

Clownterapia e ustioni

21

di Roberto Flangini e Azzurra Alexiadis

STORIA ED EVOLUZIONE DELLA CLOWNTERAPIA IN AMBITO SOCIO-SANITARIO

Thomas Sydenham, autorevole medico del XVII secolo, era solito affermare che “l’arrivo di un buon clown esercita, sulla salute di una città, un’influenza benefica superiore a quella di venti asini carichi di medicinali”.

“L’umorismo”, scrive Freud (1975), “è uno strumento che permette di trarre piacere anche da avvenimenti e circostanze difficili”.

Freud non analizza il rapporto tra umorismo e buona salute, ma ritiene che non sia possibile essere felici senza possedere il senso dell’umorismo e dimostrarlo il più possibile: ciò ci permette di mantenere la gioia di vivere, mentre rischiamo costantemente di perderla.

Negli anni ’60 del secolo scorso sono state condotte le prime ricerche con lo scopo di indagare l’effetto della risata sullo stato psico-fisico dell’uomo, portando alla creazione di interessanti esperienze in campo medico.

Nasce così la *gelotologia*,¹ la scienza che studia e applica la risata e le emozioni positive negli ambiti sanitari relativi alla prevenzione, terapia, riabilitazione e formazione. Questa scienza si è affermata definitivamente nella seconda metà degli anni ’80 nei Paesi anglosassoni e si è diffusa rapidamente nel resto del mondo trovando ambiti di applicazione che vanno, per esempio, dall’assistenza ai bambini, agli anziani, alle persone con disagi psichiatrici, ai detenuti e ai diversamente abili.

La gelotologia trova le sue basi in una nuova scienza definita PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), disciplina che ha evidenziato la correlazione tra sistema immunitario ed emozioni.

¹ Dal greco *ghelos*, cioè “riso”, e *logos*, cioè “scienza” = “scienza della risata”.

Gli studi condotti in questo contesto hanno dimostrato la presenza di connessioni tra sistema nervoso, sistema endocrino e sistema immunitario; di conseguenza, quando si verifica un'alterazione che compromette uno solo dei sistemi descritti, per una sorta di "effetto a cascata", si riflettono cambiamenti anche negli altri, influenzando così le condizioni di salute di un soggetto. Quando scatta il meccanismo della risata, infatti, ogni individuo attiva delle ghiandole predisposte alla produzione di endorfine e di un vasto numero di neuropeptidi, sostanze capaci di stimolare in maniera considerevole il sistema immunitario, rafforzandolo e migliorando le condizioni di salute dell'organismo (Pignatta, 2006). Lo studio dei neuropeptidi ha ampliato le conoscenze sul funzionamento sia del sistema nervoso sia dei sistemi endocrino e immunitario, che oggi ci appaiono molto più integrati nello scopo comune di adattare sempre meglio l'organismo all'ambiente. Il dato più sconcertante è che la produzione dei neuropeptidi avviene in contemporanea sia a livello centrale, da parte del sistema nervoso, con funzioni di neuromodulazione, sia a livello periferico, da parte di cellule appartenenti a sistemi diversi quali il sistema endocrino o immunitario o digerente, ponendo il problema sul significato funzionale di questa doppia rappresentazione polipeptidica centrale e periferica.

Queste informazioni sono in gran parte riferibili agli studi svolti dalla neurofisiologa Pert (1997), direttrice del Centro di Biochimica Cerebrale del NIMH (National Institute for Mental Health) e una delle più importanti figure nell'ambito della ricerca internazionale sul cervello. Attraverso i suoi lavori, Pert ha scoperto che i neuropeptidi sono i mediatori sia delle informazioni sia delle emozioni e sono attivi praticamente in tutte le cellule del corpo: nel sistema nervoso, ma soprattutto nel sangue, nel sistema immunitario e nell'intestino.

Dal 1986 la gelotologia viene identificata come *clownterapia* a seguito del ricovero per una forma di cancro di un clown del Big Apple Circus, un circo permanente, presso il Presbyterian Hospital di New York: successivamente a questo ricovero e alla conseguente perdita dell'amico clown, agli artisti del Big Apple Circus venne l'idea di creare dei momenti ricreativi per rallegrare e intrattenere i bambini ricoverati nel reparto pediatrico specialistico.

Fu così che Michael Christensen fondò la prima CCU (*Clown Care Unit*), ovvero un'unità di sostegno sanitaria di clown che cominciò a operare a New York, Boston, Los Angeles e San Francisco.

Successivamente vennero creati circa 17 progetti negli ospedali pediatrici distribuiti su tutto il territorio statunitense con circa 90 clown operativi e oltre 200 000 bambini assistiti fino a oggi.

Un'importante spinta al lavoro delle CCU fu fornita dai finanziamenti elargiti dalla Garrett Smith Foundation, una fondazione nata in ricordo di un bambino scomparso a causa di un grave tumore.

I *clown dottori* sono spesso veri e propri clown, artisti di strada, attori, musicisti o figure socio-sanitarie che, dopo un'attenta selezione e formazione, vengono inseriti negli ospedali dove, in collaborazione con il personale sanitario, si attivano per alleviare l'ansia e la paura che attanaglia il bambino ricoverato, la sua famiglia e (a volte) il paziente adulto.

All'inizio degli anni '90 questa "terapia alternativa" sbarca anche in Europa negli ospedali francesi e svizzeri, che sono stati i primi ad accoglierla in quanto sostenuti economicamente dall'associazione francese Le Rire Médecin e dalla Fondazione Theo-

dora Onlus con sede in Svizzera. La vera rivoluzione, però, esplose alla fine degli anni '90, quando viene prodotto e diffuso in tutto il mondo il film che ha come protagonista un allora sconosciuto medico della West Virginia, il dottor Hunter “Patch” Adams. Nel 1981, infatti, il dottor Adams aveva fondato, con l'appoggio della moglie Linda e la collaborazione di alcuni amici, il Gesundheit Institute² ad Arlington, Virginia (Adams, 2004).

I modelli teorico-pratici utilizzati nell'Istituto si basano sia sulla figura del clown dottore, come personaggio che rappresenta agli occhi dei degenti l'evasione dalla realtà quotidiana, sia sulla libertà lasciata al paziente, che può scegliere quale terapia adottare per curarsi. La medicina tradizionale, nell'istituto del dottor Adams, può essere integrata a terapie alternative legate agli ambiti della naturopatia come yoga, shiatsu, agopuntura, omeopatia, musicoterapia e pittura: tecniche del “buonumore” per insegnare alla gente a vivere meglio e più serenamente. L'originale approccio terapeutico applicato dall'équipe di Patch Adams ha fatto in poco tempo il giro del mondo ed è oggi globalmente conosciuto e applicato.

Alcune ricerche condotte, a partire dagli anni '80, presso diverse università nordamericane – tra le quali vanno annoverate la Stanford University School of Medicine di San Francisco, che ha aperto il primo Istituto di Gelotologia, l'University of Oklahoma, che ha avviato il primo corso di studi in *humor therapy*, e l'University of Western Ontario (Martin e Dobbin, 1988; Porterfield, 1987; Salovey et al., 2000) – hanno dimostrato che esiste una stretta connessione tra malattie immunodeficitarie e stato psichico del paziente.

Oggi la “comicoterapia” si basa per la maggior parte su interventi di clown dottori nelle corsie di tutto il mondo che, attraverso un approccio ludico, ricordano e sdrammatizzano le pratiche mediche o gli strumenti terapeutici, soprattutto quelli invasivi.

Il clown dottore è quindi colui che (a prescindere dal proprio titolo di studio) opera nei contesti di disagio utilizzando le arti del clown e integrandole con conoscenze psico-socio-sanitarie al fine di agire sulle emozioni, per modificarle.

Il clown dottore va visto, perciò, come una figura di sostegno e di aiuto concreto ai percorsi terapeutici di bambini e adulti ospedalizzati, operando in stretto contatto con l'équipe ospedaliera e indossando un camice variamente colorato.

L'intervento dei clown, inoltre, non è mai imposto e non forza mai il bambino o il malato e i *caregiver* ad accettare la loro visita: se i clown dottori si rendono conto che il dolore del piccolo paziente o del malato adulto è così forte da non potergli permettere di vivere il gioco in serenità, si adeguano e limitano il loro intervento (per esempio, salutando timidamente dalle vetrate, facendo volare bolle di sapone o semplicemente recitando una gag all'esterno della camera basata sulla goffaggine nel fare finta di essere un dottore).

I clown dottori non possono agire direttamente sull'evento diagnostico o terapeutico, ma sono in grado di influenzare il processo cognitivo, attraverso l'umorismo, creando sitcom (*situation comedy*) che consentono di svuotare di accezioni negative un vissuto ospedaliero traumatico.

² “Istituto della buona salute”.

Per esempio, se un piccolo paziente si deve sottoporre alla manipolazione delle cicatrici da ustione (esperienza molto dolorosa), può capitare che due clown tentino di riprodurre le stesse pratiche mediche utilizzando il lettino vicino nei modi più disparati, ma fuori contesto e senza mai un senso compiuto. Il lettino può divenire una tavola da surf, e alla domanda “Si stenda” il clown può porsi supino sotto il lettino... e così via, distraendo e allontanando l’attenzione del piccolo dalla pratica di cui è oggetto.

LE EVIDENZE CLINICHE E PSICOLOGICHE DELLO STATO DI MALATTIA IN AMBITO PEDIATRICO

La malattia e il ricovero sono esperienze dolorose e non facilmente comprensibili per il bambino. Mediante il gioco, si può rappresentare più e più volte la situazione ansiogena e si insegna a conoscerla e a controllarla, dato che la ripetizione (tramite la rappresentazione) permette di affrontare la fonte del disagio, ristabilendo uno stato di quiete e di sicurezza. L’ansia è una caratteristica predominante e patologica nelle manifestazioni di stress, che tuttavia può anche essere inquadrata come reazione adattiva allo stress stesso, poiché prepara l’organismo all’azione. A livello fisiologico, l’ansia determina un’alterazione dei sistemi interni, con una condizione di simpaticotonia cronica e un respiro in genere affannoso, alto e toracico. Sovente sono presenti modificazioni delle percezioni e del tono muscolare di base in numerosi distretti corporei dell’organismo. I movimenti risultano limitati e stereotipati, spesso sono bruschi e a scatti. Mancano in genere quelli morbidi e ampi, quelli forti ma calmi (Rispoli, 1992).

La finalità della clownterapia consiste nell’ironizzare sulle pratiche medico-assistenziali per sdrammatizzare, quando possibile, gli stati d’angoscia che possono assalire chi è malato e chi lo assiste. Lo scopo è quello di dare vigore all’aspetto della parte sana presente nel malato per influenzare la parte malata e accelerare i processi di guarigione (Hodgkinson, 1997).

COMICOTERAPIA E USTIONI

Un’ustione rappresenta sempre un grave trauma e una fonte di stress per il bambino e la famiglia: si instaura un disagio prolungato nel tempo, si è sottoposti a numerose terapie invasive e dolorose e a volte si devono subire molteplici interventi chirurgici.

La condizione di passività a cui costringono le terapie e il ricovero favorisce atteggiamenti depressivi e stati ansiogeni e stressogeni che possono determinare deperimento e inattività fisiologica, portando a un aggravio dello stato di malattia.

L’individuazione dei fattori di rischio e di resistenza permette di servirsi, però, di una guida euristica per lo sviluppo di modalità d’intervento sui pazienti pediatrici (Varni e Katz, 1997).

I fattori protettivi sono quegli elementi che permettono di aumentare le capacità di resilienza del soggetto, rafforzando i meccanismi di riduzione dell’impatto con la condizione di rischio e ostacolando la catena di reazioni negative generabile da una situazione di stress; attraverso tali elementi si consolidano sentimenti di autostima e di efficacia personale e le competenze relazionali (Rutter et al., 1990).

Un intervento multidisciplinare, coordinato dallo psicologo con una visione d'insieme, può favorire la risoluzione di stati e mentalizzazioni di malattia, attivando fattori protettivi fondamentali nell'assistenza al paziente ustionato pediatrico.

Molti bambini regrediscono a stadi infantili e riemergono in tali frangenti l'enuresi e l'imbrattarsi con le proprie feci, tutte situazioni già affrontate nel proprio percorso di crescita ma che in una circostanza frustrante e di alto stress, come il ricovero per una patologia a lungo termine, possono ricomparire.

Questi episodi possono verificarsi dopo una lunga degenza in ospedale comportante la separazione dai propri genitori; tuttavia, vari ricercatori che hanno studiato l'effetto della malattia fisica sulla vita psichica hanno osservato che l'ospedalizzazione è più traumatica se associata ad altri fattori.

Esistono degli effetti, definiti da Anna Freud (1977) "collaterali",³ che è importante evidenziare per comprendere successivamente quanto una malattia per un bambino o per un ragazzo possa essere traumatica a livello psicologico.

Quasi sempre, in presenza di una malattia del proprio bambino, l'atteggiamento affettivo dei genitori nei suoi confronti cambia.

La maggior parte dei genitori tende a viziare i bambini malati, a soddisfare ogni minima richiesta e qualsiasi capriccio; fa notare Anna Freud come nelle famiglie numerose, per esempio a causa di una malattia infettiva, un bambino raggiunga mete che solo l'eccezionale circostanza fa ottenere, cioè il possesso esclusivo e indiviso della madre che lo cura.

In presenza di una malattia si perdono le elementari basi dell'educazione precedentemente impartita, non si riesce a privare di nulla i bambini e, soprattutto, anche i "sani no" non vengono più utilizzati.

Il bambino reagisce a tali sconvolgimenti delle regole in modo traumatico, non comprendendole e non riuscendo a orientarsi tra i valori affettivi e morali che sono stati messi in discussione per l'eccezionalità dell'evento.

Un altro fattore che incide sulla degenza e sullo stato psichico del paziente pediatrico è il trasferimento dell'accudimento, fino a quel momento espletato dai genitori e/o dai familiari più prossimi, all'assistenza predominante da parte del caregiver o del personale sanitario (infermieri, operatori socio-sanitari ecc.).

Per il bambino, l'acquisizione dell'autonomia costituisce un traguardo fondamentale e il riuscire gradualmente ad autogestirsi in ambiti quali il mangiare, il vestirsi e il lavarsi risultano conquiste evolutive che, come sottolineato dai lavori di Anna Freud, rappresentano una tappa importante dell'Io.

Tutto questo percorso di crescita, legato altresì al processo di distacco dalla figura materna compiuto dal bambino, viene però interrotto dalla malattia, che determina una regressione a comportamenti passivi non adeguati alla fase di sviluppo individuale.

Molti bambini, dopo una prolungata malattia, devono perciò essere rieducati al recupero delle autonomie di base. Psicologicamente, l'assistenza può causare reazioni distinte: alcuni bambini cercano infatti di opporsi a tale condizione di passività in

³ Si tratta dei seguenti meccanismi di difesa: negazione in fantasia, negazione mediante parole, inibizione dell'Io, limitazione dell'Io, ascetismo, intellettualizzazione, idealismo, idealizzazione, identificazione.

modo aggressivo e sono spesso pazienti difficili, altri invece accettano la condizione di passività a cui li costringe la malattia e reagiscono producendo una sorta di “sovraadattamento” a essa.

Sia in un verso sia nell’altro, la degenza protratta nel tempo provoca un arresto nello sviluppo dell’Io. La malattia può portare anche a limitazioni del proprio movimento (maggiormente evidenti dopo un intervento chirurgico), e sono tanti gli autori che hanno osservato le conseguenze di tali limitazioni.

Per esempio, Greenacre (1952) ha esaminato il significato che può avere un’esperienza postoperatoria con limitazione nel movimento per la diminuzione della scarica dell’aggressività. Da varie ricerche sugli effetti che può sviluppare la malattia nel bambino, è emerso che possono evidenziarsi varie oscillazioni d’umore, cambiamenti nei rapporti con i genitori, perdita di fiducia in se stessi o possibili reazioni di collera.

Thesi Bergmann e Anna Freud (1945), a partire da uno studio triennale in un reparto di ortopedia, descrivono quali sono i meccanismi di difesa che aiutano il bambino a sopportare il suo stato di immobilità e hanno osservato che più è limitante la propria condizione più il bambino assume un atteggiamento docile, che può tramutarsi in esplosioni di collera se le limitazioni vengono ridotte ma non eliminate e se le prescrizioni mediche si dilungano.

Quindi la degenza e la condizione di prolungata immobilità possono rafforzare la tendenza aggressiva di un bambino, che può esprimersi sotto forma di irrequietezza e aumentata irritabilità.

L’OSPEDALIZZAZIONE: UN’ESPERIENZA FORTE

Esiste un rapporto biunivoco tra malattia e ospedalizzazione, e anche i vissuti e le difese attivate dal bambino nei confronti della sua ospedalizzazione sono simili a quelli provati per la malattia di cui è affetto.

Molte volte l’ospedalizzazione può acutizzare vissuti depressivi o aggressivi che il bambino o l’adolescente hanno maturato dentro di sé rispetto alla propria malattia.

L’ambiente, al primo impatto, è sempre anonimo e freddo, e spesso i reparti di pediatria si presentano spogli, poco colorati, le stanze sono impersonali e gli spazi gioco vengono creati in aree di superficie ridotta o molte volte non sono addirittura presenti.

Il luogo fisico e il personale medico-infermieristico possono influenzare l’idea che il bambino si fa dell’ospedale.

All’inizio i soggetti preposti alla cura e all’assistenza possono essere vissuti in modo impersonale, ma successivamente, soprattutto quando la loro figura viene associata a prestazioni dolorose, possono assumere caratteristiche minacciose e traumatiche.

L’ospedale richiama comunemente parole dal connotato negativo. Una ricerca condotta dall’ABIO⁴ di Lodi con la collaborazione della ASL e degli insegnanti di un cir-

⁴ L’ABIO (Associazione per il Bambino In Ospedale ONLUS) è stata fondata nel 1978 per promuovere l’umanizzazione dell’ospedale. <http://www.abio.org/>.

colo didattico di scuola elementare e materna – volta a conoscere le idee e i vissuti che i bambini non malati avevano nei confronti dell'ospedalizzazione – ha messo in evidenza che nel senso comune, se un bambino sente parlare di ospedale, questa parola è associata a: “persone che stanno male, paura, malattia, punture, cerotti, camici bianchi, tristezza...” e i vissuti comuni rispetto al ricovero e alla paura di esso sono: “paura di soffrire, lasciare gli amici e il proprio ambiente familiare, stare da solo in ospedale e essere abbandonato, vedere la faccia preoccupata della mamma...”.

Quindi, se per un bambino che non vive personalmente l'esperienza di una ospedalizzazione i vissuti legati a essa sono comunque negativi con alla base emozioni angosciose, è comprensibile come queste emozioni e questi vissuti siano amplificati nei bambini malati.

Da una raccolta di disegni di bambini ospedalizzati (Progetto Amico ABIO 1989), è emerso che l'ospedale procura ansia ed è vissuto come un evento minaccioso e carico di incognite. Alcuni disegni rappresentavano il medico come uno sceriffo, che “fa pulizia del male e fa rispettare le regole” e l'ospedale viene visto dall'esterno, come edificio imponente; altri disegni rappresentavano l'interno dell'ospedale con spazi ampi, disabitati e dai colori scuri come il nero e il grigio, che richiamano la morte.

Nella vita di un bambino ospedalizzato avvengono tanti cambiamenti connessi alle terapie a cui deve sottoporsi e che limitano il suo spazio vitale, ma altri cambiamenti avvengono anche a livello delle relazioni con i genitori e dei nuovi rapporti che instaura con le figure assistenziali. A questo proposito, Mangini e Rocca (1996) affermano che

le relazioni interpersonali a cui il bambino era abituato mutano improvvisamente, si allenta la fiducia nell'onnipotenza dei genitori, il vissuto di abbandono può farsi sempre più presente e tale cambiamento determina un senso di instabilità emotiva e di confusione.

LE TECNICHE DI SOSTEGNO PER IL BAMBINO USTIONATO

L'ustione in età pediatrica e il relativo ricovero in un centro specialistico sono fonti di grande disagio e stress emotivo per il bambino, la famiglia e per l'équipe.

Le tecniche di sostegno emotivo che possono essere applicate per facilitare e rendere meno traumatica l'ospedalizzazione e i vari trattamenti sono molteplici sia nella fase acuta sia nella fase della riabilitazione del paziente.

Tali tecniche si sono dimostrate particolarmente utili prima di iniziare procedure invasive e dolorose (per esempio, la medicazione delle lesioni) e vanno condivise con il resto dell'équipe assistenziale, con la famiglia e strutturate nel percorso assistenziale del paziente.

Le gag sono assimilabili alle classiche cadute o agli scivolamenti mutuati dalle tecniche clownesche tipiche dei film dei fratelli Marx o di Stanlio e Olio.

La sitcom è spesso frutto dell'improvvisazione dei clown dottori che, studiato l'ambiente d'intervento, adeguano le gag alle situazioni e all'ambiente in cui vengono chiamati a operare.

Lo spazio è un elemento che viene spesso preso in considerazione, così come il numero di individui attorno al bambino, il *modus operandi* del personale addetto e

la presenza di soggetti esterni o familiari. Tutto ciò permette ai clown dottori di lavorare in modo poco invasivo e molto collaborativo, alternando ai momenti di intervento terapeutico degli operatori sanitari momenti di clownerie, dove il paziente è chiamato a esorcizzare il suo stato suggerendo e commentando quanto sta accadendo nella gag dei clown.

In questa maniera il bambino diventa protagonista e regista di una situazione che lui stesso vive, e mediante il gioco è invitato a riflettere su come ridurre l'ansia e lo stress che determinate terapie gli provocano.

Così, una pausa tra una medicazione e l'altra, in un CGU (Centro Grandi Ustionati), può essere una buona occasione per assistere, per esempio, ai clown dottori che entrano nella stanza del filtro di ingresso e lì rimangono bloccati poiché non riescono ad aprire la porta, e il paziente dal suo letto, attraverso il vetro, può fornire le indicazioni corrette per poter entrare nella stanza.

Simili tecniche basate sulla pantomima e sul mimo sono molto immediate e poco caotiche, e perciò adattabili a una realtà intensiva come un CGU.

In fisioterapia il lavoro del clown dottore si è dimostrato efficace soprattutto per il tipo di sostegno che si offre agli operatori nella strutturazione di un percorso riabilitativo in forma ludica.

Nel proporre al piccolo paziente di sottoporsi allo "stiramento delle cicatrici", o nella disarticolazione di un braccio o di una gamba, il clown dottore propone con il collega le stesse procedure indicate dal personale sanitario ma in modo ridicolo ed esagerato, alterando la percezione del movimento con gag che fanno cadere il clown dal lettino o inciampare sul percorso alla sbarra sbattendo violentemente sul pavimento e poi ricadendoci rovinosamente sopra.

UN CASO CLINICO PRESSO IL CGU DELL'AZIENDA USL DI CESENA: I VISSUTI DI UN LAVORO DI ÉQUIPE

Il progetto dei clown dottori in corsia avviato nel Centro Grandi Ustionati dell'Ospedale Bufalini di Cesena è partito nel maggio del 2003 e prosegue tutt'ora.

I clown dottori chiamati a operare nel reparto, quando è ricoverato un bambino gravemente ustionato, affiancano il piccolo paziente dall'ingresso alla dimissione, in alcuni casi estendendosi anche alla terapia fisioterapica ambulatoriale.

Dapprima è stata avviata la formazione specifica dei clown dottori mediante incontri volti a far conoscere le caratteristiche di tale evento traumatico, le peculiarità del trattamento (medicazione delle ustioni ecc.) e la specificità di un ambiente di cura intensivo come il CGU.

Sono stati adottati e realizzati specifici accorgimenti per permettere l'utilizzo di alcuni materiali per il sostegno dei piccoli ustionati (per esempio, nasi rossi, camici colorati, qualche marionetta) evitando al contempo la trasmissione di infezioni crociate.

Nel giugno 2003, i clown dottori sono stati chiamati a intervenire direttamente per supportare una bambina ricoverata, con ustioni sul 40% del corpo.

I due clown dottori, che hanno operato a stretto contatto con la bambina (che per questioni di privacy chiameremo Margherita), con sua madre e con tutto il personale sanitario di riferimento, sono stati la "dottoressa Pistilla" e la "dottoressa Frittel-

la”, coppia affiatata e navigata che non vedeva l’ora di poter far sorridere e alleviare un po’ l’animo di Margherita. Il racconto che segue è fatto in prima persona dalla “dottoressa Frittella”.

Margherita è una magnifica bimba di 5 anni, forte, ostinata, dolce, con tanta voglia di giocare ma anche di esprimere la propria sofferenza e la propria angoscia per la sfortuna che le è capitata.

Il dolore è sicuramente il sintomo dominante nelle ustioni, pur con vari gradi di intensità in base all’estensione e alla profondità della lesione, all’età del paziente, al suo modo personale di vivere ed esprimere il dolore.

Margherita non soffriva solo per il dolore provocato dalle ustioni di per sé, ma anche per le numerose procedure terapeutiche necessarie per la sua guarigione. La componente ansiosa accompagnava questi momenti rendendoli ancora più critici e dolorosi: il solo ricordo della volta precedente faceva scaturire in lei una paura intensa che anticipava e accompagnava ogni successiva medicazione, in un circolo vizioso in cui dolore e ansia si rin-correvano a vicenda.

Noi clown dottori ci inserivamo in questo circolo cercando di spezzarlo, per far vivere a Margherita momenti di gioco e di allegria che altrimenti non le sembravano possibili, presa come era dal suo dolore e dalla paura di una nuova medicazione o procedura che le arrecava altra sofferenza.

Ironizzare sulle pratiche mediche al fine di sdrammatizzarle, dare valore alle relazioni e ai sentimenti di Margherita con un approccio empatico, rinforzare la sua parte *sana*, per influenzare la parte malata e accelerare i processi di guarigione sono state le modalità che abbiamo utilizzato durante i nostri incontri.

All’inizio l’interazione con Margherita era minima: eravamo noi che dovevamo giocare utilizzando le tecniche clownesche dell’Augusto e del Bianco, cercando di trasformare l’energia della stanza e del suo stato d’animo in maniera positiva.

Cominciando col far ridere la madre e gli infermieri, abbiamo dato modo alla bambina di studiarci, di capire che cosa ci facessero due strane ragazze vestite da infermiere, con mascherine disegnate a mano e due bei nasi rossi in evidenza, fra bolle di sapone e strani strumenti colorati, che non si addicevano al luogo in cui lei si trovava.

In questo caso, abbiamo utilizzato soprattutto la mimica corporea, cioè la camminata, la gestualità e l’espressività del viso, adottando atteggiamenti “stranianti” e fuori dal comune per il contesto in cui ci trovavamo.

Dopo tre incontri, Margherita si è “ammorbidita” e ha cominciato a collaborare con noi clown dottori e a interagire in modo collaborativo con il personale infermieristico, favorendo un’alleanza terapeutica che ha portato la bambina a un recupero fisico più celere.

Margherita ha iniziato a relazionarsi con noi, dandoci ordini, sgridando l’Augusto (che spesso come parte, chissà perché, capitava a me) e sostenendo il Bianco nel suo rimproverare le marachelle solite del burlone di turno (l’Augusto).

Il nostro percorso di accompagnamento e di sostegno si è protratto per circa due anni: la fiducia e l’affetto nati grazie a un’assidua frequenza del nostro intervento e alla lunghezza (purtroppo) della sua degenza e del suo trattamento fisioterapico, ci ha permesso di instaurare con Margherita un ottimo rapporto che sfociava in una sinergia proficua per il processo di guarigione in atto.

Soprattutto l’aspetto fisioterapico, nel nostro intervento con la bambina, mi ha dato modo di capire l’importanza della presenza di noi clown dottori, che – come elementi e gui-

de del gioco – la spronavamo a muoversi, riuscendole a far compiere quei pochi gesti in più a cui altrimenti avrebbe rinunciato per il dolore e la paura di sentire male.

La zona ustionata del suo corpo, che comprendeva parti del volto, del collo e del petto, non permetteva a Margherita di compiere agevolmente alcuni movimenti, quindi spesso il fisioterapista era costretto a farle eseguire manovre che provocavano un intenso dolore. Grazie però alla simpatia e alla competenza del fisioterapista e al nostro allegro, strambo e giocoso intervento, l'ora di terapia passava più dolcemente e spesso Margherita aspettava con trepidazione l'arrivo delle sue "infermiere".

Così, adesso mi capita di incontrarla in giro per la città con le amiche o sua madre, e quando ci salutiamo sento che un affetto particolare ci lega ancora, che la condivisione di quei giorni ci tiene unite.

Forse in questo caso si è realizzato davvero, o mi fa piacere crederlo, il detto che *la sofferenza condivisa è un po' meno sofferenza*.

CONCLUSIONI

I medici dell'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze affermano che:

L'arrivo dei clown in reparto è un momento di grande gioia per i bambini. Ma non solo. L'intervento dei *clowndottori* durante l'induzione dell'anestesia ha un'*influenza sulla riduzione dell'ansia preoperatoria del bambino pari al 45% rispetto al gruppo di controllo senza clown che risulta essere pari al 65%* (Vagnoli et al., 2005).

I genitori dichiarano, inoltre, di trovare *beneficio* dalla presenza dei clown soprattutto durante l'attesa dell'intervento e di *sentirsi tranquillizzati* dalla serenità mostrata dai figli nel momento dell'induzione dell'anestesia.

"Attenzione però", avverte la dottoressa Franca Fossati Bellani, pediatra dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, "non commettiamo l'errore di pensare che una risata basti a guarire da una malattia...".

Un pagliaccio da solo non può far nulla, se non portare un momentaneo sollievo. Alla base del suo intervento deve essere costruito un progetto ben preciso. Lo conferma il dottor Moretti dell'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze:

Queste esperienze funzionano solo quando si punta al benessere totale del paziente e si stabilisce un'alleanza terapeutica tra medici, genitori, infermieri, animatori e clown, e si è davvero pronti ad ascoltare il bambino, a dare spazio alle sue paure e alle sue emozioni (Farnè, 1995).

BIBLIOGRAFIA

- Adams P. (2004). *Salute! Ovvero come un medico-clown cura gratuitamente i pazienti con l'allegria e con l'amore*. Urra, Milano.
- Argyle M. (1982). *Il corpo e il suo linguaggio*. Zanichelli, Bologna.
- Bateson G. (1987). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.
- Bateson G. (1993). *Questo è un gioco*. Adelphi, Milano.

- Bergmann T., Freud A. (1945). *Children in the Hospital*. International Universities Press, Boston.
- Bottaccioli F. (1995). *Psiconeuroimmunologia*. Red/L'altra Medicina, Como.
- Bruscaglioni M. (1982). "Il self-empowerment come anello di collegamento tra formazione e cambiamento", *Quaderno Proposte Risfor*, 1, pp. 21-52.
- Cousins N. (1982a). *Il coraggio di vivere*. Armando, Roma.
- Cousins N. (1982b). *La volontà di guarire: anatomia di una malattia*. Armando, Roma.
- Cundo P. (1997). *Espressione di sé e comunicazione*. Franco Angeli, Milano.
- Dal Lago A., Rovatti P.A. (1993). *Per gioco. Piccolo manuale dell'esperienza ludica*. Raffaello Cortina, Milano.
- Davison G.C., Neale J.M. (2000). *Psicologia Clinica*. Zanichelli, Bologna.
- Farnè M. (1995). *Guarire dal ridere*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Fioravanti S., Spina L. (1999). *La terapia del ridere*. Red/L'altra Medicina, Como.
- Fioravanti S., Spina L. (2006). *Anime con il naso rosso*. Armando, Roma.
- Fo J. (2005). *Guarire ridendo*. Edizioni Nuovi Mondi, Modena.
- Francescato D., Putton A. (1990). *Stare bene insieme a scuola*. La Nuova Italia, Firenze.
- Freud A. (1997). *L'Io e i meccanismi di difesa*. Psycho, Milano.
- Freud S. (1975). *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Goleman D. (1996). *L'intelligenza emotiva*. Rizzoli, Milano.
- Gordon T. (1975). *Genitori efficaci*. La Meridiana, Molfetta.
- Greenacre P. (1952). *Infant Reactions to Restraint*. In *Trauma, Growth and Personality*. W.W. Norton, New York.
- Guarino A. (2006). *Psiconcologia dell'età evolutiva*. Erickson, Trento.
- Hodgkinson L. (1997). *Terapia del sorriso*. Ed. Armenia, Milano.
- Horner A.J. (1993). *Relazioni oggettuali*. Raffaello Cortina, Milano.
- Laborit H. (1979). *L'inibizione dell'azione*. Il Saggiatore, Milano.
- Madia C. (2003). *Manuale di piccolo circo*. Feltrinelli, Milano.
- Mangini M.T., Rocca M.L. (1996). "Cappe Gialle" *Metodologia del gioco in ospedale*. ETHEL Editoriale Giorgio Mondadori, Milano.
- Martin R.A., Dobbin J.P. (1988). "Sense of humor, hassless and immunoglobulin A: evidence for a stress-moderating effect of humor", *Int. J. Psychiatry Med.*, 18(2), pp. 93-105.
- Pert C. (1997). *Molecules of Emotion: The Scientific Basis Behind Mind-Body Medicine*. Scribner, New York.
- Pignatta V. (2006). "La terapia della risata", *Scienza e conoscenza*, 14, febbraio.
- Porterfield A.L. (1987). "Does sense of humor moderate the impact of life stress on psychological well-being?", *Journal of Research in Personality*, 21.
- Putton A. (1999). *Empowerment e scuola*. Carocci, Roma.
- Rapp A. (1949). "A phylogenetic theory of wit and humor", *Journal of Psychology*, 30.
- Rispoli L. (1992). "Stress e ansia: nemici da combattere", *Riza Scienze*, 55.
- Rossi E. (1987). *Psicobiologia della guarigione psicofisica*. Astrolabio, Roma.
- Rutter M., Bolton P., Harrington R., Le Couteur A., Macdonald H., Simonoff E. (1990). "Genetic factors in child psychiatric disorders-I. A review of research strategies", *J. Child Psychol. Psychiatry*, 31(1), pp. 3-37.
- Rutter M., Macdonald H., Le Couteur A., Harrington R., Bolton P., Bailey A.J. (1990). "Genetic factors in child psychiatric disorders-II. Empirical findings", *J. Child Psychol. Psychiatry*, 31(1), pp. 39-83.
- Salovey P. et al. (2000). "Emotional States and Physical Health", *American Psychologist*, 55(1).
- Savoia M., Scaramuzzino G. (1998). *Tutti giù dal palco*. Salani, Milano.
- Simmonds C., Warren B. (2003). *La medicina del sorriso*. Sperling e Kupfer, Milano.
- Vagnoli L., Caprilli S., Robiglio A. & Messeri A. (2005). "Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study", *Pediatrics*, 116(4), pp. 563-567.

- Varni J.W., Katz E. (1997). "Stress, social support and negative affectivity in children with newly diagnosed cancer: a prospective transactional analysis", *Psychooncology*, 6(4), pp. 267-278.
- Watzlawick P., Beavin P., Jackson D.D. (1978). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.

Sitografia

(tutti i documenti sono stati consultati nel mese di luglio 2011)

<http://www.theodora.org>

www.scienzaeconoscenza.it

<http://www.clowns.it>

<http://www.clownterapia.it>