

Cosa succede in un'organizzazione quando viene a mancare l'Intelligenza Emotiva: "Burn Out"

Il termine burn-out che in italiano può essere tradotto come "bruciato", "scoppiato", "esaurito", ha fatto la sua prima apparizione nel gergo del mondo dello sport nel 1930 per indicare l'incapacità di un atleta, ad ottenere ulteriori risultati e/o mantenere quelli acquisiti. Lo stesso termine è stato riproposto in ambito socio-sanitario per la prima volta nel 1975 dalla psichiatra americana C. Maslach la quale, nel corso di un convegno, utilizzo questo termine per definire una sindrome i cui sintomi testimoniano l'evenienza di una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale. Alcuni autori identificano il burn-out con lo stress lavorativo specifico delle helping professions, le professioni dell'aiuto che comprendono figure come medici, psicologi, infermieri, insegnanti, assistenti sociali ecc... La definizione che la Maslach fornisce del burn-out è di "sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità personali".

Le cause del fenomeno più frequenti sono: il lavoro in strutture mal gestite, la scarsa o inadeguata retribuzione, l'organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica, lo svolgimento di mansioni frustranti o inadeguate alle proprie aspettative oltre all'insufficienza autonomia decisionale e a sovraccarichi di lavoro. La sindrome si caratterizza per una condizione di nervosismo, irrequietezza, apatia, indifferenza, cinismo, ostilità degli operatori socio-sanitari, sia fra loro sia verso terzi, che però si distingue dallo stress, eventuale concausa del burn-out così come si distingue dalle varie forme di nevrosi, in quanto non disturbo della personalità ma del ruolo lavorativo. Queste manifestazioni psicologiche e comportamentali possono essere raggruppate, come dalla precedente definizione della Maslach, in tre categorie di disturbi: l'esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione personale. L'esaurimento emotivo consiste nel sentimento di essere emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento emotivo nel rapporto con gli altri; La depersonalizzazione si manifesta come un atteggiamento di allontanamento e di rifiuto (risposte comportamentali negative e sgarbate) nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio o la cura; La ridotta realizzazione personale riguarda la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, la caduta dell'autostima e la sensazione di insuccesso nel proprio lavoro. Il soggetto colpito da burn-out manifesta sintomi aspecifici (irrequietezza, senso di stanchezza ed esaurimento, apatia, nervosismo, insonnia), sintomi somatici con vere e proprie patologie (ulcere, cefalee, aumento o diminuzione ponderale, disturbi cardiovascolari, difficoltà sessuali ecc.), sintomi psicologici (depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia, risentimento, irritabilità, aggressività, alta resistenza ad andare a lavoro ogni giorno, indifferenza, negativismo, isolamento,

sensazione di immobilismo, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con gli utenti, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli utenti e critico nei confronti dei colleghi). Tale situazione di disagio molto spesso induce il soggetto ad abuso di alcool, psicofarmaci o fumo. Dal punto di vista clinico e psicopatologico la sindrome del burn-out va differenziata dalla già nota sindrome da disadattamento: sociale, lavorativo, familiare, relazionale. La sua originalità è rappresentata dal fatto che essa si verifica all'interno del mondo emozionale della persona ed è spesso scatenata da una vicenda esterna. La sindrome del burn-out potrebbe essere paragonata ad una sorta di virus dell'anima, perché sottile, invisibile, penetrante, continua, ingravescente. Se non si interviene determina l'exitus volitivo ed energetico, non solo lavorativo, della persona. L'insorgenza della sindrome negli operatori sanitari segue generalmente quattro fasi: La prima fase (entusiasmo idealistico) è caratterizzato dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale, ovvero motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggior prestigio) e motivazioni inconscie (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri); tali motivazioni sono spesso accompagnate da aspettative di "onnipotenza", di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento, di miglioramento del proprio status e altre ancora. C'è in tutto questo quasi una difficoltà a leggere in modo adeguato il dato di "realtà": infatti, esiste una logica secondo la quale il venire a capo di una situazione difficile non dipende dalla natura delle situazioni, ma essenzialmente dalle proprie capacità e dai propri sforzi; se dunque il problema non viene risolto, ciò sta a significare che non si è stati all'altezza... Nella seconda fase (stagnazione) l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. I risultati del forte impegno iniziale sono via via sempre più inconsistenti. Si passa così da un superinvestimento iniziale a un graduale disimpegno dove il sentimento di profonda delusione avanza determinando nell'operatore una chiusura verso l'ambiente di lavoro ed i colleghi. La fase più critica del burn-out è la terza (frustrazione). Il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare nessuno, con profonda sensazione di inutilità e di non rispondere del servizio ai reali bisogni dell'utenza. Il vissuto dell'operatore è un vissuto di perdita, di svuotamento, di crisi di emozioni creative e di valori considerati fondamentali fino a quel momento. Come fattori di frustrazione aggiuntivi intervengono lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori sia da parte degli utenti, nonché la convinzione di un'inadeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. Il soggetto può assumere atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri) e spesso mette in atto comportamenti di fuga (quali allontanamento ingiustificato dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattia). Il graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione, con passaggio dalla empatia all'apatia, costituisce la quarta fase, durante la quale spesso si assiste a una vera e propria morte professionale.

Questo progressivo susseguirsi di fasi da un livello molto alto di motivazione ed aspettative ad un livello di demotivazione e di vissuti di profonda infelicità e frustrazione, è riconducibile ad una visione del lavoro sociale fortemente influenzata da una ideologia di tipo assistenziale, per la quale medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori ecc. sono ancora considerati come professionisti di un tipo di lavoro inadeguatamente retribuito e di beneficenza. I servizi sanitari, sociali e culturali sono considerati una prova della munificenza statale. L'utente non è un cliente, ma un postulante cui viene fatta l'elemosina di una prestazione d'aiuto.

Questa ideologia, ancora molto diffusa in Italia, ha condotto gli operatori del sociale a sviluppare un forte spirito salvifico e sentimenti di onnipotenza nei riguardi degli utenti che non hanno poteri e sono identificati come "rappresentanti della malattia", coloro che devono chiedere aiuto perché si trovano in uno stato d'inferiorità. Ma l'incontro con i bisogni dell'utenza porta l'operatore del sociale a dimenticare, o meglio a trascurare inconsapevolmente i propri bisogni profondi e le loro motivazioni. Questo atteggiamento, come abbiamo visto nelle quattro fasi precedentemente descritte, si trasforma gradualmente in un senso di impotenza, di disagio, che rende l'operatore, precedentemente immerso in una immagine di salute, bontà e di potere, vittima del dolore, del disagio e del bisogno espresso dall'utente. L'impossibilità di aiutare facilita quindi l'insorgenza del dubbio circa le proprie capacità e l'operatore, che era partitola una fortissima idealizzazione della professione, sperimenta la frustrazione prima e il burn-out poi. Nella concretezza quotidiana le capacità personali giocano un ruolo importantissimo almeno come le capacità tecnico-professionali. Per capacità o abilità personali in psicologia s'intendono l'empatia, la capacità di adattamento alle diverse situazioni, autocontrollo, l'iniziativa e la fiducia in se stessi, la competenza nella gestione del lavoro e la capacità nel costruire relazioni in modo creativo ed efficiente. Ciò che D. Goleman definisce "intelligenza emotiva" è appunto la capacità delle persone di affrontare in modo efficace ed ottimale le difficoltà della vita. La possibilità di contattare intimamente le proprie emozioni è data proprio da questa intelligenza emotiva e consente all'individuo di sviluppare la propria personalità in modo flessibile e creativo. Tutto ciò, proiettato all'interno della relazione infermiere-paziente consentirebbe al primo di essere empatico e sensibile alle reali esigenze del secondo. Nel burn-out esiste la difficoltà nel misurarsi con le proprie emozioni e quindi il non riconoscimento del problema, con conseguente sentimento di rassegnazione rispetto alla vita.

È questo un modo o meglio un tipo di difesa che consente di attenuare la sofferenza: spesso si sente dire dagli operatori in burn-out "così è la vita", uno slogan questo che insinua, a lungo andare, in queste persone l'idea che il modo in cui vanno le cose in questo tipo di lavoro è il modo in cui vanno le cose in tutti i lavori! Non c'è soluzione! Occorre provare ad ascoltare, a guardarsi dentro, a recuperare dentro di se la propria motivazione e la propria capacità di alimentare desideri. Di fronte alle macerie dei

propri ideali è quasi “normale” sentire il peso del fallimento delle proprie prospettive di auto-realizzazione. C'è da dire inoltre che il burn-out non è affatto un problema personale che riguarda solo chi ne è affetto, ma è una malattia contagiosa che si propaga in maniera altalenante dall'utenza all'équipe, da un membro dell'équipe all'altro e dall'équipe all'utenti e riguarda quindi l'intera organizzazione dei servizi, degli utenti della comunità oltre il singolo individuo. Le conseguenze di tutto ciò sono, come precedentemente detto, gravi e si possono schematizzare in tre livelli: livello degli operatori che pagano il burn-out in termini personali, anche attraverso gravi somatizzazioni, ma soprattutto attraverso dispersione di risorse, frustrazioni e sottoutilizzazioni di potenziali; il livello degli utenti, per i quali un contatto con gli operatori sociali in burn-out risulta frustrante, inefficace e dannoso; il livello della comunità in generale che vede svanire forti investimenti nei servizi sociali. Abbiamo quindi visto quali sono i fattori che determinano e nel tempo alimentano la sindrome del burn-out e abbiamo visto anche quali modelli di difesa vengono messi in atto da chi è vittima di questa sindrome. Le difese intrapsichiche di esitamento, fuga, negoziazione e proiezione persecutoria sono meccanismi che non fanno che alimentare uno stato di disagio, di perdita di ideali e di “impotenza appresa” (secondo Seligman una situazione in cui i risultati avvengono indipendentemente da ogni risposta volontaria dell'individuo o del gruppo) e che possono essere indicatori di inadeguatezze organizzative e di realtà socio-lavorative carenti dal punto di vista della gestione delle risorse. La prevenzione o il superamento di una situazione di burn-out non può prescindere da un reale cambiamento delle condizioni in cui lavora l'operatore.

L'organizzazione del lavoro d'aiuto deve pertanto prevedere innanzitutto la creazione di un clima lavorativo (cioè lo stato d'animo del sistema) positivo attraverso l'analisi e il confronto delle motivazioni e delle prestazioni dell'équipe lavorativa contemporaneamente a un attento esame che tenga presenti realtà quali la legislazione, i cambiamenti culturali e strutturali organizzativi dei servizi, le gerarchie e i relativi ruoli, i poteri e le responsabilità, le competenze e la formazione professionale. Garantire un clima che sia gratificante per l'operatore significa gestire il suo carico emotivo personale a favore della promozione del benessere psicofisico e prevenire problematiche relative a stress lavorativo. Occorre quindi richiamare l'attenzione sull'importanza fondamentale della prevenzione e della terapia (intelligenza emotiva) di una sindrome come quella del burn-out, che rappresenta senz'altro la patologia di un'organizzazione lavorativa (la cosiddetta “organizzazione disorganizzata”), con conseguenti ripercussioni negative sia sulla salute dell'operatore sia sulla qualità dei servizi forniti alla collettività degli utenti.