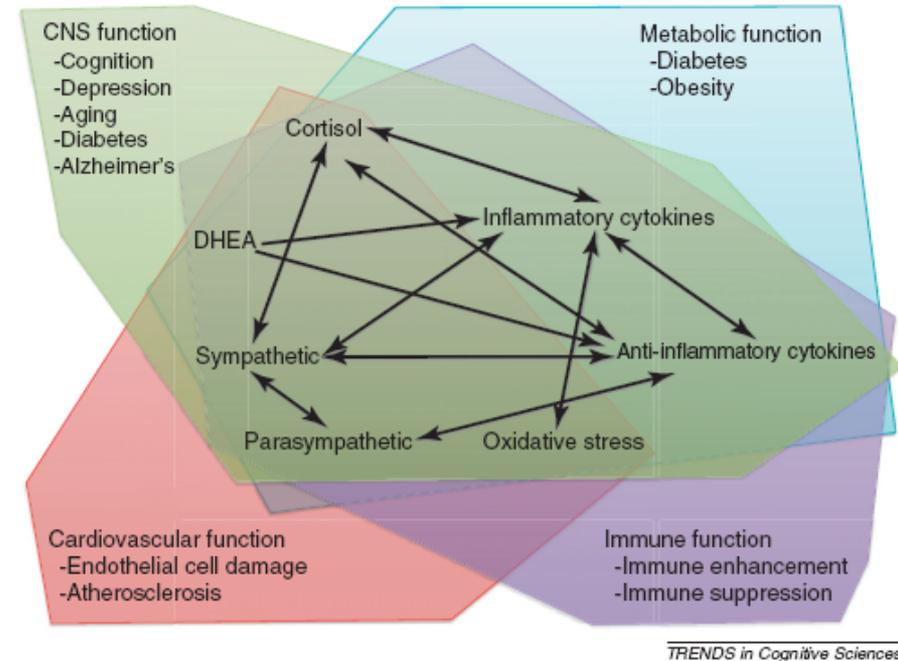
Le alterazioni del cervello in corso di stress cronico hanno effetti diretti e indiretti sul sovraccarico allostatico.

Nei modelli animali questo si traduce in:

- Atrofia dell'ippocampo e della corteccia prefrontale (memoria, attenzione selettiva e funzioni esecutive)

- Ipertrofia dell'amigdala (paura, ansia, aggressività)

Nel corso dello stress cronico si osservano: difficoltà di apprendimento, di ricordare, di prendere decisioni e incremento dei livelli di ansia e aggressività.



McEwen 2004, 2006

Adattamento cerebrale e resilienza

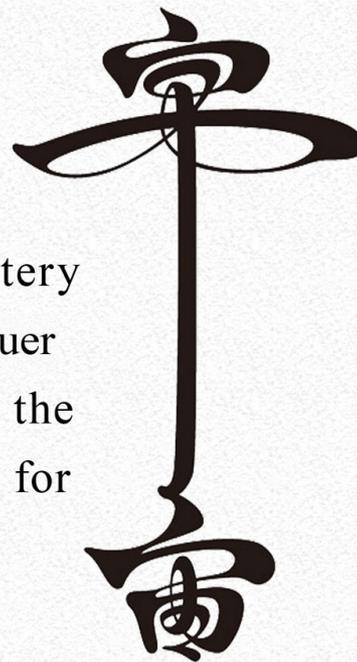
- I concetti di allostasi, carico allostatico o “sovraccarico allostatico” sono applicabili anche a livello del cervello, dove l’attività neurale in risposta alle nuove esperienze determina una plasticità adattiva, mediata in parte dagli ormoni sistemici, ma anche dagli aminoacidi eccitatori (ad es. glutammato), dai fattori neurotrofici (ad es. BDNF) e da altri mediatori.
- I cambiamenti nel modo di rispondere dei mediatori possono spiegare i cambiamenti nella vulnerabilità, sia cerebrale che fisica, nel rispondere agli stressors ambientali.



kintsukuroi

(Japanese term)

“to repair with gold”–
the art of repairing pottery
with gold or silver lacquer
and understanding that the
piece is more beautiful for
having been broken



- La resilienza è la capacità di rispondere in maniera adeguata (e senza sviluppare malattie) in seguito ad eventi avversi.
- Un fattore chiave nella resilienza è la plasticità, e il cervello è capace di considerevoli rimodellamenti neuronali in cui i mediatori sono gli amminoacidi eccitatori e i glucocorticoidi, i quali tuttavia sono anche in grado, quando disregolati di produrre dei danni.
- L'attività di questi sistemi e mediatori è influenzata dalla genetica, dallo sviluppo, dallo stile di vita e dallo stato psicologico dell'individuo.

Burn-out (BO): definizione

- Burn-out (letteralmente): bruciare, scoppiare, esaurire.
- Tale termine introdotto negli anni '70 faceva riferimento ad una sindrome tipica delle helping professions quali:
 - Infermieri
 - Medici
 - Insegnanti
 - Assistenti sociali
 - Poliziotti
 - Psichiatri
 - Operatori per l'infanzia

- Esso può determinare:
 - un atteggiamento di indifferenza e cinismo verso i destinatari della propria attività lavorativa
 - Un rapido decadimento delle risorse psicofisiche
 - Un peggioramento delle performance professionali
- Tuttavia si può anche considerare come un meccanismo di difesa per contrastare le condizioni di stress lavorativo

Maslach

- Sindrome da esaurimento emotivo, da spersonalizzazione e riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente
- Una reazione alla tensione emotiva cronica del contatto continuo con gli altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza

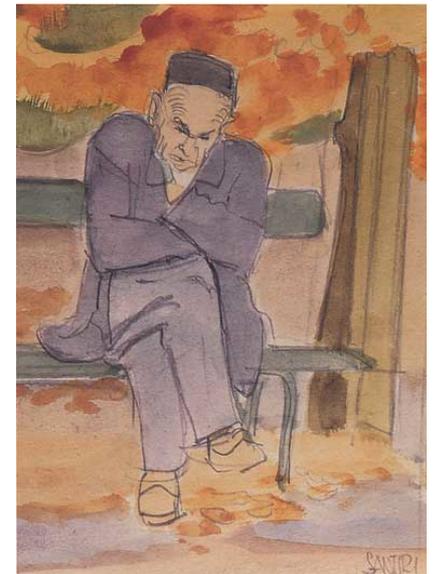
- I lavoratori a rischio di burn-out sono quelli che hanno difficoltà nel definire i limiti fra se e gli altri ed i confini tra professione e vita privata.
- Le variabili in grado di provocare il burn-out sono:
 - Condizioni fisiche dell'ambiente lavorativo
 - Fatica fisica
 - Ruolo
 - Relazioni lavorative
 - Gestione del lavoro

Apatia – Perdita di entusiasmo – Senso di frustrazione

Stress e lavoro sanitario

- Il lavoro umano ed in particolare quello terapeutico e assistenziale rimanda all'identità, alla relazione e alla produzione di un senso.
- Prodotti/servizi, lavorazioni/processi si intrecciano con le aree più problematiche dei vissuti della soggettività umana (dolore, senso del limite e dell'incertezza, timore della malattia e della morte)

- I pazienti con le loro sofferenze psichiche e somatiche “mettono in circolo” istanze emotive primarie e richieste regressive che evocano nei curanti profondi sentimenti di salvezza onnipotente, ostilità, insofferenza, angosce persecutorie e aggressività



Boccalon & Pierpaolo 2004

- Essere stressati non equivale ad avere il BO: perché si configuri come BO è necessario che lo stress sia cronico e non rientri spontaneamente, diventando disadattivo



- Rispetto al normale stress lavorativo:
 - Maggiore importanza degli aspetti emotivi rispetto a quelli fisici
 - Situazione cronicizzata, logoramento delle relazioni personali come sintomo e non come causa
 - Aspettative e motivazioni elevate che caratterizzano le prime fasi della carriera

- Se per stress lavorativo intendiamo uno sbilanciamento tra le richieste del lavoro e la capacità individuale di affrontarle, la sindrome del BO costituisce la fase ultima di un processo difensivo a condizioni di lavoro impegnative sul piano emozionale e caratterizzato da uno stato di esaurimento fisico e psicologico, senso di ridotta realizzazione personale, minor produttività nel lavoro e deterioramento nella relazione con i pazienti.

- Tra le helping professions gli infermieri sono i primi a “bruciarsi” in quanto sono gli operatori che vivono a stretto contatto con il malato sia in termini di tempo che di emotività



Le fasi del burn-out

1. **Entusiasmo idealistico**: aspettative di “onnipotenza”, di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento.
2. **Stagnazione**: da un superinvestimento iniziale a un graduale disimpegno. Profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza ai reali bisogni dell’utenza.
3. **Frustrazione**: atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri), comportamenti di fuga (allontanamenti, pause prolungate, assenze per malattia).
4. **Apatia**: morte professionale, mancanza di sensibilità, cinismo.

I sintomi del burn-out

- Psicici
- Comportamentali
- Fisici



Sintomi psichici

1. Collasso delle energie psichiche

Comprende dei sintomi ansioso-depressivi: difficoltà di concentrazione, incubi notturni, disagio, disperazione, irritabilità e sensi di colpa

2. Collasso della motivazione

Comprende le disfunzioni psichiche che portano alla depersonalizzazione: distacco emotivo, cinismo, disinteresse od ostilità o rifiuto verso gli utenti o verso i colleghi

3. Caduta dell'autostima

L'operatore non si sente realizzato sul lavoro e comincia a svalutarsi sia sul piano professionale che in quello personale (sensazione di non essere all'altezza).

4. Perdita di controllo

L'operatore non riesce più a controllare lo spazio o l'importanza del lavoro nella propria vita. Esso ha la sensazione che il lavoro lo invada

Sintomi comportamentali

- Assenteismo
- Fuga dalla relazione
- Progressivo ritiro dalla realtà lavorativa
- Difficoltà a scherzare sul lavoro
- Ricorso a misure di controllo o allontanamento nei confronti degli utenti
- Perdita dell'autocontrollo
- Tabagismo e assunzione di sostanze psicoattive

Sintomi fisici

- Disfunzioni gastrointestinali:
 - Gastrite, ulcera, colite, stitichezza, diarrea
- Disfunzioni a carico del SNC:
 - Astenia, cefalea
- Disfunzioni sessuali:
 - Impotenza, frigidity, calo del desiderio
- Malattie della pelle:
 - Dermatite, eczema, acne, orzaiolo
- Allergie e asma
- Insonnia e disturbi del sonno
- Disturbi dell'appetito
- Componenti psicosomatiche:
 - Artriti, cardiopatie, diabete

Componenti della sindrome BO

- Questa sintomatologia che si configura nella sindrome del BO risulta caratterizzata da tre componenti:
 - Alto grado di esaurimento emotivo (EE - svuotamento delle risorse emozionali, sensazione che non si abbia più niente da offrire a livello psicologico)
 - Alto grado di depersonalizzazione (DP - atteggiamenti di distacco e cinismo, ostilità nei confronti della gente con cui si lavora)
 - Basso grado di realizzazione personale sul lavoro (RP - crollo dell'autostima e del desiderio di successo, dovuto alla percezione della propria inadeguatezza al lavoro)
- Queste tre dimensioni sono rilevate nel Maslach Burnout Inventory (MBI)

Il BO nelle aree della medicina

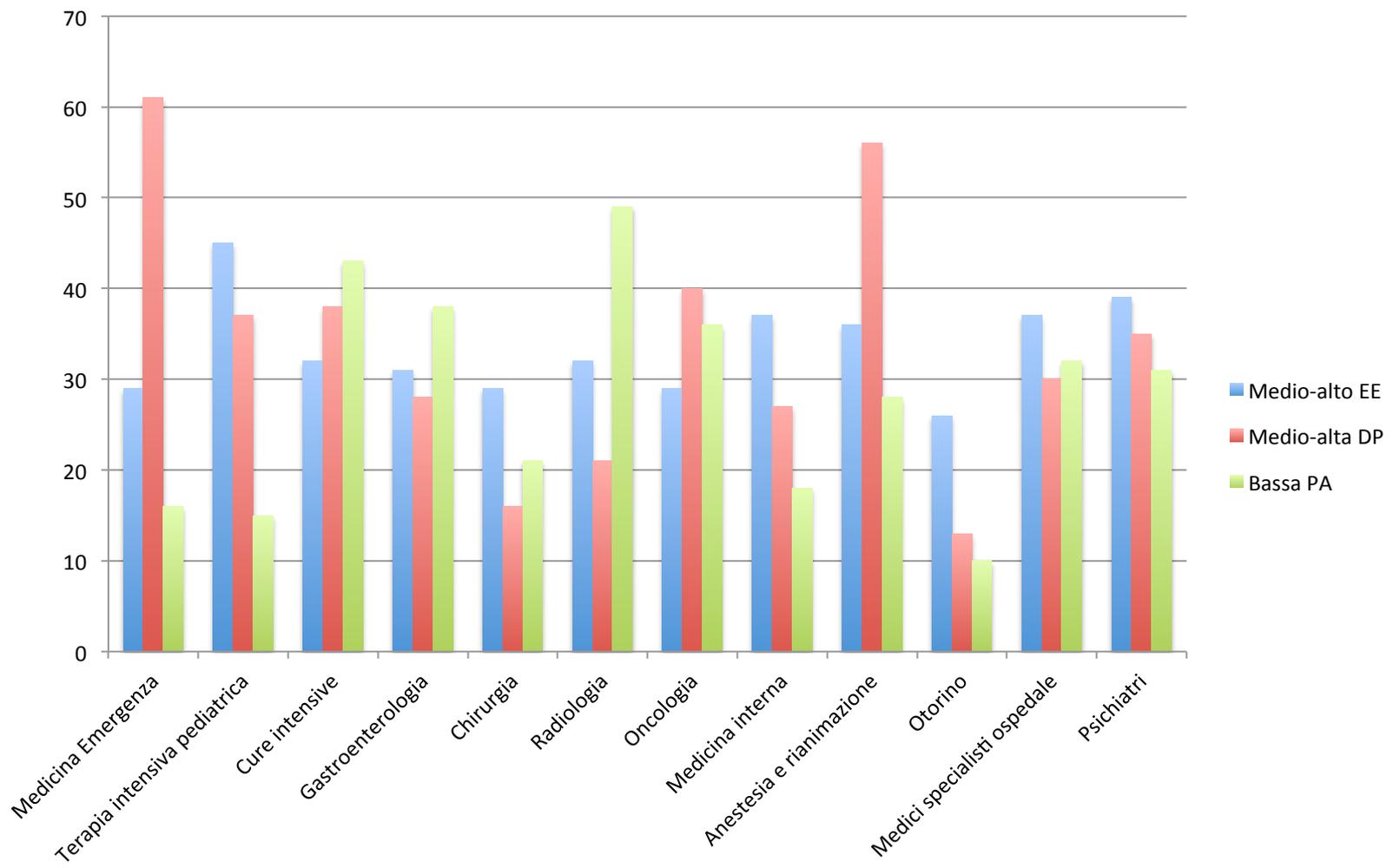
- Il burn-out è stato descritto in molte aree ad alta specializzazione
 - Terapia intensiva
 - Reparti per pazienti ustionati
 - Unità coronariche
 - Servizi Psichiatrici
 - Oncologia
 - Chirurgia
 - ...
- In cui il significato del rapporto con il paziente e i problemi emozionali costituiscono stressor estremamente elevati

Risk of Burnout in Perioperative Clinicians

Copyright © 2010, the American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins. Anesthesiology 2011; 114: 194-204

A Survey Study and Literature Review

Steve A. Hyman, M.D.,* Damon R. Michaels, B.S.,† James M. Berry, M.D.,‡
Jonathan S. Schildcrout, Ph.D.,§ Nathaniel D. Mercaldo, M.S.,|| Matthew B. Weinger, M.D.#



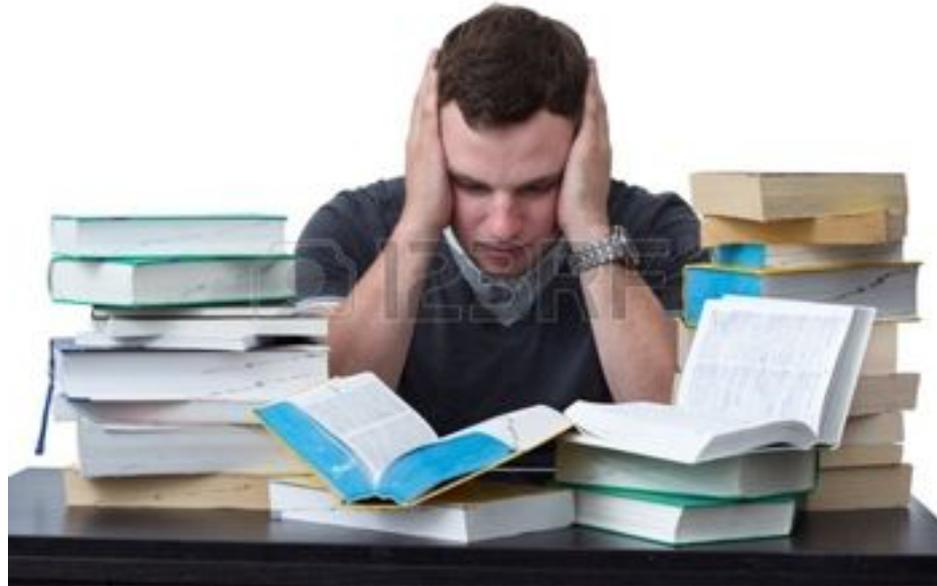
Epidemiologia del BO tra i medici

- Sia i medici che lavorano in ospedale che quelli di Medicina Generale, presentano, in una percentuale compresa all'incirca tra il 25 e il 45%, sintomi indicativi di una sofferenza emozionale e di esaurimento professionale per i quali sarebbe necessario un intervento specialistico psicologico.

Epidemiologia del BO tra gli infermieri

- Gli infermieri, secondo alcuni studi, possono arrivare a presentare fino 70% sintomi indicativi di una sofferenza emozionale e di esaurimento professionale per i quali sarebbe necessario un intervento specialistico psicologico.
- Quelli maggiormente a rischio sono i giovani, separati/divorziati, che non usufruiscono dei giorni di riposo, che entrano più facilmente in conflitto con collaboratori e pazienti, prendono decisioni nella cura di pazienti a fine vita e che lavorano a tempo pieno in unità di terapia intensiva.

Epidemiologia dello stress e del burnout del tra gli studenti di medicina



- Lo stress tra gli studenti di medicina varia dal 20.9% al 90%.
- Il burnout è compreso tra il 27% e il 75%

Lo stress tra gli studenti di medicina

- Le cause riconosciute di stress tra gli studenti di medicina lo stress sono:
 - richieste accademiche
 - esami
 - stili di coping inadeguati
 - sensazione di impotenza
 - aumento della pressione psicologica
 - tensione mentale
 - eccessivo carico di lavoro
 - fattori curriculari
 - eventi della vita personale
 - ambiente di apprendimento.

Questi fattori possono portare a riduzione della soddisfazione di vita, che a sua volta porta ad un comportamento poco professionale, aumento del rischio di ideazione suicidaria e gravi pensieri di abbandono.

Il burnout tra gli studenti di medicina

- Il carico di lavoro, la mancanza di sostegno e di perdita di controllo, a volte contribuiscono ad un senso di esaurimento emotivo in chi studia medicina.
- Inoltre, i sentimenti di ridotta realizzazione personale, superlavoro e l'impegno emotivo per la medicina può portare a spersonalizzazione.
- Quindi, lo sviluppo del burnout inizia durante gli anni pre-clinici - in cui l'impostazione è quella di un travolgente lavoro con molti esami in poco tempo a disposizione e con la sensazione di non avere sufficienti capacità mnesiche per apprendere tutto - e continua nel corso degli anni clinici.

Meccanismi di adattamento e possibili soluzioni

- L' impegno personale per la soluzione dei problemi, la reinterpretazione positiva e l'espressione delle emozioni, migliora le capacità di adattamento dello studente e riducono l'ansia e la depressione (e gli effetti sul benessere mentale e fisico).
- L'impegno in attività extrascolastiche (ad es. musica ed esercizio fisico) diminuisce i livelli di stress e il rischio di burnout.
- I programmi di tutoraggio/sostegno da parte di studenti più anziani migliorano il supporto e promuovono strategie di coping positive verso lo stress, riducono ansia e prevengono il burnout; inoltre il rapporto con altri studenti o altri membri della facoltà migliora l'ambiente di apprendimento.
- Favorire l'autonomia dello studente (ad es. nelle scelte curriculari).
- Migliorare il sistema di valutazione riduce l'ansia della competizione.
- Fornire un servizio di consulenza in caso di scarso rendimento scolastico (spesso sotteso da disagio un psicologico che può evolvere in un vero e proprio disturbo mentale).
- Favorire la formazione di gruppi di sostegno di auto-aiuto (migliorano la consapevolezza di sé e l'empatia; inoltre l'opportunità per gli studenti di esprimere, analizzare e condividere i sentimenti diminuisce la probabilità di burnout.

Danni del BO a livello personale

- L'operatore sanitario è il primo danneggiato dal BO
 - Rischio 30 volte più elevato di abuso di alcol e/o sostanze
 - Rischio 3 volte più elevato di cirrosi
 - Rischio 2.5 volte più elevato di sviluppare disturbi mentali
 - Rischio 3 volte più elevato di commettere suicidio
 - Rischio raddoppiato di incorrere in incidenti stradali
 - Pensionamento precoce
 - Malattie organiche
 - Presenteismo
 - Deterioramento delle relazioni familiari e sociali

Felton 1998; Ahola et al. 2008; Ruitenburg et al. 2012; Garelick et al. 2007; Middaugh 2007; Pilette 2005; Toppinen-Tanner 2005; Gabbe et al. 2002

Danni del BO ad utenti e società

- Danno all'utenza
 - i comportamenti degli operatori sanitari afflitti dal BO comportano per l'utente/paziente un rapporto - che dovrebbe essere fiduciario - ma che, invece, si presenta frustrante, inefficace e, al limite, dannoso.
- Danno alla Società
 - e, per essa, il sistema sanitario, rappresentato dal Servizio sanitario nazionale e dalle sue strutture e dalle organizzazioni che erogano a qualsivoglia titolo prestazioni di servizio nel settore. Ovviamente il danno che la collettività ne ricava non è diretto ma si propone attraverso i danni che ricevono gli operatori in burnout e l'utenza.

Fattori di rischio del BO

- **Soggettivi**

- Caratteristiche della personalità
- Aspettative professionali
- Stress non professionale

- **Oggettivi**

- Intrinseche al servizio
- Relative al ruolo nell'organizzazione
- Relative alla carriera
- Relazionali
- Relative al gruppo di lavoro

- **Socio-culturali**

- Incremento della domanda
- Diminuzione del sostegno informale
- Sfiducia da parte degli utenti
- Svalutazione del lavoro in se stesso



Fattori soggettivi

Caratteristiche della personalità: insufficiente maturazione emotiva, difficoltà a sostenere relazioni sociali coinvolgenti oppure eccessivo coinvolgimento nei problemi altrui, scarsa tolleranza alla frustrazione e incapacità a superarla, difficoltà nella gestione del tempo, difficoltà a superare le situazioni depressive

Aspettative professionali:

motivazioni inadeguate per il desiderio di esercitare il potere sugli altri, identificazioni con professionisti di successo, rappresentazioni idealizzate della professione

Stress non professionale:

proviene da situazioni esterne al lavoro ma che contribuiscono ad una più intensa reazione stressante



Cause oggettive

- **Intrinseche al servizio:** relative al lavoro, relative agli utenti
- **Relative al ruolo nell'organizzazione:** sovraccarico, ambiguità, incongruenza, conflitto
- **Relative alla carriera:** competizione tra colleghi per la carriera, delusione per le retrocessioni subite, “ansia di prestazione” per le promozioni ricevute, esempi negativi di qualcuno che fa una rapida carriera in modi non spiegabili
- **Relazionali:** relazioni con i colleghi, con i capi, con gli operatori degli altri servizi
- **Relative al gruppo di lavoro:** scarso spirito di squadra, inadeguata comunicazione nel gruppo

Cause socio-culturali

Incremento della domanda

- Maggior numero di utenti con maggiori problemi e con minori risorse a disposizione

Diminuzione del sostegno informale

- All'aumento del disagio si verifica una diminuzione delle istituzioni informali di sostegno sociale

Sfiducia da parte degli utenti

- Nei confronti dei servizi sociali e nei loro addetti a cui si rivolgono con astio e aggressività

Svalutazione del lavoro in se stesso

- Svalutazione sociale del lavoro in se stesso a favore del successo personale e del guadagno economico

Fattori protettivi

- Avere un hobby e/o svolgere attività fisica
- Usufruire adeguatamente delle ferie
- Essere adeguatamente supportati dal gruppo
- Essere capaci di riflettere sulle proprie esperienze
- Possedere buone strategie comunicative
- Saper costruire un senso per la morte o le ricadute dei pazienti
- Essere religioso

Prevenzione del burn-out

Strategie di prevenzione del burn-out	Responsabilità del singolo operatore		
	Doveri dell'organizzazione	Prevenzione primaria	Selezione del personale
		Prevenzione secondaria	Tecniche specifiche e compiti del direttore

Ottica della prevenzione

- Come responsabilità del singolo operatore verso:
 - Utenti
 - Superiori
 - Se stesso
 - Colleghi
- Come dovere dell'organizzazione
- Prevenzione primaria: riconoscere operatori a rischio
- Prevenzione secondaria:
 - Compiti del direttore
 - Tecniche specifiche

La responsabilità del singolo operatore: responsabilità verso se stesso

- Conoscere le proprie motivazioni
 - Riconoscere i propri limiti e quelli del servizio
 - Adeguare le proprie aspettative alla realtà
 - Salvaguardare la salute fisica
- Controllare lo stress
 - Stabilire obiettivi chiari e precisi per il controllo dello stress
 - Programmare le strategie per raggiungerli
 - Realizzare con gradualità ciò che si è programmato
 - Verificare regolarmente strategie e obiettivi
 - Gratificarsi per i risultati ottenuti
- Programmare la propria crescita professionale

La responsabilità del singolo operatore: responsabilità verso gli utenti

- Più l'operatore è professionale maggiore sono le probabilità che non vada in burn-out
- La professionalità comprende: rispetto, cortesia, assenza di giudizi morali, concretezza, interventi il meno invasivi possibile, atteggiamento proattivo, assenza di coinvolgimento sentimentale

La responsabilità del singolo operatore: responsabilità verso i colleghi

- Rispetto e cortesia
- Comunicazione completa ed efficace
- Ascoltare con attenzione
- Comunicazione non verbale
- Utilizzare esempi concreti
- Essere attenti al contenuto emozionale del linguaggio
- Evitare il gergo professionale
- Mettere per iscritto gli accordi raggiunti
- Dire solo ciò che si è reso pubblico
- Usare il feed-back in modo efficace
- Essere chiari
- Chiedere aiuto all'interlocutore se non si riesce a comunicare adeguatamente con lui
- Evitare, se possibile, relazioni sentimentali e/o sessuali

Doveri dell'organizzazione: prevenzione primaria

- Individuare gli operatori a rischio in ambito di selezione del personale
- Una volta individuati, i responsabili della selezione possono:
 - Escludere i candidati
 - Selezionare i candidati e costruire un progetto individualizzato di prevenzione

Prevenzione secondaria: tecniche specifiche

- Esercizi didattici mirati
- Gruppo per la soluzione dei problemi
- Discussione di casi problematici con consulente
- Apprendimento di nuove tecniche
- Supervisione
- Feste
- Amicizie fuori dal setting

Compiti del direttore

- Essere accessibili
- Essere coerenti
- Chiarire gli obiettivi del servizio e i poteri degli operatori
- Rispettare tutti anche gli operatori in disaccordo con lui
- Essere riservato
- Coinvolgere il più possibile gli operatori nelle decisioni
- Fornire un feed-back completo ed efficace

Come guarire dal burn-out?



Altra soluzione

- Recuperare orgoglio di gruppo e d'appartenenza, orgoglio delle nostre conoscenze, della nostra cultura, dei valori etici di gruppo
- Oppure:
 - Cambiare tipo d'utenza
 - Sviluppare le proprie abilità professionali
 - Diventare amministratori o manager
 - Diventare formatori
 - Dedicarsi all'organizzazione
 - Dedicarsi ad altri aspetti del lavoro (giuridici, economici, sociali)
 - Diventare supervisori
 - Dedicarsi alla ricerca



Gruppi Balint

Cenni storici

- I Gruppi Balint (GB), che prendono il nome dallo psicanalista ungherese Michael Balint, sono uno dei metodi più collaudati nella formazione psicologica dell'operatore sanitario.
- Balint attraverso il GB si proponeva di migliorare le capacità del personale sanitario di utilizzare con i pazienti la relazione interpersonale come fattore terapeutico.



Michael Balint
Budapest, 3 dicembre 1896
Bristol, 31 dicembre 1970

- Balint lavorò inizialmente con le assistenti sociali, poi con i medici e nel 1957 riportò queste esperienze nel libro “The doctor, his patient and the illness”.
- Il lavoro si basava su due ipotesi principali:
 - il medico stesso è il farmaco principale che viene somministrato al paziente,
 - nel rapporto tra paziente e medico si possono produrre sofferenze ed irritazioni inutili, evitabili laddove il medico divenga maggiormente in grado di ascoltare e comprendere ogni paziente nella sua singolarità, entrando in relazione con lui in modo più consapevole del fatto che anche la loro relazione è parte sia dell'atto diagnostico sia dell'atto di cura.

Michael
Balint

The
Doctor, his
Patient &
the Illness

- Secondo Balint, un incontro tra colleghi durante la propria attività, poteva favorire sia un momento di condivisione dell'esperienza, sia un sostegno psicologico reciproco.
- Ma lo specifico obiettivo del percorso formativo mediante il GB è quello di un lavoro su di sé, da parte di ciascun medico, per arricchire e potenziare i versanti terapeutici della sua personalità di curante.

Elementi di base

A. Centralità della persona e non della malattia

L'attenzione si sposta dall'organo malato alla persona portatrice di un bisogno di cui anche la malattia d'organo è espressione.

La capacità da acquisire è quella del "saper ascoltare" anche al di là delle parole del paziente.

Saper ascoltare diventa così il primo obiettivo da raggiungere con la formazione balintiana.

Come dice Balint "con un terzo orecchio" e "attraverso tutti i pori della pelle".

B. Il medico come farmaco

Ogni attività di cura si esplica all'interno di una relazione curante-paziente che si caratterizza per essere una relazione di tipo professionale ("le professioni d'aiuto").

La relazione è una variabile fondamentale per l'esito della cura e la parte di competenza del medico assume l'importanza di un farmaco.

Come ogni altro farmaco, anche questo dovrebbe essere somministrato con competenza

C. Esercizio consapevole di tale funzione

E' questo l'obiettivo racchiuso nella famosa indicazione di Balint "una modificazione limitata, ma importante nella personalità del medico".

La funzione di farmaco del medico nella relazione è tale a prescindere dalla consapevolezza e dalle caratteristiche del medico.

Pertanto se ne possono osservare tanto gli effetti benefici quanto quelli nocivi: da qui l'importanza di giungere all'obiettivo indicato da Balint.

D. Approccio globale.

L'attenzione alla persona oltre che alla malattia, al suo ambiente, alla sua storia, l'importanza della relazione, la funzione del medico come medicina, l'importanza dell'ascolto, una nuova professionalità del medico che comprende anche la capacità e la competenza relazionale sono gli eventi alla base dell'approccio globale. Tale approccio non tende a psicologizzare la medicina, ma valorizza ed utilizza la dimensione psicologica della medicina e di tutte le professioni d'aiuto considerandola una risorsa importante. Il medico, l'infermiere, l'assistente sociale ed ogni altro professionista della salute continuano nella loro professione utilizzando questa ulteriore risorsa senza per questo trasformarsi in psicologi e psicoterapeuti.

E. Stare meglio per far bene.

La relazione professionale con finalità curativa è anche un contesto affettivo in cui, pur nella differenza dei ruoli, vale il principio della reciprocità.

Con una formazione balintiana, si tende a migliorare la capacità relazionale: non solo può aumentare l'efficacia di una cura, ma diminuisce il rischio di burn-out.

Cos'è e come funziona un Gruppo Balint

- È composto da operatori sanitari che, con la conduzione di uno psichiatra di formazione psicoanalitica, discutono di quei casi della loro pratica professionale che sono stati causa di difficoltà sul piano della relazione col paziente.
- Il lavoro del gruppo si struttura a partire dal "racconto" di un caso professionale portato in discussione da parte di un partecipante.
- Terminata la presentazione gli altri membri del gruppo che lo desiderano possono intervenire ponendo domande, formulando ipotesi, esprimendo pareri e considerazioni.
- La discussione del caso dura 90'.
- Il lavoro del gruppo è guidato dal conduttore il quale, attento alle interazioni tra i partecipanti e tra lui ed il gruppo stesso, svolge la funzione di centrare il lavoro sulla relazione.

- La frequenza degli incontri è preferibilmente settimanale o quindicinale e la durata nel tempo dell'esperienza è di almeno un paio di anni.
- Alcuni gruppi sono composti sempre dagli stessi partecipanti (gruppo chiuso), mentre altri possono prevedere l'inserimento di altri membri nel corso dell'esperienza (gruppi aperti).

- Il GB può essere inserito nel vasto panorama di gruppi tipici in base agli elementi che lo caratterizzano.
- Questi elementi sono: il numero dei partecipanti, la finalità perseguita, il tipo di conduzione, la periodicità degli incontri, la centratura del lavoro, l'orientamento concettuale seguito.

Numero dei partecipanti

- La presenza ottimale di 10-15 partecipanti permette agli stessi di sedere in circolo e parlare avendo ciascuno la possibilità di osservare tutti gli altri.
- Tale caratteristica permette di definire il "G. Balint" come "piccolo gruppo" o "gruppo vis-à-vis".
- E' possibile lavorare, soprattutto nella fase di sensibilizzazione, con il cosiddetto "grande gruppo" costituito da molti partecipanti (30 o più persone) con un piccolo gruppo al centro che lavora e che si apre al grande gruppo che lo contiene nella fase finale (il cosiddetto "gruppo eco").
- Vi sono anche esperienze caratterizzate da incontri periodici con cadenza dilazionata nel tempo in cui il lavoro viene effettuato sia in piccoli gruppi che in grande gruppo secondo la modalità di lavoro definita "intensiva e discontinua".

- Finalità perseguita.
 - Il GB è un gruppo di formazione. Persegue infatti l'obiettivo della formazione psicologica e dell'addestramento al rapporto professionale col paziente sul piano della relazione. In ciò si distingue da quei gruppi che, avendo finalità terapeutiche, si qualificano appunto come "gruppi di terapia".
- Conduzione.
 - Il GB lavora guidato da un conduttore, la cui funzione è stata prima brevemente definita.
- Frequenza.
 - Poiché il lavoro del gruppo è articolato attraverso una serie di incontri scaglionati nel tempo con periodicità prefissata, il GB fa parte dei gruppi di tipo "continuo", evidenziando con ciò la struttura processuale e non occasionale del lavoro.

- Centratatura del lavoro.
 - Il gruppo lavora su un'esperienza professionale raccontata da uno dei partecipanti ("il caso"). Ciò pone il GB fra i "gruppi eterocentrati". La centratatura del lavoro lo differenzia dai gruppi con finalità terapeutiche, essendo focalizzati sulle dinamiche attuali interne al gruppo, sono definiti gruppi autocentrati.
- Orientamento.
 - Il GB è di derivazione psicoanalitica centrando la propria attività sugli elementi affettivi della relazione.
- Sintetizzando, si può pertanto definire il GB come un: piccolo gruppo, di formazione, con conduttore, continuo, eterocentrato e di orientamento psicoanalitico.

Conclusioni

- La sindrome del BO può essere considerata un indicatore dello stato di salute di “chi aiuta”.
- È necessario che “chi aiuta” sia aiutato e sarebbe utile prevedere interventi di supervisione e appoggio alle équipes sia sul piano tecnico-professionale che su quello psicologico.

- Il medico per funzionare bene e “non bruciarsi” dovrebbe sentirsi responsabile esclusivamente per se stesso e realizzare che il suo lavoro è difficile e non riceverà grossi aiuti, avrà a che fare con situazioni e persone sgradevoli, punti di vista diversi dal suo. È bene che accetti l’idea di essere assolutamente imperfetto, così come lo sono i colleghi e utenti e rinunci a salvare il mondo cercando invece di realizzare mete realistiche, sottolineando i successi e i fallimenti e centrando l’attenzione più sui processi che sui risultati.