

## “L’esperienza emotiva per una dimensione antropologica delle cure”

### “The emotional experience and the meaning of the body in care”

Rivista AICO Organo Ufficiale dell’Associazione Italiana Infermieri di Camera  
Operatoria – VOL.31, 2019; FASC.3;



#### ABSTRACT

**Introduzione:** L'energia degli affetti muove ogni pensiero e azione nel rapporto di cura (1). Il perno, il punto di partenza della cura è l'emozione della compassione per cogliere l'ingiustizia e la condizione di fragilità in cui l'altro si trova (2,3). Attraverso l'esperienza emotiva, la vulnerabilità umana, da problema da risolvere, diventa un punto di osservazione di ciò che ha realmente valore nell'esistenza umana (4). Seguire il flusso dell'intuizione e l'ascolto delle nostre percezioni aiuta a prendere le decisioni migliori nella relazione di cura (3,5). Le emozioni sono altresì un prodotto culturale: prima di andare verso l'altro è bene praticare l'auto-riflessione. Osservare le nostre emozioni in primo luogo: i sentimenti dell'osservatore sono sempre in dialogo con la persona osservata (6). Più ci immergiamo nel meccanismo della conoscenza emotiva, più ci alleniamo a entrare in sintonia con l'altro, rendendo la comprensione globale del paziente una naturale capacità (1,3)

**Materiali e Metodi:** Revisione narrativa della letteratura. **Conclusioni:** Il *sentire*, è lecito chiedersi, è dunque il minimo comune denominatore dell'umanità? Riusciamo ad occuparci del prossimo nel modo più perfetto possibile poiché lo riteniamo simile a noi? Più la nostra competenza abbraccerà il principio di somiglianza con il prossimo, non a caso si dice che attiviamo neuroni capaci di riflettere il nostro essere, utilizzando l'immagine di uno specchio, più il rapporto di cura convaliderà il suo intrinseco valore terapeutico. E la competenza emotivo-relazionale, in tutta la sua complessità di acquisizione, diverrà in primo luogo un dovere etico-scientifico (7,8).

**Introduction:** The energy of affections moves every thought and action in care relationship (1). The pivot, the starting point of caring is the emotion of compassion when sizing the injustice and the fragility condition in which the other is found (2,3). Through the emotional experience, human vulnerability, from problems to be solved, becomes a point of observation of what has real value in human existence (4). Following the flow of intuition and listening to our perceptions help in making better decisions in care (3,5). Emotions are cultural manufactured too, to take a decision we need to know our feelings about events. For data collection in emotion production we ought to practice the self-reflection and observe our emotions first: the feelings of the observer are always in dialogue with the person observed (6). The more we dive into the mechanism of emotional knowledge, the more we train to get in tune with the other, making the

global comprehension of the patient become a natural ability (1,3) and gaining the most contemporary definition of human body.

**Method:** narrative literature review.

**In conclusion:** Is the capacity for emotion common to all human beings? Do we take care of the other in the most perfect way possible because we consider him similar to us?

The more our competence embraces the principle of similarity with the other, the more the caring relationship will validate its intrinsic therapeutic value and the emotional-relational competence, in all its complexity, will become primarily an ethic-scientific duty (7,8).

(1) Mortari L. *La Sapienza del Cuore: Pensare le emozioni, sentire i pensieri*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore, 2017.

(2) van Gelder Kunz D. *The Personal Aura*. Singapore, Palace Press; 1991

(3) ) Boella L. *Empatie: L'esperienza empatica nella società del conflitto*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore, 2018.

(4) Donatelli P. *Il lato ordinario della vita*. Bologna, Italy: Il Mulino, 2018.

(5) ) Affonso D. *I Centri di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica negli USA. X Workshop Internazionale CECRI: Infermieristica e Ricerca: aree di sviluppo emergenti in Italia*. Roma, 7-8 Maggio 2018.

(6) Plamper J. *Storie delle emozioni*. Bologna, Italy: Il Mulino 2018.

(7) Benedetti F. *Il cervello del paziente*. Roma, Italy. Giovanni Fioriti Ed, 2012

(8) Del Canale S et al. *The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Pama, Italy*. *Academic Medicine* 2012; 87:1243-1249.

## Sara Balzan

Nel comporre un lavoro vi è sempre la paura che le parole possano banalizzare concetti ampi, profondi, di grande importanza per la professione e per il genere umano, che necessitano invece di più riflessioni ponderate. *Il linguaggio può uccidere tutto ciò che tocca*, scrive Van Manen (1) parlando ai ricercatori qualitativi; è davvero impossibile veramente “dire” qualcosa e assumersi la responsabilità di attribuire forme descrittive superficiali ai fenomeni umani. *L'olismo* e *l'umanizzazione* delle cure, ad esempio, sono concetti astratti in continuo divenire e per questo difficili da afferrare realmente e da condividere. Quanto può essere spinoso, quindi, parlare di emozioni?

C'è sempre la paura di mancare di rispetto nel voler imprigionare nelle parole fenomeni umanissimi –come lo sono i sentimenti- e per questo delicati, sicuramente impalpabili, ma di una forza e una potenza quasi senza limite, in linea con il potenziale umano.

La ricerca sulle emozioni in modo scientifico inizia alla fine dell'ottocento, con la nascita delle scienze idiografiche rivolte non già alla ricerca di assunti universali come le scienze nomotemiche o naturali, ma all'analisi delle singolarità e delle particolarità dell'oggetto di studio, ossia l'uomo. Le prime scienze a delineare un pensiero sulle emozioni sono state la filosofia e la teologia, seguite dalla retorica, dalla medicina e dalla letteratura; in seguito, la psicologia sperimentale e, più recentemente, le neuroscienze e le scienze biologiche si sono dedicate a studi sul tema.

Lo studio delle emozioni vive oggi un'epoca di estrema attualità e rappresenta un ambito in rapido sviluppo che ha iniziato a vivere un'esplosione d'interesse a partire dagli anni sessanta del secolo scorso. Cos'è un'emozione? Domanda complessa. E' anche il titolo di un famoso articolo pubblicato in *Mind* nel 1884 dallo psicologo americano William James; articolo che verrà successivamente citato nel campo di continuo, sino ai nostri giorni (2).

La difficoltà nel definire cosa sia un'emozione è spesso considerata la sua caratteristica principale. L'etimologia della parola, anche nelle lingue più vicine alla nostra cultura, racchiude una radice

comune di *movimento*, di animazione, di *spostamento*; volendo dar peso ai sinonimi, allora anche di viaggio: *emotion*, *émotion*, *Gemütsbewegung*, moto d'animo in tedesco, sono accezioni che danno un senso dinamico, di continua trasformazione, per questo difficile da stringere e tenere fermo nell'attimo in cui si desidera parlarne.

Non esistono metafore pure per le emozioni (3) ad esse vengono applicate delle metafore generali e la metafora centrale è quella della forza, dell'energia o della violenza; emozione è vitalità-effetto (2). Le emozioni sono espressioni energetiche pronte a spostare le scie delle nostre esistenze come biglie in corsa dentro una pista di sabbia. L'essere umano non può che avere poteri straordinari nel suo *essere emotivo*, eppure talvolta si rischia di cadere nella trappola della limitatezza materiale del corpo fisico e non sempre si percorrono le strade più giuste nel voler assecondare, o ampliare i propri potenziali.

Lo scorso autunno si è tenuta a Roma presso il Palazzo delle Esposizioni la mostra intitolata *Human+ Il futuro della nostra specie* (4). Questa esibizione raccoglieva il lavoro di artisti, designer e scienziati che si sono interrogati sul destino dell'essere umano e sulle possibilità di potenziamento corporeo in termini percettivi, emotivi, esperienziali e relazionali.

Fra le numerose installazioni (tra queste persino un *dispositivo empatico improvvisato* che pungeva con un ago il portatore per ricordargli la morte dei soldati americani!) non è stato possibile vedere l'abbattimento dei confini umani che la mostra intendeva rappresentare; non si è riconosciuta l'estensione dell'esperienza percettiva umana, al contrario si è visto un disperato tentativo di potenziamento di un corpo prigioniero dei propri limiti. Il perché di tanta incomprensione è dato dal fatto che nella ricerca di un'espansione della condizione umana si debba partire dai potenziali (potenziali spirituali) dell'essere umano, non già dai limiti dettati dal corpo fisico. I veri "superpoteri" sono la nostra facoltà di esprimersi sul piano sentimentale e di creare connessioni emotive con il prossimo riconoscendoci nelle nostre straordinarie facoltà. Non a caso si dice "*l'amore che sposta le montagne*"; così come non è una casualità che l'allegoria centrale dell'emozione siano la forza, la potenza, l'energia. Le sensazioni di una carezza trasformano il corpo, anche se i fisiologi non sono in grado di documentare questa trasformazione (5).

Per le bioscienze è sempre difficile ammettere l'esistenza di una produzione immateriale, come nel caso dei sentimenti; anche se la relazione tra cervello, psiche e mente è oramai indubitabile nel mondo scientifico (6). La neurobiologa Candace Pert ha dimostrato che i neuropeptidi, sostanze chimiche prodotte dalle emozioni, sono pensieri trasformati in materia: le emozioni risiedono dunque nel nostro corpo e interagiscono con le cellule e i tessuti. Non si è più in grado di separare la mente dal corpo; può succedere che il corpo abbia una reazione emotiva e produca sostanze chimiche legate alle emozioni ancor prima che il cervello abbia registrato il problema (7) Aristotele parlando dell'anima, in termini di parte invisibile della nostra esistenza, la definiva *sostanza in senso proprio*; diceva che l'anima è la forma di un corpo naturale che ha la vita in *potenza* (8). Questa considerazione è intensa e merita alcune riflessioni.

Aristotele precisa che non è il corpo nella sua materialità a costituire l'essenza del vivente, ma il corpo vivo a cui la parte spirituale, che riguarda anche la sfera emotiva, conferisce la propria forma. Il significato del corpo oggi decolla dalla limitatezza del piano somatico per estendersi all'interazione sociale e sagomarsi nel calco del vissuto esperienziale. Lo studio delle emozioni può

fornire una comprensione allargata riguardo la posizione del corpo nella società dato che quest'ultime per natura collegano gli aspetti somatici dell'essere a quelli comunicativi nel sociale. Le emozioni sostengono il nostro "stare al mondo" e rappresentano quell'anello mancante che da secoli contrappone il corpo all'anima, l'individuo alla società. Le biografie individuali con i diversi vissuti emotivi, lo dicono le attualissime neuroscienze, producono variazioni somatiche non solo a lungo termine (nel campo dell'evoluzione della specie), ma anche a brevissimo termine, materializzandosi e plasmando i nostri organi. Si tratta di un processo di materializzazione, quindi, non di mera sedimentazione (2).

Sono i corpi delle persone che rendono possibili o favoriscono determinate emozioni, oppure le annullano, le ostacolano. In modo speculare, i sentimenti possono interessare i corpi, formarli o cambiarli: piccole rughe sul viso, un'incurvatura della colonna vertebrale, la formazione di ulcera gastrica o un picco di serotonina (9). Le reazioni emotive accadono nella tessitura degli eventi così come essi ci colgono e nella molteplicità delle risposte da parte di chi li vive (10). L'esistenza dell'uomo e la sua dimensione emozionale si muovono perciò in clima di compenetrazione e in particolari situazioni di forte compromissione come il trasporto passionale o l'esperienza di malattia, situazione che ci riguarda da vicinissimo, corpo e mente, il Sé e l'Altro diventano uno; si crea *the mindful body*, un corpo pensante e consapevole (2).

Entrare in sintonia con il paziente ed il suo stato emotivo diviene perciò un passaggio imprescindibile nella cura del suo corpo: agendo sul corpo fisico si toccano le forme date dalle sue sensazioni e accompagnando i suoi sentimenti si può capire e curare meglio la parte somatica, e assistere diviene un processo davvero affine alla natura umana e di certo esclusivo, perché forgiato sulla persona che abbiamo davanti.

La letteratura, offre una discreta panoramica dei termini che gravitano intorno al sentire empatico nella relazione di cura. Tra questa c'è un recente articolo di Pallassini (11) del quale ho costruito una parafrasi calzante con l'argomento portato qui. Le emozioni e le reazioni altrui procurano risposte differenti nelle persone, sfogliano le pagine dei nostri vissuti, attingono dai valori personali e si colorano dei contesti in cui si sviluppano. Nel 2009, quindi dieci anni dopo i primi lavori di Rizzolatti sui neuroni specchio, gli studi di Canessa riscontrano che il sistema del rispecchiamento è attivo non solo quando si tratta di azioni (ossia il veder accadere), ma anche nel corso di emozioni altrui. Con ciò viene biologicamente fondata la natura intersoggettiva del cervello umano e la sua dipendenza evolutiva dalle relazioni interumane (6).

Per chi si prende cura della persona il focus deve restare la comprensione reale dell'esperienza dell'altro per poterlo aiutare al meglio. Tutto qua: una semplicità complessa che rappresenta la base del nostro agire, reso ancor più provocatore da un contesto clinico in letteratura liquidato con la locuzione "a basso livello relazionale", ossia la sala operatoria. La chiave sembrerebbe mantenere una prospettiva detta etero orientata -e non ego orientata- in cui non avviene uno sforzo cognitivo per riuscire a comprendere cosa stia realmente provando l'altro forzando l'immedesimazione, ma ci si affida alla curiosità e all'immaginazione; affiora qui il principio del lasciarsi andare, di seguire la mente creativa dell'intuizione senza ragionare o giudicare. Un invito ad entrare nella nostra spettacolare natura di essere umano creativo, intuitivo, profondo: emotivo!

Agire in piena flessibilità mentale e aprirsi al mondo, a ciò che sta succedendo, libera da una visione personale delle cose e allena un'attitudine di disponibilità e di umana generosità: è possibile liberarsi dal pericolo dell'identificazione con l'altro. L'identificazione con il malato è malsana perché focalizza sulla sofferenza propria e impedisce la distinzione tra sé e l'altro e procura distacco, allontanamento. "Io riconosco quella sofferenza, la rivivo allo stesso modo, ciò mi da dolore, quindi ne prendo le distanze".

Alla relazione di cura serve un processo molto più pregiato, degno dell'esperienza umana, in cui il premio è la condivisione di sentimenti e emozioni, l'aumento di conoscenza dei nostri potenziali di cura a mani nude che ci trasforma come infermieri e come persone che agiscono nel mondo, e ci rende esseri migliori. Allora che si deve fare, sopprimere l'influenza razionale e abbandonarsi ai soli sentimenti?

No, certo. La ragione va adoperata per avviare una ponderata *connessione a livello emotivo*, che rappresenta il primo passo dell'intero processo empatico per riflettere su quanto sta accadendo, per capire ed elaborare gli eventi e per poi decidere l'azione. La ragione non è che il servo fedele. E' la mente intuitiva, la dimensione emozionale dell'"essere", il vero dono sacro da onorare.

All'origine di ogni reazione nel prendersi cura, autocomprensione quindi, passaggio chiave verso la competenza emotiva. Siamo i pensieri, le passioni e tutte le tonalità affettive che colorano la nostra esistenza. Le emozioni ci colpiscono, ci prendono e ci connettono al resto dell'esistenza verso l'evoluzione della specie. Ora: possiamo decidere di galleggiare irriflessivi e partecipare in modo passivo al divenire del flusso vitale in cui siamo immersi, oppure possiamo scegliere di fermarci a sentire e capire gli atti della mente e accedere con consapevolezza alla nostra vita interiore verso un cammino di autocomprensione, con tutti i limiti che questo comporta (9).

Una persona che si trova ad aver bisogno di aiuto o in una condizione di fragilità cerca legami con qualcuno che dimostra solidità e forza, che sia una fonte di sostegno, e cioè una persona, un professionista, che manifesta una stabile competenza affettiva, che sia sensibile e capace di sentire l'altro. Heidegger ci ricorda che *siamo esseri consegnati al compito di esistere*, affermazione potente. Scoprirsi mancanti di un luogo nel pensiero dell'altro può farci sentire mancanti di essere, è perciò fondamentale che nella relazione di cura l'infermiere sia in grado di trasmettere la propria presenza e la propria consapevole somiglianza con la persona che ha in carico: "io esisto nel tuo stesso modo; lo so, ognuno ha uno stile affettivo proprio, sente e vive in maniera differente gli eventi e diviene un proprio vissuto emozionale, s'incasta e si scioglie nelle maglie delle vite che scorrono, ma io lo so." Le nostre menti non sono separate dalle altrui; conosciamo i pensieri che si formano e sperimentiamo le emozioni di chi è come noi: umano.

Sono proprio i vissuti affettivi a renderci coscienti del nostro esistere allenando il nostro senso di consapevolezza (9). Nel bene e nel male, l'esperienza emotiva ci rende presenti, vivi, ma anche esperti in "umanità".

Jean-Jacques Rousseau ne *L'Emilio o dell'educazione* pubblicata nel 1762 scrive: "l'uomo che ha più vissuto non è già quello che ha potuto contare un più gran numero d'anni, ma colui che ha sentito di più la vita".

I vissuti positivi danno forza all'anima, sono produttivi, stimolanti, gettano ponti, insegnano a lasciarsi andare e a farsi guidare dall'intuito creativo per agire nel giusto e fare del bene. I vissuti negativi, invece creano disordine, rendono prigionieri e rovinano le relazioni con la bassezza della

loro energia degradata (9). Passioni forti come il dolore, la rabbia, l'invidia, la paura mettono in difficoltà i rapporti tra le persone e sono da sempre le responsabili di comportamenti umani anche estremi, in tutte le culture, lontane e vicine alla nostra (2). Se la mente è presa da un sentimento forte non riesce a vedere la condizione dell'altro e non permette di prestare attenzione a ciò sta pregiudicando la qualità della vita dell'altro.

Viviamo ora in un'epoca manageriale in cui il prodotto culturale vincente è quello che fornisce ricette sul "fare" o sul mantenere sotto controllo ciò che accade e ci accade. Le emozioni possono essere piccole sensazioni leggere, discrete, momentanee e avere comunque il potere di alterare una situazione; oppure possono essere valanghe energetiche che ci travolgono senza preavviso mettendoci in grande difficoltà perché non ci lasciano decidere i comportamenti, ci mettono a nudo, fino a cambiarci la vita a volte, facendoci agire in modo inaspettato. Cercare il dominio su sé stessi può farci ruzzolare in una forma di schiavitù dannosa. La gestione della vita interiore, non solo è un mito sbagliato, ma rischia di rendere le nostre anime lacunose. Non è sempre necessario controllare o rimuovere i vissuti negativi (9). Parafrasando le conclusioni scientifiche sullo sfogo delle emozioni nelle società dello psicologo ed etnologo Beaglehole, se non si concede la possibilità di espressione delle emozioni represses o se queste non fossero comunemente accettate, la relazione di cura collasserebbe sotto il peso delle proprie nevrosi (13).

E' importante saper ben esperire ciò che ci accade (14) e lasciare che gli eventi nel loro accadere e il tempo necessario ci bagnino, come fossimo la battigia che accoglie l'onda, la lascia andare e venire, fino a che l'energia di un sentimento non si esaurisce. Gestire vuol dire anche che accada e seguire il cammino della comprensione verso l'accettazione di situazioni difficili da ricevere (9).

L'infermiere che conosce il bisogno di accettazione, lo può insegnare al paziente; è strano usare il verbo *insegnare* per un bisogno. E' la psicologa Continizio che ha ispirato questa locuzione; in occasione del workshop con Jane Watson tenutosi a Napoli il primo ottobre 2018, ha affermato che il paziente è il vero esperto di se stesso. La Continizio si è interrogata sulla probabile necessità da parte degli infermieri di dover educare il paziente a tirar fuori i propri bisogni; è questa una prospettiva d'effetto, che richiama indubbiamente alla forte esigenza di essere esperti in ciò che riguarda la natura umana per chi si prende cura delle persone. Ed è proprio grazie al processo lucido di ricerca nello sforzo di incontrare il mondo affettivo dell'altro che l'infermiere riesce a proteggersi dalla sofferenza diretta e a trarne, invece, il massimo dei benefici in una condizione di reciprocità dei vissuti (15).

Siamo parte della Natura, parte organica di questo mondo con tutti gli esseri viventi, né figliastri, né padroni: questa filosofia del sentirsi definisce e rispetta i nostri limiti di esseri umani e allo stesso tempo incentiva una conoscenza scientifica sempre più profonda nel rispetto della complessità della biosfera e del mondo (6). Preoccuparsi del paziente è una fatica consapevole che ci fa sentire costantemente limitati, inadeguati e a disagio, soprattutto in sala operatoria, dove la fugacità nelle relazioni rese difficili dal contesto iper-tecnico non fa che amplificare il senso di inadeguatezza nella dimensione emotiva, ma per avanzare serve l'attrito. In un celebre passaggio di Wittgenstein ne *Ricerche filosofiche* leggiamo: "Siamo finiti su una lastra di ghiaccio dove manca l'attrito e perciò le condizioni sono in un certo senso ideali, ma appunto per questo non possiamo muoverci. Vogliamo camminare; dunque abbiamo bisogno dell'attrito! Torniamo sul terreno scabro!".

Le ultime osservazioni: il *sentire*, è lecito chiedersi, è dunque il minimo comune denominatore dell'umanità? Riusciamo ad occuparci del prossimo nel modo più perfetto possibile poiché lo riteniamo simile a noi? Più la nostra competenza abbraccerà il principio di somiglianza con il prossimo, non a caso si dice che attiviamo neuroni capaci di riflettere il nostro essere utilizzando l'immagine di uno specchio, più il rapporto di cura convaliderà il suo intrinseco valore terapeutico e la competenza emotivo-relazionale, in tutta la sua complessità di acquisizione, diverrà in primo luogo un dovere etico-scientifico (16-17).

## **Bibliografia**

- (1) van Manen M. Writing qualitatively, or the demands of writing. Qual Heal Res 2006; 16: 713-722.
- (2) Plamper J. Storia delle emozioni. Bologna, Italy: Il Mulino 2018.
- (3) Kovecses Z, Lakoff G. The cognitive model of anger inherent in American English. Cultural Models in language and Thought 1987 Jan; 195-221.
- (4) Kramer C (a cura di). Human+. Il futuro della nostra specie. Roma, Palazzo delle Esposizioni 27 feb-1 lug 2018.
- (5) Madjar I & Walton JA. Nursing and the experience of illness: Phenomenology in practice. Oxon U.S.A. & Canada: Routledge London and New York: 1999.
- (6) Bottaccioli F. Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia. Milano, Italy: Edra S.p.a. 2016.
- (7) Myss C. Anatomia dello spirit. I sette livelli del potere spirituale. Novara. Italgrafica 2011.
- (8) Fugali E. Corpo. Bologna, Italy. Il Mulino, 2016.
- (9) Mortari L. La Sapienza del Cuore: Pensare le emozioni, sentire i pensieri. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore, 2017.
- (10) Boella L. Empatie: L'esperienza empatica nella società del conflitto. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore, 2018.
- (11) Palladini M. Il sentire empatico: prospettive e visioni. Rivista l'Infermiere 2018 Oct; 5(LXII):23-27.
- (12) Visalberghi A (a cura di). Jean Jacques Rousseau Emilio. Roma-Bari Laterza, 2003, p.61.
- (13) Beaglehole E. Emotional Release in a Polynesian Community. Journal of abnormal and social psychology 1937; (32)3-4:319-328.
- (14) Donatelli P. Il lato ordinario della vita. Bologna, Italy: Il Mulino, 2018.
- (15) Manzoni E. L'attimo come scenario di salvezza per assistere l'uomo. Workshop Human Caring con Jane Watson. 1 Ottobre 2018-Napoli.
- (16) Benedetti F. Il cervello del paziente. Roma, Italy. Giovanni Fioriti Ed, 2012
- (17) Del Canale S et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Pama, Italy. Academic Medicine 2012; 87:1243-1249.