

Il medico, la sofferenza e la sindrome del burn-out

Emanuele Zacchetti

Medico di medicina generale
Specialista in neurofisiologia clinica
Psicoterapeuta
Borgosesia (VC)

Gli interrogativi suscitati dal suicidio di un collega portano a riflessioni sulla sofferenza psichica del medico e sulla sindrome del burn-out, su come possa essere gestita e quale forma di aiuto possa essere attivata nei confronti di chi abitualmente è fonte di sostegno per i pazienti

La sindrome del burn-out è ormai diffusa nella nostra categoria ed esprime il disagio che il medico prova nella relazione con pazienti sempre più esigenti e aggressivi, il cinismo e il senso di disinteresse verso il proprio lavoro si fondono con sintomi psicosomatici e la difficoltà a sostenere il peso delle proprie responsabilità.

Ricordo sempre un sabato mattina di parecchi anni fa. Già medico di medicina generale, stavo studiando per gli esami di specializzazione, era una giornata calda di fine giugno quando una telefonata rompeva il silenzio del mio studio. Una voce concitata mi parla, una farmacista amica mi comunica in modo improvviso la terribile notizia della morte di un collega. "È successo ieri sera, rincasando la moglie lo ha trovato morto, si è impiccato lungo la scala che porta al solaio". Rimango impietrito e quasi paralizzato, come sempre in queste occasioni non si trovano le parole per commentare il fatto. Un giovane collega, a quel tempo di pochi anni più anziano di me, aveva scelto di morire nel modo più tragico e misterioso in una calda sera di estate, quando si era trovato solo nell'abitazione. Parlando con la moglie, nei giorni seguenti al funerale, poco per volta mi sono reso conto del dramma interiore che aveva lentamente distrutto un amico, senza che mai avessi minimamente sospettato che dietro al suo modo di fare un po' ironico, a volte bizzarro e strano, si nascondesse una sofferenza psichica che si poteva classificare come depressione maggiore.

■ Disperazione silenziosa

Gli interrogativi che questo caso mi suscitano allora e che ancora oggi mi

suscitano sono numerosi e riguardano principalmente la sofferenza psichica del medico, quando si verifica, come possa essere gestita e quale forma di aiuto possa essere attivata nei confronti di chi abitualmente è lui stesso a essere fonte di sostegno per gli altri.

Nel caso del collega il disturbo era stato per lungo tempo nascosto, per il timore che l'essere visto dai propri pazienti come una persona con un disturbo della sfera psichica avrebbe comportato una perdita del prestigio professionale, una diminuzione del compenso economico, una minore credibilità di fronte ai colleghi.

Soltanto la moglie, un collega psichiatra a cui si era affidato per una terapia farmacologica, e alcuni familiari erano venuti a conoscenza del suo dramma e avevano cercato di aiutarlo.

Alla sofferenza che il disturbo depressivo può portare si aggiunge - per una categoria come quella dei medici - anche la necessità di tenere il problema nascosto all'osservazione e al giudizio degli altri, in particolare a quello dei propri pazienti.

Con stupore leggevo recentemente un articolo che riportava dati preoccupanti e definiva come "*struggling in silence*", la disperazione silenziosa, uno stato di disagio psichico che spinge negli Stati Uniti in un mese circa 300 medici, tra generalisti e ospedalieri, a togliersi la vita. Vi è addirittura una fondazione, la *American Foundation for Suicide Prevention*, che cerca di aiutare i medici a riconoscere i sintomi della depressione in se stessi e ad accettare un aiuto che si può rivelare essenziale. Anche in questo articolo si porta l'attenzione sulla necessità per i medici di accettare e riconoscere i propri problemi della sfera psico-emotiva, di superare la paura di perdere la pro-

pria credibilità professionale.

Nel caso dell'amico e collega che ho ricordato, questa paura ha sicuramente influito su quello che poteva essere un processo di cura efficace, sono proprio i sintomi che non vengono comunicati ad aumentare la dimensione del problema.

■ Chi cura chi cura?

Chi cura chi cura? In questa frase che può sembrare un gioco di parole si racchiude un interrogativo a cui è difficile rispondere in modo semplice. È molto più difficile, per chi si trova nel ruolo di colui che aiuta le persone nella cura non solo di sintomi fisici ma anche psichici delle varie patologie, fermarsi ad accettare la propria debolezza, il proprio disagio, la triste dimensione di un disturbo depressivo. Eppure il medico è maggiormente a rischio rispetto ad altre categorie professionali di incorrere in questo tipo di problema.

Vi era nella sala d'aspetto del mio medico di famiglia di quando ero ragazzo un piccolo quadro nel quale vi erano scritte queste parole: "A volte il vostro medico è triste o taciturno. Dovete essere comprensivi nei suoi confronti, il contatto quotidiano con la sofferenza può rendere difficile la vita di chi si è dedicato alla cura di chi è malato".

Queste semplici parole derivate dal buon senso popolare ben esprimevano la difficoltà che è sempre esistita nel convivere quotidianamente con il dolore altrui.

Anche la categoria degli psichiatri, psicologi, psicoterapeuti è interessata da questo problema, le statistiche evidenziano all'interno di questo gruppo di professionisti della salute

psichica un livello più alto della media di divorzi e suicidi.

È un luogo comune tra i medici ritenere che gli psichiatri e gli psicologi siano in alcuni casi più disturbati dei loro pazienti, vengono visti come personaggi un po' strani che, abituati a trattare la follia degli altri, vengono a poco a poco ad assorbirne alcuni tratti caratteriali. Partendo da queste ironiche considerazioni, vorrei fornire alcune riflessioni ai colleghi su di un tema spesso trattato nei congressi e in letteratura in questi ultimi anni.

■ **Sindrome del burn-out**

Il medico ha le stesse probabilità di qualunque altro essere umano di soffrire nel corso della sua esistenza di un disturbo psichico, raramente di una patologia grave come la schizofrenia o di un disturbo delirante, che in genere non permettono di proseguire in uno studio lungo e faticoso e di sostenere un'attività lavorativa con un alto grado di responsabilità.

Più frequentemente può svilupparsi un disturbo dello spettro depressivo accentuato, dove già esiste una predisposizione biologica individuale, propria del tipo di attività lavorativa svolta, dove il senso di responsabilità, il dolore psichico e fisico osservato nei propri pazienti, l'alto grado di burocratizzazione raggiunto nel sistema sanitario attuale, la minore stima professionale di cui si gode, possono scatenare una sintomatologia a volte improvvisa e di difficile controllo.

La sindrome del burn-out è ormai diffusa nella nostra categoria ed esprime il disagio che il medico prova nella relazione con pazienti sempre più esigenti e aggressivi, il cinismo e il senso di disinteresse verso il proprio lavoro si fondono con sintomi psicosomatici e la difficoltà a sostenere il peso delle proprie responsabilità.

Il medico moderno deve prendere attentamente in considerazione questi fattori e accettare, quando è necessario, un percorso di cura, affidandosi a un collega di fiducia, come si potrebbe consigliare a uno qualunque dei propri pazienti che attraversano un momento esistenziale difficile. Il dovere di mostrarsi sicuri ed esenti da fragilità sul

versante psichico impedisce la possibilità di comunicare la propria emozione, primo passo per potere elaborare il proprio disagio e sofferenza.

La sindrome del burn-out si attiva dove sono già presenti tratti predisponenti a un disturbo dell'umore, ma anche in situazioni dove il medico ha difficoltà a separare il suo spazio lavorativo da quello privato.

Essere capaci di sviluppare un proprio percorso di ricerca interiore, avere degli interessi importanti, praticare un'attività fisica - e non solo consigliarla ai pazienti - sviluppare una lettura aperta ai settori artistici e letterari e non solo scientifici, sono momenti fondamentali dove chi svolge una professione difficile e finalizzata all'aiuto può ritrovare la motivazione per proseguire nel proprio percorso lavorativo.

Sapere migliorare le tecniche di comunicazione e le capacità relazionali può permettere una più serena gestione del rapporto con i pazienti più difficili, in genere i grandi frequentatori dell'ambulatorio, capaci con le loro lamentele e con la loro sintomatologia sempre mutevole di influire sull'equilibrio psichico del medico. Una forma di aiuto in questo senso potrebbe venire dal frequentare un gruppo Balint, esperienza interessante e mai veramente decollata nel panorama sanitario italiano.

Michael Balint, psichiatra e psicoanalista ungherese trasferitosi a Londra, iniziò negli anni Cinquanta a riunire in piccoli gruppi medici di famiglia con la supervisione di uno psichiatra, che guidava il gruppo a un lavoro di analisi delle situazioni di disagio, di alta emozione che si verificavano nel lavoro quotidiano con i propri pazienti. Nel gruppo Balint il medico di famiglia, abituato in genere dal suo lavoro solitario a non esprimere i suoi problemi se non ai familiari, può trovare un ambito in cui liberamente raccontare i propri vissuti personali e la propria emozione senza il timore di essere giudicato, trovare invece dei colleghi che vivendo situazioni simili possono diventare un riferimento e un appoggio nell'elaborare problematiche che se rimosse possono contribuire all'esplosione della sindrome del burn-out, o a veri e propri disturbi dell'umore.

Si parla ultimamente di lavoro in grup-

po nella medicina di famiglia; a parte le varie polemiche che accompagnano questo nuovo modo di concepire l'attività lavorativa e la divisione della categoria tra favorevoli e contrari a questa idea, la possibilità di lavorare insieme può permettere una maggiore condivisione di stati di disagio personale, che in un'attività lavorativa isolata tendono nel tempo a peggiorare.

È sempre più importante che il medico possa sentirsi libero di esprimere il suo disagio, non solo come sfogo per una situazione lavorativa difficile, estremamente burocratizzata, ricca di rischi sotto l'aspetto medico e legale, ma anche su quel versante molto più profondo nel quale ci si sente imbarazzati o non preparati a entrare.

Non è nella mentalità del medico in genere affrontare queste tematiche, è molto più facile, come ci insegna la psicologia, collegare il proprio disagio soltanto a cause esterne e non riconoscersi nella propria fragilità e nella conseguente possibilità, se fosse necessario, di essere aiutati.

È interessante osservare come soltanto in questi ultimi anni si è cominciato a parlare in modo diffuso della sindrome del burn-out e dei problemi psichici dei medici; per tanti secoli questo problema non è stato considerato, il medico non poteva permettersi mai di cedere, le sue emozioni dovevano quasi essere nascoste per potere meglio gestire quelle degli altri.

■ **Conclusioni**

Il processo di cura - sia sul versante farmacologico sia psicoterapeutico - può essere accettato senza vergogna o senso di inferiorità da parte dei medici, anzi paradossalmente potrebbe diventare l'occasione per meglio percepire quella sofferenza, a volte non compresa o sminuita dai molti pazienti incontrati durante l'attività lavorativa.

Prendere contatto e conoscere la nostra parte più oscura, quello che lo psicoanalista Jung definiva come "ombra", diventa un compito fondamentale per ogni essere umano, in maggiore misura per chi ogni giorno si confronta con il dolore degli altri e con il confine della vita.