

RISULTATI DELL'INDAGINE

Riportiamo i risultati del questionario sul burnout degli psicoterapeuti. Data la relativa esiguità delle risposte, a fronte di una ampia pubblicizzazione, riteniamo tali dati sicuramente significativi anche se non tali da poterli utilizzare in senso statistico.

Vorremmo sottolineare che le risposte sono risultate sempre anonime (come avevamo richiesto) e quindi è da considerarsi un campione, per quanto ristretto, di una situazione media nazionale.

Vorremo sviluppare ulteriormente la ricerca con un questionario modificato, anche sulla base di osservazioni che alcune domande, troppo aperte, potevano lasciare un margine di non chiarezza.

Alleghiamo i contributi liberi forniti dai colleghi nella sezione "peer review".

Per il futuro, ci auguriamo che i contributi liberi siano più numerosi e soprattutto che, solo per questo aspetto, non ci fosse l'anonimato. Questo potrebbe costituire una prima piattaforma di discussione iniziale.

Sono state considerate accettabili per completezza (numero minimo di item disattesi) e adeguatezza 88 risposte (52 online e 36 da questionari cartacei).

L'analisi di queste risposte ha evidenziato una situazione di difficoltà ampiamente diffusa, con notevoli aspetti di gravità. In tabella I sono mostrate le domande, con le relative risposte, che

meglio descrivono questo quadro. 76 terapeuti (86,36 %) hanno riferito di essere entrati direttamente in contatto con colleghi in difficoltà, e 40 (45,45%) hanno ammesso di conoscere colleghi che presentano o hanno presentato *situazioni psicopatologiche gravi*, come tentativi di suicidio, alcolismo, abuso di stupefacenti o disturbi del comportamento tali da compromettere

la deontologia. Alla richiesta di descrivere le difficoltà maggiormente riscontrate tra i colleghi, le risposte hanno mostrato come questo campo sia ampio e variegato, e contenga problematiche comuni, come "difficoltà nei rapporti interpersonali", "ansia", "insonnia",

	SI	NO	n.d.
È mai venuto direttamente a conoscenza di difficoltà di colleghi?	86,36	13,64	--
Conosce colleghi che hanno manifestato/manifestano situazioni psicopatologiche gravi*?	45,45	54,55	--
Le è stato richiesto di intervenire?	29,55	69,32	1,14

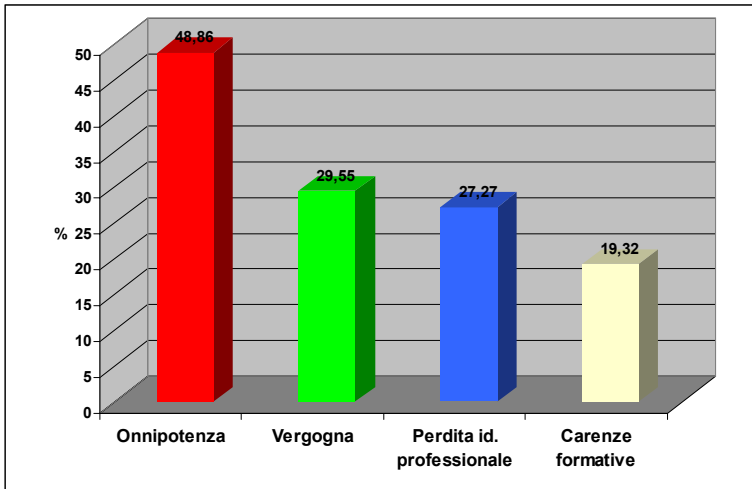
* tentativi di suicidio, alcolismo o abuso di stupefacenti, disturbi del comportamento con alterazioni che toccano la deontologia.

Difficoltà rapporti interpersonali	Disturbi psicosomatici
Ansia	Disturbo narcisistico di personalità
Disforia	Disturbo paranoico di personalità
Insonnia	Abuso di alcolici
Demotivazione	Abuso di psicofarmaci
Depressione leggera	Sindrome dissociativa
Depressione maggiore	

"demotivazione", ma anche quadri psicopatologici veri e propri, come Depressione, Disturbi psicosomatici, Disturbi di Personalità, Abuso di Sostanze, Sindromi Dissociative. Alla specifica domanda riguardante il *numero* dei colleghi conosciuti con situazioni psicopatologiche *gravi* (riportate in precedenza e citate esplicitamente nel questionario), la maggior parte dei terapeuti (57%) ha risposto che si tratta comunque di un fenomeno contenuto, compreso tra 1 e 3, anche se non privo di significato.

A fronte della consapevolezza di questa vasta, seppur piuttosto disomogenea, presenza di difficoltà tra gli psicoterapeuti, è singolare il fatto che ad un numero notevole di terapeuti (ca. 65%), non sia stato chiesto alcun tipo di aiuto, mentre i restanti (ca. 35%) hanno potuto offrire la propria competenza professionale nelle forme classiche del sostegno, della terapia psicofarmacologica, della presa in carico o dell'invio presso altri professionisti.

Figura 1 Dinamiche sottostanti la reticenza ad affrontare il tema del disagio psichico del terapeuta



Abbiamo investigato quali fossero le motivazioni sottostanti la *reticenza* con cui gli psicoterapeuti sembrano affrontare questo tema e abbiamo ricondotto le risposte a 4 dinamiche sottese a questa condotta. La dinamica maggiormente rappresentata (48% ca. delle risposte) sembra essere il *senso di onnipotenza*, frequentemente accompagnato da un vissuto di *vergogna* (30% ca. delle risposte). È evidente che lo psicoterapeuta ha un'immagine di sé fortemente idealizzata (legata sia a fattori culturali sia a una carenza formativa) e pertanto non può ammettere di poter avere situazioni di

malessere.

Un fattore importante, che appare nel 27% ca. delle risposte, è rappresentato dal *timore di perdita di identità professionale*, mentre solo pochi terapeuti (19,32%) sembrano dar peso alle *carenze formative* come origine della scelta di non esprimere ai colleghi le proprie difficoltà personali. Questo dato è molto significativo perché indica la scarsa consapevolezza dell'importanza di una valida formazione personale (training personale di psicoterapia) per poter esercitare una tale professione.

La maggior parte dei terapeuti (69÷85%) ha valutato che le situazioni di allarme proposte sono effettivamente indicative di una caduta dell'efficienza lavorativa in psicoterapia.

Tabella III –Situazioni di allarme riconosciute significative

Situazioni di allarme	SI	NO
Senso di impotenza/inutilità	85,23	14,77
<i>Diminuzione della motivazione</i>	84,88	15,12
Difficoltà di memorizzazione	84,09	15,91
Distraibilità	83,91	16,09
Riduzione dei pazienti	80,46	19,54
Influenza negativa di fattori personali	79,07	20,93
Malattie psicosomatiche	79,07	20,93
Psicofarmaci *	77,01	22,99
Alcolismo *	72,41	27,59
Stupefacenti *	68,97	31,03

* P=0,05

La tabella III riporta i dieci segnali di allarme proposti nel questionario, con le percentuali degli psicoterapeuti che le hanno considerate rappresentative di disagio. Si possono notare alcune differenze nelle opinioni espresse dai terapeuti in favore delle diverse situazioni, ed è possibile separare un gruppo, costituito da 7 elementi (*senso di impotenza/inutilità, diminuzione della motivazione, difficoltà di memorizzazione, distraibilità, riduzione dei pazienti, influenza negativa di fattori personali, malattie psicosomatiche*) che

raccoglie consensi intorno all'80%, da un secondo gruppo costituito dai restanti 3 elementi, che raccoglie consensi in quantità inferiore (dal 68 al 77%), con una differenza statisticamente significativa. Va segnalato che i fattori maggiormente considerati sono il *senso di impotenza/inutilità* e la *diminuzione della motivazione*, strettamente connessi con la definizione clinica ed operativa della *burnout syndrome*. Se si considerano i "pesi" attribuiti a questi diversi fattori di allarme, possiamo grossolanamente riscontrare un andamento delle mediane che riproduce quello delle preferenze dicotomiche, pur dovendo necessariamente rilevare due importanti eccezioni: agli elementi *assunzione di stupefacenti* e *aumento del consumo abituale di alcolici* viene infatti attribuito un peso molto alto, espresso da una di mediana di 9 per il primo e di 7 per il secondo, che assume il medesimo valore dei fattori chiave *senso di impotenza/inutilità* e *diminuzione della motivazione*. Se da una parte, dunque, c'è una tendenza a riconoscere questi due

elementi come indicativi di un disagio professionale in misura minore rispetto agli altri elementi, dall'altra chi li ritiene tali attribuisce loro un peso molto alto. Il segnale d'allarme che colpisce maggiormente è dunque l'*assunzione di stupefacenti*, che da una parte trova quasi 1/3 delle risposte che non ne rileva l'importanza, e dall'altra 1/4 delle risposte che gli attribuisce importanza massima (10).

Tabella IV - Attribuzione di importanza alle diverse situazioni di allarme

Situazioni di allarme	Mediana
Stupefacenti	9
Alcolismo	7
Senso di impotenza/inutilità	7
Diminuzione della motivazione	7
Difficoltà di memorizzazione	6.5
Influenza negativa di fattori personali	6.5
Distraibilità	6
Riduzione dei pazienti	6
Psicofarmaci	6
Malattie psicosomatiche	5.5

Il secondo aspetto che emerge dalla Tabella III consiste nel fatto che, comunque, una percentuale non esigua (15-31%) di psicoterapeuti ha considerato tali segnali privi d'importanza nell'ambito del disagio professionale. Abbiamo cercato di analizzare questo dato, e sembra che la percezione dell'importanza delle diverse situazioni d'allarme sia indipendente dalle variabili personali (età, età di inizio dell'attività,

durata della professione), professionali (tipologia di formazione, settore di lavoro, ore lavorative mensili) e dal fatto di aver conosciuto colleghi in difficoltà, colleghi con gravi situazioni psicopatologiche, o dall'essere intervenuti in queste situazioni.

Un elemento che emerge fortemente dalle risposte è la notevole fiducia espressa dai terapeuti nei confronti della possibilità di affrontare e prevenire questo fenomeno. Il 98% ritiene che sia possibile affrontare il disagio dei colleghi, una quota minore (88,64%) ritiene che sia possibile prevenirlo.

Tabella V – Alcuni esempi degli strumenti preventivi proposti dagli psicoterapeuti

Maggior selezione nel corso di laurea
Maggior selezione nella scuola di specializzazione
Formazione come terapia personale
Supervisione / formazione permanente
Intendere la terapia come una ricerca teorica continua
Infrangere il tabù della difficoltà del terapeuta

È interessante considerare che gli strumenti preventivi segnalati nelle domande aperte abbracciano campi molto diversi, che vanno dalla maggior selettività nell'ambito del corso di laurea e di specializzazione, alla possibilità di estendere i momenti formativi a tutto il periodo dell'attività professionale, alla necessità di infrangere il tabù

dell'onnipotenza dello psicoterapeuta (Tabella V).

Il nostro studio preliminare ci ha permesso di rilevare che il fenomeno del burnout, e in senso lato, il problema del disagio professionale e personale dello psicoterapeuta, rappresenta una realtà ampia e, in alcuni casi, grave, caratterizzata da elementi peculiari che sono profondamente connessi a fattori specifici di questa professione. Abbiamo riscontrato che la maggior parte degli psicoterapeuti conosce colleghi in difficoltà, che a pochi è stato chiesto aiuto, e che le motivazioni sottostanti alla reticenza ad affrontare il disagio personale sono considerate connesse a dinamiche patologiche di onnipotenza e vergogna – tipiche espressioni di bassa autostima. A nostro avviso queste dinamiche potrebbero ricalcare, nella dimensione intrapsichica del terapeuta, l'immaginario diffuso che propone il terapeuta come *invulnerabile*, costringendolo contemporaneamente a un ruolo insostenibile e all'impossibilità di chiedere aiuto. Alcuni risultati del nostro studio – come il fatto che una quota significativa di psicoterapeuti non riconosca l'importanza di elementi come la *perdita di motivazione* o la *sensazione di impotenza/ inutilità* – permettono di ipotizzare che fattori analoghi possano agire anche nella percezione dell'insoddisfazione professionale, ma per stabilire quali siano fattori e come siano connessi alle esperienze di disagio sono necessari ulteriori indagini, specificamente a carattere epidemiologico.

Sulla base dei dati sopradescritti, possiamo anche ricavare possibili linee per una futura ricerca e soprattutto per dare delle risposte operative al problema. Infatti, è molto evidente la necessità di intervenire in casi di colleghi in difficoltà: il 99% delle risposte è affermativo a questo riguardo. Più complessa è la scelta della modalità d'intervento.

Per alcuni (50%) è preferibile rivolgersi ad un collega-amico o ad un collega autorevole (54%), oppure ad un gruppo che offra garanzie di serietà e privacy (60%). Data la possibilità di poter fare una scelta multipla, le percentuali non risultano collegabili ad una base 100.

Per quanto riguarda la domanda circa gli ordini professionali o le istituzioni che dovrebbero costituire i gruppi "che offrono garanzie di serietà e privacy", otteniamo i seguenti dati: in primo luogo risulta privilegiato il gruppo di formazione originario (40%), seguito da gruppi di formazione non autoreferenziali (21%); la stessa percentuale (21%) è ottenuta anche dagli ordini professionali. Segue con molta distanza l'Università (10%).

Comunque il dato più concordante è quello relativo alla necessità di poter organizzare un convegno su tale tema (97% delle risposte). Noi riteniamo che questa possa essere una prima fattiva risposta al problema.

Parte di questa pagina web compare all'interno di un articolo in corso di pubblicazione sulla Rivista di Psichiatria, 2003.