

FORMAZIONE IN SALA OPERATORIA: “Educare al difficile: the dirty side of Nursing”

Sara Balzan Infermiera sala operatoria UPMC-SMIH Roma; Comitato Scientifico A.I.C.O.



ABSTRACT

Tutti gli infermieri sperimentano situazioni di disgusto (1). I corpi suscitano sentimenti umanissimi di repulsione e rischiano, così, di diventare meri oggetti agli occhi di chi se ne prende cura, proprio come atto di difesa da ciò che è fisicamente faticoso da affrontare (2,3). E' difficile scrivere sul disgusto nelle cure evitando che le parole non suscitino ilarità o volgarità. Si tratta, invece, di un argomento molto serio che condiziona la vita professionale e privata di infermieri e pazienti modificando le traiettorie di cura (4). Esiste una grande parte di assistenza segreta e mitizzata dalle convinzioni socio-culturali, in letteratura definita *the dirty work* (2), che necessita di essere messa in luce dal mondo scientifico perché si possa operare liberi dai tabù e dalle paure con cui determinate emozioni spiacevoli e forti si scontrano (5). Gli effetti del disgusto rovinano la relazione di cura aumentando le distanze prese in segno di difesa, riducendo l'intimità utile all'apertura verso l'Altro e procurano tare psicologiche tra le persone coinvolte (6). La ricerca offre pochissime occasioni di confronto in merito dimostrando la persistenza di un tema silenziato dalla vergogna (7). L'auspicio maggiore è che gli ambiti di formazione e ricerca colgano al più presto questa implicita richiesta di bonifica nei programmi educativo-formativi.

All nurses experience intense feelings of disgust (Holmes D, Perron A, O'Byrne P, 2006) which may be triggered following exposure to bodies and bodily fluids (Laffan AJ, Millara JFA, Salkovskisa PM, Whitby P, 2017). Bodies elicit very human sensations of revulsion; the latent risk is that patients can become objects in the eyes of those who care for them. Objectifying and taking distance is an act of defence against what is physically hard to face (Lawler J, 1991; Picco E, Santoro R, Garrino L, 2010). It is difficult to write about the disgust in Nursing without arousing hilarity or vulgarity. Though, revulsion is a very serious subject that affects the professional and private lives of operating room nurses and the care relationship (Keiser M. Kohlen H, Caine V, 2010). There is a large part of assistance secret and mythologized by socio-cultural beliefs that it is called *the dirty work*: an invisible professional universe, inaccessible to the researcher (3), that needs to be highlighted in order to free nurse profession from taboos and fears (Van Dongen E, 2001). Disgust drops dangerous barriers between patients and nurses reducing intimacy (7). The research offers very few opportunities for discussion on this subject demonstrating the persistence of a theme

silenced by shame (Ousey K, Roberts D, 2016); Nevertheless, there is a great need to include the mentioned topic in training and research programs.

Bibliografia

- 1) Holmes D, Perron A, O'Byrne P. Understanding Disgust in Nursing: Abjection, Self, and the Other. Res and theory for nurs pract: An Int Jour 2006 Feb; 20(4): 305-315.
- 2) Lawler J. Behind the screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body. Melbourne: Churchill Livingstone, 1991.
- 3) Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. Nursing Inquiry 2010 Sept; 17(1): 39-46.
- 4) Keiser M, Kohlen H, Caine V. Explorations of disgust: A narrative inquiry into the experiences of nurses working in palliative care. Nursing Inquiry 2019 Feb; 26(3).
- 5) Van Dongen E. It isn't something to yodel about, but it exists! Faeces, nurses, social relations and status within a mental hospital. Aging & Mental Health 2001; 5(3): 205-215.
- 6) Gaind S, Clarke A, Butler PEM. The role of disgust emotions in predicting self-management in wound care. Jour of wound care 2011 Jul; 20(7): 346-350.
- 7) Ousey K, Roberts D. Exploring nurses' and patients' feelings of disgust associated with malodorous wounds: a rapid review. Jour of Wound Care 2016 Aug; 25(8): 438-42.

La maturità dell'essere umano è determinata dalla sua forza di cognizione, dalla sua capacità di dedizione e infine dalla sua possibilità di amare. Se un percorso individuale in nome della conoscenza non ha luogo con dedizione, una dottrina viene compresa, applicata e trasmessa solo come dogma, come qualcosa di esteriore privo di una postura attiva verso un oggetto, un'idea oppure un confronto con altre persone. Serve moltissima forza e indipendenza per mantenersi liberi dai dogmi e dai principi esteriori, per mantenere vive le parti attive del pensare, del sentire e del volere (1). Accrescere sapere e sapienza è *dare*. La conoscenza non è un prendere orientato all'accumulare, ma è un dare nel senso più ampio che attraversa un cammino di coscienza, di impegno nei confronti del prossimo che si comprende meglio se si parte dall'immagine dell'uomo con il suo talento spirituale (2). Queste affermazioni introduttive fissano il grado di responsabilità che coinvolge chi si occupa di formazione e deve deciderne i percorsi nei metodi e nei contenuti.

Conoscenze, abilità professionali e nozioni fondamentali per la pratica costituiscono il core della formazione infermieristica di base e oltre. I contenuti della teoria e della ricerca prendono origine dal mondo della clinica cioè dalle attività sul campo degli operatori esperti (3); ma esiste una vasta fetta di agire infermieristico difficile da esplorare per la scienza e per la ricerca, perché svolto di nascosto, dietro le porte, i paraventi, sotto i teli, offuscato dalle procedure o dall'agire routinario. Si tratta di una parte invisibile, inaccessibile e non-detta del nostro lavoro (4,5,6) difficile da affrontare anche per chi si occupa di formazione: *the dirty work* (7). Ciò che è definito sporco è in genere anche tabù e invisibile: c'è una forte associazione tra sporco e tabù e molto del lavoro infermieristico lo è e rischia di rimanere invisibile (6). Lo scriveva la Lawler all'inizio degli anni '90, ma a distanza di due decenni poco sembra essere cambiato a giudicare dalla letteratura disponibile. Nello svolgere la professione infermieristica si è continuamente esposti a immagini, suoni, odori e sensazioni tattili che sono definibili normalmente ripugnanti (8,9). Tutti gli infermieri sperimentano situazioni di disgusto (5). I corpi suscitano sentimenti umanissimi di repulsione e rischiano, così, di diventare meri oggetti agli occhi di chi se ne prende cura, proprio come atto di

difesa da ciò che è fisicamente difficile da affrontare (7,10). Fattori psicologici soggettivi nei confronti degli oggetti repulsivi rappresentano un limite condizionante anche nelle situazioni di self-care: il paziente si perde in comportamenti di rifiuto rinunciando a parte della qualità della propria vita (9,11,12). Emozioni come l'insofferenza, la paura, il ribrezzo sono argomenti storicamente elusi, silenziati in Infermieristica (4,5,11) spesso camuffati dai toni distaccati, oggettivi e procedurali del linguaggio scientifico utilizzato nei testi (7). E' rara l'inclusione del tema del disgusto legato al corpo altrui nella formazione infermieristica. Eppure rimane grande il bisogno di portare alla luce determinate situazioni che allontanano l'infermiere dal malato, nella condizione di fragilità della malattia che modifica il corpo anatomico e comportamentale. Il disgusto riduce il livello di intimità necessario ad un'apertura tra le parti (6,10). Esistono dei confini sociali e culturali e dei taboos che si devono superare quando si ha a che fare con un altro corpo; vi è la necessità di aprirsi al problema senza timore per sciogliere dubbi e sensi di colpa che non fanno che danneggiare la relazione di cura. Alcuni sentimenti multidimensionali come il ribrezzo (13), hanno un ruolo decisivo nella formazione di credenze collettive (14) e la costruzione sociale degli infermieri, in un certo senso, proibisce loro di verbalizzare certe emozioni come l'avversione e la repulsione; fanno parte del lavoro e basta, è una vergogna se un infermiere "non ce la fa"(4,6,7). Chi si prende cura si suppone debba reprimere o sublimare i sentimenti negativi per mantenersi negli standard etici di tolleranza e calma, quando invece, si sperimentano continue situazioni drammatiche di grande difficoltà nella gestione (5). C'è un paragrafo nel saggio di Benner e altri autori di spicco nel settore, "Formazione Infermieristica" edizione del 2015, che s'intitola: *riaddestrare i propri sensi*, in cui si propone, appunto una re-calibrazione dei sensi per far fronte, cito, ai problemi sensoriali legati all'assistenza e poter considerare situazioni ripugnanti come invece socialmente accettabili e normali perché facenti parte della valutazione e della gestione del malato (9). Rischiando di essere "eretici" commentando il lavoro di autorevoli punti di riferimento dell'Infermieristica internazionale, ci chiediamo se sia davvero possibile addestrare un sentimento così intenso. Si tratta di processi emotivi e cognitivi consci ed inconsci, articolati, difficili da liquidare con tecniche distraenti, lo vedremo più avanti. Anticipo qui, che un odore sgradevole, ad esempio, distrugge l'illusione sublime costruita da udito e vista per rango, e può prendere il sopravvento di una situazione relazionale in cui vi sarebbero elementi ben più degni di attenzione (5). Il fastidio dei cattivi odori è un disagio che coinvolge operatori e pazienti, ad oggi inspiegabilmente ancora taciuto, poco esplorato, con proposte di gestione in letteratura quasi nulle (11).

Ciò che è più utile, per un formatore, è approfondire la natura dell'oggetto abietto che suscita repulsione e comprenderne i meccanismi sociali, psicologici e filosofici che muovono i comportamenti nelle situazioni di difficile tolleranza (4). Questo si può, anzi è auspicabile si faccia. Ci sono comportamenti che vengono messi in atto di fronte alle situazioni difficili, come la fantasia di fuga, che sono il frutto di un'educazione individuale e sociale povera, che la nostra professione non si può permettere. Il filosofo Donatelli fa riferimento ai fini della democrazia, orientati al benessere delle società che la scelgono: democrazia è anche educazione degli adulti; ci vogliono regole e cultura per diventare persone in senso pieno.

Il disgusto è un sentimento negativo universale responsabile di disordini psicologici come fobie e comportamenti ossessivo-compulsivi (12), è forte e influente nella maggior parte della vita degli esseri umani. Le relazioni sociali sono composte dal senso del disgusto che ne guida la percezione; è un'emozione problematica che non si può saldare con l'irrazionalità, ma che è frutto di cognizioni valutative complesse (14,15). Prima tra tutte, la tendenza a rifuggire la *contaminazione* (4,5,6,12,13,14,15,16), che si associa al desiderio umano di non animalità. Vi è il ripudio di una vicinanza non voluta e ritenuta pericolosa se incorporata con il timore di divenire indegni. Sono stati condotti diversi studi in merito, tra i più interessanti per la relazione di cura, quelli di Rozin hanno dimostrato come sia di grande influenza la concezione dell'oggetto avvicinato, piuttosto che le proprietà sensoriali dell'oggetto: principalmente motivato da fattori ideazionali come la natura o l'origine dell'elemento in questione e la sua storia sociale (per esempio chi l'ha toccato, molte persone non portano mai abiti di seconda mano (15). E' questo un concetto-chiave per la relazione di cura che suggerisce come la prospettiva da mantenere sia concentrarsi sul valore dell'oggetto di cui occuparsi, la persona con la sua preziosa individualità, non una materia potenzialmente contaminante e minacciosa (12), che ci ricorda la nostra imbarazzante animalità o la nostra finitudine. Stare accanto ad un corpo morto, ad esempio, enfatizza il grado di fragilità umana e ci avvicina al confine vita/morte. La sostanza espulsa di un corpo malato evoca sporcizia, inquinamento e mette in pericolo l'immacolatezza soggettiva dell'infermiere sia sul piano semiotico, sia simbolico (5). La mutilazione e l'invalidità o la senilità ci costringono a riflettere su facoltà personali che possono arrestarsi in ogni momento (6,15). Il fondamento di ogni disgusto si trova, quindi, in noi stessi: il fatto di vivere e morire ci coinvolge in un processo confuso in cui emettiamo sostanze ed esalazioni che ci fanno dubitare di noi stessi e temere il prossimo (17).

Vi è, poi, la questione dei confini posti tra il mondo e l'individuo; confini tra noi e gli altri non umani o la nostra stessa animalità, la nostra bassezza. I fluidi corporei sbiadiscono i confini del corpo come fosse un acquerello, rendendolo mostruoso perché fluttuante, non netto, confuso (5). Un certo oggetto può essere puro in un determinato contesto e impuro in altro, così come gli oggetti spregevoli cambiano nel corso della storia. Ciò che li rende impuri e rigettabili è la violazione di confini impressi socialmente. Il disgusto è connesso alle tradizioni della gerarchia sociale e ci informa su norme collettive profondamente radicate (15). Molte società costruiscono una divisione dei ruoli sociali: un mestiere, come il nostro, che tocca i corpi altrui ed i loro prodotti è spesso connotato come inferiore rispetto ad altri, come se avere a che fare con "lo sporco" -the dirt- rendesse automaticamente sporchi. La letteratura ci riporta che diversi infermieri percepiscono la riduzione delle attività a diretto contatto con la corporeità dei malati come un avanzamento di carriera (10). Nella cultura occidentale le persone malate, anziane, inabili sono considerate di inferiore status, per via della loro improduttività, ed occuparsene enfatizza la bassezza del gesto (6,7). E' questa una prospettiva agghiacciante che ci riporta ad un'epoca piuttosto vicina in cui l'umanità aveva toccato il fondo, quella del nazismo: il disgusto veniva usato per far leva sul popolo, e per motivare programmi atroci inflitti alle persone, alla ricerca di un benessere sociale per commettere orrendi omicidi di vite definite "senza senso" (18).

Miller ha anche sostenuto che, più numerose sono le cose che una società riconosce come disgustose, più questa società è avanzata quanto a civilizzazione, mettendo in rapporto la cura

dell'igiene come attitudine con la sensibilità verso gli elementi non puliti, ritenuti pericolosi, contagianti; citazione oggi non molto convincente, se si considera la multidimensionalità del disgusto (13). Ovvero, ancora una volta, non è così semplice la questione.

Il fenomeno ripugnanza contiene altresì un elemento seducente (13, 15) esso rappresenta minaccia e brivido allo stesso tempo (5). Ciò avviene soprattutto nell'ambito del cosiddetto disgusto morale, ossia il disgusto che si ribella alle trasgressioni interpersonali viste come anti-sociali: la menzogna, la truffa, la brutalità, e via dicendo. Due studiosi dell'ultimo decennio hanno distinto questo tipo di ribrezzo dai due più basilari, il primo legato alla sopravvivenza, che scansa l'avvelenamento e la contaminazione, e il secondo connesso alla sessualità. Studi recentissimi sulla visione e la condivisione dei video su YouTube (se ne stima 1 bilione-1000 miliardi- e mezzo di visualizzazioni al mese!) riportano come i contenuti disgustosi siano al secondo posto dopo quelli divertenti e prima dei video aggressivi nella visualizzazione, e che i video rivoltanti spingano, però, maggiormente alla condivisione soprattutto quando si tratta di ammonire determinati comportamenti anti-sociali (8,13). Ciò dimostra come le persone si vogliano mantenere distanti dalle malattie contagiose, anche se soltanto raffigurate, ma si schierano volentieri nel diffondere ammonimenti su forme di disgusto più elevate.

Le ultime riflessioni: il disgusto è un eccellente sentimento energetico che, non solo è parte naturale dell'essere e del suo ambiente socio-culturale, ma è un elemento necessario alla sua evoluzione (8,15) ed è allo stesso tempo prova e mezzo dell'umanissimo talento spirituale che ci contraddistingue; non va represso, ma conosciuto. Il conservatorismo sociale rischia di fuorviare la percezione del mondo attraverso il grado di sensibilità al disgusto (14), concezione che va smantellata tramite la ricerca e la formazione. Nessuna società reale ha mai trionfato sul disgusto, sbarazzandosene. Si tratta piuttosto di togliere ad esso potere, puntando ad una ricreazione del nostro rapporto nei confronti del corporeo ed avere una relazione semplice con la nostra mortalità e la sua condizione materiale. La vita umana è una combinazione di grandi aspirazioni e limitatezza, di forza e fragilità. Chiedere alle persone di non avere alcuna ritrosia nei confronti della decomposizione e del decadimento equivale a chiedere loro di essere non-umani o sub-umani e perdere, perciò, in parte il valore e la bellezza della vita terrena.

Lo esprimono le parole fresche e semplici di Walt Whitman, il grande poeta dell'anima americana: "La curiosa pietà che si avverte quando si sente con la mano la carne nuda del corpo" (15). La curiosa pietà prende il posto del disgusto in una attraversata trionfale verso nuove sapienze, verso un nuovo dare.

"[...]Oh, io dichiaro che queste non sono soltanto le parti e le poesie del corpo, ma anche dell'anima: Oh, vi assicuro, tutto questo è l'anima!"

(I Sing the Body Electric di Walt Whitman, 1865)

Bibliografia

- 1) Grill H. L'alimentazione e la forza donatrice dell'uomo. Sigmaringen, Deutschland: Stephan Wunderlich Verlag, 2014.
- 2) Mortari L. Aver cura di sé. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2019.
- 3) Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere: l'apprendimento basato sull'esperienza. Milano, Italia: McGraw-Hill; 2003.
- 4) Keiser M, Kohlen H, Caine V. Explorations of disgust: A narrative inquiry into the experiences of nurses working in palliative care. *Nursing Inquiry* 2019 Feb; 26(3).
- 5) Holmes D, Perron A, O'Byrne P. Understanding Disgust in Nursing: Abjection, Self, and the Other. *Res and theory for nurs pract: An Int Jour* 2006 Feb; 20(4): 305-315.
- 6) Van Dongen E. It isn't something to yodel about, but it exists! Faeces, nurses, social relations and status within a mental hospital. *Aging & Mental Health* 2001; 5(3): 205–215.
- 7) Lawler J. Behind the screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body. Melbourne: Churchill Livingstone, 1991.
- 8) Laffan AJ, Millara JFA, Salkovskisa PM, Whitby P. Investigating perceptions of disgust in older adult residential home residents. *Aging & Mental Health* 2017; 21(2): 206-215.
- 9) Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Formazione Infermieristica: strategie per una trasformazione radicale*. Vaprio d'Adda (MI): Edra, 2015.
- 10) Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry* 2010 Sept; 17(1): 39–46.
- 11) Ousey K, Roberts D. Exploring nurses' and patients' feelings of disgust associated with malodorous wounds: a rapid review. *Jour of Wound Care* 2016 Aug; 25(8): 438-42.
- 12) Gáind S Clarke A, Butler PEM. The role of disgust emotions in predicting self-management in wound care. *Jour of wound care* 2011 Jul; 20(7): 346-350.
- 13) Rubenking B. Emotion, attitudes, norms and sources: Exploring sharing intent of disgusting online videos. *Computers in Human Behavior* 2019; 96(2019): 63–71.
- 14) Shook NJ, Ford CG, Boggs ST. Dangerous worldview: A mediator of the relation between disgust sensitivity and social conservatism. *Personality and Individual Differences* 2017 Aug; 119 (2017): 252–261.
- 15) Nussbaum MC. *Nascondere l'umanità: il disgusto, la vergogna, la legge*. Roma: Carocci Editore, 2005.
- 16) Anderson LM, Reilly EE, Thomas JJ, Eddy KT, Franko DL, Hormes JM et al. Associations among fear, disgust, and eating pathology in undergraduate men and women. *Appetite* 2018 Feb; 125(2018): 445-453.
- 17) Miller W. *The anatomy of disgust*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.
- 18) Lifton RJ. *I medici nazisti: storia degli scienziati che divennero i torturatori di Hitler*. 4° Ed. Milano: Bureau Biblioteca Universale Rizzoli, 2019.

Altra bibliografia

- Van Fossen JA. Nietzsche, Self-Disgust, and Disgusting Morality. *The Journal of Nietzsche Studies* 2019; 50(19): 79-105.
- Donatelli P. Perché una democrazia matura deve ammettere il suicidio medicalmente assistito. *Convegno Consulta di Bioetica & U.A.A.R. Per il diritto al suicidio medicalmente assistito: un'urgenza non più rimandabile*. Roma, 09 Settembre 2019-Sala ISMA Senato della Repubblica.