

Il burn-out e lo scoraggiamento: quando il senso del fallimento può far crescere

SIMONA BRAMBILLA

Summary – BURN-OUT AND DISCOURAGEMENT: WHEN A SENSE OF FAILURE CAN SERVE AS A LEARNING EXPERIENCE. Reviewing an oncologic case within the context of general medicine, rises a reflection on how to encourage the therapist when he himself becomes discouraged. Burn-out provides a good example of the sense of discouragement that can affect people involved in helping professions, when external and individual factors no longer counterbalance each other and lead to a sense of unease that can have negative repercussions on the therapist's health and efficiency, as well as on the patient and on the patient-therapist relationship. The extreme situation considered, which can be likened to all conditions of chronic physical or mental illness, shows how the despondency represented by burn-out can provide an opportunity for reflection.

Keywords: BURN-OUT, DISCOURAGEMENT, CREATIVE SELF

I. Introduzione

Desidero proporre una breve riflessione sullo scoraggiamento del terapeuta o meglio sui contesti situazionali in cui questi si trova in quella particolare condizione che, se non riconosciuta e contrastata per tempo, conduce al cosiddetto “burn-out”.

Letteralmente il termine “burn-out”, che significa “sentirsi bruciati”, è quella condizione di esaurimento psichico ed emotivo che provoca un atteggiamento negativo nei confronti di se stessi, del proprio lavoro ed un logoramento nella relazione con il paziente, con inevitabili ripercussioni sullo stato di salute del terapeuta stesso, sull'efficienza delle sue prestazioni e sulla salute dell'assistito [2]. In questo contesto, con il termine terapeuta si intende ogni operatore che, occupandosi della salute fisica, psichica e psicofisica degli altri, eserciti una professione di aiuto: egli è soggetto ad una duplice fonte di stress: lo stress personale e quello della persona aiutata.

Le cause di questo disagio in ambito lavorativo si possono ritrovare tra fattori ambientali, organizzativi, motivazionali, di aspettative nei confronti del lavoro, difficoltà di comunicazione tra il personale, sovraccarico di lavoro, eccessiva burocratizzazione, ma anche tra fattori individuali, personali che mettono in discussione l'adattamento soggettivo, strettamente influenzato dalla percezione che l'individuo ha di se stesso e del proprio ambiente. Pertanto il tipo di personalità, più o meno vulnerabile, la resilienza di ciascuno, determinate caratteristiche comportamentali (impulsività, elevata competizione, incapacità di adattamento, tendenza a identificarsi eccessivamente nei pazienti) contribuiscono ad aggravare la frustrazione in ambito lavorativo. Non da ultimi sono da considerarsi i meccanismi individuali difensivi messi in atto in risposta ad una forte componente emozionale. Pertanto il *burn-out* può essere considerato come una difficoltà nel reggere i ritmi quotidiani e nel mediare il difficile equilibrio tra le richieste che sopraggiungono dall'esterno (burocratizzazione, esposizione continua e duratura a stress lavorativi ed emozionali), e quelle che provengono dal nostro mondo interno (ambizioni eccessive, obiettivi non realistici, eccessiva volontà di potenza del terapeuta secondo la visione adleriana).

Se la sindrome da *burn-out* è una patologia psichiatrica vera e propria, i sintomi del *burn-out* possono essere presenti in altre condizioni e disturbi (disturbi d'ansia, di adattamento, sindromi ansioso depressive) che possono colpire i professionisti della salute.

Pertanto possiamo considerare il *burn-out* come un disagio, risultato di una inadeguata gestione dello stress lavorativo, un processo inefficace di adattamento ad un eccessivo stress individuale, una condizione di disadattamento o di scoraggiamento con conseguente perdita progressiva di energia, di obiettivi, di motivazioni; compaiono affaticamento e frustrazione, derivanti da relazioni che non hanno soddisfatto le aspettative.

L'operatore colpito da *burn-out* non essendo più in grado di reggere i ritmi, si "spegne" progressivamente mettendo in atto strategie senza successo per far fronte alle condizioni negative o stressanti che vive. Cerca così, con grande difficoltà, di mantenere la *performance* e di reggere in qualche modo rispetto alla realtà quotidiana e alle responsabilità che ha. Le cause, come dicevamo, sono di natura personale, organizzativa, ambientale.

D'altra parte però il *burn-out* non è solo questo. Lo si può considerare come un momento, un'occasione di riflessione, ovvero "quando il senso del fallimento può far crescere". Ed ecco la domanda: cosa dovrebbe fare l'operatore? Come dovrebbe essere? Come può conservare nel tempo un adeguato livello di motivazione? Come può ritrovare il coraggio? Mi è sembrata esemplificativa la rivisitazione di un caso clinico che ho seguito personalmente una decina di anni fa.

È doveroso premettere che da questo caso non si vogliono trarre interpretazioni o giudizi sulle modalità con cui è stato condotto, ma solo uno spunto di riflessione su come le dinamiche transferali e controtransferali possano permettere il riconoscimento di una condizione di scoraggiamento e divenire il punto di partenza per un incoraggiamento del terapeuta.

II. *Il caso di Agnese*

Agnese è una donna di 53 anni, piacevole di aspetto, spigliata, intraprendente, manager di un'azienda. Giunge alla mia osservazione semplicemente per conoscermi e farsi conoscere, poiché sono il suo medico di medicina generale. Brevemente mi racconta la sua storia: nessuna malattia particolare se non l'asportazione di una tuba all'età di 25 anni per una gravidanza extrauterina; dopodiché il divorzio da un marito che la maltrattava. Attualmente sta bene, ha un compagno, lavora molto e ne è gratificata. Ha saputo che "ad una certa età è bene fare una mammografia di controllo". È da me anche per questo. Concordiamo per l'esecuzione dell'esame. Dopo circa un mese torna con il referto: tumore maligno alla mammella. Qui inizia la nostra storia che durerà circa quattro anni.

Intervento chirurgico, chemioterapia, radioterapia. Pur continuando a lavorare. Per lei il lavoro è tutto. Arriva persino a prendere una multa per eccesso di velocità poiché, dopo una seduta di radioterapia, doveva assolutamente tornare in ufficio per tempo. La malattia però, inesorabile, avanza: un'artrite paraneoplastica le rende sempre più invalidante la vita. Comincia a zoppicare, si trascina, le articolazioni delle ginocchia, delle caviglie e delle anche si fanno dolenti, gonfie, limitate nei loro naturali movimenti. Ancora cure, che si fanno sempre più forti, più intense, così come, del resto, anche la sua caparbità. Il dolore fisico è tanto, i normali analgesici non bastano, occorre di più. Proseguono anche le indagini, soprattutto perché nel frattempo è comparsa una strana tosse, insistente. Ancora esami, lastre, TAC: è ancora tumore, ma questa volta primitivo del polmone. Agnese decide di liberarsene. Si sottopone ad un intervento di lobectomia. Ma poco tempo dopo si aggiungono metastasi al fegato e alle ossa. Da dove arrivano, dal polmone o dalla mammella? Non importa, a denti stretti, tra radioterapia e morfina, Agnese continua a lavorare. Nel frattempo la vedo con maggior frequenza: dapprima in studio, quando caparbiamente mi chiede un appuntamento lì, trascinandosi, per la prescrizione di farmaci, e poi più avanti a casa sua. Una bella casa, nuova, appena comperata. Il sogno di una vita; è piena di luce, vi predominano il legno naturale e il bianco; non una tenda alla finestra, come lei dice "per non impedire al sole di entrare". Quanta vitalità, "nonostante tutto".

Da parte mia, "nonostante tutto", inizia un blocco, quasi una volontà di arretramento o meglio una certa fatica ad entrare in quella casa. Continuo a pensare a

cosa sia meglio dire, fare. Non ho risposte. Mi sento così impotente di fronte alla sua malattia, ma soprattutto così fragile di fronte alla vitalità prorompente di quella donna. Lei vuole star bene, vuole lavorare, vuole andare avanti. I suoi dolori però si fanno sempre più forti. Attivo il Servizio di Cure Palliative: una rete, ove personale medico e paramedico, insieme a me, si prendono carico di questo caso. Le mie visite si fanno quotidiane. Mi sento meno sola.

Di fronte alla sua voglia di vivere, ricordo di aver provato dapprima un disagio e poi sempre più forte un sentimento di inutilità, di fallimento, di aver fatto un grande sforzo per cercare di curarla, ma intendevo curarla “a modo mio”, o meglio come pensavo dovesse essere dal punto di vista medico. Questo naturalmente cozzava con la situazione che era diventata sempre più ingestibile: ormai non avevano senso gli esami; la cura era sempre la stessa: terapia del dolore. Sentivo però che era comunque importante che mi recassi da lei, ogni giorno, anche solo per sapere come aveva trascorso la notte. La risposta era sempre la stessa: “non ho dormito, ho tanto male”. Insieme, però, c’era sempre un accenno agli impegni di lavoro che a malapena, ma costantemente, gestiva dal telefono o dal computer di casa. La sua progettualità, ancora una volta nonostante il tutto. Che fatica, da entrambe le parti!

La svolta, però, arriva e sorprendentemente da parte sua. Lei, espressamente mi chiede di redigerle un certificato medico per permetterle di sposarsi *in extremis*. Sa che le resta ormai poco da vivere e vorrebbe ricompensare l’affetto del suo compagno. Non ho molte parole per dire cosa si prova nel redigere un certificato di matrimonio in extremis, o meglio nel mettere nero su bianco che una persona avrà meno di dieci giorni di vita. Allora, per la celebrazione di un matrimonio, occorreva che le pubblicazioni rimanessero esposte per due domeniche. Qui non c’è tempo. Mi consulto con il medico palliatore e redigo il certificato.

Agnese mi chiama, mi ringrazia, mi dice che il Sindaco andrà da lei per celebrare il matrimonio l’indomani. Mi parla anche dei preparativi: il piccolo, intimo buffet ma con lo champagne, i confetti, il parrucchiere a casa. Mi chiede anche se può aumentare il dosaggio dei farmaci per quel giorno, senza però “intontirla troppo”. Che impresa!

Dopo aver chiuso la telefonata mi soffermo a pensare al da farsi: decido di chiamare il fiorista e chiedo che per il giorno dopo consegni ad Agnese delle rose, gialle. Ho voluto, così, partecipare alla sua gioia, fugace e dolorosa allo stesso tempo, alla sua festa. In quel momento mi sono sentita per così dire, sbloccata. Ho capito che occorreva deporre le “mie” armi e interagire con lei, non sul piano verbale, ma emozionale, seguendo il suo codice, comprendendolo e imparandolo anch’io. Per me e per lei erano diverse la percezione della malattia e del tempo. Se sul mio versante vi erano l’ineludibilità della fine e la difficoltà della cura in

un doloroso ancoraggio nel passato e nell'incertezza del futuro, dalla sua parte emergeva come attaccamento alla vita il voler affrontare, nel presente, piccole o grandi battaglie da cui trarre soddisfazioni quotidiane. La positività e la determinazione per godersi il tempo a disposizione e il completo espletamento dei compiti vitali: ecco la festa di Agnese. Non aveva più senso curarla, bensì accompagnarla, seguirla piano piano, nel suo progetto che, per quel giorno, avevamo costruito insieme. Dopo qualche giorno l'ho salutata, prima che entrasse in *hospice*, e lei mi ha ancora ringraziato per i fiori.

Questo è un esempio estremo, ma che può esprimere come il terapeuta si possa trovare in situazioni limite. Qui si trattava di una malattia incurabile, in fase terminale, ma pensiamo alle malattie croniche o a tutte quelle situazioni di stallo che proprio per la loro staticità sono pesanti, insostenibili e che ogni operatore può incontrare sia nel pubblico che nel privato.

Ne derivano alcune considerazioni:

- è necessario modulare costantemente sentimenti di impotenza e di onnipotenza;
- occorre il coraggio dell'abbandono dei ruoli per essere pari nella relazione, in "quella" relazione;
- occorre riattivare la creatività, che è andare verso il nuovo ed è anche intuizione, andare verso e dentro l'altro. E' nella dinamica controtransferale che ciò si realizza e che diventa incoraggiamento per il terapeuta. Non tanto la spontaneità, quanto un sentimento di vera partecipazione, di com-partecipazione si attiva di conseguenza e si esplicita per dar luogo ad una "danza", ad un dialogo fatto non di parole, ma di un intreccio di emozioni e di piccole attenzioni, di atteggiamenti, sulla stessa lunghezza d'onda, sintonici;
- ogni giorno, con questa tipologia di pazienti, occorre comprendere la necessità per entrambi, paziente e terapeuta, di stare insieme nel dolore, nella sofferenza, nel disagio psichico, tenendo conto della difficoltà, più o meno consapevole, di identificarsi con il sofferente, con il morente, con l'altro che ci ha chiesto aiuto. La paura, l'angoscia di diventare lui determina una difficile modulazione della distanza emotiva e addirittura spaziale (vi è spesso difficoltà ad andare da quel paziente, voglia di assentarsi dal lavoro in quelle circostanze).

Sono sempre il distacco, la separazione e quindi la differenziazione, l'individuazione che vanno riconosciuti e superati dentro di noi. Bisogna avere e mantenere la capacità di guardarsi dentro. Se ciò non si verifica è difficile accettare nell'altro la dipartita: vi è un'angoscia anticipatoria che paralizza, che brucia e che esaurisce. Il *burn-out* credo sia anche questo. Quindi, se non abbiamo imparato a capire cosa significa questo distacco per noi, non potremo certamente viverlo con relativo equilibrio neppure nella professione. Per usare le parole di Socrate e del Vangelo di San Luca: «*medice nosce te ipsum*» e «*medice cura te ipsum*».

Se invece abbiamo fatto chiarezza in noi stessi, se abbiamo compreso le nostre dinamiche interiori, allora sì che potremo prenderci veramente cura del nostro paziente, anche se ciò significa solo “accompagnare”.

“Accompagnare” significa sì curare, ma se ciò non è possibile, vuol dire “essere con”, non abbandonare, essere tacitamente presenti. Il silenzio, la pazienza, saper aspettare, insieme, nella relazione, ancora con un progetto comune: non salvifico se impossibile, ma un progetto di viaggio in due verso un fine o una fine, progetto che per il terapeuta si rinnova di volta in volta, di paziente in paziente, lasciando un retrogusto ogni volta diverso. E poiché ogni progetto implica in sé una dimensione che riguarda il futuro, e qui il futuro è estremamente prossimo e finito, ecco il disagio. La finitudine dell'uomo in generale e di quell'uomo che abbiamo in cura, sono la nostra grande vera inferiorità. Ed ecco allora il rischio *burn-out*. Come il terapeuta può trovare o ritrovare il coraggio?

Per l'operatore questa è l'occasione per un'esperienza profonda, anche se si è solo ascoltatori o spettatori silenziosi, quando ormai nessuna parola sembra adeguata. È un trampolino di lancio per collaudare se stessi e la relazione. E' un momento di crescita. È l'opportunità per «un altro giro di giostra» [3].

Crescere vuol dire sì avanzare, migliorare, ma anche maturare, crearsi e ricrearsi quotidianamente. Dirigere e lavorare in un cantiere, giorno per giorno, ma con un progetto ben preciso in mente. Ecco dunque la creatività: non improvvisazione fine a se stessa, bizzarria o estroversione, ma progettualità, duttilità mentale e comportamentale con finalità di miglioramento, di crescita appunto, individuale e sociale oltre che relazionale.

Il terapeuta deve essere “con” il suo paziente, nella relazione che passo passo entrambi hanno costruito. Deve esserci una interazione intersoggettiva e interpersonale tra paziente e terapeuta, singolare e irripetibile, come unici e irripetibili sono i due soggetti che si incontrano. Quali le strategie?

- Occorre ritrovare il coraggio di uscire dalle dinamiche dello stress lavorativo, partecipare agli eventi formativi quale occasione di discussione di temi di questo tipo e di incontro tra colleghi, oltre che di consolidamento delle proprie abilità professionali. Utile la discussione di casi clinici e favorire la collaborazione tra colleghi, organizzare adeguatamente i servizi e se possibile attuare una rotazione dei vari ruoli nell'ambito della stessa équipe. È un dato di fatto che in molte realtà ospedaliere o aziendali si cerchino di individuare figure integrative, di formare gruppi di lavoro con finalità di supporto per minimizzare il rischio *burn-out* per il personale.

- Per lo psicoterapeuta è importante la supervisione per modulare transfert e controtransfert e quindi il proprio livello di partecipazione e coinvolgimento emotivo nella terapia.

- Per tutti, se non si è avuta la fortuna o la possibilità di aver effettuato un percorso di analisi personale o di aver avuto una formazione psicologica specifica, appare comunque fondamentale lavorare sul versante psicologico per comprendere i propri intimi conflitti e far leva poi sulle proprie intime risorse, su quella creatività che magari un poco sopita, sono convinta essere sempre molto alta in chi sceglie, e soprattutto svolge, una professione d'aiuto.

Adler dice: «Non si riceverà mai vera forza soltanto da disposizioni naturali, ma da una coraggiosa lotta contro le difficoltà della vita. Chi le supera rimane vincitore» (1, p. 24).

Avere il coraggio di accettare i propri limiti è autentica apertura verso l'Altro. Pertanto credo che imparare ad essere imprenditori di se stessi (per usare un linguaggio più vicino alla realtà manageriale che ci circonda, pur nelle nostre professioni), esprimere la propria progettualità, riconoscere i propri obiettivi e i propri limiti, la formazione continua e soprattutto la riscoperta e la messa in gioco della creatività, dell'attivazione del Sé creativo, nella relazione con quel paziente, possano essere le strategie vincenti per mettere il terapeuta al riparo dalla propria crisi e incoraggiarlo ad uno svolgimento più consapevole, più proficuo e sereno del proprio compito. Una flessibilità mentale, una vitalità interiore permettono l'accrescimento dell'autostima e una positiva compensazione dell'ineaduatezza provata in un determinato momento di vita professionale.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1923), Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 11-24.
2. PELLEGRINO, F. (2000), *La sindrome del Burn-out*, Centro Scientifico Editore, Torino.
3. TERZANI, T. (2005), *Un altro giro di giostra*, Longanesi & C., Milano.

Simona Brambilla
Via Deledda, 20
I- 26855 Lodi Vecchio (LO)
E-mail simona.brambilla@tele2.it