

LA CORRELAZIONE TRA BURN-OUT E ALESSITIMIA NEGLI OPERATORI SOCIO-SANITARI

Dott. Ernesto Mangiapane, Dott.ssa Daniela Cortigiani

Abstract

Premesse teoriche: in ambito sanitario, coloro che lavorano in reparti “esposti” quali oncologia, pronto soccorso e rianimazione sono considerati soggetti a rischio.

Un’esposizione prolungata allo stress lavorativo potrebbe far emergere un quadro sintomatologico caratterizzato da un *continuum* che va dal burnout all’alessitimia.

Obiettivo e Metodologia: l’obiettivo del lavoro è stato quello di indagare la presenza di stress, burnout e alessitimia nelle cosiddette "helping professions" (medici, infermieri, psicologi).

Il burnout è stato misurato con il Maslach Burnout Inventory (MBI), mentre l’alessitimia con la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), evidenziando la correlazione tra le singole sottoscale e i modelli di regressione lineare.

Risultati e conclusioni: nel presente contributo vengono riportati i dati preliminari di una ricerca che ha coinvolto 30 operatori socio-sanitari. Dai dati ottenuti risulta che la TAS-20 correla negativamente con la dimensione “Realizzazione Personale” ($r = .44$) e positivamente con le dimensioni “Esaurimento Emotivo” ($r = .31$) e “Depersonalizzazione” ($r = .38$) del MBI.

Parole chiave: stress, burnout, alessitimia e helping professions.

Introduzione

La ricerca è stata finalizzata alla valutazione della correlazione tra stress, burnout e alessitimia negli operatori socio-sanitari della città di Palermo, evidenziando eventuali associazioni tra queste variabili. A tal fine, si potrebbero predisporre interventi specifici atti a migliorare la qualità delle prestazioni assistenziali e la *compliance* tra personale medico, paramedico e pazienti in un processo terapeutico fortemente coinvolgente per le problematiche psicologiche connesse con patologie estremamente gravi e invalidanti, spesso senza speranza di guarigione.

In ambito sanitario, coloro che lavorano in reparti “esposti” quali oncologia, pronto soccorso e rianimazione sono considerati soggetti “a rischio”. Il lavoro degli operatori in questi reparti assume un significato particolarmente stressante per il rapporto che si viene a creare con il paziente e la sua famiglia e per le ripercussioni emotivo-affettive che comporta. Un’esposizione prolungata allo stress lavorativo potrebbe sfociare in un quadro sintomatologico caratterizzato dal burnout.

Il burnout, come situazione psicopatologica, viene considerato una delle principali fonti di disagio esistenziale e, in quanto tale, potrebbe avere delle ricadute nei rapporti con i pazienti, alterando in questo modo la relazione tra operatori delle help professions e paziente stesso.

Alcuni fattori di rischio, legati al tipo di lavoro e per questo definiti da lavoro stress-correlato, unitamente a motivazioni cosce, ma anche fattori inconsci, possono diventare terreno fertile per diverse forme di malattia anche di tipo psicosomatico, a meno che non venga svolto un lavoro accurato e costante sulle emozioni.

Ecco dunque come può pericolosamente insinuarsi lo spettro del patologico in un *continuum* che va dallo stress al burnout e, infine, all’alessitimia.

Il concetto di stress, già adoperato nel XVII secolo dai fisici per indicare la pressione che una struttura fisica è in grado di sopportare, ha acquisito oggi un nuovo significato: viene definito uno “stato nel quale l’individuo si viene a trovare quando è messo di fronte a dei fatti ambientali che richiedono una modificazione del proprio atteggiamento o modo di comportarsi” (Darley, Glucksberg e Kinchla, 1986).

Contrariamente a quella che è l’opinione comune, il concetto di stress nasce come costrutto caratterizzato non solo da aspetti negativi ma anche da valenze positive. L’attivazione endocrina che deriva da un agente stressante infatti dà tono all’organismo e alla psiche, preparando al lavoro e migliorando la qualità della vita: questo è lo stress benefico, o *eustress* (dal greco *eu*= bene). Le ricerche dimostrano che un grado ottimale di stress migliora lo stato di salute, rende meno sensibili alla monotonia e affina le capacità di concentrazione, attenzione, apprendimento, memoria e risoluzione creativa dei problemi. Per quanto riguarda invece lo stress nocivo, o *distress* (dal greco *dys*, prefisso dal valore peggiorativo), il continuo accumularsi di stimoli stressanti porta ad un’attivazione fisiologica e psichica eccessiva, imponendo all’organismo sforzi esagerati e innaturali; ciò porta dapprima ad un periodo di sopportazione-resistenza e, più avanti, ad un periodo di esaurimento e di logorio.

Burn out in inglese significa “bruciarsi, esaurirsi, scoppiare“. Tale concetto è stato introdotto per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività lavorativa. Questa sindrome è stata osservata per la prima volta negli Stati Uniti in persone che svolgevano diverse professioni d’aiuto (professioni che riguardano l’aiuto e l’assistenza all’altro). Sono quindi a rischio burnout infermieri, insegnanti, medici di base, carabinieri, vigili del fuoco, poliziotti.

Quella del burnout è una sindrome che consiste essenzialmente nel logoramento delle motivazioni, delle emozioni, in una stanchezza e una sfiducia che portano allo spegnersi della volontà. Deriva dal sentirsi oppressi dal carico emotivo pratico e mentale causato dalle difficoltà di chi si assiste. Conduce a una ridotta empatia nei confronti delle persone delle quali ci si dovrebbe occupare. Si

sviluppano attitudini ciniche e assenteiste, insonnia, apatia fino allo stadio finale di indifferenza totale.

Il burnout si differenzia dallo stress in quanto non presenta un quadro psico-fisico, ma dimensioni psicologiche ed emotive, non si manifesta in una reazione momentanea, ma in un processo a lungo termine ed infine non è associato ai diversi aspetti della vita lavorativa, ma è legato alla specifica dimensione interpersonale (Borgogni e Consiglio, 2005).

Il termine *alessitimia* (dal greco a = mancanza, lèxis = parola, thymòs = emozione), coniato nel 1973 da Sifneos, tradotto letteralmente significa emozione senza parola o mancanza di parole per le emozioni, per riferirsi a:

- ✓ difficoltà di identificare i sentimenti;
- ✓ difficoltà di descrivere i sentimenti,
- ✓ limitata capacità immaginativa;
- ✓ stile di pensiero orientato verso la realtà esterna.

Nei soggetti alessitimici emerge chiaramente la presenza di una difficoltà a mentalizzare i propri stati mentali interni che li porta a regolare le proprie emozioni attraverso atti impulsivi o comportamenti compulsivi (quali ad esempio l'abuso di sostanze o le parafilie). Oltre a una disposizione agli stati affettivi negativi indifferenziati, gli alessitimici mostrano una scarsa capacità di provare emozioni positive come gioia, felicità e amore (Krystal, 1998). Una compromissione nel processo di elaborazione cognitiva delle emozioni ha delle ripercussioni importanti anche sulle relazioni interpersonali. Krystal (1979) ha evidenziato l'incapacità degli alessitimici a saper empatizzare con gli altri, come conseguenza della difficoltà a riconoscere le emozioni.

In tempi molto recenti, una serie di importanti ricerche privilegiano una concezione dell'alessitimia come di una dimensione transnosografica, che si estende lungo un *continuum* che dal normale va al patologico a seconda del livello di difficoltà a comprendere e comunicare le esperienze emotive.

Metodologia

La ricerca multicentrica ha coinvolto otto strutture ospedaliere del capoluogo siciliano. Ad ogni operatore è stata consegnata una busta contenente una scheda anagrafica e i seguenti questionari standardizzati da autocompilare in forma anonima: Maslach Burnout Inventory (MBI) e la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Nel presente studio verranno presentati i risultati relativi ai medici, agli infermieri e agli psicologi e le associazioni evidenziate da modelli di regressione lineare e di correlazione tra le singole scale del MBI e della TAS-20.

Il campione è formato da 30 soggetti di cui 13 uomini e 17 donne di età compresa tra i 26 e i 59 anni (età media = 36,75).

In base alla professione, il campione è composto da 10 medici, 15 infermieri e 5 psicologi.

Strumenti

Gli strumenti utilizzati per la ricerca sono stati rispettivamente: la scheda anagrafica, il Maslach Burnout Inventory (MBI) e la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

La parte iniziale del questionario comprende una breve scheda anagrafica che consente di raccogliere alcune informazioni necessarie al fine di valutare l'incidenza e le fonti di stress, burnout e alessitimia, anche in relazione a tali variabili.

I dati richiesti hanno permesso comunque di garantire l'anonimato del rispondente.

Le informazioni raccolte sono relative a sesso, età, stato civile, qualifica professionale, reparto d'appartenenza, anzianità di lavoro e relativa allo specifico reparto, tipo di contratto di lavoro.

Il MBI è un questionario di 22 item sviluppato da Maslach e Jackson nel 1981.

Ciascun item prevede la possibilità di risposta con scala Likert a sei punti sulla quale il soggetto segna la frequenza con un'affermazione che va da "mai" a "ogni giorno".

Esso valuta le tre dimensioni di burnout: Esaurimento Emotivo (EE) ovvero la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro; Depersonalizzazione (DP) intesa come distacco e indifferenza nei confronti dell'oggetto lavorativo e Realizzazione Personale (RP) come valutazione della sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

La TAS-20 è una scala di autovalutazione a 20 item ciascuno dei quali con una scala Likert a cinque punti sulla quale il soggetto segna il suo grado di accordo o di disaccordo con un'affermazione.

Le risposte del soggetto possono andare da "sono completamente in disaccordo" a "sono completamente d'accordo". La TAS-20 ha una struttura a tre fattori: difficoltà ad identificare le emozioni (F1); difficoltà a descrivere le emozioni (F2); pensiero orientato all'esterno (F3).

I dati ottenuti dalla compilazione dei questionari sono stati analizzati con il programma statistico SPSS versione 14.0.

Risultati

Dai dati ottenuti risulta che la TAS-20 correla negativamente con la dimensione "Realizzazione Personale" ($r = -.44$) e positivamente con le dimensioni "Esaurimento Emotivo" ($r = .31$) e "Depersonalizzazione" ($r = .38$) del MBI.

I dati parziali rappresentati in tabella 1, evidenziano che la sindrome del burnout è direttamente proporzionale al numero di anni di attività professionale svolta nel reparto di appartenenza (espressa in *media*).

In particolare, il personale socio-sanitario del reparto Rianimazione, con un'anzianità di lavoro pari a 22,3 anni, mostra livelli elevati di burnout nel 27,27% dei casi; livelli medi nel 27,27% dei casi e livelli bassi nel 45,45% dei casi.

Gli operatori oncologici dell'Azienda Ospedaliera "V. Cervello", con un'anzianità di lavoro pari a 7,2 anni, non presentano sindrome del burnout. Solo il 50% mostra un valore medio.

Infine, le helping professions dell'Azienda Ospedaliera "P. Giaccone", all'interno della quale la media dell'anzianità di lavoro è la più bassa (5,6 anni), non rivelano livelli medi e alti di burnout.

Risulta dunque che il burnout è una sindrome che si diffonde nel tempo con costanza e gradualità, risucchiando le persone in una spirale discendente dalla quale è difficile riprendersi (Maslach e Leiter, 2006).

Tabelle e grafici

Tab. 1

	BURNOUT	BASSO	MEDIO	ALTO	ANZIANITA' (μ)
	RIANIMAZIONE	5 (45,45%)	3 (27,27%)	3 (27,27%)	22,3
O N C O L O G I A	OSPEDALE "V. CERVELLO"	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	7,2
	POLICLINICO "P. GIACCONE"	15 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	5,6

Bibliografia

Borgogni, L., Consiglio, C. (2005), "Job burnout: evoluzione di un costrutto". *Giornale Italiano di Psicologia*, 27, 23-57.

Caretti V., La Barbera, D., (2005), *Alessitimia* (a cura di), Ed. Astrolabio, Roma.

Darley, J.M., Glucksberg, S. Kinchla, R.A. (1986), *Psicologia, vol. II: Sviluppo e personalità, psicologia clinica e psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna.

Krystal, H. (1979), "Alexithymia and psychotherapy", *American J. Psychoter.*, 33, pp. 17-31

Krystal, H. (1998), *Regolazione degli affetti e narcisismo*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 247-266.

Maslach, C., Leiter, M.P., (2006), *Burnout e organizzazione*, Ed. Erickson, Gardolo (Tn).

Maslach C., Jackson S.E., (1981) “The measurement of experienced Burnout”, *Journal of Occupational Behaviour*, 2.

Sifneos, P.E. (1973), “ Is dynamic psychotherapy contraindicated for a large number of patients with somatic disease?”, *Psychoter. Psychosom.*, 21, pp.133-136.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A., (1997), “*I disturbi della regolazione affettiva*”, Ed. Fioriti, Roma, 2001.