

Burnout tra gli operatori sanitari

Burnout in healthcare workers

Summary

Objective

Our purpose was to investigate the burnout syndrome through the comparison of different work settings within the health system. The survey concerns 100 healthcare workers, 50 working in resuscitation, post-surgery intensive care (ICU) and post-transplantation units ("critical area"), and 50 in general medicine, allergology, eye surgery, and ophthalmology departments ("treatment and diagnosis area"). The former area was considered as the Experimental Group, while the latter constituted the control group.

Methods

Observational study within the healthcare area, carried-out subjecting all 100 workers to test. All involved workers underwent two psychometric tests that were validated in Italy, i.e., the Maslach Burnout Inventory, that assesses the burnout syndrome, and the Defence Mechanism Inventory, focusing on defence mechanisms. On the basis of the scores on the Maslach Burnout Inventory, we classified the workers as Low/Medium/High burnout according to the three dimensions of the test, i.e., emotional exhaustion (≤ 14 ; 15-23; ≥ 24), depersonalisation (≤ 3 ; 4-9; ≥ 9), personal accomplishment (≥ 37 ; 30-36; ≤ 29).

Looking at the cut-off values as indicated on the Maslach Burnout Inventory test manual, we identified 36 workers with a critical burnout level, 17 within the "critical area" and 19 in the "treatment and diagnosis area". Working area (critical vs. treatment and diagnosis) and gender (men vs. women) were the independent variables, while answers on the defence mechanism questionnaire were the dependent variables. To rule-out the

potential impact of working area and gender factors, we used the analysis of variance for independent factors, in terms of differences between principal effects mean and interaction. Data were analyzed using the statistic package software, SPSS.

Results

Among the 36 workers scoring high on burnout, those belonging to a critical area of work utilize defence mechanisms more often compared with those working in the treatment and diagnosis area. This is especially true regarding aggressiveness, where we found also an impact of gender, which interacted with "working area" ($F_{1,32} = 4.01$; $p < 0.05$), indicating that women working in ICUs are more likely to react with aggressiveness compared with the others subgroups (Fig. 1). The other two defence mechanism used more often by workers scoring high in burnout were projection and overturning. We did not find statistically significant differences regarding rationalization and turning to one self.

Conclusions

We can state that in a critical area like ICU, people scoring high on burnout tend to adopt defence mechanisms more than people in the "treatment and diagnosis area". This is probably due to the fact that the work environment of the latter category experience less emergency dynamics. These mechanisms mostly involve aggression, projection and overturning. Using more aggression mechanisms, crediting to someone else bad behaviour towards themselves in order to raise the level of self-esteem and tending to understate the seriousness of external or internal threats seems to be the typical behaviour of burned out subjects in the ICU area.

B. Raggio, A.P. Ercolani

Facoltà di Psicologia 1,
Sapienza Università di Roma

Key words

Burnout • Health professions personnel • Defence mechanisms

Corrispondenza:

Beatrice Raggio, via Modda 249, S. Giorgio – Cascina (PI), Italia • E-mail: beatrice.raggio@gmail.com

Introduzione

Il lavoro in terapia intensiva (TI) può generare stress negli operatori sanitari ¹; questi professionisti reagiscono fisiologicamente allo stress cronico innescando atteggiamenti patologici che possono portare a sviluppo della “sindrome del Burnout”. Questa sindrome è stata introdotta da Freudenberg ^{2,3} e sviluppata da Christina Maslach ^{4,7}.

La maggioranza dei sintomi, che ora sono conosciuti come parte della malattia, sono stati descritti e legati alla professione di psichiatra. Questa sintomatologia che si configura nella sindrome del Burnout risulta caratterizzata da tre componenti: basso grado di realizzazione personale sul lavoro; alto grado di esaurimento emotivo; alto grado di depersonalizzazione.

Queste tre dimensioni vengono rilevate con il *Maslach Burnout Inventory* (MBI) di Maslach e Jackson ⁸, evidenziando la specifica sindrome definita come uno stato di esaurimento fisico ed emotivo che trae origine dalle condizioni di lavoro. Maslach e Jackson ^{9,10}, così come Burke e Greenglass ¹¹, hanno riscontrato nelle donne elevati punteggi di esaurimento emotivo, mentre negli uomini di depersonalizzazione; le differenze fra i due sessi non sarebbero dovute tanto all’incidenza globale della sindrome, quanto nella modalità di avvertirne gli effetti. La dimensione di depersonalizzazione risulta legata ad una visione negativa della professione e ad un’immagine contraddittoria del successo. L’esaurimento emotivo appare prevalentemente legato agli aspetti motivazionali che riguardano tanto la percezione negativa dell’attività professionale, quanto le modalità della scelta.

Altri autori hanno dimostrato che alcuni tipi di personalità possono influenzare la sensibilità individuale al burnout, ed a questo proposito Freudenger ² sostiene che coloro che si impegnano troppo in un determinato compito, che sono autoritari e tendono a considerare se stessi come indispensabili sono i più predisposti al burnout, così come coloro che si iperidentificano con i pazienti.

Ursprung ¹² considera, sulla base di dati di ricerca, che la capacità di coinvolgimento personale con l’utenza renderebbe gli operatori meno cortocircuitati. Per quanto riguarda la relazione tra caratteristiche di personalità e burnout, è stato evidenziato come coloro che possiedono un *locus of control* esterno siano maggiormente vulnerabili al burnout ¹³.

Invece, sul ruolo svolto dalla *hardiness* come possibile fattore di protezione dal burnout, varie ricerche

empiriche hanno messo in evidenza come alcuni soggetti resistono meglio di altri in una professione che implica un forte impegno psichico, la necessità di una flessibilità cognitiva e comportamentale associata alla capacità di mantenere il controllo degli eventi; quindi, individuare e selezionare caratteristiche di personalità *hardiness* permetterebbe di riconoscere le persone più corazzate nei riguardi del burnout e quindi faciliterebbe un’operazione di prevenzione ^{14,15}.

Tuttavia dalla letteratura sul burnout risulta che i pazienti, o la particolare natura della relazione professionista-cliente, costituiscono la causa principale dello sviluppo del burnout; ciò che viene sottolineato è la peculiarità di un lavoro che si svolge a contatto con le persone, con funzioni di aiuto, assistenza ed educazione ¹².

Anche nell’ambito del servizio sanitario è stata studiata la sindrome del Burnout, e diverse ricerche hanno dimostrato una correlazione con lo stress ¹⁶, il genere ^{9,10}, l’età, la soddisfazione sul lavoro, le condizioni di lavoro e le situazioni familiari ¹¹.

Si potrebbe quindi ipotizzare che tale sindrome si manifesti con maggiore frequenza e intensità all’interno di unità operative, dove afferiscono pazienti critici in condizioni molto instabili che necessitano di interventi immediati e complessi, come per esempio accade nelle unità di rianimazione e terapia intensiva (area critica).

Tutto ciò potrebbe generare negli operatori sanitari uno stato di tensione continua spesso aggravata dalla scarsità di risorse umane e strumentali, portando gli individui a mettere in atto in modo quasi automatico ed inconscio, meccanismi di tipo difensivo, come l’aggressività ed il cinismo, proiettando aspetti indesiderati della propria realtà interiore nell’ambiente esterno, verso le persone appartenenti all’ambiente stesso. Ciò conduce ad una difficoltà negli aspetti relazionali all’interno dell’équipe lavorativa e ad una conseguente diminuzione della capacità produttiva all’interno dell’unità operativa stessa.

Queste unità operative sono probabilmente più complesse, rispetto alle altre quali allergologia ed oftalmologia relative all’area diagnosi e terapia. Emergenza, infatti, vuol dire possibilità di immediato pericolo di vita e quindi necessità di adottare procedure diverse da quelle della pratica comune, della corsia o anche della semplice urgenza medica. È quindi chiaro che queste condizioni inneschino nell’operatore sanitario possibili meccanismi di difesa oltre a predisporre una particolare sensibilità al burnout. Invece, l’area di diagnosi e terapia dove il paziente

non viene considerato critico è un'area in cui si trattano casi clinici spesso complessi sia per la diagnosi che per la terapia, essendo la casistica in gran parte rappresentata da soggetti con più patologie o con malattie neoplastiche, frequentemente già trattati in precedenza. Spesso i medici si trovano ad affrontare situazioni che mettono a dura prova la loro cultura medica e la loro capacità di ragionamento clinico. Non sono assenti le urgenze e le emergenze, queste ultime sporadiche, e che talvolta sono complicanze "attese" della patologia o del suo trattamento.

L'obiettivo del presente lavoro è confrontare i livelli e le caratteristiche del burnout relative a operatori di un gruppo sperimentale (area critica), rispetto ad operatori di un gruppo di controllo (area di diagnosi e terapia).

Materiali e metodo

Partecipanti

I soggetti coinvolti nello studio provengono da diverse unità operative: la Rianimazione afferente al Dipartimento di Emergenza e Urgenza (Ospedale S. Chiara, Pisa), la TI post-chirurgica e post-trapianti (Ospedale di Cisanello, Pisa), classificate come area critica, mentre Medicina Generale 4, Allergologia, Chirurgia Oftalmica, Oculistica Universitaria (Ospedale S. Chiara, Pisa) sono classificate come area di diagnosi e terapia.

All'interno del campione totale ($n = 100$) sono stati inizialmente individuati solo quegli operatori sanitari che avessero un livello di burnout critico, in base ai valori cut-off indicati sul manuale del test MBI (vedi oltre). Essi sono stati classificati in Basso/Medio/Alto e sono rispettivamente: esaurimento emotivo (≤ 14 ; $15-23$; ≥ 24), depersonalizzazione (≤ 3 ; $4-9$; ≥ 9), realizzazione lavorativa (≥ 37 ; $30-36$; ≤ 29).

Una volta identificate per ogni soggetto le dimensioni critiche, si è proceduto ad un'ulteriore classificazione in cui rilevare quante dimensioni critiche ciascun operatore sanitario possedeva. Al termine sono stati classificati con sindrome del Burnout solo quei soggetti che avevano almeno due scale critiche, che sono i 36 partecipanti a questo studio.

I soggetti sono 17 in area critica (gruppo sperimentale) e 19 in area diagnosi e terapia (gruppo di controllo); l'età degli uomini va da 28 a 59 (media = 42,27; SD = 7,81); nelle donne il range va da 29 a 54 (media = 38,10; SD = 5,88).

La somministrazione dei test è avvenuta fra l'ottobre 2005 ed il dicembre 2005. A tutti i soggetti sono stati consegnati i test da compilare in busta chiusa

garantendo l'anonimato secondo le norme vigenti. Ai soggetti coinvolti sono stati somministrati 2 test psicometrici validati in Italia: il *Maslach Burnout Inventory*⁸ riguardante la sindrome del Burnout ed il *Defence Mechanism Inventory* (DMI)¹⁷ riguardante i meccanismi di difesa.

Strumenti

Il test MBI⁸ è un questionario costituito da 22 item che misura tre dimensioni relative alla sindrome del Burnout: 9 item misurano l'esaurimento emotivo (EE), 5 item misurano la depersonalizzazione (DEP), e 8 item misurano la realizzazione lavorativa (RL). Il soggetto risponde a ciascun item su una scala a 7 passi (da 0 a 6) esprimendo la frequenza con cui ogni stato emozionale è stato sperimentato durante l'ultima settimana (0 = mai, 6 = ogni giorno). Di conseguenza il test quantifica con uno score da 0 a 54 EE, da 0 a 30 DEP e da 0 a 48 RL. Per il test MBI lo score di ogni questionario è stato comparato ad una scala di riferimento elaborata per la taratura italiana che esprime l'entità per ciascuna delle 3 dimensioni della suddetta sindrome¹⁸.

Il DMI¹⁷ consente una classificazione secondo un sistema a cinque vie che porta ad identificare cinque stili difensivi, ognuno dei quali raggruppa un certo numero di meccanismi di difesa i quali si possono definire come risposte relativamente stabili che il soggetto fornisce di fronte ad una realtà, interna ed esterna, rispetto alla quale le risorse psico-fisiche di una persona, le modalità acquisite per risolvere i problemi e le motivazioni sono vissute dal soggetto come insufficienti a risolvere i conflitti esterni o interni suscitati dalla realtà del momento e tali da minare il vissuto positivo del soggetto stesso.

I meccanismi di difesa, secondo Ihlévich e Gleser (1986), sono formati da aspetti mentali, emotivi e comportamentali, e si attivano automaticamente, come "riflessi" inconsci ed involontari, da vissuti che minacciano il funzionamento a livello cosciente del soggetto e che potrebbero provocare, se consci, ansia e malessere. Il loro scopo è di stabilire una diversa percezione della realtà quando il superamento e/o l'adattamento a quella realtà è considerato impossibile. Pertanto si collegano agli stili cognitivi, al tipo di luogo di controllo, a fattori demografici ed a fattori genetici di ogni individuo, e nel DMI essi vengono classificati secondo i seguenti cinque stili difensivi.

1. Aggressività (*turning against object*, TAO) indica ogni espressione diretta o indiretta di aggressività che ha lo scopo di dominare le minacce esterne

- o di nascondere conflitti interni eccessivamente dolorosi se vissuti a livello conscio.
2. Proiezione (*projection*, PRO) indica l'attribuzione di intenzioni o di comportamenti negativi nei confronti del soggetto da parte degli altri, senza che vi sia una loro evidente manifestazione.
 3. Principalizzazione (*principalization*, PRN). Questo stile difensivo falsifica la realtà mediante la reinterpretazione attuata con l'uso di stereotipi e luoghi comuni.
 4. Rivolgimento contro se stesso (*turning against self*, TAS) si manifesta in comportamenti intrapunitivi attuati, come gli altri stili, per falsificare la realtà che in questo caso ha lo scopo di ridurre le minacce al livello della propria autostima.
 5. Rovesciamento (*reversal*, REV), che comprende anche la repressione, il diniego e la formazione reattiva, si manifesta nelle risposte a minacce esterne o interne che tendono a minimizzare la gravità della minaccia o dei conflitti, e impedisce il riconoscimento dell'esistenza di pericoli altrimenti evidenti.

Analisi statistiche

Sono stati calcolati i coefficienti di correlazione biseriale tra la variabile gruppo (dicotomica) ed i meccanismi di difesa (variabili continue). Per studiare l'incidenza dei fattori gruppo e genere in termini di differenza tra le medie degli effetti principali e dell'interazione, è stata utilizzata l'analisi della varianza per fattori indipendenti (ANOVA). L'analisi dei dati è stata effettuata con il software SPSS 11.

Risultati

Sono stati calcolati i coefficienti di correlazione punto-biserial tra la variabile dicotomica gruppo su due livelli (controllo/sperimentale) ed i meccanismi di difesa. Vi sono tre risultati statisticamente significativi che rappresentano quanto quei meccanismi siano prevalenti nel gruppo sperimentale proveniente dall'area critica: aggressività ($r_{pbi} = 0,28$); proiezione ($r_{pbis} = 0,41$); rovesciamento ($r_{pbis} = 0,43$). Il quadrato dei coefficienti di correlazione (coefficienti di determinazione) indica la percentuale dell'associazione tra le due variabili, rispettivamente: aggressività (8%), proiezione (17%) e rovesciamento (18%).

Per quanto riguarda i confronti effettuati, non sono state evidenziate differenze statisticamente significative sulle scale Principalizzazione e Rivolgimento verso se stessi. Nel meccanismo dell'Aggressività, invece, il risultato dell'effetto di interazione stati-

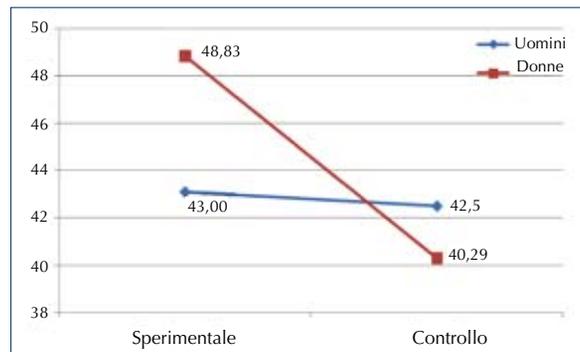


FIGURA 1.

Effetto di interazione sull'aggressività. *Effect of interaction on aggressiveness.*

sticamente significativo tra i fattori gruppo e genere ($F_{1,32} = 4,01$; $p < 0,05$) indica come le donne del gruppo sperimentale siano maggiormente predisposte ad interagire con questa modalità di difesa rispetto agli altri sottogruppi (Fig. 1).

Anche se un effetto di interazione significativo limita l'interpretazione degli effetti principali dei singoli fattori, si può tuttavia evidenziare anche la presenza di un risultato rilevante nel confronto tra i gruppi ($F_{1,32} = 5,30$; $p < 0,02$) in cui sono complessivamente i soggetti del gruppo sperimentale a mostrare maggiore aggressività rispetto ai soggetti del gruppo di controllo (45,12 vs. 41,68).

Un effetto principale statisticamente significativo dovuto al gruppo di appartenenza si osserva nel meccanismo della proiezione ($F_{1,32} = 5,99$; $p < ,02$); anche in questo caso sono i soggetti di Area critica (sperimentale) a presentare maggiormente questa modalità di difesa rispetto ai soggetti di diagnosi e terapia (controllo) (45,47 vs. 41,58).

L'incidenza del gruppo sullo sviluppo e la messa in atto di difese è ancora più evidente nel meccanismo del Rovesciamento; il risultato statisticamente significativo dovuto al reparto di appartenenza ($F_{1,32} = 8,23$; $p < 0,007$) indica anche in questo caso la prevalenza dei soggetti del gruppo Sperimentale (46,88 vs. 41,53).

Discussione

Per quanto riguarda l'aggressività è stato evidenziato come vi sia un diverso uso di questo meccanismo tra gli uomini e le donne. Nei primi il contesto operativo non sembra modificare l'uso di questo meccanismo, mentre è nelle donne che si nota una netta prevalenza del meccanismo dell'aggressività quando il reparto in cui l'operatore è inserito è critico; a

differenza di un contesto clinico prevalentemente programmato o comunque prevedibile. Invece l'incidenza del reparto, indipendentemente dal genere dei soggetti, è stata rilevata sia per quanto riguarda la proiezione sia per il rovesciamento; in entrambi i casi questi meccanismi di difesa vengono messi in atto da coloro che si trovano all'interno di un contesto maggiormente critico.

La ricerca ha già evidenziato come i meccanismi di difesa possano essere un fattore protettivo dalla consapevolezza di svolgere un lavoro fortemente correlato all'ansia¹⁹. Stili di difesa maturi influenzano la gestione cosciente dell'ansia, mentre difese immature impediscono l'elaborazione cosciente necessaria per la sua risoluzione e svolgono un ruolo mediatore nello sviluppo di burnout²⁰.

Inoltre, uno studio di meta-analisi²¹ ha dimostrato che la soddisfazione del lavoro è in stretto rapporto con dimensioni psicologiche e fisiche correlate alla salute. Questa associazione è particolarmente significativa per gli aspetti della salute mentale, come sindrome del Burnout, bassa autostima, ansia e depressione, suggerendo la tesi che l'insoddisfazione per il lavoro può essere particolarmente dannosa per la salute e il benessere del lavoratore.

Infatti, altri studi hanno evidenziato come meccanismi di difesa immaturi possano predire ideazione e comportamenti suicidari^{22,23}.

In conclusione si può sostenere che in un reparto critico dal punto di vista operativo come la Rianimazione, gli operatori sanitari già in condizione di burnout tendono ad utilizzare meccanismi difensivi in modo prevalente rispetto agli operatori di area di diagnosi e terapia che, sia pure anch'essi in burnout, lavorano in un contesto ospedaliero meno soggetto a dinamiche di urgenza. I meccanismi maggiormente utilizzati sono risultati l'aggressività, la proiezione ed il rovesciamento. All'interno quindi di situazioni conflittuali le persone tendono a mettere in atto delle strutture difensive atte a ridurre e controllare il livello d'ansia e non essere quindi sopraffatti da essa.

Bibliografia

- 1 Guntupalli KK, Fromm RE. *Burnout in the internist-intensivist*. Intensive Care Med 1996;22:625-30.
- 2 Freudenberg H. *The stress burnout syndrome*. J Soc Issues 1974;30:159-65.
- 3 Freudenberg H. *Burnout*. Doubleday: Anchor Press 1980.
- 4 Maslach C. *Burned-out*. Human Behaviour 1976;5:16-22.
- 5 Maslach C. *Burnout: a Social Psychological Analysis*. San Francisco: APA Meeting 1977.
- 6 Maslach C. *The client role in staff burnout*. J Soc Issues 1978;34:111-24.
- 7 Maslach C. *Burnout - The cost of caring*. New York: Printice Hall Press 1982.
- 8 Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press 1981 (trad. it. Sirigatti S, Stefanile C, a cura di. *MBI - Maslach Burnout Inventory. Adattamento e taratura per l'Italia*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1993).
- 9 Maslach C, Jackson SE. *Burnout in organizational setting*. In: Oskamp S, editor. *Applied social psychology annual*. Beverly Hills: Sage Publications 1984.
- 10 Maslach C, Jackson SE. *Patterns of burnout among a national sample of public contact workers*. J Health Hum Resour Adm 1984;7:189-212.
- 11 Burke RJ, Greenglass ER. *Sex differences in psychological burnout in teachers*. Psychol Rep 1989;65:55-63.
- 12 Ursprung AW. *Burnout in Human Services: a review of the literature*. Rehabil Couns Bull 1986;3:190-9.
- 13 Halpin G, Harris K, Halpin G. *Teacher stress as related to Locus of Control, sex and age*. J Exp Edu 1985;53:136-40.
- 14 Rich VL, Rich AR. *Personality hardiness and burnout in female staff nurses*. Image J Nurs Sch 1987;2:63-6.
- 15 Costantini A, Solano L, Di Napoli R, Bosco A. *Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards*. Psychother Psychosom 1997;66:78-82.
- 16 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA. *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*. Lancet 1996;347:724-8.
- 17 Ihilevic D, Gleser GC. *Defense Mechanism Inventory*. Owosso: DMI Associates 1986 (trad. it. Fioriti G, Fiumara R, Gentili P, a cura di. *DMI - Defense Mechanism Inventory - Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1992).
- 18 Sirigatti S, Stefanile C, Menoni E. *Per un adattamento italiano del Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Bollettino di Psicologia Applicata 1988;187-188:33-9.
- 19 Coyle D, Edwards D, Hannigan B, Fothergill A, Burnard PA. *Systematic review of stress among mental health social workers*. International Social Work 2005;48:201-11.
- 20 Regan A, Howard RA, Oyeboode JR. *Emotional exhaustion and defense mechanisms in intensive therapy unit nurses*. J Nerv Ment Dis 2009;197:330-6.
- 21 Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. *Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy*. Community Ment Health J 2003;39:349-55.
- 22 Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. *Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms*. Arch Psychiatr Nurs 2006;20:135-43.
- 23 Recklitis C J, Noam GG, Borst SR. *Adolescent suicide and defensive style*. Suicide Life Threat Behav 1992;22:374-87.