

Il burn-out nell'attività del medico di famiglia

Emanuele Zacchetti

Medico di medicina generale
Psicoterapeuta
Borgosesia (VC)

La sindrome del burn-out e i problemi di depressione sono da tempo presenti nella medicina generale, per la connotazione emotiva intrinseca nel ruolo del Mmg. Oggi però il livello di diffusione interessa fasce sempre più vaste di medici, con il rischio di un aumento nel prossimo futuro. Di seguito alcuni suggerimenti per gestire meglio il malessere e il disagio

A seguito della pubblicazione su *M.D.* (2009; 24: 22-23) del mio articolo riguardante la sindrome del burn-out e la depressione che può colpire il medico, diversi colleghi da varie zone d'Italia mi hanno contattato, comunicandomi le loro impressioni sull'argomento e indirettamente chiedendomi quali potessero essere le possibili soluzioni a questo problema.

Ho notato nelle loro parole un profondo senso di tristezza unito a rabbia, in particolare alcuni di loro vicini alla pensione vedevano in questa l'unica e definitiva via d'uscita da un malessere e da un disagio accumulati negli ultimi anni di lavoro. Non è passato molto tempo da quando si potevano leggere le lettere piene di amarezza di colleghi che, arrivati alla soglia dei settant'anni, non avevano alcuna intenzione di terminare la loro attività, vista come una tragica perdita del loro ruolo sociale e del senso della loro vita.

Ora si sente nei discorsi tra medici uno scambiarsi di informazioni sul riscatto degli anni di laurea e su come potere andare in pensione anticipatamente, sfuggire a un sistema burocratico e a pazienti difficili che sembrano essere diventati un incubo quotidiano.

► *Diffusione del burn-out*

La sindrome del burn-out e i problemi di depressione penso siano sempre esistiti nella nostra professione, per l'alto grado di coinvolgimento emotivo e di stress psichico che essa comporta, il livello di diffusione era però molto più contenuto e interessava pochi colleghi, con tratti di personalità caratterizzati da fragilità o da una bassa soglia di resistenza allo stress. Negli ultimi anni invece questo pro-

blema sta interessando fasce sempre più vaste di medici, sia ospedalieri sia Mmg, con il rischio di un aumento nel prossimo futuro. Questa situazione potrebbe creare non pochi problemi ai sistemi sanitari e al livello di efficienza di professionisti che dovrebbero sempre avere un livello di concentrazione e di equilibrio psichico ottimali.

► *Particolarità della medicina di famiglia*

Alcuni mesi fa ho tenuto una lezione a un master di psicologia sanitaria rivolto a psicologi: il mio argomento trattava la gestione di pazienti difficili e con disturbi psicosomatici nel setting della medicina di famiglia. Ho notato come le nostre difficoltà e la fatica nel gestire i pazienti difficili, quelli che presentano patologie non inquadrabili sul versante organico e con tratti di alta conflittualità intrapsichica, non siano conosciute da figure professionali esterne al nostro settore lavorativo.

La solitudine e la fatica provata dal medico di famiglia non sono adeguatamente valutate e non sembrano interessare i vertici delle Asl dai quali dipendiamo e a cui dobbiamo rispondere del nostro operato.

Questo problema interessa non soltanto i medici, ma viene a interessare la gestione attuale e futura di tutte le strutture sanitarie semplici e complesse. I nostri dirigenti devono prenderne coscienza e attivare insieme alla nostra categoria delle possibili soluzioni che almeno siano orientate a un contenimento del fenomeno.

► *Alcuni spunti di riflessione*

Per i colleghi più sensibili e che percepiscono di trovarsi in un situazione di burn-out o di depressione più

o meno evidente vorrei offrire alcuni suggerimenti.

Vogliono essere spunti di riflessione e non racchiudono verità definitive, in un settore dove non può esserci nulla che può essere assunto come assoluto, ma tutto appare in continuo cambiamento ed evoluzione.

Il medico moderno deve apprendere ed esprimere la sua emozionalità, anche riconoscendo e comunicando le sue fragilità, paure, ossessioni, sbalzi d'umore ai propri familiari e amici, senza vergogna e in modo contenuto, non cadendo da una parte nel ruolo di vittima, ma neppure nel ruolo dell'uomo forte che sa guidare gli altri e non prova alcuna conflittualità personale.

Il medico di famiglia si trova in una posizione intermedia rispetto ad altri specialisti, non gestisce l'aspetto più manuale e organico della medicina tipico del chirurgo, nemmeno però gestisce gli aspetti puramente psichici tipici della psichiatria.

Questa posizione dai contorni non ben definiti, associata a un prestigio personale molto diminuito rispetto al passato, crea al Mmg un ruolo molto difficile da gestire e capace di generare molte difficoltà.

► *Flessibilità nella relazione medico-paziente*

Il medico moderno deve acquisire grande flessibilità per gestire la relazione con pazienti molto più complessi di quelli che si potevano osservare fino a pochi decenni fa. Questa flessibilità non deve venire intesa come una rinuncia ai propri principi o valori, ma come una capacità importante, che può essere appresa come una qualunque altra conoscenza, che

permette nella relazione con un paziente difficile di non scivolare nella disputa o nella conflittualità. Come un abile giocatore di scacchi il Mmg può elaborare delle strategie che possono essere costruite in un breve spazio di tempo in base alle mosse dell'avversario.

Paul Watzlawick, una delle figure più importanti della psicologia e psicoterapia contemporanea, è stato uno dei fondatori del costruttivismo: tutto ciò che appare imm modificabile può essere cambiato, magari non completamente, ma sufficientemente per dare fiducia a chi è in difficoltà.

La realtà che noi percepiamo, insegna Watzlawick, non è assoluta, ma relativa alla nostra mente che l'ha costruita e come tale di fronte a difficoltà e problemi "c'è soltanto una soluzione ovvia, ragionevole, logica, consentita e sensata, e se i tentativi per arrivarci falliscono, è ovvio cercare di fare ancora di più la stessa cosa. È come se di fronte all'insuccesso i sistemi cerchino di ritornare indietro nel tempo al punto precedente a quello in cui si è presentato l'insuccesso, e da qui cerchino una soluzione senza dovere cambiare la struttura sottostante" (*Guardarsi dentro rende ciechi*, 2007).

Riportando queste parole ai nostri pazienti difficili, quelli di fronte ai quali il medico si sente spesso incapace a portare aiuto, possiamo osservare come i sintomi siano in essi radicati quasi fossero diventati la loro "realtà" alla quale ormai non possono più sfuggire, un modo di fare sentire la loro presenza e il loro dolore che non ha altro modo per esprimersi.

Soltanto se il medico riesce a far rientrare questi sintomi in un contesto, in una "realtà" unica e costruita da quel particolare paziente, è possibile porsi in una vera relazione d'aiuto.

Sfruttando le grandi potenzialità della comunicazione è possibile dare fiducia a chi è in difficoltà, si può sfruttare il linguaggio come mezzo di suggestione e persuasione al cambiamento. In questo processo che può durare tutta la vita professionale il medico può aiutare a cambiare il paziente, fornendogli nuove prospettive con cui osservare i suoi problemi, ma

può apprendere a cambiare anche i propri schemi psichici irrigiditi da anni in cui si sono ripetuti sempre gli stessi stili comunicativi. Questo può essere una grande possibilità di uscita dal burn-out e trovare nella relazione con i propri pazienti stimoli di crescita professionale e personale.

Sapere essere flessibili, capaci di aiutare i pazienti a nuovi modi con cui esprimere emozioni che in precedenza si esprimevano soltanto con il linguaggio del corpo, diventa un compito che può portare benefici al paziente, ma anche al medico, creando una relazione più empatica e amichevole.

➤ *Aspetti esistenziali*

Un'altra riflessione importante riguarda gli aspetti esistenziali che il medico mette in gioco nel tempo della sua carriera lavorativa.

La ricerca di un significato dovrebbe essere un compito che interessa ogni essere umano, ma per chi esercita una professione così vicina al dolore, alla fine della vita, alla trasformazione del corpo nella malattia, dovrebbe essere uno dei motivi più importanti della propria ricerca personale.

Victor Frankl, medico e psichiatra austriaco (1905-1997), famoso per il suo libro *"Uno psicologo nei lager"*, proprio nella situazione estrema di un campo di sterminio nazista aveva osservato che vi erano molte più possibilità di sopravvivenza per le persone che avevano costruito in precedenza un profondo significato per la propria vita.

Lessere umano è sempre rivolto verso un significato, anche se lo conosce poco. Che lo accetti o no, che sia vero o meno, l'uomo crede sempre in un significato, finché egli vive.

Il medico inevitabilmente arriva durante il percorso della sua attività lavorativa vicino all'esperienza che in questi ultimi anni abbiamo definito come burn-out. Se è stato capace di costruire, all'interno della sua formazione professionale anche delle motivazioni che costruiscono un senso profondo per la sua vita, può allora porsi in una dimensione che gli permetta di oltrepassare quella stanchezza, cinismo, distacco e rabbia che il burn-out inevitabilmente porta.

➤ *Percorso personalizzato*

Molti giovani ambiscono ad entrare nella professione di medico, ma dopo gli anni di un accesso indiscriminato il numero chiuso ha limitato a molti aspiranti questa possibilità. Quel lavoro però così desiderato può diventare per alcuni una trappola, in cui ci si sente disillusi ad affrontare difficoltà per cui non si era preparati.

Nessuno ha formato adeguatamente questi professionisti a una relazione così difficile come quella tra medico e paziente. In questo campo le nozioni che ci vengono dall'università, dallo studio della clinica, dai corsi di aggiornamento non sono sufficienti, occorre un percorso che ogni medico può personalizzare secondo le sue predisposizioni, ma dovrebbe passare attraverso letture di autori importanti (Balint, Schneider, Franckl), che hanno analizzato il setting della medicina di famiglia e gli aspetti comunicativi che possono andare oltre al linguaggio verbale.

La ricerca del senso può passare attraverso la religiosità, ma è un'esperienza che si apre anche per chi si professa ateo o agnostico, basta aprirsi a una dimensione che si estende al di là del quotidiano, del ripetitivo, del burocratico, di quei limiti angusti che il nostro lavoro frequentemente ci offre. Sta a noi scegliere con quale modalità e con quale significato vivere la nostra vita, non possiamo sempre scaricare su un sistema ormai troppo burocrattizzato la causa di tutti i nostri mali.

Il brano seguente, tratto da *"Città invisibili"* di Italo Calvino, mi sembra una profonda riflessione che si offre a noi medici per aprirci a un nuovo modo di vivere la nostra realtà lavorativa: "L'inferno dei viventi non è qualcosa che sarà; se ce n'è uno, è quello che è già qui, l'inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione ed apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio".