

Il rapporto tra compassione e resilienza

Partendo dalla variabilità delle risposte individuali agli stressor, gli Autori illustrano il concetto di resilienza al burnout nella professione medica, ne descrivono le basi biologiche ed il rapporto con la regolazione emotiva, approfondendo il concetto di Compassion Satisfaction, accennano poi alle scale di misurazione della resilienza e si soffermano sul ruolo che empatia, compassione e Self-Compassion hanno nel promuoverla

Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi

Medicina Generale, Genova

Poche cose variano così tanto come la risposta individuale ad un agente stressante (*Stressor*), specie se è continuativo e di natura affettiva o psicosociale. C'è chi può dire con Nietzsche "quello che non mi uccide mi rende più forte" (*Adversity Activated Development*) e chi si brucia (*Burnout Syndrome*).

Per di più quando la risposta è inadeguata, il quadro clinico che ne scaturisce è eterogeneo e difficilmente il decorso avviene con una scolastica progressione per gradi e fasi: si va da un recupero completo a forme persistenti, passando per regressioni parziali e recidive.

L'impatto di un agente stressante ovvero la sua efficienza lesiva dipende dal modo in cui l'individuo lo percepisce, dalla sua capacità di affrontarlo (*coping skills*), dalla sua reazione emotiva, dalla consapevolezza della sua vulnerabilità.

Ecco perché tra i tentativi effettuati per capire i motivi di una sofferenza così variabile in reazione a circostanze simili non può mancare lo studio dei fattori di rischio e protettivi.

Un approccio interessante è l'osservazione delle persone che si dimostrano capaci di rispondere agli eventi avversi in maniera adeguata, senza ammalarsi, insomma di chi sa reagire efficacemente o comunque riesce a riorganizzarsi, a ricostruirsi, a rifiorire (*flourishing*), a guarire.

Per indicare questa capacità, lo psichiatra statunitense Frederick Francis Flach (1927-2006) ha utilizzato un termine evocativo, "Resilienza (*Resilience*)", prendendolo in prestito dalla scienza dei materiali, nell'ambito della quale indica la proprietà di conservare o riacquistare la forma originaria dopo schiacciamento o deformazione.

Della resilienza conosciamo, oggi, le basi biologiche e il rapporto con la regolazione emotiva, disponiamo di alcune scale per misurarla ed abbiamo programmi per rafforzarla.

► Stress a livello encefalico

Le stigmate anatomo-patologiche dello stress a livello encefalico sono:

- l'atrofia dell'ippocampo e della corteccia prefrontale, causa di deficit della memoria, dell'attenzione, delle funzioni esecutive;
- l'ipertrofia dell'amigdala, da cui scaturiscono paura, ansia, aggressività.

Questi fenomeni sono contrastati dalla plasticità adattiva cerebrale (*neuroplasticity*) ovvero da un rimodellamento dei neuroni i cui mediatori sono ormoni sistemici, aminoacidi eccitatori e fattori neurotrofici; quindi la resilienza dipende dalla funzione plastica del cervello, che è condizionata da tutto ciò che è in grado di influenzare l'attività dei mediatori: genetica, sviluppo, stile di vita, psiche, relazioni sociali.

Le emozioni che proviamo nascono come reazione (*coping*) automatica ed immediata al significato che in prima battuta attribuiamo a ciò che ci sta succedendo (*appraisal*), spesso avviene un cambiamento dell'emozione provata o della sua intensità a seguito di una rivalutazione cognitiva (*reappraisal*) della situa-

zione; dunque la resilienza dipende dalla capacità di regolazione emozionale.

► **Impegno emotivo nella professione medica**

La professione medica è tra le più esposte al *burnout* per il forte impegno emotivo che la caratterizza. Il medico empatico comprende la sofferenza del paziente, la condivide e ne prova compassione, è quindi motivato a curare, aiutare, confortare ed è in grado di comprendere e condividere anche i benefici che scaturiscono dalla sua azione, con gioia, orgoglio, appagamento e benessere. Queste emozioni positive caratterizzano la cosiddetta *compassion satisfaction*: il piacere di fare bene il proprio lavoro, di fare la differenza, grazie alla propria professione, per quelli che hanno bisogno di essere curati, per le loro famiglie, per la comunità. Il concetto di *compassion satisfaction* ci consente di sottolineare che da ogni visita il medico può imparare a trarre soddisfazione emotiva o intellettuale, dopotutto c'è sempre qualcosa da imparare; è probabile che, se approcciato con questo atteggiamento, con questa speranza, con questo desiderio, il paziente lo avverta e la relazione ne tragga beneficio. L'empatia e la compassione regolano positivamente le emozioni, favorendo la resilienza, se la compassione verso gli altri è unita alla compassione verso di sé (*self-compassion*), che porta ad accettare i limiti propri e quelli della scienza medica, a ricordare che errare è umano e che qualche sconfitta capita a tutti; una consapevolezza esistenziale che proteg-



ge dallo scoraggiamento e dal senso di inadeguatezza, che aiuta a conservare l'autostima e salva dal delirio di onnipotenza. Inoltre la compassione, nata dall'empatia, porta il medico all'assunzione di responsabilità e favorisce la sopportazione dei pazienti difficili, proteggendolo da emozioni negative come la rabbia e di conseguenza salvaguardando la sua capacità di giudizio clinico; sono tutti fattori che, proteggono dal *burnout* (resilienza) ed aumentano l'efficacia terapeutica.

► **Conclusioni**

Si comprende che avremo medici più resilienti se selezioneremo, per la facoltà di medicina, studenti con una buona dose di empatia, spinti da una motivazione comprendente la benevolenza e la compassione; va però ricordato che empatia, compassione e resilienza possono essere rafforzate con apposito training. Per indagare con studi longitudinali la variazione della resilienza nel tempo e valutare l'efficacia dei

programmi volti a svilupparla sono utili le scale che la misurano. Consigliamo la *Resilience Scale* (RS; Wagnild & Young, 1993), la *Resilience Scale For Adults* (RSA-FA; Fridborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003) e la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) perché ne esistono versioni italiane validate. Così facendo, passeremmo da studi teorici a ricerche utili ad elaborare strategie di prevenzione individuale del *burnout*, che potrebbero risultare integrative rispetto a quelle in uso, che sono basate sulla riduzione all'esposizione a situazioni stressanti.

Bibliografia

- Flach FF. Resilience-The owner to bounce back when the going gets tough. New York, 1997.
- Sprang G et al. compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma* 2007; 2(3): 259-280.
- Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. Il rapporto tra compassione e burnout, *M.D.Medicinae Doctor* 2017; 4: 57.