

I medici non sono invincibili

I medici non sono immuni dai problemi psicosociali ma possono trovarsi di fronte a difficoltà uniche nell'affrontarli. I medici sono investiti di un ruolo speciale all'interno della nostra società: ci si aspetta da loro che siano dei guaritori disponibili per gli altri ogni volta che si manifesta una crisi o un problema. I medici devono possedere "infallibili" capacità, competenze, essere compassionevoli, interessati e fornire cure che abbiano "sempre" successo. Le cure prestate devono avere anche un buon rapporto costo-efficacia. Queste aspettative idealizzate emanano dai pazienti, dalle famiglie, dalla società e dall'interno della professione medica stessa.

Tali aspettative sono inerenti alle istituzioni mediche - cliniche, ospedali, associazioni professionali - e vengono fatte proprie dagli studenti di medicina che imparano a diventare medici. Detta proiezione diventa parte del modo di definirsi medici. In realtà questo ideale non si realizza. Come gli altri uomini i medici misurano il valore della loro azione professionale con l'immagine sedimentata nell'inconscio collettivo del loro ambiente culturale. Tutti i medici lavorano per realizzare queste aspettative con soddisfazione creativa che, quando non si realizza, può sviluppare gravi problemi emozionali. Quando ciò avviene il ruolo di medico diventa una barriera che impedisce a coloro che sono in difficoltà di trovare l'aiuto di cui hanno bisogno.

Essere un medico implica essere capace di eseguire i propri compiti professionali senza esitazioni e soddisfare qualunque aspettativa senza provare stress o disagio. I problemi personali possono essere percepiti come fallimento professionale. Le conseguenze possono essere gravi: in alcune aree, particolarmente nella frequenza del suicidio, i medici presentano un'incremento di vulnerabilità. In altre aree i problemi quali depressione, abuso di alcool, uso di droghe, problemi familiari possono non essere riconosciuti. Le donne medico presentano alcune aree particolari di rischio.

Suicidio Secondo la maggior parte degli studi la media della frequenza del suicidio dei medici è tra 28 e 40 per 100.000 mentre quella della popolazione generale è 12 per 100.000[1]. In media quindi i medici hanno una probabilità di uccidersi più che doppia rispetto alla popolazione generale. Questa frequenza è più alta rispetto alla frequenza delle altre professioni[2]. Questo fenomeno è stato studiato fin dal 1960. Blachly e altri[3] hanno raccolto i dati riguardanti 249 medici pubblicati sulle colonne mortuarie del *JAMA* ed hanno effettuato delle estrapolazioni per determinare quali specialità presentano il rischio più alto. L'interpretazione di questi dati ha dimostrato che gli psichiatri hanno la più alta frequenza di suicidio e i pediatri la più bassa. Un'altra dimostrazione del fatto che gli psichiatri possono essere a rischio più alto di suicidio si ritrova nel lavoro di Rich e Pitts[4] che ha dimostrato che gli psichiatri commettono suicidio con frequenza doppia rispetto a quella prevista.

Nel 1975 Everson e Fraumeni[5] hanno stabilito che una delle principali cause di morte degli studenti di medicina era il suicidio. Dati più recenti sono stati forniti da Samkoff[6] e altri che hanno studiato la mortalità tra i giovani medici esaminando i certificati delle cause di morte: essi hanno stabilito che il suicidio era la causa più comune di morte per i giovani medici (26% delle morti).

Sebbene vi siano evidenze contraddittorie a proposito delle differenze nelle frequenze di suicidio tra le varie specialità il fatto che i medici si suicidino con la frequenza più alta rispetto alla popolazione generale è ormai dimostrato.

Le donne medico appaiono particolarmente vulnerabili: la frequenza di suicidio delle donne medico è approssimativamente 4 volte superiore rispetto a quella delle donne nella popolazione generale[7] mentre le donne, di solito, sono molto meno a rischio degli uomini di commettere suicidio.

Le frequenze di suicidio sono più alte tra i medici divorziati e il suicidio è associato di solito con disordini dell'umore (specialmente la depressione) e con le patologie da abuso di alcool e da uso di droghe. I medici che soffrono di queste patologie sono a rischio. Il medico ad alto rischio è stato descritto come motivato, competitivo, compulsivo, individualista, ambizioso, laureato con ottimi voti. Più di un terzo dei medici che poi commettono suicidio hanno avuto un problema di droga in qualche momento della loro vita. I medici depressi o tossicodipendenti possono negare l'esistenza del loro problema o credere di essere in grado di controllare i loro sintomi da soli. Perfezionisti ed orgogliosi soffrono in silenzio, esibendo con successo un'apparenza di calma e competenza.

Il training medico include significative esperienze di autonegazione: i medici imparano a tirare avanti senza dormire, senza mangiare, senza divertirsi e senza passare il tempo con la famiglia e con gli amici mentre acquisiscono la vasta mole di conoscenze e di abilità necessarie per praticare la medicina. Molti continuano a negare i loro propri bisogni mentre si occupano di quelli degli altri nella pratica medica: questo tipo di comportamento può essere mortale.

Questi fattori si fondono in una tragica ironia: i medici, determinati a ridurre e prevenire le sofferenze degli altri, sono particolarmente vulnerabili all'espressione finale della disperazione umana, la morte procurata con le proprie mani.

Pare che anche le mogli dei medici presentino una frequenza di suicidio più elevata rispetto alla popolazione generale.

Depressione La depressione è un'evenienza comune durante l'addestramento medico[8]. La frequenza di depressione clinica negli interni è stata valutata tra il 27%[9] e il 30%[10] e il 25% degli interni intervistato ha ammesso di aver pensato al suicidio[10].

Tra i medici che esercitano la professione, la depressione è stata studiata più nelle femmine che nei maschi. Welner[11] e altri hanno pubblicato uno studio nel quale le donne medico venivano intervistate e valutate per almeno un episodio di depressione avvenuto durante la vita seguendo i criteri di Feighner. Essi hanno riscontrato che il 51% delle donne medico aveva un'anamnesi positiva per la depressione. Uno studio molto recente ha valutato la prevalenza di depressione e di tentativi di suicidio tra 4501 donne medico americane che ha risposto al Women Physician' Health Study, un questionario distribuito a livello nazionale[12]. In questo studio il 19.5% delle donne medico ha riferito un'episodio di depressione e l'1.5% ha riferito tentativi di suicidio.

Tra i medici, gli psichiatri presentano le percentuali più alte: infatti il 73% riferisce un episodio depressivo.

Abuso di sostanze L'abuso di sostanze ha ricevuto probabilmente più attenzione del suicidio o della depressione come problema all'interno della medicina. Tale problema è stato preso in considerazione già a partire dal 1973 dalla American Medical Association (Landmark Report by AMA in 1973 on "The Sick Physician").

Dati recenti suggeriscono che la prevalenza dell'alcolismo e l'uso di droghe nei medici sia simile a quello della popolazione generale[13] ma il rischio di uso di sostanze sta aumentando. La disponibilità di droghe può giocare un ruolo importante nell'incremento della dipendenza da droghe tra i medici.

Attualmente ci sono negli Stati Uniti 684.400 medici di cui 80.5% uomini 19.5% donne. Basandosi sui dati della ECA si può stimare che: 137.397 medici (131.124 uomini, 6.273 donne)

presenteranno una patologia da abuso di alcool nella loro vita. 48.829 medici (42.423 uomini, 6.406 donne) avranno una patologia da droga. La dipendenza da alcool o da droga è la malattia inabilitante più frequente tra i medici (Talbot G, Wright C. *Occupational Medicine 2*: 581-591, 1987).

I fattori che maggiormente contribuiscono all'uso di sostanze da parte dei medici e degli studenti di medicina sono la disponibilità, fattori personali (grandiosità, colpa), stress sul lavoro, autotrattamento dei disordini del sonno e delle patologie emozionali, la fatica cronica.

Per quanto nessuna specialità "protegga" un medico dalle patologie da uso di sostanze, generalmente alcune specialità sono più rappresentate di altre. Queste sono: Anestesiologia, Ostetricia-Ginecologia, Medicina di famiglia, Medicina d'urgenza, Medici che lavorano in ambito universitario.

La diagnosi è spesso ritardata per negazione da parte della famiglia, degli amici, dei colleghi e soprattutto dei pazienti. I medici alcolisti o tossicodipendenti non si vedono come malati e non accettano la dipendenza come una malattia. Inoltre i medici hanno l'opportunità di automedicarsi e preferiscono curarsi da soli piuttosto che affidarsi alle cure di altri e ciò può avere terribili conseguenze.

Come abbiamo detto prima vi è un forte legame tra il suicidio, l'uso di sostanze e la depressione. E' stato calcolato che il 40% dei suicidi dei medici sia associato con l'alcolismo e il 20% con l'uso di droga.

Divorzio La frequenza di divorzio tra i medici è del 10-20% più alta rispetto a quella della popolazione generale[14]. Inoltre le coppie che includono un medico e che rimangono sposate riferiscono matrimoni infelici.

Molto è stato scritto a proposito del "matrimonio medico" e alcuni problemi sono molto comuni tra i matrimoni dei medici. Per molti anni i medici devono posporre i piaceri della vita di cui gli altri godono: è stato ipotizzato che questa psicologia del posporre possa essere correlata a tratti compulsivi. In particolare, i tratti della personalità compulsiva che sono ampiamente esibiti come ingredienti chiave del successo professionale possono condurre alla non voluta conseguenza di dare origini a relazioni più distaccate. Molti medici situano il lavoro sopra qualsiasi altra cosa e questo atteggiamento causa tensioni nelle relazioni intime[15].

Possibili cause di vulnerabilità tra i medici Perché i medici sono più vulnerabili? Vi sono varie ipotesi. Sono quelli più a rischio che si autoselezionano per fare il medico? Certe caratteristiche dei medici aumentano il rischio? Il contatto ripetuto con i pazienti li esaurisce? I medici hanno più difficoltà nel fidarsi degli altri e nel confidarsi? Essere medici aumenta il rischio perché i medici sono più riluttanti di altri nel cercare aiuto? I medici non hanno nessuno con cui parlare delle loro preoccupazioni? Sono troppo orgogliosi?

Le caratteristiche dei medici che possono aumentarne il rischio di vulnerabilità psicologica è stato esaminato in uno studio condotto su studenti che sono stati valutati psicologicamente durante l'università[16]. Questo studio includeva un follow up di trent'anni e ha dimostrato che i medici, soprattutto quelli coinvolti nella cura diretta del paziente, avevano più probabilità rispetto ai controlli simili dal punto di vista socio-economico di avere matrimoni infelici, di fare uso di alcool e di droga e di avere necessità di una psicoterapia. Questo studio ha anche dimostrato che i medici avevano più probabilità dei controlli di presentare tratti di dipendenza, pessimismo, passività e dubbi su se stessi: gli autori concludono che i problemi hanno una maggiore probabilità di manifestarsi quando i medici chiedono a se stessi più di quanto hanno ricevuto.

Alcune caratteristiche della personalità correlate con questi risultati sono ampiamente condivise dai medici. Una delle caratteristiche è il perfezionismo. Il perfezionismo può condurre alla coscienziosità durante gli studi in medicina e ad un approccio clinico corretto ma può anche dar luogo a un atteggiamento di non perdono quando gli errori inevitabilmente succedono. La paura di conseguenze medico-legali può esacerbare questa disperazione a proposito degli errori medici. Christensen ed altri[17] hanno effettuato interviste approfondite con dei medici a proposito dell'impatto psicologico subito dopo aver commesso un errore clinico. Essi hanno constatato che i medici provavano una profonda disperazione per aver commesso l'errore. Benchè riconoscessero l'ubiquità degli errori nella pratica clinica ritenevano peraltro di non poterne parlare con i colleghi e provavano una sensazione di mancanza di supporto quando comunicavano ai colleghi questi sentimenti. Il perfezionismo e la competizione che si crea durante il training in medicina sono le ragioni chiavi di questa sensazione di disperazione che riguarda gli errori clinici.

Il processo del training medico è la causa di uno stile di vita malsano? Durante il training i medici sono spinti a sopportare la cronica deprivazione da sonno che può portare ad un danno delle capacità cognitive e a fragilità emozionale. Inoltre, sia durante gli studi di medicina che durante la specialità i medici vengono introdotti alla mentalità medica di prendere le distanze dal paziente, di lavorare sempre di più senza lamentarsi e di imparare a compartimentalizzare i sentimenti.

La cultura della medicina è tale che in essa si mescolano il perfezionismo e gli standards del "drogato da lavoro". Molte istituzioni approvano orari lunghissimi e insensibilità verso se stessi. I medici sono incoraggiati a non far caso a se stessi e a negare i propri bisogni. Il processo dell'educazione medica può scatenare meccanismi di difesa che rendono difficile chiedere aiuto. Inoltre il campo della medicina porta con se stress unici cioè l'aver a che fare con intense emozioni che riguardano la sofferenza, la paura, la sessualità, la morte, il contatto con pazienti problematici che esigono attenzione e l'incertezza pervasiva dovuta ai limiti delle conoscenze mediche[18]. I medici spesso lottano durante il periodo di addestramento e negli anni successivi per rendersi insensibili a queste emozioni.

Molti rispondono allo stress dell'addestramento con la depressione, con uso di sostanze e con conflitti coniugali; altri possono avere se non una evidente malattia mentale almeno dei segni di problemi psicologici[19, 20]. Kirsling e Kochar hanno analizzato i problemi che i medici hanno durante l'addestramento e che comprendono, in modo praticamente universale, la sensazione di episodica incapacità cognitiva, di rabbia cronica, di cinismo pervasivo, di discordia familiare.

Una mentalità da "macho" pervade la medicina: ci si aspetta che i medici siano forti e sostengano gli altri ma molti dottori ritengono che non sia accettabile rivelare la propria debolezza e vulnerabilità agli altri. Una silenziosa ma terribile collusione nasconde il dolore, nasconde la depressione.

La difficoltà nel porsi limiti appropriati è un'altra caratteristica frequente tra i medici. Comunemente ci si aspetta che i medici siano disponibili quando servono e ciò può condurre a un senso di obbligazione che rende difficile porre dei limiti senza provare un profondo senso di colpa. L'addestramento medico non osserva limiti di tempo: 80 ore di lavoro alla settimana sono considerate normali. L'identità professionale spesso introietta queste affermazioni cosicchè il porsi dei limiti viene percepito come una mancanza di impegno professionale.

Anche l'autonegazione è molto frequente, specialmente durante gli anni dell'addestramento: i medici diventano maestri nel posporre la gratificazione. Molti studenti e tirocinanti passano anni cercando di far fronte all'elevato livello di richieste necessario in medicina spesso convincendosi che in futuro saranno ricompensati con una vita più felice e più equilibrata.

Ma le capacità orientate a raggiungere lo scopo che si sviluppano durante il periodo di addestramento non spariscono automaticamente con la fine di esso. Così, l'approccio orientato allo

scopo porta a trascurare fonti alternative di gratificazione e di autostima: pertanto dopo il periodo di addestramento i medici possono non aver nessun modo di trovare un equilibrio significativo tra il lavoro e le altre attività della vita.

Fonti di rischio per le donne medico Perché sono a rischio soprattutto le donne? Vi sono molte possibilità teoriche. La teoria relazionale dimostra che l'autostima per le donne è basata sulla capacità di stabilire relazioni reciprocamente soddisfacenti[21]. Queste relazioni sono caratterizzate dal mutuo supporto e dall'empatia che favorisce la crescita e lo sviluppo di ciascuna delle parti della relazione. Questo appoggiarsi alle relazioni con gli altri è incompatibile con l'identità competitiva, distaccata e controllata tradizionalmente associata con la pratica medica. Il tipo di socializzazione richiesto per diventare un medico può rendere più difficile per le donne mantenere relazioni significative con gli altri. Ciò aumenta il livello di stress poiché la pratica professionale è in qualche modo incongruente con l'identità personale. Le donne non soltanto sono occupate dalla loro carriera ma l'opportunità di relazioni empatiche è impedita dal coinvolgimento nella carriera. Carmen e Glick[22] ha intervistato 324 medici (più dell'80% maschi) e ha trovato che benchè l'empatia e la compassione fossero delle caratteristiche ritenute di valore dai medici, esse erano però identificate come delle caratteristiche comunque associate alla promozione e alla carriera.

Un altro fattore addizionale può essere il fatto che le donne sentono una tensione nel ruolo a causa delle richieste del "secondo turno". Le donne medico si prendono cura dei pazienti durante tutto il giorno come la loro controparte maschile ma devono farsi carico della maggior parte delle responsabilità nel prendersi cura delle loro famiglie di notte.

Johnson[23] e altri hanno dimostrato che nei matrimoni tra due medici le donne sono quelle che più frequentemente devono trovare degli aggiustamenti alla loro carriera mentre gli uomini lo fanno meno frequentemente. Essi hanno anche dimostrato che quando uomini e donne non hanno figli hanno carriere equivalenti.

I conflitti lavoro-famiglia possono esercitare uno stress particolare sulle donne medico. E' possibile che tutti questi fattori contribuiscano in qualche modo all'aumentata vulnerabilità delle donne medico.

Prospettive emergenti

In anni recenti sono stati fatti alcuni sforzi per porre rimedio a questi problemi. In letteratura cominciano a comparire articoli sempre più numerosi a proposito del benessere professionale e del professionalismo, che comprende l'autocoscienza e la crescita personale[24,25]. Il benessere del medico comincia ad emergere come interesse che trascende le specialità.

La prima Conferenza Internazionale sulla Salute del Medico ha avuto luogo grazie agli sforzi congiunti dell'American Medical Association e della Canadian Medical Association. Questa conferenza è stata ripetuta ogni 2 anni a partire dal 1996; quella del 2000 si è tenuta a Charleston, Sc.

Ogni stato adesso ha un programma disponibile per i medici in difficoltà. Nel Tennessee la Tennessee Medical Association ha un Programma per la salute del medico che si occupa della cause dell'inabilità medica: abuso di sostanze, patologie dell'umore e altre patologie psichiatriche.

Modalità per promuovere la salute dei medici I problemi associati all'invalidità del medico possono dare origini a gravi patologie e disfunzioni ed essere causa di morte. Occuparsi di questi problemi dovrebbe essere una priorità a livello istituzionale[26].

Sono necessari dei programmi di addestramento che rendano i medici coscienti dei loro rischi da stress psicosociale, in particolare del suicidio. I singoli medici devono divenire coscienti di questi problemi e avvicinarsi ad essi a livello personale.

E' importante per i medici praticare ciò che predicano per i pazienti: sani stili di vita fanno probabilmente bene non solo alla popolazione generale ma anche ai medici. Cose semplici come dormire abbastanza, mangiare regolarmente ed essere curati da un medico sembrano più che logiche.

Per avere un supporto emozionale contro lo stress nella pratica medica è anche necessario porsi limiti appropriati e avere attività significative al di fuori del lavoro. Questo significa un'accresciuta consapevolezza dei problemi che abbiamo discusso. (Quanti medici sono consapevoli che il loro tasso di suicidio è doppio rispetto a quello della popolazione generale?)

Questi cambiamenti non saranno possibili se non si sfida la attuale, implicita definizione di impegno e competenza professionale. I medici devono accettare la nozione che la competenza professionale comprende anche la compassione verso gli altri medici e verso se stessi.

Può essere difficile inizialmente creare un modello di professionalismo che non sia basato sul lavoro come droga e che non richieda una malsana autonegazione e uno stile di vita masochistico. È responsabilità e dovere della professione medica e della società fornire, qualora manchino, servizi di supporto ai medici in difficoltà.

Negli U.S.A. ogni Stato ha attivato almeno un programma residenziale o semiresidenziale per medici inabili.

In Spagna l'Associazione Medica di Barcellona ha dato inizio ad un programma (PAIME) per la salute dei medici malati che si è dimostrato estremamente efficace e che verrà esteso alle altre province spagnole.

Nulla di simile, per ora, esiste in Italia.

I dati citati riguardano il mondo anglosassone (U.S.A., Canada, Inghilterra) e sono stati reperiti in articoli pubblicati su riviste di lingua inglese, dall'AMA e dalla Canadian Medical Association. Su questi argomenti non esistono dati pubblicati in Italia.

Paola Mora
Segretario Generale
Centro di Formazione Albert Schweitzer

Torino, 19/11/2002