

Umorismo e dolore: i clown nell'ospedale pediatrico

Dott.ssa Laura Vagnoli, psicologa

lauravagnoli@virgilio.it

Abstract: La malattia e l'ospedalizzazione nel bambino assumono toni emotivi intensi e significati psicologici duraturi, per questo è necessario prendersi carico della sofferenza del piccolo paziente secondo un approccio globale, integrato e interdisciplinare che, oltre a garantire la sicurezza delle cure mediche, fornisca altresì un supporto relazionale efficace, indispensabile a mantenere un'integrità psicofisica. Un approccio adeguato risulta essere quello umoristico: il pensiero positivo e l'ilarità sono elementi che stanno divenendo sempre più centrali in ambito assistenziale, poiché permettono di migliorare i rapporti interpersonali e consentono di creare un clima più disteso e collaborativo, fondamentale per fornire risposte qualitativamente adeguate alle esigenze dei degenti e dei loro familiari. *L'umor* potrebbe dunque divenire una componente integrante della cura e del trattamento dei bambini nel sistema sanitario moderno. Ad oggi sono sempre di più i medici che riconoscono il valore terapeutico del riso e del sorriso nel trattamento della malattia e nel mantenimento della salute, sia a livello psicologico che fisiologico. Infatti il clown, simbolo dell'ilarità nell'immaginario comune e classificabile come tecnica non farmacologica, è una figura sempre più familiare nei vari reparti degli ospedali pediatrici, dove anche lo staff ospedaliero, oltre ai piccoli pazienti ed ai suoi familiari, ne trae beneficio: ridere dà sollievo, aumenta la produttività ed aiuta a prevenire il *burnout* riducendo frustrazione e tensione. Particolare attenzione va rivolta ai casi in cui l'utilizzo dell'umorismo risulta disadattivo e diviene fonte di rischi per il bambino, tenendo presente anche che non può sostituirsi al supporto psicologico e alla cura della relazione medico-paziente (o infermiere-paziente) ma che deve integrarsi a questi, se le difese del paziente sono mature per farlo.

Key words: bambino ospedalizzato, umorismo, clown in corsia.

Nell'età evolutiva l'ospedalizzazione per un bambino e per un adolescente può rappresentare un evento particolarmente stressante, ricco di momenti di tensione e di disagio che possono determinare conseguenze importanti e durature sia a livello fisiologico che a livello psicologico.

Il piccolo paziente può trovarsi in ospedale per molteplici ragioni, può essere per la diagnosi di una malattia, così come per un ricovero improvviso, legato, ad esempio, ad un

evento traumatico; in ogni caso vi sarà un confronto con un ambiente non conosciuto, talvolta ostile, con procedure medico-infermieristiche, spesso non comprese, con uno staff formato da diverse figure professionali con ruoli molto diversi tra loro e di difficile definizione: questi elementi fanno sì che le componenti di ansia e di paura che si possono esperire in questo contesto influiscano in modo decisivo sul benessere e sulla qualità di vita del bambino e della sua famiglia (Filippazzi, 1997).

La reazione di ciascun individuo alla degenza ospedaliera è la risultante di molteplici fattori: innanzi tutto l'età ed il livello di sviluppo agiscono sul tipo di risposta che viene messa in atto, poiché le capacità cognitive, come la proprietà di linguaggio, sono elementi che permettono di comprendere gli eventi e di comunicare il proprio pensiero e le proprie emozioni con modalità diverse in momenti della crescita differenti; la qualità delle precedenti esperienze di ricovero, ma anche delle visite con il pediatra e di ogni interazione con tutto ciò che concerne il mondo medico-sanitario, assume un ruolo fondamentale nella risposta emotiva alla sofferenza e alla malattia. Infatti esperienze pregresse negative aumentano il livello di ansia, di angoscia e di paura; anche l'atteggiamento del nucleo familiare di fronte al dolore è una componente significativa nel contesto di cura, i genitori costituiscono una fonte di sostegno insostituibile per i minori e possono essere esempio per i loro figli, anche in termini di comportamento da tenere, premiando ed incoraggiando alcune loro manifestazioni piuttosto che altre; la dimensione sociale è altrettanto importante, i modelli comportamentali con cui esprimere sofferenza e angoscia vengono appresi, non soltanto dalla famiglia, ma anche dal contesto culturale in cui siamo inseriti. In alcuni ambienti, ad esempio, l'espressione del dolore è condivisa ed incoraggiata, in altri si predilige un'elaborazione personale. Senza dubbio le differenze individuali di ciascun paziente e della sua famiglia e le loro peculiari modalità espressive e di rappresentazione del dolore e della malattia sono fattori preponderanti nel definire la qualità della reazione all'ospedalizzazione (Farnè & Sebellico, 1990).

L'osservazione del bambino in ospedale permette di comprendere quanto sia evidente lo stretto legame esistente tra ansia e dolore: paura e ansia sono infatti i correlati emotivi dell'esperienza dolorosa, ossia gli aspetti psicologici del dolore. Il dolore è forse il sintomo più temuto di una malattia e diviene quindi in primo luogo necessario, anche al fine di tentare un'efficace gestione dello stato emotivo ansiogeno del bambino, affrontare il problema del trattamento antidolorifico. E' sufficiente sapere che una gestione non adeguata della terapia antalgica aziona meccanismi di rilascio di ormoni (adrenalina, noradrenalina, cortisolo, GH, TSH, aldosterone) che provocano l'aumento della frequenza cardiaca, della pressione

sanguigna, della motilità gastrica ed intestinale, influenzando in modo negativo anche il sistema immunitario.

Nonostante queste evidenze il problema della riduzione del dolore è rimasto a lungo sottovalutato, sdrammatizzato e minimizzato da medici, infermieri e genitori, che ritenevano che il bambino fosse in grado di dimenticarlo rapidamente e sovrastimavano i rischi conseguenti all'utilizzo dei farmaci, per la paura di assuefazione, depressione respiratoria od altre complicazioni. Dal 1979, grazie all'*International Association for the Study of Pain* (IASP) che conia una nuova definizione di dolore, viene riconosciuto l'aspetto emozionale e soggettivo dell'esperienza dolorosa, ammettendo anche la possibilità di sentirlo persino in assenza di danno fisico: da questo momento si è poi sviluppata una maggiore sensibilità ed un maggiore interesse per lo studio del dolore nel bambino (Organizzazione Mondiale della Sanità [O.M.S.], 1998).

Alla luce anche delle conoscenze scientifiche che si sono susseguite dopo questo momento, risulta evidente come il bambino che deve essere sottoposto ad una procedura medica ed ha paura e prova ansia, rischi che questi due fenomeni aumentino la sensazione di dolore, formando così un circolo vizioso.

Il piccolo paziente dunque può trovarsi a vivere con ansia anche procedure semplici o poco invasive (punture, prelievi, medicazioni, palpazioni esercitate durante la visita medica) determinando, non solo conseguenze fisiche che possono inibire la risposta immunologica e farmacologica, ma anche un'avversione verso medici, procedure e strutture sanitarie che può interferire sulla qualità di vita dell'individuo (Nucchi, 1995).

In questo contesto i minori necessitano di strumenti adeguati per una corretta assimilazione della situazione, spesso sono disorientati anche dall'ambiguità dei messaggi che gli provengono da chi li circonda, spesso tranquillizzanti e rassicuranti quelli del personale sanitario e ansiogeni quelli dei genitori, che li possono portare ad elaborare manifestazioni di paura e ansia incontrollate e ingiustificate. E' per questo motivo che lo staff ospedaliero deve adoperarsi per costruire una relazione con l'utente basata sull'accoglienza e sul sostegno, nella quale la fiducia, l'empatia ed il concetto di tutela ne costituiscano fondamento (Nucchi, 1995).

Ciascun individuo, poiché le sensazioni provate in uno stato d'ansia sono spiacevoli e fastidiose, sin da bambino, elabora meccanismi interpersonali e intrapsichici per farvi fronte, ovvero processi di autoregolazione ed autocontrollo degli stati emozionali. Questi meccanismi sono messi in atto attraverso un processo di valutazione cognitiva attraverso il quale il soggetto valuta il significato dell'evento stressante e della propria capacità di far fronte al

dolore o al pericolo (Lazarus & Folkman, 1984; Zani & Cicognani, 2000). Si presume che la valutazione del bambino sia proporzionale al suo sviluppo cognitivo, emozionale e sociale e che quindi, più piccolo è, più riporterà sensazioni generiche di vago pericolo e di disagio (Filippazzi, 1997). L'esito di questo processo è la risposta di *coping*, o la non risposta.

Nel bambino ospedalizzato ritroviamo principalmente quattro strategie di *coping*: autoistruzioni cognitive (convincersi dell'assenza di problemi); problem solving; distrazione; richieste di supporto. In proposito, è stato dimostrato, ad esempio, che i bambini ricoverati in chirurgia utilizzano meno la distrazione rispetto a bambini di altri reparti e, ancora meno, dopo l'intervento chirurgico: probabilmente l'evitamento cognitivo non funziona in presenza di esperienze concrete di dolore (Laterza, 1998).

Esistono alcune strategie adattive che rappresentano risorse a cui afferire e che possono essere sia di tipo fisico, come la salute e l'energia, sia di tipo psicologico, come la percezione di controllo, un concetto di sé positivo, la propensione all'ottimismo, le abilità di problem solving e le abilità sociali o dell'ambiente (Zani & Cicognani, 2000). Per quanto riguarda il bambino è necessario tenere presente che queste possono essere condizionate dalle sue caratteristiche innate, dal supporto sociale e dal *coping* dei familiari e che subiscono modificazioni con la maturazione psicologica. La capacità di comprensione degli eventi stressanti infatti varia con l'età. I bambini piccoli non hanno capacità adeguate per anticipare potenziali pericoli o situazioni dolorose, al contrario dei più grandi, i quali possono contare su una padronanza cognitiva che permette loro di applicare un numero di strategie di *coping* maggiore per poter gestire al meglio la propria ansia (Kain, Mayes, Weisman & Hofstadter, 2000).

Utilizzando il linguaggio psicoanalitico, potremmo dire che, durante l'ospedalizzazione, l'individuo può mettere inoltre in atto strategie anche a livello inconscio, per proteggere l'Io, chiamate meccanismi di difesa, come la regressione, la fantasticheria, la fissazione, l'identificazione, la proiezione, la razionalizzazione, il rifiuto e la rimozione (Farnè & Sebellico, 1987).

L'accresciuta attenzione a queste tematiche ha condotto ad un interesse sempre maggiore a livello scientifico che si è concretizzato in primo luogo con la realizzazione di protocolli terapeutici ospedalieri specifici per l'applicazione delle diverse tecniche farmacologiche volte al trattamento del dolore del bambino ed in secondo luogo alla diffusione di molteplici interventi cognitivo-comportamentali per il controllo e la gestione del dolore, che prendono il nome di *tecniche non farmacologiche*. Quest'ultime, facendo leva sulla capacità di immaginazione del bambino, consistono nello sfruttare tecniche di

respirazione, che riducono la tensione muscolare, rilassano il diaframma ed aumentano l'ossigenazione, e tecniche di rilassamento progressivo (ad esempio con suggestione). La distrazione si inserisce in questa categoria e rappresenta dunque uno strumento utile per la gestione della sofferenza del bambino ospedalizzato. E' necessario però tenere presente che con questo termine non si intende evitamento: distrarre il soggetto significa cercare di coinvolgerlo in modo attivo per distogliere la sua attenzione da un oggetto o da una situazione spiacevole per indirizzarla verso un oggetto o una situazione piacevole (Olness & Kohen, 1996).

Da un punto di vista della fisiologia del dolore, in questo modo si attivano i sistemi sensoriali che bloccano i segnali dell'esperienza dolorosa oppure fanno scattare i sistemi interni inibitori (O.M.S., 1998).

All'interno delle diverse tecniche non farmacologiche è sempre più rilevante l'utilizzo nei diversi contesti ospedalieri delle *Attività di Supporto*: animatori, musicisti, clowns, play-therapists, operatori di attività assistita con animali. Numerose ricerche scientifiche ne hanno sottolineato l'efficacia in termini di riduzione dell'ansia e del dolore e nel miglioramento della qualità di vita del bambino. Queste figure permettono al bambino e alla sua famiglia di percepire l'ospedalizzazione come meno minacciosa.

Anche le diverse Carte dei Diritti del Fanciullo in Ospedale indicano nelle linee guida la necessità dell'esistenza di un approccio globale, integrato ed interdisciplinare che si renda garante della presa in carico e della cura del minore e allo stesso tempo sia promotore di spazi ed attività volte al gioco che oltre a contribuire alla realizzazione di un ospedale a "*misura di bambino*", restituiscano valore ad una modalità di relazione e comunicazione ludica differenziata ed offerta in base alle esigenze del minore in riferimento ad età, sesso, cultura e condizioni di salute.

Con attenzioni di questo tipo si rende concreto il diritto del bambino e dell'adolescente di mantenere le proprie abitudini di vita e di rapportarsi alla malattia ed all'ospedalizzazione in modo più sereno in un contesto idoneo alle dinamiche relazionali dell'età evolutiva.

In questa prospettiva l'umorismo si inserisce come componente integrante della cura e del trattamento dei bambini nel sistema sanitario moderno. Sono infatti sempre più i medici che oggi riconoscono i benefici del riso e del sorriso, sia a livello psicologico che fisiologico, nel trattamento della malattia e nel mantenimento della salute. Questa nuova ottica appare innovativa rispetto agli inizi degli anni novanta quando l'*humor* in ospedale non solo non era riconosciuto come utile nella pratica clinica, ma addirittura era sottovalutato come risorsa per l'interazione con il personale infermieristico che storicamente doveva tenere un

comportamento formale nei reparti di degenza e con i malati (Åstedt-Kurki & Liukkonen, 1994).

Numerosi studi infatti hanno poi dimostrato nel tempo gli effetti positivi del ridere sul sistema fisiologico, incluso quello respiratorio, muscolare, cardiovascolare, endocrino ed immunitario oltre che in termini di agevolazione della comunicazione e della *compliance* (Fry, 2002; Haakana, 2002).

Ed è grazie a questa maggior consapevolezza che il clown negli ultimi anni è una figura sempre più presente nelle corsie degli ospedali pediatrici italiani e di tutto il mondo.

Fu Michael Christiansen, fondatore e direttore creativo del Big Apple Circus di New York, nel 1986, a dare avvio alla prima esperienza di questo tipo creando il *Clown Care Program*, che prevede la presenza di clowns professionisti nelle corsie degli ospedali.

Il clown in ospedale si pone l'obiettivo di contribuire in modo attivo alla cura della persona restituendo uno spazio adeguato anche alle emozioni positive nel processo di guarigione, oltre che ad essere di sostegno alla famiglia e non per ultimo allo staff ospedaliero che quotidianamente si trova di fronte alla sofferenza.

La presenza dei clown nelle corsie ospedaliere è un fenomeno incongruo e come tale ricco di spunti ilari: trovarsi di fronte ad un clown in una camera di degenza è un evento che, data la situazione di disagio, è di per sé talmente inaspettato che immediatamente può provocare una reazione di divertimento.

I clowns utilizzano molteplici strumenti attraverso i quali esprimersi, come il gioco, l'arte, la musica, il teatro, l'improvvisazione e la comicità: ogni intervento che viene fatto deve essere rivolto al singolo bambino e quindi personalizzato a ciò che in quel momento la realtà offre come spunto per costruire una gag o una scenetta. In questo modo si ha l'opportunità di restituire al degente la libertà di scegliere ed il controllo della situazione che in ospedale viene meno: ad un clown si può negare l'accesso alla propria stanza e lo si può, in modo liberatorio, colpire con un martello di gomma sulla testa, in un ambiente dove le possibilità di scelta sono quasi inesistenti. Il senso di autonomia e di autoefficacia viene così riacquisito lasciando "un'energia più elevata nella stanza", come definito dagli addetti ai lavori, con ricadute positive sullo stato d'animo del piccolo paziente e del suo nucleo familiare (Farneti, 2004).

Purtroppo la letteratura in questo ambito non è molto fornita. Negli ultimi anni però si è assistito ad un interesse rispetto all'utilizzo del clown in chirurgia pediatrica. Diversi studi hanno dimostrato come la presenza dei clown durante l'induzione dell'anestesia, che è considerato uno dei momenti più spaventosi per i bambini che devono essere sottoposti ad un

intervento di chirurgia, influisca in modo significativo sulla riduzione dell'ansia preoperatoria (Vagnoli, 2005; Golan 2009). Inoltre è stato dimostrato gli individui con maggior senso dell'umorismo hanno un minor numero di sintomi di malattia e problemi di salute e che l'umore positivo è efficace nell'influenzare l'aumento del livello di sopportazione del dolore e nel ridurre la sensibilità ad esso (Martin, 2002).

Alcune indagini hanno messo in luce come l'umorismo impiegato nella pratica clinica da parte degli operatori sanitari e dai pazienti stessi costituisca una risorsa preziosa per una migliore comunicazione e collaborazione. E' naturale che mettere in pratica un approccio che contenga in sé componenti umoristiche, richiede caratteristiche personali adeguate, quali l'intuizione, la sensibilità, la propensione verso l'*humor* e l'empatia, al fine di esprimersi in modo efficace e non invasivo o fuori luogo. Può capitare infatti che talvolta queste modalità non siano apprezzate proprio a causa della mancanza del senso dell'umorismo del paziente o del personale (Patenaude & Hamelin Brabant, 2006).

L'umorismo in ospedale può divenire anche una strategia di *coping* utile a far fronte alla situazione di stress: è in questo caso una manifestazione comportamentale adattiva che associata ad altre, come descritte sopra, permette di rilasciare la tensione ed esprimere rabbia ed aggressività, nonché di ridurre la percezione del dolore. E' attraverso l'utilizzo di strumenti come questo che il bambino riacquisisce stima di sé, integrità e senso di libertà, che accrescono nel momento in cui riesce a far ridere gli altri e a ridere insieme agli altri, siano essi clowns, familiari od operatori sanitari. E' in questo modo che l'umorismo diviene un canale principe per esprimere bisogni e necessità anche in un contesto di sofferenza (Dowling, 2002).

La figura del clown è in grado di offrire ai degenti la possibilità di vedere l'evento stressante e di dolore da una prospettiva alternativa: attraverso le clownerie tutto diviene più semplice, i ruoli sociali si ribaltano, le gerarchie tendono ad appiattirsi e le barriere appaiono più trattabili.

In quest'ottica è necessario sottolineare la responsabilità di chi svolge attività come queste all'interno dell'ospedale; una responsabilità non solo nell'utilizzare la giusta sensibilità nell'offrire il proprio intervento, ma anche una responsabilità nella cura della propria formazione. Il processo formativo del clown deve comprendere, da un lato aspetti specifici del mondo circense e dello spettacolo in senso ampio, dall'altro le basi della psicologia del bambino in ospedale al fine, sia di entrare in relazione con l'altro utilizzando la giusta comunicazione per creare una relazione che abbia come componenti essenziali la fiducia e il

rispetto, sia di costruire le risorse utili per tutelarsi dal confronto con il dolore, la malattia e la morte del bambino.

La professionalizzazione di questa figura è anche garanzia di evitare il rischio che sia in qualche modo minimizzata la sofferenza del malato o la serietà del contesto.

I benefici che derivano dall'utilizzo di questo tipo di approccio sono sostanziali anche nel personale: possiamo assistere a riduzioni della frustrazione e della tensione e ad un miglioramento dell'attività lavorativa, andando così a costituire una base di prevenzione per il *burnout* (Wanzer, Booth-Butterfield, Booth-Butterfield, 2005; Hunt, 1993).

Tuttavia, occorre sempre ricordare che l'impiego dell'umorismo non sempre è utilizzabile: una maggiore attenzione è da tenere di fronte ai casi di dolore acuto molto forte e ai casi di psicosi in cui il bambino potrebbe non comprendere il significato del comportamento ilare. E' altresì importante tener presente che l'umorismo può divenire disadattivo laddove non rappresenta un'esigenza del degente ma della sua famiglia o dell'operatore, poiché in tal caso il piccolo paziente verrebbe soltanto a subire l'intervento umoristico e sussisterebbe il rischio di divenire troppo invasivi e di sgretolare la relazione operatore/paziente.

L'umorismo dunque non può sostituirsi al supporto psicologico e alla cura della relazione medico-paziente (o infermiere-paziente) ma deve integrarsi a questi, se le difese del paziente sono mature per farlo e se è pronto per accoglierlo in modo che sia costruttivo per la propria guarigione ed il proprio vissuto.

Valorizzare questi aspetti ed incentivare la presenza dei clown in ospedale pone al centro del processo terapeutico il minore, garantendo così un approccio che tiene conto delle esigenze dell'età evolutiva costruendo interventi mirati e personalizzati anche nei momenti di malattia, permettendo di conseguenza la convivenza e l'armonia dell'umorismo anche di fronte al dolore.

BIBLIOGRAFIA

Åstedt-Kurki, P., & Liukkonen, A. (1994). Humour in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 20: 183-188.

Dowling JS. Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing* 2002; 28(2): 123-131.

Farnè, M., & Sebellico, A. (1987). Il bambino: la vita affettiva e sociale. In M. Farnè, & A. Sebellico, *Psicologia del bambino* (pp. 128-135). Milano: Signorelli.

- Farnè, M., & Sebellico, A. (1990). Le reazioni psicologiche alla malattia e all'ospedalizzazione. In M. Farnè, & A. Sebellico, *Psicologia, salute e malattia. Introduzione alla psicologia medica* (pp. 97-141). Bologna: Zanichelli.
- Farneti, A. (2004) *La maschera più piccola del mondo: aspetti psicologici della clownerie*. Bologna: Perdisa.
- Filippazzi, G. (1997). *Un ospedale a misura di bambino. Esperienze e proposte*. Milano: Franco Angeli.
- Fry WF. Humor and the brain: a selective review. *Humor: International Journal of Humor Research* 2002; 15(3): 305-333.
- Golan G, Tighe P, Dobija N, Perel A, Keidan I. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Paediatr Anaesth*. 2009; 19(3):262-6.
- Haakana, M. (2002). Laughter in medical interaction: From quantification to analysis, and back. *Journal of Sociolinguistics*, 6(2): 207-235.
- Hunt, A.H. (1993). Humor as a nursing intervention. *Cancer Nursing*, 16(1): 34-39.
- Kain, Z.N., Mayes, L.C., Weisman, S.J., & Hofstadter, M.B. (2000). Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(7): 549-554.
- Laterza, M. (a cura di) (1998). *C'era una volta un piccolo cervo... Arterapia infantile: tre anni di teatro in corsia*. Bari: Laterza.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Martin RA. Is laughter the best medicine? Humor, laughter, and psysical health. *Current Directions in Psychological Science* 2002; 11(6): 216-220.
- Nucchi, M. (1995). *Aspetti psicologici del bambino in ospedale*. Milano: Sorbona.
- Olness, K., & Kohen, D.P. (1996). Hypnotherapy for pediatric surgery and emergencies. In K. Olness, & D.P. Kohen, *Hypnosis and hypnotherapy with children* (pp. 262-288). New York: Guilford.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1998). Linee-guida per una terapia antalgica non-farmacologica. In O.M.S., *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*. Ginevra: World Health Organization (Trad. It. *Dolore da cancro e cure palliative nel bambino* (pp. 1-4; 18-24). Milano: Istituto Europeo di Oncologia, 1998).
- Patenaude H, Hamelin Brabant L. L'humour dans la relation infirmière-patient: une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers* 2006; 85: 36-45.
- Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics* 2005; 116(4): e563-e567.
- Wanzer M, Booth-Butterfield M, Booth-Butterfield S. "If we didn't use humor, we'd cry": humorous coping communication in health care settings. *J Health Commun* 2005; 10:105-125.
- Zani, B., Cicognani, E. (2000). *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino.

