

Carla Weber

Dal fare al pensare il fare: possibilità e vincoli affettivi e cognitivi

Autocontenimento e rêverie.

Nell'esperienza umana il fare è un'azione, un movimento, che elabora e tiene a bada i processi emozionali complessi e non facili da regolare. In principio è l'azione, come già Freud ricordava. Per accedere ad una elaborazione sufficientemente buona dei portati emotivi che, in particolare, le relazioni di cura sollecitano, sembra necessario un investimento conoscitivo e operativo che aiuti ad evolvere dalla spontaneità alla riflessione sui propri vissuti emotivi e affettivi. Il riferimento è alla capacità di autocontenimento e di *rêverie*, che nella relazione di cura assume una connotazione particolarmente impegnativa, in quanto si tratta di contenere se stessi mentre si è impegnati a contenere, almeno in parte, lo stato emozionale e i vissuti di chi si sta curando.

Eccezioni emotive e giusta distanza.

Nell'esperienza di chi pratica il lavoro di cura, questa doppia esigenza di contenimento crea spesso situazioni di difficoltà dovute ad un eccesso di aspettative e di richieste che gli stessi professionisti fanno a se stessi e che gli altri confermano o enfatizzano. Il sentimento che ne deriva è quasi sempre un sentimento del "troppo". Un sentimento totalizzante che dovrebbe coinvolgere corpo e mente nel lavoro, diviene il più delle volte insostenibile o sfocia in posizioni "romantiche" che si appellano ad una disponibilità senza limiti, ad un coinvolgimento senza distacco, producendo disagi, rischi di *burn-out*, o ideologie in uso come accade nel caso del frequente richiamo all'empatia, in questo caso intesa non come un regolatore naturale delle relazioni, equilibrato e dosato, ma come immersione totale nell'altro, fino a sospendere le capacità di riflessione, giusta distanza e elaborazione di comportamenti e azioni professionali appropriate.

Tecnica ed emozioni.

La risposta alla domanda di cura può assumere un'altra connotazione rischiosa, accanto agli eccessi emotivi. Si tratta della disposizione a relegare i processi relazionali ed empatici a semplici mediatori per accedere alle scelte tecniche; a semplici porte da attraversare rapidamente per giungere alla scelta tecnica e consegnarsi ad essa come unico mezzo per intervenire. In questi casi la giusta distanza rischia di degradare in indifferenza emozionale, affermando il predominio della tecnica nella relazione di cura. Non solo. Si instaura così un dualismo tra processi affettivi e tecniche di cura che rappresenta probabilmente uno dei problemi principali del lavoro di cura, oggi. Quel controllo che la tecnica sembra promettere è irrealistico e apparente. Risponde all'urgenza del fare e al bisogno di avere la situazione sotto controllo. Istituisce una "posizione del rispondere", invece che una relazione di reciprocità e di negoziazione sostenuta affettivamente.

Euforia e depressione.

Se ci si chiede quali sono le ragioni dell'attrazione della tecnica e della propensione alla risposta attraverso la tecnica, si può verificare che ogni attenzione riflessiva che tenda a combinare affettività e scelte tecniche nella relazione di cura, esige una sospensione che è anche depressiva. Allontanandosi dalle soluzioni immediate e pratiche che la tecnica promette, necessariamente si giunge a deprimersi e a cercare, con investimenti affettivi e cognitivi, vie maggiormente riflettute e verificate nel caldo della relazione situata. Non solo. Indica la necessità ed opportunità di avvalersi non solamente di se stessi ma anche dell'altro che si ha di fronte e dei colleghi, per scegliere una via di intervento più appropriata. L'euforia della solitudine operativa si deve, in questo caso, misurare con il confronto, che a sua volta esige una certa depressione. Dalla posizione di solista difeso nella tecnica, chi cura si colloca in una rete concertante di relazioni, delle quali è parte protagonista anche chi è curato. Questa via è più impegnativa e richiede ambienti e situazioni appropriate per divenire sostenibile e praticabile.

La relazione cura.

La relazione è incarnata e noi viviamo sempre in una molteplicità condivisa. Ciò ridefinisce la relazione; le toglie la dimensione aleatoria e di contorno e la accredita a fonte dell'individuazione e del benessere o del malessere psicofisico. In questo senso la relazione è un decisivo generatore di conoscenza per chi cura. La conoscenza non è più soltanto una proprietà del singolo professionista, richiamata da una fonte esterna alla relazione in atto e agita per ruolo in quella situazione, ma emerge e si condensa significativamente in quella relazione. La relazione quale "luogo di tutti i vincoli e di tutte le possibilità" può essere fonte ricca di dati e segnali da cui muovere per conoscere le potenzialità di base di un intervento e scambiare aspettative e investimenti rischiosi; oppure può divenire ostacolo ad ogni necessaria collaborazione dell'altro, per renderlo capace di reagire appropriatamente a quello che sta succedendo.

Darsi tempo

Concedersi un approccio conoscitivo come quello appena proposto mette in gioco le variabili fondamentali di ogni azione. Quelle variabili, tra le altre, sono: "spazio-tempo-potere" e si tratta di comprendere la loro complessa articolazione nelle istituzioni che curano. Concepire "la relazione che cura" modifica la distribuzione del potere tra i ruoli assunti da chi cura ma, soprattutto, ne assegna uno a chi è curato. L'altro, il paziente, si fa portatore di un sapere che riguarda il proprio corpo, la propria cultura della salute e malattia, gli immaginari di cura; tutte questioni rilevanti da conoscere e sviluppare in un'azione di cura che attivi il paziente cooperativamente in un processo impegnativo e non sempre certo. La risonanza relazionale guida ogni approfondimento conoscitivo se le si dà cittadinanza, quale strumento psicomotorio e affettivo prettamente umano che ha bisogno di un pensiero per divenire consapevole e di parole per essere scambiato e articolato in una ricerca di significazione condivisa. Per questo il tempo e lo spazio di scoperta sono decisivi, unitamente al riconoscimento del proprio potere derivante dalla conoscenza.

La complessità implicita nelle performance della cura

Le professioni della cura richiedono performance qualitativamente impegnative ed emotivamente stressanti. La qualità del servizio, infatti, si misura in relazione alla capacità di sostenere una presenza attiva e diretta in ogni routine, ad un'attenzione e ascolto elevati che possano tradursi in risposte appropriate ed efficaci. Le technicality sono rilevanti e vanno continuamente aggiornate con il cambiare delle metodiche e dell'innovazione scientifica. Tuttavia, le capacità individuali e lo sviluppo di competenze specialistiche, non sembrano bastare nel momento in cui la centralità della relazione nel processo di cura diviene l'oggetto del riconoscimento dell'efficacia.

Le implicazioni emotive della relazione di cura tendono a produrre un doppio spiazzamento. Il primo legato alla necessità e all'insufficienza della tecnica, il secondo - una volta riconosciuta e ammessa la rilevanza della tecnica - legato al dualismo con cui si considerano tecnica ed emozioni, come se fossero aspetti da trattare separatamente, non considerando l'unitarietà di pratiche ed emozioni (pratiche emozionante) sia in chi cura, sia in chi è curato. Sembra essere, quell'unitarietà, una radice decisiva dell'efficacia della cura.

Pensarsi curanti.

Pensarsi "curanti" è un compito denso di complessità che impegna il rapporto tra "fare e pensare" nelle professioni di cura.

I diversi livelli di coinvolgimento e di responsabilità nel processo di cura e la dinamica delle relazioni in gioco, rendono il servizio complesso ed esposto all'incertezza e alla fallacia delle azioni. Forti emozioni connesse a eventi traumatici o rischiosi della vita, della malattia e della morte espongono le capacità cognitive a razionalizzazioni difensive, a fraintendimenti ed errori. Le diverse professionalità in gioco nel complesso processo di cura, richiedono un'attenzione particolare allo sviluppo di una competenza specifica, quella del coordinamento.

La specificità di tale competenza va riconosciuta nella necessità di dotarsi nel team di lavoro di una leadership di coordinamento capace di sviluppare, all'interno del gruppo stesso, un'elevata convergenza tra i contributi dei singoli e l'azione comune. Creatività ed innovazione nelle professioni di cura si esprimono a partire dalla fase di ascolto, nell'aprirsi all'intuizione e all'immaginazione di possibili azioni da modulare contestualmente, caso per caso.

Dinamiche affettive e cognitive nell'interazione delle persone al lavoro definiscono il livello di condivisione delle prassi ed elaborano collettivamente la cultura della cura che guida un agire intenzionale e responsabile di tutto il team. Un servizio in grado di produrre conoscenza attraverso la riflessione sulla propria azione coordinata, migliora gli standard di risposta nella cura e offre maggiori opportunità di crescita delle persone al lavoro. È la situazione dell'apprendere ad apprendere dall'esperienza, in cui si riconosce il valore del produrre conoscenza situata e aperta al cambiamento a partire proprio dal "fare", dall'analisi delle crisi e degli errori nella quotidianità. Le emozioni e i vissuti, trasformati in parole, compongono pensieri da condividere ed elaborare in gruppo per ripensare l'azione stessa.

Il gruppo generatore di conoscenza situata

Il contributo intende affrontare il paradosso di un consenso abbastanza generalizzato riguardo alla rilevanza del procedere in tale modo, e una realtà dei fatti, spesso esibita nel richiamo alla concretezza di routine di lavoro pressanti e ineludibili. L'idealità del "sarebbe ben fatto" paradossalmente è contrapposta all'efficienza del "va fatto".

È necessario esplorare gli ostacoli affettivi e cognitivi del "pensare il fare" e approfondire gli stereotipi che vincolano il cambiamento nelle prassi, ponendo in tensione soggetto-gruppo-compito. A livello individuale la dinamica affettiva e cognitiva riguarda la relazione che ciascuno ha con il proprio lavoro, e in particolar modo il significato che assume per la persona il realizzarsi professionalmente in una relazione d'aiuto, lo stare quotidianamente in presenza della malattia e della morte.

Per quanto riguarda il livello gruppale, i vincoli affettivi e cognitivi pongono in evidenza la questione delle aspettative e della reciprocità nelle relazioni con i colleghi; delle responsabilità individuali e della leadership nel decidere e definire l'azione nei tempi e luoghi in cui si realizza. A livello istituzionale i vincoli affettivi e cognitivi si riferiscono alla qualità della realizzazione del compito primario dell'istituzione stessa, alla condivisione dei vissuti di appartenenza e agli effetti prodotti dalle incoerenze e discrepanze tra obiettivi dichiarati e obiettivi effettivamente perseguiti.

Perché si preferisce fare.

La conoscenza e la disposizione ad esplorare è di norma e spontaneamente subordinata al fare. Se ci si chiede perché si preferisce fare è importante considerare le questioni psicologiche legate a questa dinamica. Il fare dà stabilità e fa sentire coerenti e sicuri, in quanto chi fa avverte la sensazione di poter essere non toccato dalla relazione. La tecnica pare, a chi si consegna al fare, in grado di immunizzare dall'influenza reciproca e dà un ordine al corso dell'azione. Le qualità come proprietà personali non vengono considerate parte della relazione di cura e gli stessi contesti sono organizzati in modo da "tutelare" e selezionare le possibilità di rimanere nella prassi tecnica. Seguire una procedura e consegnarsi ad un protocollo abbassa le responsabilità individuali. Le stesse opportunità di sviluppo vengono individuate nell'esecuzione tecnica. La responsabilità è spostata sulla procedura. Tutti gli aspetti non funzionali e procedurali sono trattati con una valutazione moralistica nella relazione/ condivisione del compito, del metodo, del valore dell'azione, e lasciati alla buona volontà individuale. In questo orientamento prevalente e normativo si osservano però costanti violazioni del fare procedurale e funzionale. Ogni infermiere o caposala sa che non sarebbe possibile lavorare senza violare la procedura con immissioni continue di aspetti legati alla disponibilità. Quello che appare decisivo in termini di conoscenza da sviluppare è un'analisi più puntuale degli aspetti dell'integrazione tra tecnica, procedura e affettività nella relazione di cura.

La cultura di genere e la codifica della conoscenza.

Uno dei fattori che richiede particolare attenzione conoscitiva è la valorizzazione della dimensione generativa della cura. In questa prospettiva agisce non sempre favorevolmente lo stereotipo del servizio e la logica dell'adempimento, nel momento in cui si sovrappongono con la prevalenza della presenza femminile nel lavoro di cura, in particolare quello infermieristico. Il vincolo che sembra generarsi rispetto ad una prassi che vede la centralità della relazione, riguarda proprio la declinazione professionale della relazione che cura, in quanto sembra prevalere una pura e semplice estensione automatica dell'essere donna nelle attività del prendersi cura. Invece che far prevalere la conoscenza scientifica dell'essere autori di un sapere applicativo e situato e di sviluppare una leadership nel coordinamento, accade che non si dia valore alla conoscenza e prevalga la consuetudine e lo stereotipo femminile nella cura. Il materno è certamente da un punto di vista affettivo un codice di cura, ma è importante che si legittimi mediante una validazione conoscitiva e scientifica, in modo da poterlo estendere nelle pratiche di cura, sia al genere femminile che maschile.

Una perdita di tempo che fa guadagnare tempo.

La conoscenza come il pensare non sono attività a cui gli esseri umani si dedicano spontaneamente e facilmente, ma solo come effetto di investimenti riconosciuti necessari o scelti per passione. Questa è una delle ragioni per cui riflettere e conoscere appare a prima vista una perdita di tempo. Incidono negli orientamenti verso la conoscenza anche le culture professionali e quelle organizzative. Spesso, infatti, si ritiene che certe professioni siano principalmente esecutive e orientano il professionista ad acquisire velocità e destrezza nella prestazione. Tutto il resto, ovvero la conoscenza, la riflessione, l'attenzione alle dinamiche emozionali, è spesso considerato come un elemento di disturbo o si ritiene di poterlo escludere in quanto fonte di possibile distrazione e confusione. Lo stress e il ben essere nel lavoro con altri dipende anche dalla completezza tra esecuzione e conoscenza, nonché tra azioni e valutazione nel lavoro. Anche per queste ragioni la conoscenza è un guadagno di tempo, perché i costi in termini di efficienza e di efficacia delle conseguenze del trascurare gli approfondimenti derivabili dall'apprendimento dall'esperienza sono di solito molto elevati. Gli stessi climi lavorativi, che pure incidono sull'efficienza e l'efficacia, sono interdipendenti con la conoscenza di sé, degli altri, dei compiti e dei processi nelle situazioni lavorative. Perciò darsi tempo per ascoltarsi, ascoltare, conoscersi e conoscere è una condizione essenziale per la qualità della vita di lavoro e la qualità dei risultati, nella cura.