

“Il tuo corpo è il tuo maestro”. Il corpo degli operatori nel lavoro di cura

Giovanna Perucci

Psicologa, consulente per la formazione e la ricerca nell'area anziani

Nonostante in ambito teorico sia crescente l'attenzione alla corporeità, il corpo dell'operatore non si può dire sia un aspetto ancora sufficientemente “maneggiato” nella riflessione sul lavoro di cura, tanto da farne uno degli strumenti professionali. Mi propongo qui di “trattare” il corpo dell'operatore intrecciando fisicità, emozioni e mente. Già nella stessa parola “cura”, in tedesco *Behandlung* è presente il termine *Hand* (mano), che introduce la dimensione del corpo di chi cura come “utensile” essenziale. Ma non è solo la mano ad essere coinvolta ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare e l'occhio osservatore che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto. Gli operatori segnalano la presenza di una sorta di negazione di aspetti/vissuti che, viceversa, essi sentono influenti sulla loro pratica quotidiana, soprattutto considerando il tipo di relazione a due, l'operatore e il paziente, che passa prevalentemente attraverso il corpo. *“Potrei raccontare il mio lavoro di infermiera attraverso i miei 'non respiri', come uno stato di apnea continuo. Da spavento o da schifo? L'uno e l'altro. Ti dicono che queste robe qui le devi lasciare fuori. Ma come fai, come fai?” (un'infermiera).*

“Ho visto piaghe da decubito tali che, all'inizio, non sono più riuscita a mangiare il prosciutto e la carne per mesi!” (un OSS).

Il “sentire a pelle”, inoltre, non riguarda solo la relazione diretta dell'operatore con il paziente, ma investe tutti i rapporti interpersonali che si instaurano nel contesto di lavoro, all'interno di una solidarietà tra colleghi basata sulla condivisione “a tutto tondo” anche degli aspetti più critici del lavoro: *“Non tutti i colleghi mi sono simpatici, ma con loro ho rapporti profondi perché il lavoro che facciamo sui malati, questo 'sentire a pelle', non possiamo non farlo anche tra di noi” (una fisioterapista).* Il corpo – e lo spazio e il tempo in cui esso si muove – emerge anche a livello di organizzazione di appartenenza, di contesto lavorativo. *“Non hai tempo neanche per fare la pipì! Uno spazio dove riprendersi, ricaricarsi, non c'è. Tutto è fre-*

netico. Arriva l'una che non ti riesci nemmeno a sedere e a bere un bicchiere d'acqua” (un OSS).

Con o senza “filtri”, la difficoltà ad utilizzare i propri organi di senso nelle professioni di cura può diventare un *handicap* che impedisce di continuare a lavorare efficacemente. L'intolleranza dell'operatore ad odori, suoni ed altri stimoli, soprattutto se sgradevoli, può essere anche un segnale dell'esistenza di un problema di accettazione delle criticità che incontra nel suo lavoro e della necessità di elaborarle e di trovare soluzioni professionali adeguate per gestirle. Occorre capire, contenere e supportare il vissuto degli operatori su questi aspetti, in quanto essi possono talvolta suscitare reazioni sofferte proprio perché ancora troppo spesso censurate o misconosciute. Si tratterebbe di fare un vero e proprio “salto di qualità” nel modo di affrontare le criticità derivanti dal coinvolgimento degli organi di senso: dallo stupore, fastidio, rifiuto all'accettazione sensoriale. Con la formazione, la supervisione, con alcune soluzioni organizzative, l'operatore potrà acquisire consapevolezza e utilizzare meglio le proprie possibilità, persino i propri limiti e la tendenza a “vedere” certe cose e non altre, a “vedere” troppo o troppo poco. Diventando così capace di ricevere informazioni più adeguate per decidere del proprio coinvolgimento, per misurare vicinanza e distanze, in grado di registrare via via l'ingombro o il blocco di certi canali. Prevedendo o avvertendo per tempo il sovraccarico e il logoramento dovuto all'impegno nella relazione, l'operatore potrà imparare meglio a proteggersi, a liberarsi di pesi non voluti, ed esporsi alla sofferenza e alla domanda dell'altro in una misura più vicina alla sua reale disponibilità (Melucci, 1990).

AL LAVORO CON LA PROPRIA IDENTITÀ DI GENERE E SESSUALE

Si è giunti, nel tempo, ad identificare alcune competen-

ESPERIENZE

ze professionali come "da donna" e altre come "da uomini", quasi questa fosse una divisione 'naturale' e non una sovrastruttura sociale. È necessario utilizzare la complementarità tra competenze più 'femminili' e competenze più 'maschili': *"È difficile separare l'identità maschile e femminile in questo lavoro. Non puoi solo metterti in ascolto ma devi essere anche decisivo, aggressivo, che sono componenti maschili. Diciamo...una fusione equilibrata di entrambe le cose!"* (un Oss).

Si potrebbe, in tal modo, superare la polarizzazione: relazionale=femminile, tecnico=maschile. È un percorso non facile: è necessario prendere coscienza delle caratteristiche della propria identità di genere, superare stereotipi di ruolo ed elaborare nuovi modelli. In questo percorso gli operatori e le operatrici sono lasciati abbastanza soli perché in realtà *"nessuno te lo insegna"*.

Ritengo importante anche solo accennare alla presenza di operatori omosessuali nelle professioni di cura. Il luogo di lavoro rappresenta per le persone omosessuali un contesto in cui la loro 'visibilità' come tali appare più rischiosa e in cui essi si percepiscono più vulnerabili alle discriminazioni. *"Comportamenti ed esibizioni di valori eterosessuali, come presentare la propria moglie o assumere atteggiamenti 'virili' o 'femminili' da parte rispettivamente di uomini e di donne, non sono di norma percepiti come valori relativi alla sessualità, ma a 'ruoli sociali asessuati', perché 'normali'. Viceversa, relazioni e comportamenti omosessuali sono associati alla sessualità, e quindi considerati una violazione dello spazio 'pubblico' del lavoro"* (Saraceno, 2003). Nella relazione con il paziente, è il significato dell'esperienza umana vissuta dai gay e dalle lesbiche – come percorso difficoltoso di accettazione della propria diversità – che può, secondo alcuni, arricchire la relazione di scambio e favorire l'empatia tra individui che affrontano ciascuno le proprie sofferenze personali. Se possiamo considerare l'identità omosessuale "un aspetto della complessa identità maschile e femminile" (Ruspini, 2003), la loro presenza nei lavori di cura, ci indica una pista di riflessione di carattere più generale: considerare le potenzialità insite nel vivere la propria identità di genere in modo più duttile e 'aperto' ad una maggiore integrazione tra la componente maschile e quella femminile presente in ciascun individuo".

Un altro aspetto dell'aver un corpo – dell'"essere un corpo" (Galimberti, 1993) – riguarda la dimensione sessuale dell'operatore nel lavoro di cura – dimensione che ha implicazioni profonde e coinvolgenti. Qualcuno pensa ancora che il sesso non riguardi contesti in cui la vicinanza corporea è la norma?

Accenno soltanto alle emozioni e ai comportamenti derivanti dall'impatto con gli aspetti più fisici della sessualità stessa: pudore, imbarazzo o, all'opposto, *avance* e aggressioni mediate da linguaggio verbale e non. Né l'età del paziente né l'età dell'operatore garantiscono il superamento dell'imbarazzo, e neppure l'abitudine. Aiutarsi con gli strumenti del mestiere – guanti, "pannicello", manopolina... – può facilitare questa "invasione" dell'altrui e della propria area intima. All'interno dei contesti di cura si muovono "anche" uomini e donne nella veste di pazienti che esprimono la propria sessualità. Ciò può determinare situazioni di imbarazzo per gli operatori. Ma il "problema" viene a galla soprattutto quando il professionista stesso diventa l'oggetto di desiderio. Più che pensare a relazioni "tra i sessi senza sesso" si potrebbe ipotizzare "un costume di sesso pensato" e comunque immesso nella relazionalità (Albano, 2005). Per essere capaci di risposte consapevoli ed equilibrate è necessario che si elabori il tema in ogni forma ed occasione per aiutare a tradurre in parole imbarazzo, sdegno, istinto di fuga, ma anche per portare ad un sano sdrammatizzare la situazione attraverso un percorso di accompagnamento verso orizzonti di maggiore consapevolezza.

IL "PESO" EMOTIVO DEL PRENDERSI CURA CON IL CORPO: QUALI STRUMENTI PER LAVORARE MEGLIO?

È ormai accettato che ci sia una fatica emotiva di chi si confronta con il dolore dell'altro, ma si minimizza però il peso che comporta l'entrare anche fisicamente in rapporto con il corpo sofferente del paziente. La fatica emotiva e il rapporto "corpo a corpo", sono invece presenti ed occorre coglierne l'interdipendenza.

"Certi odori sembra che si attacchino alle narici, alla pelle. Tornando a casa, ti lavi, ti gratti via qualcosa rimasto attaccato: il cattivo odore è il dolore della gente" (un OSS). Se il lavoro di cura è un lavoro in cui entrano in gioco due individui 'interi' (corpo, emozioni, mente dell'utente e dell'operatore), possiamo osservare che un primo effetto è quello di produrre un eccesso di coinvolgimento nella relazione che si instaura. Occorre «ristabilire le distanze». L'organizzazione all'interno della quale si lavora dovrebbe farsi carico di assicurare agli operatori luoghi "altri" da quelli deputati alle attività di cura, luoghi in cui sia possibile ritirarsi quando si facciano sentire – con un'intensità che compromette l'equilibrio – stanchezza,

dolore mentale, quando si avverte il bisogno di trovarsi soli con se stessi o confrontarsi con altri operatori. Quali conseguenze critiche a livello fisico può avere il peso di un lavoro di cura che coinvolge così direttamente e fortemente il corpo degli operatori? L'operatore si carica di pesi fisici ed emotivi quando si espone senza protezione alla "contaminazione" della sofferenza che incontra. Senza accudimento del corpo e della mente "lavorare stanca" più del tollerabile e porta a forme di somatizzazione. Le incertezze, la confusione, le paure che sempre caratterizzano il rapporto con il dolore dell'altro non trovano posto e si convertono facilmente in sintomi. Le emozioni ed i sentimenti spiacevoli, se superano un certo grado di intensità e di frequenza, hanno effetti decisamente negativi e fanno scaturire dei meccanismi o reazioni di difesa che ci fanno da scudo, quali: paura di agire, indifferenza, atteggiamenti disinteressati, linguaggi particolarmente volgari, comportamenti aggressivi, frustrazioni che – non potendo rivolgersi verso la causa d'origine – si trasferiscono contro noi stessi producendo fenomeni di autosvalutazione. È giusto mantenere e rinsaldare queste corazze, o ci conviene indossarne di più leggere? Quale approccio è possibile per convivere con situazioni difficili, in particolare con pazienti anziani o cronici, i quali ci rappresentano continuamente la finitezza, il limite? "Gli anziani stancano, stanca l'immagine del deterioramento, questa continua lotta contro un corpo che si disfa... Lavorare con gli anziani è una bella esperienza, ma la cronicità stanca, non è statica, è un andare incontro a qualcosa che tu sai cos'è, è una proiezione che tu fai sui pazienti quando dici 'ci arriverò anch'io'" (un medico).

Per aprire una prospettiva dobbiamo cercare di assumere una diversa visione dei problemi. Questa diversa rappresentazione dei problemi potrebbe aprire anche una diversa gestione. La parola *diversa* vuol dire "in un verso che non è quello abituale", non seguire la strada pre-costituita (Olivetti Manoukian, 1997). Quali, allora, gli strumenti per affrontare, in modo diverso, il peso ad un tempo fisico, emotivo e mentale del lavoro di cura e lavorare meglio? Cosa pensare, cosa fare, cosa cambiare? I numerosi operatori incontrati in anni di attività come formatrice segnalano un quadro composito di strumenti utili, che vanno da soluzioni anche estemporanee (ma non per questo meno efficaci) basate soprattutto sul 'buon senso' quotidiano a piste di lavoro più sistematiche. Essi chiedono uno spazio mentale, relazionale ed organizzativo dove ricaricarsi, condividere le esperienze, riflettere e cercare soluzioni insieme ai colleghi. Tale spazio ha bisogno anche di un luogo fisico (un quaderno, la 'guardiola', la

cucina o altri ambienti del servizio) proprio perché gli operatori vivono dentro la concretezza di un corpo. Inoltre è ritenuto sempre più importante sapersi accettare e 'volersi bene', prendendosi concretamente cura del proprio corpo, sapendo salvaguardare, nell'arco della giornata, uno spazio-tempo per sé. Alla formazione viene chiesto di diventare anche uno «spazio» dove parlare dei diversi problemi, dove avere la possibilità di passare dal «fare» al «dire», un luogo dove trovare supporto, solidarietà, alternative e consapevolezza. "L'idea è di imparare noi stessi come operatori a percepire ed usare meglio il nostro corpo. Se noi usiamo molto poco, o male, delle potenzialità che ci potrebbero aiutare per comunicare con il corpo, devi anche tu prendere confidenza con il tuo corpo" (un geriatra).

La riunione d'équipe potrebbe anche affrontare le criticità vissute dagli operatori aiutandoli a riconoscere come e quando mettersi al riparo momentaneamente da situazioni difficili da tollerare. Da ultimo, il supporto del lavoro di gruppo con i colleghi potrebbe essere integrato da spazi di *counselling* individuale.

BIBLIOGRAFIA

Albano U. La sessualità nella relazione di aiuto in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18-19, ottobre-novembre 2005.

Galimberti U. *Il corpo*. Feltrinelli, Milano 1993.

Melucci A. Debolezze del guaritore: una riflessione sul prendersi cura in Pizzini F. (a cura di) *Asimmetrie comunicative. Differenze di genere nell'interazione medico-paziente*. Franco Angeli, Milano 1990.

Olivetti Manoukian F. I servizi come centri di lettura del sociale, in Mazzoli G. (a cura di) "Fare osservazioni. Un'esperienza di attivazione della comunità locale facendo ricerca con le scuole e i servizi socio-assistenziali. Fondazione Pietro Manodori, Reggio Emilia 1997.

Ruspini E. *Le identità di genere*. Carocci, Roma 2004.

Saraceno C. (a cura di) *Diversi da chi? Gay, lesbiche, transessuali in un'area metropolitana*. Guerini e Associati, Milano 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Dal Ponte A, Manoukian F. (a cura di) "Lavorare con la cronicità. Formazione, organizzazione, rete dei servizi". Carocci, Roma 2004.

Perucci G. "Sulla nostra pelle. Il corpo dell'operatore nel lavoro di cura". Carocci, Roma 2006.

Perucci G. "Nel lavoro di cura essere Anna Rita o chiamarsi Giorgio è lo stesso? Dal lavoro di cura familiare al lavoro di cura professionale". *I luoghi della cura*, n.3, sett. 2008, pp.12-15.