

Lavoro emotivo e benessere professionale: uno studio qualitativo tra gli specializzandi in oncologia

Natascia Bobbo¹, Paola Rigoni²

¹Ricercatrice, Pedagogista (Università di Padova), ²Sociologa, Educatore professionale

Sinossi. Introduzione: il lavoro emotivo è parte essenziale del lavoro del medico in oncologia, pur tuttavia esso non è oggetto di attenzione formativa, né di riconoscimento economico. Lo scopo di questa ricerca è stato quello di descrivere e comprendere i livelli di consapevolezza di un gruppo di medici specializzandi in oncologia rispetto al lavoro emotivo da loro espresso quotidianamente. Metodo: è stato realizzato uno studio qualitativo orientato dal paradigma fenomenologico ermeneutico, mediante l'utilizzo di colloqui con protocollo snello, orientati a stimolare la riflessione e consapevolezza di giovani medici coinvolti sul loro lavoro emotivo e sulle strategie che essi attivano di fronte ad eventi dal forte arousal emotivo. Per l'analisi dei testi registrati e trascritti si è utilizzato il software Atlas.ti 7; la codifica è stata effettuata mediante le categorie di analisi: distanza emotiva, empatia, dissonanza vs regolazione emotiva, metacognizione emotiva. Risultati: si è evidenziata una confusione semantica da parte dei partecipanti ai colloqui tra il termine distanza emotiva ed empatia, spesso assimilate ad un unico atteggiamento. La necessità di adempiere al loro ruolo secondo una visione razionale dello stesso induce gli specializzandi ad evitare spesso di realizzare una introspezione sugli stati emotivi provati di fronte alle situazioni più sfidanti. Discussione: si sono individuati tre temi trasversali nelle parole dei soggetti coinvolti: la necessità di operare una cura che deve rispondere ai criteri di scientificità e razionalità, la necessità di non confondere il proprio ruolo di medico con quello della persona malata, evitando quindi qualsiasi coinvolgimento emotivo; il bisogno di trovare ed attivare strategie di gestione dell'incertezza data dalle prognosi, mediante la razionalità che riduce il rischio a quantità probabilistica prevedibile e quindi accettabile o mediante l'*enduring* che si manifesta in un agire per routine che riempiono la mente e non lasciano spazio alle emozioni.

Keywords: lavoro emotivo, empatia, giusta distanza, oncologia, specializzazione

Abstract. Background: emotional work is an essential part of the doctor's work in oncology, even though interns are not trained for it and it has no economic recognition. The aim of this study was to describe and understand the level of awareness owned by a group of interns in an oncology unit about the emotional work they expressed daily. Method: we realized a qualitative study based on the hermeneutical phenomenological paradigm; interviews with lean protocol was chosen with the aim to stimulate the reflection of participants about their emotional work and the strategies they activate to cope to high arousal events. The software Atlas.ti 7 was used for the analysis of recorded and transcribed texts; data were codified using the following categories: emotional distance, empathy, dissonance vs emotional regulation, emotional metacognition. Results: a semantic confusion was evidenced in the interviews between emotional distance and empathy. The need to express a rational approach to the illness leads the participants to avoid often any introspection on the emotional states experienced in the face of the most challenging situations. Discussion: three transversal themes were identified in the words of the subjects: the need to operate a cure that must meet the criteria of scientific and rationality, the need not to confuse one's role as a doctor with that of the sick person, thus avoiding any emotional involvement; the need to find and activate strategies for managing uncertainty given by prognoses, *enduring*.

Keywords: emotional labour, empathy, oncology, internships

Introduzione¹

Il lavoro emotivo viene definito come l'insieme delle pratiche, consapevoli e non, utili a gestire o esprimere le emozioni messe in atto da un professionista al fine di rispondere in modo adeguato alle sue aspettative di ruolo (Pugliesi, 1999).

Brotheridge e Grandey (2002) distinguono tra il lavoro emotivo focalizzato sul ruolo professionale e quello focalizzato sul professionista. Nel primo caso, in base al tipo di mansione o ruolo professionale ricoperto, una serie di regole, più o meno esplicite, vincolano il soggetto nell'espressione o controllo di definite emozioni, utili ad aumentare la soddisfazione del cliente-paziente, mantenere inalterata la gerarchia aziendale, etc. Nel secondo caso, ci si focalizza invece sullo sforzo, in termini di energie mentali e fisiche, che il singolo operatore deve mettere in atto per esprimere o gestire le emozioni che le situazioni ed esperienze professionali possono far emergere in lui e che non sembrano comunque adeguate al ruolo ricoperto (Hochschild, 2012, p. 57). In questo caso la persona può vivere una dissonanza emozionale nei momenti in cui le emozioni che lei spontaneamente prova e che vorrebbe esprimere devono essere tacitate perché in contrasto con le emozioni che è lecito in quel dato contesto o situazione provare ed esprimere (Totterdell & Holman, 2003). L'utilizzo di due termini, provare ed esprimere, non è casuale perché di fatto la regolazione emotiva può avvenire su due livelli, uno più superficiale e uno più profondo. La regolazione superficiale consente al professionista — che abbia appreso tale tecnica — di esprimere un'emozione che in realtà non sta provando: lo può fare mimando i gesti e gli sguardi o il tono di voce che meglio possono esprimere, nel linguaggio non verbale culturalmente connotato, l'emozione target. La regolazione profonda permette invece, attraverso tecniche interpretative specifiche, di provare (almeno intenzionalmente) la stessa emozione che in quel momento appare opportuno esprimere. In pratica, in questo caso, il professionista che deve, ad esempio, esprimere compassione e cordoglio per i famigliari di un paziente in situazione critica, accorgendosi di non provare emozioni coerenti, cerca di interpretarle, ricordando dentro di sé esperienze di vita passata e personale nelle quali ha provato quella stessa emozione. In questo modo, viene meno la dissonanza emotiva — perché l'emozione non viene semplicemente mimata — ma l'espressione coincide con quanto provato, se pur sull'onda di un ricordo e non per la situazione presente: la situazione che fa da stimolo all'emozione, di fatto, non è la tragedia famigliare delle persone che l'operatore ha di fronte, ma una sua personale esperienza di sconforto o di lutto (Hochschild, 2012, pp. 37-42).

L'empatia viene definita come uno stato affettivo reso isomorfo da un individuo con quello di un'altra persona mediante l'osservazione e l'interpretazione del suo atteggiamento e/o linguaggio verbale (Singer 2009). Non è possibile però ridurre l'empatia ad un solo stato affettivo perché essa implica anche l'attivazione di processi cognitivi e comportamentali (Sroufe, 1996) necessari a comunicare all'altro ciò che l'altro prova in un linguaggio che l'altro può comprendere perché rispondente al suo stesso sentire (Sabo, 2006). Esprimere empatia si concretizza dunque nel percepire il mondo dell'altro come se si fosse l'altro, senza perdere di vista la propria identità e singolarità (non è una fusione di intenti e sensazioni) e, contestualmente, astenendosi dal giudizio nell'atto di comprendere ed interpretare i sentimenti dell'altro e nel comunicargli che sono stati capiti (Wiseman, 1996; Sabo, 2006). L'empatia può essere agita in modi diversi: a) livello basico, si parla di semplice mimetismo motorio che consente di interpretare e rimandare all'altro ciò che prova attraverso il solo linguaggio non verbale (se l'altro è triste non sorridiamo); b) livello medio, si attiva un processo cognitivo di tipo semplice e semplificato per il quale si cercano nella personale esperienza momenti o fatti che possano avere analogie con quanto sta attraversando l'altra persona e, ricordando le emozioni provate in quel momento, si deduce lo stato emotivo dell'altro, se pur in modo del tutto approssimativo; c) livello elevato, si attivano processi cognitivi e comportamentali più complessi che

¹ Il contributo è stato curato dalle due autrici in un'ottica di condivisione e collaborazione. In particolare, N. Bobbo ha scritto e curato i seguenti paragrafi: Introduzione; Il bisogno di controllo di fronte all'incertezza dell'umana sofferenza; Implicazioni per la futura formazione dei medici specializzandi. P. Rigoni ha scritto e curato: Disegno della ricerca; Metodologia della ricerca; Risultati; La concezione della cura e il ruolo del medico curante tra gli specializzandi in oncologia.

implicano l'entrare in comunicazione con l'altra persona, la presa in considerazione di un sistema di fatti ed esperienze che appartengono alla sua storia di vita e, insieme, le conoscenze disciplinari e professionali che possono aiutare nell'inferire il suo sentire, anche attraverso l'attivazione di meccanismi di *role taking* (Larson & Yao, 2005).

I processi che consentono di attivare la risposta empatica —cognitivi, comportamentali e affettivi — implicati nel tentativo di interpretare il sentire dell'altro e di rispondervi in modo adeguato ad aiutarlo a sentirsi meglio, possono a pieno diritto essere considerati parte sostanziale, almeno in determinate professioni, del lavoro emotivo.

Tali sforzi, cognitivi, emotivi e comunicativi, possono avere degli esiti negativi sul piano personale ed affettivo, per le seguenti ragioni:

- per la dissonanza emotiva che rischia progressivamente di minare la possibilità per l'individuo di mantenersi in contatto con la propria emotività; questo può avere risvolti pericolosi per l'identità della persona e per la sua intelligenza emotiva, fino ad esporla al burnout per compromissione del suo benessere professionale (in ragione di fenomeni di depersonalizzazione, esaurimento emozionale, perdita di autostima (Maslach));

- per le reazioni parallele che l'operatore può avere di fronte a risposte non coerenti da parte dei pazienti-utenti rispetto ai suoi sforzi emotivi: come rabbia in risposta all'aggressività, o preoccupazione e compassione per reazione ad esiti negativi o funesti (Hochschild, 2012, p. 187).

L'impatto e il costo del lavoro emotivo in termini di benessere dell'operatore dipendono in larga misura dalla frequenza e qualità delle interazioni che possono costituire fattori di *arousal*; dalla varietà delle emozioni che viene richiesto esprimere agli operatori (negative, positive, etc.); dalle esperienze di dissonanza emotiva vissute in termini di quantità e qualità; dal livello di consapevolezza emotiva intrapersonale che le persone sperimentano o possono raggiungere; dal riconoscimento, anche economico, o meno del lavoro emotivo svolto e delle sue possibili ricadute sulla salute della persona (Kruml & Geddes, 2000; Grandey, 2000).

Vi è però un ultimo aspetto che rientra a tutti gli effetti nel computo degli sforzi legati al lavoro emotivo, ma che troppo spesso viene completamente trascurato, disatteso o semplicemente ignorato: il lavoro che cognitivamente e metacognitivamente deve essere svolto da ogni professionista per dare un senso all'interno del suo orizzonte esistenziale e valoriale, in coerenza alla sua identità ed intenzionalità personale, a tutte le emozioni suscitate nella pratica professionale e tacitate per coerenza al proprio ruolo (Park & Folkman, 1997; Honsakalo, 2006). Che ne resta di tutto quel magma di emozioni che il lavoro, l'etica professionale, la necessità di produrre un risultato sul piano lavorativo, chiedono di tacitare, di allontanare, di non esprimere? Tutto quel magma viene spesso rimosso, senza essere gestito, affrontato, e senza che possa divenire bagaglio per affrontare nuove esperienze (Cox, MacAdams, 2014).

Tra i molti professionisti e tirocinanti che sono ogni giorno esposti al rischio di vedere compromesso il loro benessere professionale in ragione del lavoro emotivo che debbono compiere pur senza alcuna formazione specifica o riconoscimento, i soggetti che appaiono più a rischio sono gli operatori della salute e, tra questi, coloro che lavorano su patologie potenzialmente terminali. Si è scelto, dunque, di concentrare il focus di questa ricerca esplorativa sui medici specializzandi in oncologia. Per ogni giovane medico, il periodo trascorso in specializzazione, infatti può rappresentare una occasione di apprendimento e formazione, ma anche un momento particolarmente sfidante, data la responsabilità assunta e la necessità, per la prima volta, di interagire in modo del tutto autonomo con i pazienti (Dyrbye et al., 2014). In particolare, la specializzazione in oncologia, implica la necessità di confrontarsi con pazienti giovani, adulti ed anziani con una diagnosi potenzialmente terminale, e in ogni caso minacciante la loro identità di persone sane. Ne consegue che nell'interazione a scopo di diagnosi e terapia tra medico specializzando e paziente oncologico i livelli di comprensione implicano la messa in gioco di competenze emotive di tipo intra e interpersonali (Bobbo, 2015).

Disegno della ricerca

Date queste premesse si è deciso di realizzare una indagine qualitativa, secondo il paradigma interpretativo fenomenologico-ermeneutico (Reinharz, 1983; Ricoeur, 1983; 1993; Gadamer, 2000). Secondo tale prospettiva, l'oggetto di interesse del ricercatore non è tanto l'esperienza in sé ma

l'esperienza vissuta da un soggetto in un preciso istante della sua vita e il significato personale che essa viene ad assumere per lui e per la sua storia di vita (Mortari,). In coerenza a tale paradigma, si è scelto di procedere attraverso colloqui guidati da un protocollo snello, perché l'intento era quello di ascoltare i vissuti emergenti dalla quotidianità professionale di un gruppo di medici specializzandi in oncologia: volevamo stimolarli ad esplicitare quelle stesse emozioni che il loro agire professionale rende tacite, per cogliere il lessico e i toni da loro usati per descriverle.

I contenuti del colloquio sono stati sollecitati da poche domande: nello specifico, è stato chiesto loro di dare una propria definizione di empatia e di giusta distanza emotiva; di raccontare un episodio particolarmente difficile della loro esperienza in reparto e, in ultima istanza, di raccontare come vivessero la morte di un paziente.

Metodologia di ricerca

La tappa preliminare di questa indagine ha previsto in primo luogo la richiesta formale all'Istituto Oncologico Veneto di poter svolgere uno studio di ricerca con gli specializzandi ivi operanti. Il direttore sanitario ha accolto la richiesta, perciò si è potuto procedere con la presentazione del progetto di ricerca al direttore della divisione medica di oncologia. In seguito alla sua approvazione, il progetto è stato presentato agli specializzandi di oncologia.

Il target dei soggetti coinvolti è stato dunque, come anticipato, identificato negli specializzandi in oncologia medica esercitanti presso la sede dell'Istituto Oncologico Veneto, immatricolati a uno qualsiasi dei cinque anni di corso nell'anno accademico 2017 - 2018.

È stato utilizzato il metodo di campionamento casuale semplice, attribuendo la stessa probabilità di selezione: ciascuno specializzando ha avuto quindi la stessa probabilità di entrare a far parte della ricerca.

Come già affermato, in accordo con alcuni autori (Rapley, 2004), si è deciso di utilizzare il colloquio come strumento adeguato non tanto per avere un accesso diretto ai fatti, agli eventi o per trascrivere semplicemente un racconto diretto delle esperienze, ma per cogliere una rappresentazione o una descrizione della realtà delle persone che abbiamo incontrato. Riteniamo altresì che l'interpretazione della propria esperienza sia di per sé conoscenza (secondo la prospettiva fenomenologica – ermeneutica dell'autocomprensione), e per il ricercatore un elemento importante per la costruzione della descrizione del fenomeno in esame.

È stato scelto il metodo del colloquio guidato con protocollo snello per la sua peculiarità di essere frutto di una collaborazione e per la possibilità che ne emerge di dare un ruolo di partecipanti attivi alle persone coinvolte (Silverman, 2008).

Le suggestioni proposte durante il colloquio con gli specializzandi sono state introdotte attraverso alcuni particolari argomenti. La “giusta distanza” è tema latente, ma presente, nei sistemi di cura ed è noto come per ogni operatore della salute siano fondamentali nella dimensione emotiva la conoscenza e la gestione della giusta distanza, anche attraverso un atteggiamento equilibrato ed empatico. Nel contesto di questa ricerca si è ritenuto di poter utilizzare la distanza emotiva e l'empatia come trigger, per innescare una reazione nel momento in cui venisse chiesto di darne una personale definizione. Il secondo argomento, l'empatia, è stato ulteriormente indagato collegandolo ad eventuali comportamenti prosociali competenti (Eisenberg, 1990).

Per la metacognizione emotiva e la regolazione - dissonanza emotiva si è fatto riferimento alla Tecnica dell'Incidente Critico (Flanagan, 1954), attraverso il racconto di un episodio problematico, utilizzata in ambienti educativi per la sua capacità di stimolare una riflessione attraverso la rievocazione di un evento significativo, nel quale la persona valuta a livello introspettivo il significato di quell'evento e la sua rielaborazione (Nuzzacci, 2011).

Prima di procedere con le interviste, si è stabilito un numero minimo-massimo di soggetti da coinvolgere (15-20), su trentaquattro iscritti alla specializzazione, ritenendo tale numerosità conveniente alla popolazione di origine.

L'analisi qualitativa è stata realizzata sui contenuti dei colloqui audio registrati e interamente trascritti. Per l'analisi del testo è stato utilizzato il software *Atlasti* 7. Prima di procedere alla codifica del materiale trascritto, si sono definite le categorie di analisi (nel software chiamate famiglie); sono

state identificate le seguenti famiglie: empatia, giusta distanza, regolazione e dissonanza emotiva, metacognizione emotiva. È stato utilizzato un metodo di confronto costante nelle esperienze dei partecipanti per cogliere significati comuni, temi ricorrenti, utilizzo di particolari frasi e di particolari parole. Ogni partecipante è stato considerato una fonte di dati separata.

Risultati

Sono stati realizzati 20 colloqui. I medici specializzandi che sono stati coinvolti erano 14 femmine e 6 maschi. Di seguito i risultati dell'analisi testuale effettuata sui brani trascritti dei colloqui con i giovani medici coinvolti nello studio e realizzata seguendo la codificazione già definita.

Famiglia: distanza emotiva

In questa famiglia vengono riuniti i seguenti codici, così come esito della codifica: *equilibrio; lucidità; non c'entro.*

In alcuni frammenti di colloquio la distanza emotiva viene definita come un equilibrio tra la componente umana e la professionalità che i medici sono chiamati ad esprimere

«Nel senso che è molto importante penso la consapevolezza del ruolo, cioè che in quel momento lì non sei per fargli compagnia, anche, ma attraverso una modalità molto concreta che è cercare e provare con le cose che hai a disposizione di rispondere ai bisogni anche oggettivi soprattutto del paziente.» (id.04)

«Una giusta distanza è comunque il fatto di non portarti per esteso il lavoro a casa. Nel senso ci deve essere, si deve vedere la professionalità, le competenze e anche in qualche modo la vicinanza umana al paziente. Al di là delle competenze si deve anche instaurare un rapporto, soprattutto nel nostro ambito. Se non ci fosse un po' di componente umana rischieremo, soprattutto in alcune situazioni dove magari non c'è da fare oppure poco da fare, si di essere molto robotici.» (id.08)

«La distanza emotiva è riuscire ad avere un equilibrio, non affettività, è una critica di quello che sta accadendo, c'è un distacco che ti permette di prendere una decisione in qualche modo per il bene del paziente. Quest'equilibrio qui in qualche modo è la distanza.» (id.18)

In diversi colloqui compare il termine lucidità, una ragionevolezza che il medico non deve perdere per fare fronte alle necessità di cura del paziente.

«Riuscire a rimanere lucido, nel senso non lo so non essere troppo coinvolto, perché è impossibile nel senso per come siamo noi comunque rimani coinvolto con il paziente.» (id.05)

Essere alla giusta distanza significa anche rendere palese agli altri e a sé stessi che la vicenda del paziente non è la propria vicenda.

«Essere coinvolto nelle emozioni del paziente, ma senza che diventino tue, cioè comprenderle appieno, ma lasciarle lì.» (id.10)

«La giusta via di mezzo tra non essere totalmente apatici e quella di non essere completamente empatici cosa che potrebbe portare al suicidio nel giro di due settimane in questo posto.» (id 14)

«Ma io non c'entro. Non ci ho mai pensato perché penso più all'obiettivo, e penso più a far uscire le emozioni che magari diversi pazienti trattengono e saltano fuori i momenti successivi, meglio che venga fuori tutto dalla prima visita rispetto che salti fuori dopo.» (id.01)

Famiglia: empatia

L'empatia è sembrato essere un costrutto poco conosciuto; il tentativo di darne una definizione spesso si palesa in modo confuso, e nei contenuti simile alla giusta distanza. I codici individuati sono: evitare; ruolo; filtro.

«Cerco di non mettermi mai nei suoi panni perché altrimenti se mi metto nei suoi panni la cosa mi sembra gigantesca. Quindi mi avvicino a lui, tento di capirlo il giusto per riuscire ad aiutarlo, però evito totalmente di mettermi nei suoi panni.» (id.07)

«È molto importante penso la consapevolezza del ruolo, cioè che in quel momento lì non sei per fargli compagnia, anche, ma attraverso una modalità molto concreta che è cercare e provare con le cose che hai a disposizione di rispondere ai bisogni anche oggettivi soprattutto del paziente.» (id. 04)

«In questa professione a volte ti viene richiesto di mettere un filtro, credo [l'empatia] sia questo.» (id. 19)

«Mantenere un rapporto di empatia, di comprensione, però allo stesso tempo di rapporto medico – paziente.» (id. 01)

Famiglia: Regolazione e dissonanza emotiva

Agli specializzandi è stato chiesto di raccontare una situazione particolarmente faticosa da gestire. Dall'analisi è stato possibile codificare i seguenti temi: *lucidità; strategie non adattive; strategie adattive; dissonanza emotiva.*

Le strategie di regolazione messe in atto vedono spesso ri - emergere il ruolo del medico che deve rimanere lucido e razionale. Il presupposto di partenza è che le necessità di cura del paziente non siano di tipo emotivo, ma clinico-terapeutico.

«Nel senso a volte presi da una frenesia di fare tante cose così, a volte dopo un po' che vedi le cose ci dai fin troppo poco peso. Nel senso che può essere sbagliato, ma capita così, nel senso che ti dicono che è morto un tuo paziente e tu vai avanti a fare altre cose. Magari a volte non ti fermi neanche veramente a prendere atto della cosa. A volte ci passi un po' sopra, magari a volte non ti dai il tempo.» (id.03)

«...quando uno dà tutto quello che c'è da fare dal punto di vista di quelle che sono le evidenze scientifiche, cioè il meglio dal punto di vista di terapia e il discorso della vicinanza, ecco non vedo spazio per altre cose.» (id. 08)

Di fronte ad un parente che piange, o ad un paziente giovane a volte si mettono in atto strategie non sempre adattive: alcuni esempi di coping evitante e soppressione del pensiero.

«Vai per constatare che la persona è morta e in quel caso compio gesti estremamente ripetitivi. Estremamente professionale, più ferma, più fredda e distaccata possibile e cerco proprio di essere quasi invisibile al parente che generalmente sta già piangendo quando arrivo in stanza, e di non essere neanche invadente nel voler constatare il decesso.» (id.13)

«Soprattutto con i pazienti giovani non è facile, di momenti difficili ce ne sono stati diversi. Di solito mi viene rabbia, quando ci sono problemi di gestione nell'accompagnamento finale, problemi burocratici, quando dovrebbero essere fatti interventi di terapia in domiciliare perché il tempo è poco. Però mi libero facilmente dalle emozioni, evito di portarmi le cose a casa.» (id. 19)

Mentre strategie adattive conducono a una rivalutazione cognitiva dell'esperienza, all'accettazione della sofferenza dell'altro, regolando l'intensità delle proprie emozioni.

«È stato un momento difficile perché è stato il primo vero approccio con un paziente coetaneo, quindi ho sperimentato la sofferenza di una persona giovane e non connessa l'invecchiamento. Un momento importante, formativo. In quell'esperienza ho scoperto quanta forza possa comunicare in alcuni casi un paziente. Molto spesso sono i pazienti a dare dei moniti importanti al medico e a trasmettere forza e volontà di vivere. Io sono convinta che loro sono sempre o comunque quasi sempre perfettamente consapevoli della loro situazione anche quando si cerca di nascondere perché a volte i familiari preferiscono nascondere.» (id.16)

In alcuni casi sembra emergere una dissonanza emotiva, le emozioni sono agite a livello basico attraverso il solo linguaggio non verbale.

«Non c'è un evento, ma proprio il paziente oncologico giovane. Faccio fatica a parlarci, sia col paziente giovane, ma anche con la famiglia. Una difficoltà che trovo ogni volta.» (id.15)

«La morte è la fine di un percorso lungo che facciamo insieme, però deve essere dignitosa, accompagnata. Io non riesco a fare le condoglianze, io preferisco abbracciare, stretta di mano, sorriso. Con le parole sono in difficoltà» (id. 09)

Famiglia: Metacognizione emotiva

Vi sono poche testimonianze di una vera e propria metacognizione emotiva messa in atto e vissuta da questi giovani medici. Quello che viene espresso è piuttosto un insieme variegato di tentativi per venire a patti con le proprie emozioni e per non permettere loro di interferire con la propria professionalità. I temi ricorrenti sono: *arginare; andare avanti; non pensarci; razionalità; cambiamento.*

«Cercare di arginare, facendo altro o pensando ad altro, e dire questo è il decorso clinico che ha il paziente, le possibilità terapeutiche arrivano fino a lì e quello che posso fare comunque è un supporto, però senza caricarmelo sulle spalle.» (id. 02)

Gli stratagemmi sono vari: ripetersi di “aver fatto tutto il possibile”, l’urgenza di occuparsi subito di un altro paziente.

«Le prime volte ci stai male, nel senso che vedi il paziente, poi tutto il rapporto con i familiari dopo non è facile da gestire e so che devo imparare a farlo meglio. Poi si va avanti.» (id. 03)

«Abbiamo pochissimo tempo per fare questo tipo di lavoro [ambulatorio]. Secondo me è anche un modo per non caricarsi del tutto del peso della responsabilità di quello che accade, ma anche oggettivizzare il fatto che alcune cose andranno così, e noi non possiamo oggettivamente fare nulla.» (id.09)

Di fatto questa necessità di proteggersi, di non andare a fondo delle emozioni provate, è qualche cosa che è condiviso da molti.

«Con i colleghi qui del reparto, mi ha fatto piacere vedere che loro pensavano le stesse cose che pensavo io, Sì, ho visto che anche loro stavano pensando quello che pensavo io, e poi alla fine non ne abbiamo più parlato, sì perché secondo me ciascuno di noi ci aveva lavorato e aveva messo da parte questa cosa.» (id.01)

Altri preferiscono usare la razionalità per elaborare le proprie emozioni.

«Questo è il mio lavoro, sono qua per questo, quindi a creare una tragedia quando chi soffre realmente sono le persone che curo e i familiari che aiutiamo, non mi pongo appunto altre riflessioni interiori.» (id.10)

Talvolta l’esperienza produce un cambiamento che è crescita umana prima che professionale.

«Un po’ ha cambiato e continuerà a cambiare nel tempo la percezione della vita, nel senso diventa tutto più razionale no a volte, però non sempre.» (id.11)

«Sono situazioni che ti lasciano un'impronta emotiva notevole, però anche uno spunto. I pazienti danno peso alle minime cose, e questo mi ha cambiato, molto.» (id.16)

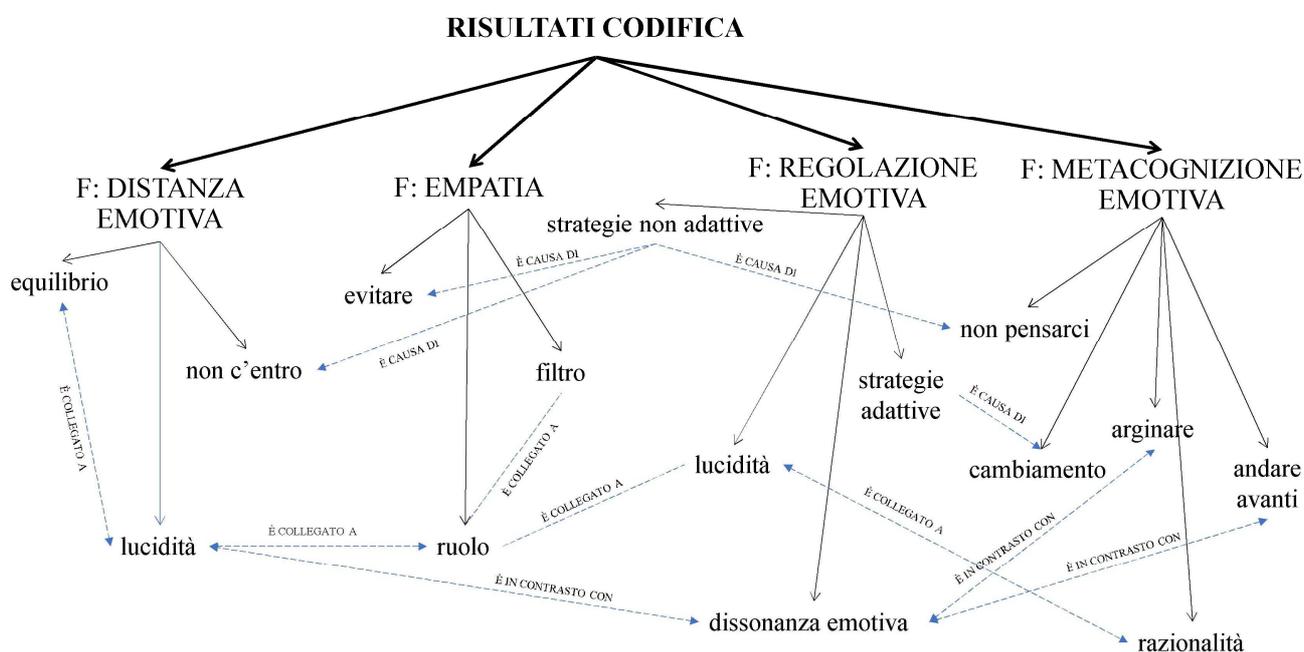
In due testimonianze si parla del carico emotivo con chiarezza: un carico che va gestito sia dentro sé stessi che nella relazione con l’altro.

«Farsi carico, legarsi al paziente in un modo equo, riuscire a gestire il carico emotivo del paziente e il proprio carico emotivo. Sfruttare, utilizzare questa spinta, anche a livello interiore, per rendere comuni gli obiettivi. » (id.15).

«Il paziente vuole guarire, magari anche in un momento di ansia e preoccupazione però essere in grado di trasformare le ansie e le preoccupazioni del paziente in un motore aggiuntivo per spingere te medico a cercare di sanarle. Senza prendere la negatività, cioè senza prendere l'angoscia o la paura, trasformarle farle diventare un motore positivo.» (id.17)

Dall'analisi dei risultati emerge il seguente grafico (Fig. 1) che si pone come premessa alla discussione perché in grado di evidenziare i collegamenti tra i diversi codici e famiglie individuabili.

Fig. n. 1



Risultati della codifica e legami evidenziabili tra i codici

Discussione dei risultati

Nella analisi riflessiva dei risultati dello studio realizzato, si palesano alcuni temi trasversali che rimandano in parte al concetto di cura e a quello di ruolo e, in parte, a quello connesso alle strategie scelte ed attivate per rispondere al proprio bisogno di controllo in un ambiente complesso.

La concezione della cura e il ruolo del medico curante tra gli specializzandi in oncologia

Quello che abbiamo ascoltato, e condiviso, nella maggior parte dei casi sono stati racconti nei quali inconsapevolmente questi medici hanno analizzato le loro esperienze emotive, il loro modo di concepire l'emotività facendo ricorso ad uno schema (implicito) ben preciso: il modello della malattia acuta, nel quale gli operatori sanitari imparano a sopprimere le loro emozioni (Assal, 1999). Inversamente nella malattia cronica, ambito in cui si situa l'oncologia, la cura a lungo termine richiede il coinvolgimento degli operatori e una forte motivazione interna alla professione (Assal, 1999, p.105).

La cura "compassionevole"², che sta diventando un **dovere** professionale per i clinici (Sinclair et al., 2016), richiede abilità complesse come l'ascolto attivo. Nelle narrazioni di questi medici leggiamo la ricostruzione di un agire che Max Weber definisce *l'agire razionale rispetto allo scopo*. Nella razionalizzazione ex post non c'è spazio per i ripensamenti, gli errori, ci si riconosce o ci si vuole raccontare come razionali "*anche laddove non lo si è stati affatto*" (La Mendola, 2009, p.26)

Si sa ancora molto poco del modo in cui venga esperita questa nuova sfida identitaria, e altrettanto poco è conosciuto sullo stress associato al lavoro dei medici, degli specializzandi della scuola di Medicina e di tutte le figure professionali che lavorano a stretto contatto con persone sofferenti e/o morenti (Tartas et al., 2016; Figley, 1995; Bobbo 2015); proprio per questo è importante prendere atto di "come" loro stessi rielaborano le loro esperienze, come interagiscono con il sistema nel quale sono inseriti, e ancora in quale modo sia possibile modificare questo rapporto spesso difficile con le

² La parola *compassion* in ambito anglossassone è molto utilizzata anche in ambito medico. Questo non accade in Italia, dove l'utilizzo laico del termine è poco frequentato.

emozioni, “che sta alla base della disregolazione emotiva, che si esprime con la tendenza a interpretare alcune esperienze come «negative» o dannose e come qualcosa che necessita di essere eliminato con tutte le strategie disponibili”(Didonna, 2009). La differenza di ruolo tra medico e paziente è imprescindibile e uscire dalle proprie cornici implicite (Sclavi, 2003) significa addentrarsi in un percorso dove si impara ad ascoltare: le proprie emozioni di medico, senza giudicarsi, quelle del paziente, senza prenderne le distanze. Quindi agire in termini di exotopia, ossia ampliare la propria professionalità a livello di ruolo curante – relazionale, come definito da una specializzanda: “*gestire il carico emotivo del paziente e il proprio carico emotivo. Sfruttare, utilizzare questa spinta, anche a livello interiore, per rendere comuni gli obiettivi.*(id.15)”.

Il bisogno di controllo di fronte all’incertezza dell’umana sofferenza

Un altro tema trasversale che emerge dall’analisi dei testi dei colloqui realizzati con questi giovani specializzandi è la loro necessità, per lo più condivisa da tutti, di trovare modalità adeguate per gestire l’incertezza data dagli esiti alterni dei diversi iter terapeutici applicati ai pazienti del servizio di oncologia nel quale operano. La necessità di gestire l’incertezza è un bisogno fondamentale che fa parte del nostro stesso essere uomini e donne che tentano di allontanare da sé il senso della propria ed altrui precarietà e limitatezza (Galimberti, 2001, pp. 48-70). Nella cultura occidentale, diversamente da quanto accade in quella orientale o nella nostra stessa cultura non scientifica che apparteneva ai nostri avi (Honsakalo, 2006), l’incertezza diviene minaccia e quindi oggetto privilegiato del controllo (Stalker, 2003): per il mondo scientifico, per la mentalità di un medico che della scienza fa la sostanza del suo essere professionale, l’incertezza non può più essere parte naturale della vita, o perfino segno della sua stessa affermazione (Arendt, 1958). Quale ambito della vita è più incerto e non controllabile della malattia potenzialmente mortale?

Le strategie che questi giovani medici sembrano mettere in atto sono e possono essere diverse: l’accettazione del rischio per alcuni diviene possibile se il margine di insuccesso terapeutico viene tramutato in un dato quantitativo perfettamente calcolabile e quindi atteso, ed è per questo che la morte *attesa* è in qualche modo vivibile con serenità (Stalker, 2003); altri, tuttavia, scelgono una strategia di *enduring* (Honsakalo, 2008), una forma di resistenza attiva. La necessità di occuparsi subito di un altro paziente, di focalizzarsi su quelle routine già previste e determinate che danno sicurezza, il non aver tempo per restare accanto alla famiglia che piange il proprio congiunto appena spirato, è l’esito adattivo e protettivo di un bisogno di non pensare la morte, di non riflettere sulle proprie emozioni. Le parole di uno dei medici coinvolti nello studio ce lo palesano chiaramente: il fermarsi a guardarsi dentro “*potrebbe portare al suicidio nel giro di due settimane*”.

Forse non c’è altro modo per affrontare quotidianamente una sofferenza umana capace di contagiare e di erodere nel profondo. Il loro modo di *hold on*, di andare avanti, è fatto di strategie che consentono di gestire l’ingestibile incertezza, la certezza di non poter avere alcuna certezza. Ma, e questa è solo una ipotesi di lavoro speculativo e forse formativo, se invece fosse possibile pensare l’incertezza come parte della nostra vita, del nostro lavoro? Se fosse possibile accettare la tristezza e il lutto come percorsi di crescita professionale, ancora prima e più dei successi terapeutici? E, soprattutto, se fosse possibile aiutare questi giovani medici a comprendere che pensare le loro emozioni è l’ultimo tassello di quel lavoro emotivo che già compiono? Un tassello però che essendo fondamentale, se trascurato annulla ogni altro sforzo, soprattutto quando la farmacologia e la chirurgia non possono più fare nulla. Allora, invece di combattere i mulini a vento, sapendo di non poterli comunque vincere, perché non lasciarli girare? Frank afferma che coloro che sanno accettare: «their vulnerability as an affirmation that the world is perfect without any exercise of their will»(1991, p. 20) trovano in questa accettazione la loro stessa libertà. Accettare che il mondo è perfetto senza che sia possibile averne il controllo è forse davvero l’unica libertà dall’angoscia che resta a questi giovani medici. Si tratta, certo, di una meta difficile da raggiungere e che richiede un percorso di presa di consapevolezza di sé e della propria interiorità non scontato; pur tuttavia, si tratta di un compito che ogni medico forse dovrebbe accettare di assumersi se vuole davvero resistere nel tempo della durata accanto alla sofferenza e alla morte. Pena, l’emergere di quei traumi secondari o quegli stati di demotivazione e esaurimento emozionale (Fingley, 1995; Maslach & Leiter, 2016) che altro non sono che cumuli di emozioni soffocate che sfociano, senza più nessuna diga possibile, nel vuoto di una professione di cura che nega sé stessa.

Implicazioni per la futura formazione dei medici specializzandi

Un'ultima breve riflessione, prima di concludere, per tentare di identificare alcuni possibili percorsi per aiutare questi giovani medici a non divenire troppo presto vecchi, spenti dalla fatica di una cura che non richiede solo competenza clinica, ma anche umana consapevolezza. Formare questi medici a divenire capaci di comunicare, di ascoltare ed ascoltarsi chiama in causa strategie che vanno oltre la didattica frontale e suggeriscono piuttosto l'utilizzo di metodi attivi: collaborative learning per sostenere la formazione di un gruppo coeso mediante l'acquisizione della capacità di collaborare e co-costruire conoscenza non solo disciplinare ma anche sul paziente e il suo vissuto esperienziale (Dillenbourg, 1999, p. 18; Bobbo, 2015, pp. 189-192); role-playng con videoregistrazione delle interazioni e successiva discussione sulle stesse (Nestel & Tierney, 2007).

La letteratura su questi temi ci indirizza inoltre a definire come necessità imprescindibile il sostenere in questi giovani medici l'acquisizione di definite strategie di self-care e di coping costruttivo (Kravits et al., 2010), utili a consentire loro di affrontare gli imprevisti, di gestire l'incertezza (Yassen, 1995). Ma utili, soprattutto, a trovare spazi altri per poter recuperare le energie che il proprio lavoro prosciuga, rilassare il proprio corpo dalle rigidità dovute alla tensione, incontrare persone amiche che ascoltano e sorreggono nel cammino, coltivare la propria mente anche attraverso l'esperienza estetica (Pearlman, 1999; Csikszentmihalyi, 2008, pp. 43-93; Alfermann, Stoll, 2000). Darsi un tempo per vivere deve cioè divenire un diritto per poter proseguire nella propria professione in modo coerente ai principi per i quali si è scelta, lasciando dietro di sé l'idea distorta che impegnare il proprio tempo a prendersi cura di sé possa essere una perdita di tempo: un medico oncologo non può non avere ben chiara la preziosità dei tempi di vita. Una seconda indicazione suggerisce l'opportunità di utilizzare alcuni strumenti di automonitoraggio per permettere a ciascuno di valutare il proprio stato di benessere professionale e, nel caso si evidenziassero problemi, di cercare aiuto prima di cadere dentro la propria solitudine angosciosa³.

Tuttavia, tutto ciò non può bastare: occorre cercare oltre, occorre identificare che cosa davvero potrebbe servire a questi giovani professionisti per oltrepassare la soglia della difesa ad oltranza che allontana e raggiungere la capacità di proteggersi avvicinandosi all'altro che soffre, e poter vedere l'altro secondo una prospettiva completamente diversa. Qualcuno di loro, in realtà, sembra averlo già intuito: nelle situazioni limite è il paziente che può offrire qualche cosa al medico, perché la malattia lo ha costretto in una condizione dalla quale non può fuggire. Egli non può nascondersi, non può non essere in turno. Il paziente oncologico è immerso nella sua condizione (Charmaz, 1997), non ha vie di fuga, sa che le capacità del medico non sono infinite. Seguendo questo pensiero, allora, la strategia formativa che qui si vorrebbe proporre prima e oltre le altre, si definisce in un setting vuoto ma luminoso, aperto ma che dà sicurezza laddove un gruppo di giovani medici possano fermarsi a pensare a coloro che hanno lasciato dietro di sé, a quei pazienti che se ne sono andati, e soprattutto a riflettere su ciò che quei pazienti hanno lasciato loro in custodia. L'apprendimento riflessivo parte dal presupposto che riflettere sulle proprie esperienze non è cosa scontata e, proprio per questo, è il formatore che deve farsi carico di stimolarla, scegliendo i materiali capaci di evocarla secondo obiettivi formativi definiti e poi gestendo il flusso dei pensieri, i ritmi di conversazione interni al gruppo (Branch, 2010; Jordi, 2011). L'apprendimento riflessivo ha le sue radici nell'apprendimento dall'esperienza teorizzato da Dewey (1933) e successivamente da Kolb (1984), e si definisca secondo Boud e colleghi (1988) in tre fasi: ritorno all'esperienza, analisi della stessa, sua rivalutazione in termini di dimensione emotiva dell'esperienza vissuta e conseguente integrazione di tale nuova consapevolezza come fattore di arricchimento dell'identità del discente. Quali materiali utilizzare per far emergere i ricordi del passato o i racconti del presente, potrà essere oggetto di scelta personale da parte del formatore, come già suggerito, in base alle sue capacità e sensibilità specifiche: immagini, fotografie, disegni, carte e parole potranno essere evocative di esperienze che invece di essere ricacciate indietro, sapranno trovare spazio per essere comprese e trasformate in saggezza, una

³ Stamm (2010) ha elaborato il ProQol Test, un questionario per la valutazione della qualità di vita professionale disponibile sul web in diverse lingue per l'auto-somministrazione. Gli autori hanno anche pubblicato sempre sul sito dedicato le modalità di auto-scoring.

saggezza pratica che diviene capacità di comprendere che cosa sia vivere bene, per ciascuno di loro (Goodfellow, 2003), essendo medici e, ancora prima, essendo uomini e donne. Forse, più di tutto, essendo adulti che, come tali, non possono non prendere consapevolezza del fatto che l'incertezza esterna non legittima l'incertezza interna (Chabot, 2014). Essere adulti è lottare per trovare nell'abisso degli impegni quotidiani una direzione, una possibilità, restando aperti anche all'incertezza di quella possibilità. Come medici non possono non notare come l'altro con la sua mancanza esiga eticamente la loro sollecitudine e che, per questo, sia richiesto loro di interrompere il flusso della riflessione su di sé per poter raggiungere un livello più alto di consapevolezza, dato dalla connessione con l'altro (Ricoeur, 1990): *only by publicly discussing our needs can we begin to assess their impact on the lives of others. And only by assessing their impact on the lives of others, can we determine their rationality, or compatibility with the general interest of all concerned*" (Ingram, 1990). La disegualianza di potenza, la diminuzione o distruzione di possibilità di essere e di agire date dalla malattia e vissute come minacce all'integrità di quell'io, chiama in causa l'iniziativa come potere di fare per l'altro ciò che egli non può più fare da solo: testimoniare nel tempo il suo passaggio su questa terra, affinché non sia avvenuto invano (Ricoeur, 1993).

Limiti della ricerca

L'obiettivo della ricerca era quello di cogliere l'universo di significati sul lavoro emotivo appartenente a questo gruppo sociale, ma ci si è ritrovate imbrigliate in un "gioco di ruoli", dove gli specializzandi spesso si sono descritti senza uscire dalla cornice weberiana dell'azione razionale implicita nel ruolo di medico. Nel tentativo di aprire insieme a loro, attraverso un approccio dialogico, un varco sulle emozioni, siamo state specchio – e non finestra (per uscire) – del loro ruolo. Questa riflessione è nata in sede di trascrizione dei colloqui, dove si faceva spazio, tra un frammento e l'altro, la sensazione di non essere del tutto usciti, né loro né noi, dalle nostre cornici implicite, ossia da alcuni presupposti circa l'iter di formazione - educazione in ambito medico nel quale il lavoro emotivo e i compiti di rielaborazione delle emozioni che esso richiede, sono ancora troppo poco affrontati e riconosciuti.

Bibliografia

- Alfermann, D., Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and wellbeing. *International Journal of Sport Psychology*, 31(1): 47-65.
- Arendt, H. (1958). *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Assal, J. P. (1999). Revisiting the approach to treatment of long-term illness: from the acute to the chronic state.: A need for educational and managerial skills for long-term follow-up. *Patient education and counseling*, 37(2), 99-111.
- Bobbo, N. (2015). *La fatica della cura*. Padova: Cleup.
- Boud, D., & Walker, D. (1998). Promoting reflection in professional courses: The challenge of context. *Studies in higher education*, 23(2), 191-206.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of vocational behavior*, 60(1), 17-39.
- Branch, Jr, W. T. (2010). The road to professionalism: reflective practice and reflective learning. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 327-332.
- Chabot, P. (2014). *Burn-out globale. La malattia del secolo*. Milano: San Paolo Spiragli.
- Charmaz, K. (1997), *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Cox, K., & McAdams, D. P. (2014). Meaning making during high and low point life story episodes predicts emotion regulation two years later: How the past informs the future. *Journal of Research in Personality*, 50, 66-70.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *Flow. The psychology of optimal experience*. New York: Harper Collins Publishers.
- Dewey, J. (1933). *How we think: a restatement of the relation of reflective thinking to the education process*. Boston: Heath.

- Didonna, F. (2012). *Manuale clinico di mindfulness*. Milano: Franco Angeli.
- Dillenbourg, P. (1999). *Introduction; What do you mean by "collaborative learning"?* in: Dillenbourg P. (a cura di): *Collaborative Learning. Cognitive and Computational Approaches*. Amsterdam: Pergamon Elsevier, pp. 1-19.
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14(2), 131-149.
- Fingley, C. R. (editor) (1995). *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat traumatized*. New York: London Routledge.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327.
- Frank, A. W. (1991) *At the will of the body: Reflections on illness*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.
- Gadamer, H.G. (2000). *Verità e Metodo*. Milano: Mondolibri.
- Galimberti, U. (2001). *La terra senza il male. Jung: dall'inconscio al simbolo* (Vol. 6). Milano: Feltrinelli Editore.
- Gardner, H. (1992). *Multiple intelligences*. Minnesota Center for Arts Education.
- Goodfellow, J. (2003). Practical wisdom in professional practice: The person in the process. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 4(1), 48-63.
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 95.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. California: University of California Press.
- Honkasalo, M. L. (2006). Fragilities in life and death: Engaging in uncertainty in modern society. *Health, risk & society*, 8(1), 27-41.
- Honkasalo, M. L. (2008). Enduring as a mode of living with uncertainty. *Health, Risk & Society*, 10(5), 491-503.
- Ingram, D. (1990), *Critical Theory and Philosophy*. St Paul, MN: Paragon House.
- Jordi, R. (2011). Reframing the concept of reflection: Consciousness, experiential learning, and reflective learning practices. *Adult education quarterly*, 61(2), 181-197.
- Kolb D. A. (1984). *Experiential Learning. Experience as source of learning and development*. New York and New Jersey: Prentice Hall.
- Kruml, S. M., & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor: The heart of Hochschild's work. *Management communication quarterly*, 14(1), 8-49.
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: a psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23: 130-138.
- La Mendola, S. (2009). *Centrato e aperto: dare vita a interviste dialogiche*. Torino: UTET Università.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9), 1100-1106.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Nestel, D., & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximizing benefits. *BMC medical education*, 7(1), 3
- Nuzzaci, A. (2011). *Competenze riflessive tra professionalità educative e insegnamento*. Brescia-Lecce: Pensa MultiMedia Editore s.r.l.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), 115-144.

- Pugliesi, K. (1999). The consequences of emotional labor: Effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motivation and emotion*, 23(2), 125-154.
- Rapley, T. (2012). *The (extra) ordinary practices of qualitative interviewing. The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft*. Sage International, pp. 541-554.
- Reinharz, S. (1983) Phenomenology as a dynamic process. *Phenomenology and Pedagogy*, 1(1).
- Ricoeur, P. (1983). *Dal testo all'azione*. Milano: JacaBook.
- Ricoeur, P. (1990). *Sè come un altro*. Milano: Jaca Book.
- Ricoeur, P. (1993) *Il male*, Brescia: La Morcelliana.
- Sabo B. M. (2006). Compassion Fatigue and nursing work. Can we accurately capture the consequences of caring work? *Internationa Journal of Nursing Practice*, 12: 136-142.
- Scavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Torino: Pearson Italia Spa.
- Silverman, D. (2008). *Manuale di ricerca sociale qualitativa*. Roma: Carrocci Editore.
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., ... & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC palliative care*, 15(1), 6.
- Singer, T. (2008). *Understanding others: brain mechanisms of theory of mind and empathy*; in Glimcher, P. W., Camerer, C. F., Fehr, E., Poldrack, R. A. (editors) *Neuroeconomics: decision making and the brain*. Amsterdam: Elsevier, pp. 251- 268.
- Sroufe, L. A. (1996). *Cambridge studies in social & emotional development. Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Stalker, K. (2003). Managing risk and uncertainty in social work: A literature review. *Journal of Social Work*, 3(2), 211-233.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2ndEd*. Pocatello, ID.
- Tartas, M., Walkiewicz, M., Budziński, W., Majkovicz, M., Wójcikiewicz, K., & Zdun-Ryżewska, A. (2016). The coping strategies during medical education predict style of success in medical career: a 10-year longitudinal study. *BMC medical education*, 16(1), 186.
- Totterdell, P., & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: Testing a model of emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 8(1), 55.
- Yassen J. (1995). *Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder*; in: Fingley C. R. (editor) *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat traumatized*. New York, London: Routledge, pp. 178-208.
- Wiseman, T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 1162-1167